



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PAULA BARBOSA DE QUEIROZ

**AS POTENCIALIDADES DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO
SOCIAL E SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

BRASÍLIA/DF

2015

PAULA BARBOSA DE QUEIROZ

**AS POTENCIALIDADES DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO
SOCIAL E SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Patrícia Cristina P. de Almeida.

BRASÍLIA/DF

2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

PAULA BARBOSA DE QUEIROZ

SERVIÇO SOCIAL E SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:

A potencialidade da intervenção profissional

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ___/___/ 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ma. Patrícia Cristina P. de Almeida (SER/UnB)

(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Pinto Leal

(Membro interno do SER/UnB)

Assistente Social Gizelle Rocha dos Santos

(Membro externo ao SER/ UnB)

Agradecimentos

A realização do presente estudo não teria sido possível sem a colaboração e apoio de várias pessoas que estiveram ao meu lado nesses últimos anos. E este é o momento que digo “obrigada”, na tentativa de agradecer todo o carinho e dedicação nesta importante etapa.

Acima de tudo, agradeço a Deus, que por sua imensa graça, concedeu-me o dom da vida. Que diariamente tem me sustentado e feito suas bênçãos me alcançar, me proporcionando alegria, saúde, paz, conforto, consolo. Por seu grande amor e infinita misericórdia, que me permitiram realizar mais um sonho e concluir esta jornada.

Sou eternamente grata aos meus pais, Diná e Altair, que se empenham continuamente a mim e que não medem esforços para minha felicidade e formação.

Aos meus familiares, ao meu namorado e melhor amigo, Guilherme, pelo companheirismo, compreensão e por tonar a vida mais leve e feliz, aos meus amigos e irmãos em Cristo que torcem e oram por mim. Agradeço imensamente pelo carinho de todos que contribuíram para o meu aprimoramento pessoal e profissional.

À minha orientadora pelas contribuições feitas para a formulação deste trabalho.

À minha supervisora de estágio supervisionado, sempre prestativa, que me permitiu avançar na caminhada profissional.

Aos membros da banca deste trabalho, que se dispuseram a ler e a estarem presentes.

A Universidade de Brasília, ao Departamento de Serviço Social e seu corpo docente, que me possibilitaram a formação profissional, através de inúmeras atividades relacionadas ao exercício da profissão.

Agradeço a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. Sem vocês não seria possível.

Resumo

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo analisar as possibilidades da atuação do Serviço Social com crianças perpetradas pelos responsáveis diagnosticados com Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP), um tipo específico de violência. A violência é um fenômeno complexo e multicausal, extremamente relacionado às expressões da questão social. Considerando que as expressões da questão social constituem o pilar sobre o qual o Serviço Social direciona sua intervenção, observamos que as manifestações da violência, em algumas situações, também conformam ponto de partida para o exercício profissional. Por se tratar de um tema complexo e inexplorado no âmbito do Serviço Social, o estudo a respeito da SMP é importante no sentido de trazer visibilidade ao tema no campo acadêmico e propiciar o debate da atuação profissional do Serviço Social frente a esta demanda. Também se justifica pela necessidade da produção do conhecimento apoiado em diversas perspectivas, pois grande parte das bibliografias disponíveis se localiza na área da saúde. Como estratégias metodológicas neste estudo qualitativo de cunho exploratório, foi realizada a pesquisa em estudos e em documentações relativas à temática e, também entrevista semiestruturada com a Assistente Social do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV) Violeta, situado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Foram tomados cuidados éticos. A análise dos dados foi distribuída em cinco etapas: organização e preparação dos dados para análise; leitura completa dos dados; codificação dos dados obtidos; análise e interpretação dos dados coletados; redação da monografia. Os resultados da pesquisa demonstraram que o profissional de Serviço Social pode desenvolver diversas possibilidades, competências e estratégias de intervenção em casos de SMP. Além disso, este estudo abarcou o panorama geral acerca da violência, o atendimento a violência no campo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a caracterização geral da SMP.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen por Procuração. Violência. Criança. Serviço Social.

Abstract

This course conclusion work aims to analyze the possibilities of action of social work with children perpetrated by those responsible diagnosed with Munchausen Syndrome by Proxy (MSP), a specific type of violence. Violence is a complex and multi-causal phenomenon, very related to the expressions of the social question. Considering that expressions of social issues are the pillar on which the Social Services direct its intervention, we observe that the manifestations of violence also form the starting point for the professional exercise. Because it is a complex and unexplored issue within the Social Service, the study regarding the MSP is important in order to bring visibility to the subject in the academic field and to promote the debate of the professional practice of Social Service to forward this demand. The study about the MSP is also justified by the necessity of production of knowledge supported by diverse perspectives, as most bibliographies available are located in the health sector. As methodological strategies in this qualitative study of exploratory nature, was carried out research studies and documentation related to the theme and it was also made a semi-structured interview with the Social Worker of the Violence Research Assistance and Surveillance Program Violet, located in the Hospital Breast Children of Brasilia of the State Secretariat of Health of the Federal District. Ethical concerns were taken. Data analysis was divided into five stages: preparation and organization of data for analysis; full reading of the data; encoding the data obtained; analysis and interpretation of collected data; writing the monograph. The survey results showed that the social worker can develop different possibilities, skills and intervention strategies in cases of MSP. In addition, this study encompassed the big picture about violence, violence in the service field of the Unified Health System (SUS) and the general characterization of the SMP.

Keywords: Munchausen Syndrome by Proxy. Violence. Child. Health. Social Service.

Sumário

Introdução	08
Capítulo 1 – Metodologia	12
Capítulo 2 – Violência e seus aspectos relacionados à infância	15
2.1 A violência relacionada à infância	19
Capítulo 3 – Violência no campo do Sistema Único de Saúde (SUS)	25
Capítulo 4 – Síndrome de Munchausen por Procuração e as potencialidades da intervenção do Serviço Social	33
4.1 Síndrome de Munchausen por Procuração	33
4.2 Potencialidades da intervenção profissional do Serviço Social	40
Considerações Finais	51
Referências Bibliográficas	54
Anexos	58
Anexo A – Instrumento de Coleta de Dados	58
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	59
Anexo C – Ficha de Notificação/Investigação Individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (frente e verso)	60
Anexo D – Listagem dos PAVs	62

INTRODUÇÃO

Cerca de 90% dos casos de abusos físicos contra crianças, diagnosticados como Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP), é praticada majoritariamente pelas mães das vítimas e ocorrem por meio de induções, simulações e outras ações, as quais submetem as crianças a procedimentos médicos invasivos e desnecessários (MOTA, 2009).

A SMP se caracteriza como um transtorno psíquico no qual o portador provoca ou simula sintomas físicos ou psicológicos em outra pessoa, tipicamente indefesa, como as crianças. Ou seja, trata-se de uma situação cuja alteração do estado de saúde física ou psicológica de terceiros são provocadas por fatores externos a eles.

Richard Meadow foi o pediatra britânico que trouxe para o cenário médico, no ano de 1977, a descrição da SMP. Ele a apontou como uma situação em que a criança apresenta repetidas vezes sintomas de doenças que não são diagnosticados pela equipe médica. Meadow (1995) evidencia que a SMP se apresenta através de doenças inventadas persistentemente por alguém próximo, induzindo a criança a múltiplos procedimentos médicos. Ele afirma que os sintomas e indícios de doenças cessam quando a criança é separada daquele que causa esse falso histórico clínico. O autor considera esta condição como uma forma de abuso que se metamorfoseia em cada tipo de pessoa.

Neste estudo consideramos a SMP como uma forma de violação dos direitos humanos por três fatores. Primeiramente por se tratar de uma condição que causa danos, prejuízos, sofrimentos físicos e psicológicos às vítimas. Em segundo lugar, por consistir em uma ação realizada por meio da força física, de objeto ou substâncias nocivas. E por último, por ser uma situação executada intencionalmente pelo perpetrador.

Para melhor compreendermos as questões que perpassam a SMP, do ponto de vista de seus impactos na sociedade, nossa análise partiu da perspectiva abordada pela teoria social de Marx, pois entendemos que ela constitui a base teórica da formação em Serviço Social, informando uma visão crítica das relações sociais. Entendemos que este mirante de análise permite uma visão mais ampliada da realidade social.

Para fins de análise, adotamos o conceito de criança expresso no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual considera criança a “pessoa até doze anos de idade incompletos” (Lei nº. 8.069/1990).

A abordagem da violência no contexto da saúde, no qual sucedem os agravos dos abusos é de suma importância, tendo em vista que os reflexos se tornam expressivos na saúde das pessoas. Considerando a complexidade da SMP e dos diversos outros tipos de violência, o atendimento a estas situações no campo da saúde se torna uma questão de saúde pública relevante, em virtude dos agravos decorrentes e da possibilidade de morte resultante dos abusos perpetrados.

Este trabalho de conclusão de curso e, por conseguinte, a escolha do problema de pesquisa é resultado do percurso acadêmico da aluna no curso de Serviço Social. As disciplinas cursadas relacionadas aos temas presentes neste estudo e a experiência vivenciada no campo de estágio supervisionado conformaram a empatia e interesse de pesquisa pelo tema.

O estágio, enquanto parte do processo de formação, ofereceu subsídios para a compreensão do significado e da finalidade interventiva do Serviço Social e estímulos para o desenvolvimento de competências e habilidades indispensáveis ao exercício profissional. Foi neste espaço de intervenção profissional do Serviço Social no âmbito da saúde, especificadamente no atendimento à violência, que se deu o primeiro contato da aluna com a temática da pesquisa e o que a motivou a pensar sobre a atuação profissional.

A intenção deste estudo foi investigar a SMP frente à atuação profissional do Serviço Social, além de identificar possíveis linhas de ação para a atuação profissional, desde a suspeita, passando pela detecção ou reconhecimento, depois pelo estudo da situação (que pode ser em equipes multidisciplinares) até a intervenção profissional. A análise sobre a SMP pretendeu abarcar a historicidade deste transtorno, a forma como a comunidade médica realiza as intervenções necessárias e o modo como isso dialoga com o Serviço Social, permitindo a abordagem multidisciplinar.

Por se tratar de um tema complexo e inexplorado no âmbito do Serviço Social, o estudo a respeito da SMP é importante no sentido de trazer visibilidade ao tema no campo acadêmico e propiciar o debate da atuação profissional do Serviço Social frente a esta demanda. Também se justifica pela necessidade da produção do conhecimento apoiado em diversas perspectivas, pois grande parte das bibliografias disponíveis se localiza na área da saúde (pediatria, saúde mental). Isto se manifesta em algumas publicações que propõem novos estudos sobre a SMP (PIRES, MOLLE, 1999; RICAS, DONOSO, 2006; BRAGA, 2007; COSTA, 2012; GONÇALVES et al, 2014).

A partir das questões abordadas, o PROBLEMA de pesquisa desse projeto é: Como se operacionaliza a atuação do Serviço Social com crianças perpetradas pelos responsáveis diagnosticados com SMP?

Considerando a questão acima apresentada a HIPÓTESE que indicamos é que a intervenção profissional do Serviço Social em casos de SMP é imprescindível no atendimento, na articulação com os demais profissionais e com a rede intersetorial de políticas públicas, pois consideramos que a SMP é um transtorno grave que afeta negativamente o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças perpetradas por este tipo de abuso, visto que estas são cidadãos em condição peculiar de desenvolvimento e tem seus direitos violados.

Apesar de abordarmos um panorama geral sobre a SMP e a atuação profissional do Serviço Social, não pretendemos esgotar o debate sobre a SMP e seus desdobramentos. O estudo deve servir de insumo para novas pesquisas e debates sobre os impactos, a intervenção profissional dos Assistentes Sociais e diversas outras questões que condicionam a SMP.

Este trabalho constitui-se desta introdução e de quatro capítulos.

O Capítulo 1 evidencia os procedimentos metodológicos admitidos para a realização e análise dos dados da pesquisa. Esta seção dedica-se a esclarecer a estruturação da pesquisa, os cuidados éticos admitidos e outros aspectos relativos ao percurso metodológico.

Em seguida, o Capítulo 2 aborda um panorama geral acerca da violência, sua complexidade, não esgotando suas particularidades, mas discorrendo sobre as definições propostas. Apontamos a tipologia da violência, sua ocorrência, seus impactos, seus reflexos e o arcabouço legal que respalda a proteção das vítimas. Apresentamos também a especificidade da violência sob a ótica da infância, a legislação brasileira de proteção à infância e outras questões relacionadas à temática.

O Capítulo 3 trata de uma incursão teórica sobre o atendimento a violência no campo do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele traçamos uma breve definição, classificação e caracterização da violência. Discorremos sobre a relação da violência com a saúde pública, dos instrumentos legais referentes à saúde como direito, dos procedimentos de proteção em casos de violência, enfatizando a realidade do Distrito Federal, a partir dos recursos disponíveis para o enfrentamento da violência.

Por fim, o Capítulo 4 se divide em dois eixos de análise, formulados a partir dos dados coletados na pesquisa bibliográfica e na entrevista realizada no Programa Violeta. O primeiro discute os aspectos relacionados à SMP, tais como a definição e as características da SMP. O segundo eixo trata do potencial interventivo do Serviço Social em casos de SMP.

Em síntese, o Assistente Social é um profissional imprescindível no atendimento e acompanhamento em situações diagnosticadas como SMP, pois contribui para o reconhecimento, articulação e demais ações que estão associadas a este transtorno.

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

Em função da complexidade do tema e da dificuldade de uma pesquisa que levante dados quantitativos suficientes que nos permita garantias científicas para inferências confiáveis, a pesquisa proposta é qualitativa, considerando esta uma escolha estratégica. Desta forma, a obscuridade do tema a ser estudado e sua análise contemplam os processos dinâmicos que perpassam os grupos sociais, viabilizando a apreensão das particularidades dos papéis desempenhados pelos indivíduos (RICHARDSON, 2010). Além disso, a investigação qualitativa explora as peculiaridades não aprofundadas na pesquisa quantitativa (CRESWELL, 2010).

Foi utilizado o método exploratório dado à escassez de estudos a respeito da atuação profissional do Serviço Social em casos de SMP. Gil (2012) aponta que o caráter exploratório de uma pesquisa deve ser utilizado quando as produções relacionadas ao tema escolhido são limitadas ou escassas.

A intenção deste estudo qualitativo de cunho exploratório foi investigar a SMP frente à atuação profissional do Serviço Social. Também foi identificar linhas de ação para a atuação profissional, desde a suspeita, passando pela detecção ou reconhecimento, depois pelo estudo da situação (em equipe multidisciplinar) até a intervenção profissional.

A estrutura da pesquisa envolveu cinco partes: 1) levantamento bibliográfico, 2) elaboração do projeto de pesquisa, 3) realização da entrevista, 4) análise dos dados coletados e 5) elaboração do trabalho final.

O levantamento dos dados realizou-se a partir da pesquisa em estudos e em documentações sobre a temática tratada neste estudo. Com o intuito de complementar e qualificar as informações, foi realizada entrevista semiestruturada com a Assistente Social do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV) Violeta, situado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A Assistente Social foi intencionalmente selecionada devido a sua experiência profissional no Programa Violeta, possibilitando a pesquisadora melhor compreender o problema de pesquisa.

A entrevista foi realizada pela pesquisadora e orientada por um roteiro (anexo A), organizado em duas partes: dados profissionais da entrevistada e questões que subsidiaram a constituição do trabalho. Para a coleta de material, foi gravado o áudio no momento da entrevista com o consentimento da entrevistada. A pesquisadora também realizou anotações.

A entrevista semiestruturada foi adotada por admitir uma melhor percepção do entendimento da entrevistada, considerando que o roteiro e a própria dinâmica da entrevista possibilitam o estímulo ao diálogo e a retomada das falas da entrevistada. A gravação foi escolhida para que as informações importantes da fala da participante não se perdessem.

Antes da realização da entrevista, foi entregue à entrevistada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo B), documento que explicita o objetivo da pesquisa e garante a preservação do anonimato da participante. O TCLE assegurou a participante que seu ponto de vista foi apresentado voluntariamente, que sua privacidade será protegida por meio do anonimato na análise e divulgação dos dados, que as informações fornecidas seriam confidenciais e que a profissional poderia se retirar da pesquisa em qualquer ocasião sem sofrer nenhum constrangimento.

Foram impressas duas cópias do TCLE, uma para a participante e outra para a pesquisadora, assinadas por ambas. Neste documento foi apresentado o contato da pesquisadora caso a profissional tenha necessidade de se comunicar e/ou obter o resultado da pesquisa. Além destes procedimentos éticos realizados no decorrer da pesquisa, também foi admitida a destruição dos dados brutos coletados ao término da pesquisa.

Após a coleta de dados, foi feita a análise e interpretação dos dados, o qual permitiu sintetizar a particularidade das informações. Este processo foi distribuído em cinco etapas: 1) organização e preparação dos dados para análise; 2) leitura completa dos dados; 3) codificação dos dados obtidos; 4) análise e interpretação dos dados coletados; 5) redação da monografia. (CRESWELL, 2010).

A organização e preparação dos dados para análise envolveram a transcrição da entrevista e das anotações. Após essa etapa, a pesquisadora deu início à leitura completa

dos dados com o propósito de apreender o panorama geral dos elementos levantados. A codificação foi realizada através da leitura aprofundada dos dados obtidos, que segundo Creswell (2010), significa a “organização do material em blocos ou segmentos de texto antes de atribuir significado às informações” (CRESWELL, 2010, p. 219).

Após o levantamento geral iniciou-se a análise e a interpretação dos dados coletados, com base em categorias de análise referenciais predefinidas. As categorias delimitadas foram: violência, abuso infantil, criança, família, saúde, Serviço Social, exercício profissional. Em seguida, foi feito um relatório sintetizando os dados coletados, relacionando estes a literatura consultada.

Posteriormente, a pesquisadora elaborou uma análise das conclusões preliminares, possibilitando, assim, a verificação da hipótese de pesquisa e a elaboração do trabalho final. Ao longo da pesquisa foi feita a revisão bibliográfica, procedimento significativo para a análise e interpretação dos dados e que subsidiou a redação da versão final da monografia.

CAPÍTULO 2 – VIOLÊNCIA E SEUS ASPECTOS RELACIONADOS À INFÂNCIA

A violência possui uma infinidade de sinônimos, entre eles a crueldade, coação, opressão, intimidação, agressão, abandono e diversos outros. Apesar de haver diversas formas de expressar o conteúdo da violência, todas afetam negativamente a saúde, o comportamento, a interação social, a cidadania. Ela atinge e gera efeitos desiguais sobre as pessoas do mundo todo. Além disso, é possível inferir que sua ocorrência não distingue as pessoas vitimadas em razão da idade, do gênero, das condições socioeconômicas, da etnia e de outros fatores.

Existem diversos fatores que influenciam, desencadeiam, facilitam e até mesmo perpetuam a violência. Os principais condicionantes se expressam a partir das relações desiguais de poder, da tradição, das condições socioeconômicas, da baixa escolaridade, das deficiências físicas ou mentais, do alcoolismo, das condições de saúde mental dos pais e/ou cuidadores, do uso de drogas e outros.

Desta forma, compreendemos que a violência é um fenômeno complexo e multicausal (SES/DF, 2009; BRASIL, 2005), considerando que estes fatores não são excludentes e podem ter ocorrência de forma complementar. Vale dizer ainda que tais condicionantes estão correlacionados as manifestações da questão social.

A concepção na qual a violência é um fato complexo, extremamente relacionado às expressões da questão social, nos esclarece que os elementos estruturantes da sociedade recebem influência de alguns determinantes. A questão social, de acordo com Iamamoto (2012),

“diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura. [...] Expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização” (IAMAMOTO, 2012, p. 48).

Neste sentido, entendemos que a reprodução da violência é integralmente permeada pelas disparidades sociais repercutidas na sociabilidade capitalista, refletindo as desigualdades constitutivas da totalidade social.

De modo a compreender mais precisamente a ocorrência da violência, nossa análise é pautada sob o prisma das relações familiares. A violência no sistema pode ser interpretada a partir de algumas perspectivas, tais como a histórica, a política e a familiar (SES/DF, 2005). Tais perspectivas podem ocorrer simultaneamente e de forma complementar, considerando que as mesmas não são excludentes.

A violência no sistema familiar de acordo com a perspectiva histórica indica que a inserção no tempo e no espaço revela de qual forma os conflitos são conformados. O contexto político revela que os conflitos praticados internamente na família são condicionados pela política geral determinada pelas nações ou governos. A perspectiva familiar diz respeito ao modo de compreender a violência a partir dos valores, regras, comportamentos e outros aspectos e construídos no seio familiar. Esta abordagem considera os conteúdos transmitidos no presente e também àqueles adquiridos com as gerações anteriores, sejam eles positivos ou não.

Após analisar estas perspectivas, vale resgatar e fortalecer a noção de que à família ou as instituições designadas para o acolhimento e o cuidado, é atribuído o papel de proteção aos seus integrantes, pois, ao longo do tempo e das situações vivenciadas, reconhecemos que esta pode se configurar como um ambiente de perigo, principalmente às crianças.

Desta premissa do fator protetor da família, destacamos que esta é o primeiro grupo de referência com dimensões simbólicas de cuidado, socialização, aprendizagem que os indivíduos se vinculam e por isso, a sensação de pertencimento e integração devem ser estimuladas e fortalecidas para mitigar as ocorrências de violência social.

Ressaltamos que este trabalho adotou a concepção de família de maneira ampliada, considerando a família como qualquer grupo unido por laços sanguíneos, afetivos ou qualquer outro tipo de relação social que estabeleça uma dinâmica familiar. Em nossa análise não pretendemos reduzir a família a um conceito padrão, pois concebemos que cada família se caracteriza conforme as determinações da realidade, tais como o tempo, o espaço, a cultura e outros.

Pereira (2004) menciona que o conceito de família admite formações plurais, com múltiplos arranjos, tais como a família estabelecida por casamento, união estável, a

existência de mães solteiras, bem como a criação de indivíduos por seus avós paternos e/ou maternos.

Após este percurso teórico que possibilitou a assimilação de algumas questões históricas e sociais associadas à violência, conduziremos o trabalho a uma breve definição e caracterização da violência.

Primeiramente gostaríamos de frisar o caráter polissêmico do termo violência encontrado na literatura e, diante deste fato, assumiremos os conceitos que mais se aproximam da abordagem da temática deste trabalho.

Em linhas gerais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) através de uma perspectiva ampliada, define a violência relacionada à saúde como o uso de força, poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que produza ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Esta definição abrange os termos e a ocorrência geral das manifestações violentas. O emprego da expressão “poder” indica as situações em que a violência está inserida em relações desiguais de poder, como observamos anteriormente, ampliando a noção acerca dos atos de negligência e abusos.

Vale ressaltar também que as diversas formas de violência não necessariamente sucedem em feridas expostas, limitações ou morte, mas acarretam sofrimentos e agravos psicológicos, físicos e sociais, de maneira imediata ou tardia, com traumas temporários ou permanentes.

A fim de caracterizar e categorizar o fenômeno da violência, analisaremos a seguir a tipologia proposta pela SES/DF, contida no Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (2009). Esta abordagem traz algumas contribuições para a compreensão da violência, vejamos a seguir:

Quadro 1 – Tipos de Violência	
Tipo	Conceito
Violência Intrafamiliar	Praticada por membros da família (pai, mãe, filhos(as), marido, sogro(a), padrasto ou outros), por afinidade ou afetividade. Se expressa geralmente como abuso físico,

	sexual ou psicológico, negligência ou abandono.
Violência Física	Qualquer ação que machuque ou agrida intencionalmente uma pessoa, por meio da força física, arma ou objeto, provocando ou não danos e lesões internas ou externas.
Violência Institucional	Essa violência permeia todas as instituições públicas e privadas; apresenta-se na relação de servidores com o usuário, podendo dar-se de diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (gênero, étnico-racial, econômica, etc.), intolerância e falta de escuta, desqualificação de saber do paciente/usuário, uso de poder e outros.
Violência Moral	Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação das pessoas.
Violência Patrimonial	Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.
Violência Psicológica	Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra(s) pessoa(s), por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.
Violência Sexual	É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça, influência psicológica ou por dopagem.
Síndrome de Munchausen por Procuração	Situação em que os cuidadores submetem as crianças a consultas médicas, exames clínicos e/ou cirúrgicos, alegando sintomas físicos, patológicos, fictícios, mediante administração de substâncias à criança. Consequência do desequilíbrio emocional dos cuidadores.
Negligência	É o abandono, a falta de cuidados básicos e a falta de atenção e proteção.
Autoextermínio/Suicídio	Ação pela qual alguém põe intencionalmente termo a própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas. As causas do suicídio são complexas e numerosas.
Fonte: Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (SES/DF, 2009, p. 9-11). Adaptado.	

Além dessa tipologia apresentada existem outros tipos não mencionados em virtude do foco dado ao trabalho. Contudo, explicitaremos outro tipo de violência recorrente na realidade, a qual coexiste com as demais, assume expressões variadas e constitui o elemento propulsor das demais violências. Estamos nos referindo à violência estrutural.

Toda a população (idosos, homens, mulheres, crianças) está inserida na dinâmica da violência estrutural, pois esta é originada pelas desigualdades (classe social, renda, trabalho, moradia) presentes na totalidade social. Este tipo está arraigado nos processos sociais e por isso se associa aos diversos outros tipos de citadas acima.

A partir desta classificação, podemos sintetizar que a violência em seus diversos tipos (física, moral, patrimonial, psicológica, sexual e outras) são atos de descrição complexa e de caráter polissêmico e, que apresentam várias expressões, consolidadas nas composições sociais, econômicas e políticas, bem como no âmbito individual, a partir das relações orgânicas estabelecidas entre os indivíduos.

Além disso, percebemos que a Síndrome de Munchausen por Procuração – tema analisado nos próximos capítulos – está listada como um tipo específico de violência e, portanto, se enquadra em todas as considerações relativas à violência.

2.1 A VIOLÊNCIA RELACIONADA À INFÂNCIA

Partindo de um panorama geral, podemos analisar a especificidade da violência sob a ótica da infância. Tal como exposto no quadro 1, às crianças também estão propensas a serem vítimas das violências apresentadas.

Atualmente no cenário brasileiro, a infância e a adolescência são fases da vida legalmente reconhecidas e amparadas. Estas são caracterizadas como fases essenciais para o desenvolvimento saudável e a formação social, psicológica, emocional, biológica, cultural e política das crianças e adolescentes. Neste sentido, a elas são garantidas a proteção integral, considerando seus direitos, a especificidade cronológica e sua condição de desenvolvimento.

Este novo direcionamento concerne ao redimensionamento da questão da criança e do adolescente pelo Estado e sociedade em virtude da importância e da amplitude desta temática. Esta intervenção logrou progresso, pois em termos históricos a infância brasileira era desvalorizada e não se pensava em políticas de proteção a infância.

Por meio de uma incursão na literatura especializada sobre este tema, percebemos que nos tempos antigos – sob a lógica internacional, a qual o Brasil internalizou os mesmos parâmetros – a violência contra as crianças era um elemento naturalizado e até mesmo legitimado socialmente (MARCÍLIO, 1998; FALEIROS, 2009).

Na qualidade de marco regulatório necessário do ponto de vista social, a Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 inovou ao conceber tal segmento como portador de direitos, expandindo também a proteção, o protagonismo e a prioridade nas políticas sociais públicas. Assim, às crianças e aos adolescentes – na política de saúde e nas demais – são conferidos determinados amparos, situados como prioridade absoluta.

Esta prioridade absoluta diz respeito à proteção, ao atendimento nos serviços públicos, a formulação e a execução das políticas sociais públicas voltadas para a infância e a adolescência.

Então a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 é que a infância passa a ser legalmente protegida. A principal referência é o artigo 227, que inaugura uma visão ampliada acerca da infância e adolescência. Este artigo serviu de base para a promulgação da Lei nº. 8.069/1990, o ECA, o qual institui uma ruptura legal, moral, histórica com as práticas adotadas ao longo da história do país. Com o ECA entram em cena a criança e o adolescente como sujeitos de direito, representando um salto qualitativo em relação ao passado.

Assim como os direitos alusivos a infância, nos últimos anos a violência também adquiriu visibilidade importante do ponto de vista legal como questão de saúde pública. Portanto, diversos planos, políticas e legislações foram criados a fim de responsabilizar os autores das agressões e conscientizar a população dos prejuízos que a violência ocasiona. (Projeto Empoderando Profissionais de Saúde, 2012).

No tocante à violência contra a criança, o conjunto de políticas e legislações elaboradas buscou atuar incisivamente sobre esta temática. A proteção da infância encontra respaldo nas seguintes normativas:

Quadro 2 – Legislação Brasileira de Proteção a Infância	
Normativa	Ementa
Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas – ONU, 1989).	Tratou-se de um compromisso pactuado internacionalmente, acerca da propagação de doutrinas relativas à proteção das crianças. O Brasil ratificou as recomendações desta Convenção em 1990, quando estruturou sua própria normativa relativa à infância.
Constituição Federal Brasileira de 1988	Como Carta Magna, é a principal referência de amparo à infância no território nacional. Vejamos: - Artigo 226º § 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações. - Artigo 227º. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. § 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.
Lei nº. 8.069 de 13 de Julho de 1990 – ECA.	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, institui os direitos e os principais órgãos de proteção, atribui responsabilidades a família, a sociedade e ao Estado e outros. A saber: - Artigo 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. - Artigo 13º. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. - Artigo 18º. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. - Artigo 18-A. A criança e o adolescente têm o direito

	<p>de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los.</p> <p>Parágrafo único. Para os fins desta Lei, considera-se:</p> <p>I - castigo físico: ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em:</p> <p>a) sofrimento físico;</p> <p>b) lesão;</p> <p>II - tratamento cruel ou degradante: conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente</p> <p>a) humilhe;</p> <p>b) ameace gravemente;</p> <p>c) ridicularize.</p> <p>- Artigo 245°. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:</p> <p style="padding-left: 40px;">Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.</p>
<p>Lei nº. 8.242 de 12 de Outubro de 1991.</p>	<p>Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências.</p>
<p>Lei Distrital nº. 4.740 de 28 de Dezembro de 2011.</p>	<p>Cria a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente e dá outras providências.</p> <p>- Artigo 1°. Fica criada a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente – NCVCA, a ser efetivada por estabelecimento público ou privado de serviço de saúde que prestar atendimento à criança ou ao adolescente vítima de violência ou maus-tratos.</p> <p>- Artigo 2°. Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra criança ou adolescente a ação ou a conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, ocorrida em âmbito público ou doméstico, sendo definida como:</p> <p>I – violência física a agressão ao corpo da vítima pelo uso da força do agressor, com ou sem o uso de instrumento ou arma;</p> <p>II – violência psicológica a coação verbal ou o</p>

	<p>constrangimento que acarrete situação vexatória, humilhante ou desumana para a criança ou o adolescente;</p> <p>III – violência sexual todo ato ou jogo sexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, que tenha por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter estimulação sexual própria ou de outrem.</p>
Lei Distrital nº. 4.902 de 21 de Agosto de 2012.	<p>Dispõe sobre a divulgação do Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescente, o Disque 100, em estabelecimentos públicos no âmbito do Distrito Federal.</p>
Fonte: Elaboração própria, 2015.	

Apesar de a conjuntura legal ser favorável quanto à questão da infância, ainda existem dificuldades para a plena efetivação dos direitos das crianças no país. Vale salientar que assim como toda a população, as crianças estão inseridas na dinâmica da violência estrutural, originada pelas desigualdades presentes na totalidade social.

O Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (2009) expressa que a violência contra a criança consiste em “qualquer conduta – ação ou omissão, agressão ou coerção – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral psicológico ou social” (SES/DF, 2009, p. 9).

Na tentativa de conceituar mais precisamente este tipo de fenômeno, Minayo (2001) nos oferece um aporte detalhado do que se trata a violência contra a criança. Para a autora

a violência contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão cometido pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 2001, p. 92).

A autora supracitada denota dois sentidos pelos quais a violência se torna real. O primeiro é indicado pela falha de proteção dos sujeitos envolvidos e, o segundo sentido diz respeito à ideia de que a criança representa um objeto de posse do adulto,

transformando-a em um “pertence” cuja existência passa a ser “coisificada”. Relacionado a isto, temos a ideia que trouxemos no início do capítulo, segundo a qual a violência contra a criança, por vezes, exterioriza o sentimento de posse ou superioridade que o agente agressor – o adulto – tem sobre a criança.

Apesar de ser conceituada precisamente e possuir instrumentos legais que garantem direitos e coíbem os atos violentos contra a infância, este ainda é um fenômeno com magnitudes autênticas pouco exploradas. A pesquisa bibliográfica revelou registros generalizados, revelando uma desarticulação dos órgãos que emitem as notificações, das instituições gestoras das políticas públicas e das entidades que elaboram as estatísticas, fato que oculta às particularidades da realidade brasileira.

A violência de forma geral, principalmente contra crianças e adolescentes, é considerada um problema mundial de saúde pública. Dados do Ministério da Saúde apontam que esta pode ocasionar problemas emocionais, psicológicos, sociais e cognitivos durante esta fase da vida ou nas posteriores (BRASIL, 2008).

Ela traz em seu bojo consequências temporárias e/ou permanentes – tais como as lesões neurológicas irreversíveis –, físicas e/ou psicológicas. Em se tratando de crianças, este quadro pode se agravar ainda mais, pois as consequências podem repercutir inclusive na fase adulta. As pessoas vitimadas fisicamente sofrem de lesões, fraturas, ferimentos, podendo gerar até mesmo o óbito das mesmas.

Em relação à saúde mental, algumas das consequências podem ser: ansiedade, transtornos depressivos, alucinações, baixo desempenho na escola e tarefas de casa, alterações de memória, comportamento agressivo, defensivos ou violentos, retraimento, e até tentativas de suicídio (BRASIL, 2008; OMS, 2002).

Quanto às sequelas psicológicas, citamos que o psiquismo das crianças pode ser afetado de forma permanente, causando em escalas variáveis os transtornos comportamentais, sentimentos de autoextermínio, desconfiança, autoritarismo, baixa autoestima, dificuldade em se relacionar, e diversas outras.

CAPÍTULO 3 – VIOLÊNCIA NO CAMPO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, a atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento às questões da violência ocorre com políticas nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal); de forma intrasetorial, com a articulação das diversas unidades do Ministério (Vigilância, Prevenção de Acidentes e Violências, Saúde Mental, Saúde da Criança); através da rede descentralizada de atendimento (Hospitais e Maternidades, Unidades de Saúde); também por meio da rede intersetorial, que buscam contribuir com a promoção da saúde (Trabalho, Educação, Segurança Pública); e com a articulação com as instâncias deliberativas do SUS (Conselhos).

Considerando a realidade brasileira e, tendo em vista que a violência constitui um aspecto relevante para a saúde pública, o Ministério da Saúde, órgão responsável pela gestão federal do SUS, decidiu acatar em 1996 as orientações da OMS, elaboradas na Assembleia Geral da ONU.

Tais recomendações possibilitaram a formulação de um conjunto de instrumentos voltados para o atendimento da violência na esfera da saúde pública. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº. 737/2001) foi à primeira publicação com a proposta de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no país.

A morbimortalidade é um conceito que abrange os acidentes e violências que geram mortes ou agravos à saúde – em geral, significam os danos causados a saúde humana decorrente de situações de acidentes, envenenamentos, ou outras condições que não se enquadram como uma doença formalmente definida, que podem ou não ocasionar a morte.

Os principais marcos legais que asseguram a saúde como direito no Brasil são a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990). Nesse sentido, a ampliação do conceito de saúde adotado pelo SUS, que deixa de considerar saúde apenas a ausência do processo de adoecimento do usuário e passa a ser

condicionada a outros determinantes, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 3º da Lei nº. 8.080/1990:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1988)

Art. 3º – A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, Lei nº. 8.080/1990).

A partir destes trechos, é que se pode afirmar que a concepção de saúde abrange questões que vão além do aspecto biológico. Tem-se então uma compreensão da saúde envolvendo a abordagem biopsicossocial da saúde do usuário, entendida a partir das determinações biológicas, psicológicas e sociais, que conformam a qualidade de vida do usuário.

Assim, considera-se que esta compreensão possui uma dimensão ampliada de saúde, pois de acordo com o aparato legal que perpassa este conceito, há a superação do viés médico e biológico. Neste sentido, outros fatores determinantes passam a ser considerados como condição de saúde, tais como o estilo de vida e o conjunto das relações sociais, históricas e ambientais que integram a realidade social dos indivíduos. (CARVALHO, BUSS, 2008; BUSS, FILHO, 2007).

Os serviços ofertados pelo o SUS correspondem a um locus privilegiado de contato entre as questões de violência e o Estado, entre a saúde e o campo legal. É neste espaço da saúde pública que é possível a

identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação as famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências (BRASIL, 2012, p. 11).

O Ministério da Saúde reconhece que o fenômeno da violência incide de forma particular no SUS e que intervenções são necessárias como forma de enfrentamento a esta situação. Essas intervenções têm como propósito subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas, a fim de reduzir a morbimortalidade resultante da violência, prevenir e promover a qualidade de vida.

Assim, no âmbito da saúde o enfrentamento das situações de violência exige uma convergência de ações de impacto. Tais ações ocorrem através de campanhas educativas, que visam ações de prevenção, segurança, melhoria dos registros hospitalares e, à capacitação constante de recursos humanos para prevenção e atendimento às vítimas de violência (SES/DF, 2009).

A violência no campo da saúde tem de ser tratada minuciosamente, pois nem sempre é o principal motivo pela demanda de atendimento médico. Em geral, ou as pessoas procuram os serviços de saúde quando a violência constitui o motivo principal do atendimento médico, ou então, recorrem aos serviços de saúde com manifestações clínicas que são decorrentes de uma situação de violência, mas que comumente são descaracterizados como violência pelas vítimas. Por estas razões, percebe-se que a atenção à violência na área de saúde é de suma importância, mesmo que a vítima não relate que viveu ou vive em situação de violência (SES/DF, 2009).

Os principais sinais que demonstram consequências de violência são a ida aos serviços de saúde recorrentes, dores em locais específicos, lesões físicas, mudança de comportamento, queixas crônicas e vagas, com resultados normais aos exames realizados e outros.

Desta forma, para que seja possível a equipe multiprofissional desvelar esses sintomas como resultado de violência, é imprescindível que o atendimento clínico seja humanizado e respeite a particularidade do atendimento. Assim, é importante uma individualização do atendimento, que considere a idade, sua personalidade, as medicações que a vítima faz uso, o histórico de doenças e outros.

Então, a suspeita¹ da situação de violência é descortinada através da empatia pela vítima e dos conhecimentos técnicos dos profissionais, pois é através dessa relação que é possível entender o histórico de vida da vítima e, compreender a violência não como um fato isolado, mas como questão presente na totalidade social.

A complementariedade de atuação das diversas áreas do conhecimento no atendimento às pessoas em situação de violência é significativa, pois a violência é um

¹ Na esfera da saúde, todos os casos de violência são tratados como suspeita, pois não constitui função da equipe de saúde a inquirição deste fenômeno.

fenômeno multicausal e envolvem diversos fatores sociais, políticos, culturais, ambientais, de acordo com o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência (2009).

Com relação aos direitos assegurados à infância brasileira, o ECA ordena ao SUS a responsabilidade da promoção do direito a vida e a saúde por meio do princípio da atenção integral a saúde, admitindo o acesso universal e igualitário aos serviços distribuídos nos três níveis de atenção, conforme o artigo 11:

“Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (Lei nº 8.069/1990 – ECA).

Ainda que o seguimento infantil tenha sido alvo de mobilizações em prol de garantias legais, sociais, culturais, políticas, o quadro brasileiro ainda revela algumas lacunas na proteção a criança, pois elas ainda são as maiores vítimas da violência, seja intra ou extrafamiliar (Brasil, 2008).

No SUS, em casos de suspeita de violência existe um instrumento imprescindível para a proteção da vítima. Este instrumento é a Ficha de Notificação/Investigação Individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN NET), disponível no anexo C.

A notificação é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades competentes de saúde e, abrange todo tipo de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e não deve ser vista como mecanismo de punição e denúncia e sim como um instrumento indispensável para o rompimento dos ciclos da violência.

A obrigatoriedade da notificação está assegurada no ECA (artigo 13) e na Lei nº. 4.730/2011, que cria a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente:

Art. 1º Fica criada a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente – NCVCA, a ser efetivada por estabelecimento público ou privado de serviço de saúde que prestar atendimento à criança ou ao adolescente vítima de violência ou maus-tratos. (BRASIL, Lei nº. 4.730/2011)

A notificação ou a comunicação da violência aos órgãos responsáveis é um dever do profissional de saúde – previsto nos Códigos de Ética Profissionais² – e possibilita a visibilidade da situação de violência, a proteção da vítima, a possível responsabilização do agressor e, também o conhecimento do perfil das vítimas. Portanto, todo e qualquer profissional de saúde – independente de sua categoria profissional ou de seu setor de locação – que ao se deparar com suspeita de violência deverá obrigatoriamente preencher a Ficha de Notificação em duas vias, e encaminhar ao Serviço Social ou ao PAV da sua Unidade de Saúde uma das vias.

No âmbito do Distrito Federal esta ficha é institucionalizada, ou seja, não é assinada pelos profissionais que a preenchem e sim pelo responsável pela Unidade de Saúde (SES/DF, 2008). Desta forma, a notificação não é personalizada pelo profissional de saúde que a preenche, a fim de evitar qualquer tipo de retaliação.

Contudo, ainda há dificuldade de adesão dos profissionais à notificação dos casos de violência, seja por conta da falta de informação e/ou tempo para o preenchimento; descrença com relação aos resultados; medo de represálias por parte do agressor e pelo poder judiciário (SES/DF, 2008).

A cultura de não notificar pode ser considerada como uma infração administrativa de acordo com o artigo 245 do ECA, e penal, segundo o artigo 135 do Código Penal Brasileiro, enquadrado como omissão de socorro.

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (BRASIL, Lei n°. 8.069/1990).

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

² No que tange ao Código de Ética do Serviço Social, constitui dever do profissional conforme o artigo 13 “denunciar, no exercício da profissão, quanto a: maus tratos, torturas, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do cidadão”. (CFESS, 1993. Adaptado)

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte. (BRASIL, Decreto-Lei nº 2.848/1940).

Além da Ficha de Notificação, existem outros canais para a comunicação da violência infantil, como os Conselhos Tutelares; o Disque Denúncia Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – o Disque 100; as Delegacias, inclusive a Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente (DPCA); e outros.

No Distrito Federal, o enfrentamento às situações de violência no âmbito do SUS conta com as ações específicas da SES/DF, entre elas os Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAVs. Estes programas compõem a Rede de Serviços de Atenção Integral à saúde de pessoas em situação de violência e são distribuídos em várias Regionais de Saúde do DF.

As ações desenvolvidas nos PAVs preconizam o

Acolhimento: atendimento humanizado no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pela pessoa;
Vigilância: notificação dos casos de violência, análise epidemiológica da situação de violência;
Atendimento: atendimentos individuais, familiares ou grupais. (Portal Eletrônico Secretaria de Saúde – SES/DF, 2015).

O objeto de intervenção do PAV é a violência em seus variados tipos (física, psicológica, sexual, negligência ou abandono). Como os PAVs estão inseridos no contexto da saúde, no qual sucedem os agravos da violência, os usuários são – em grande parte – as vítimas de violência que recebem atendimento médico nas respectivas unidades de saúde.

Desta forma, a maioria dos casos que são recebidos nos Programas é encaminhada pelos profissionais da Unidade de Saúde que notificam as suspeitas de violência, através da Ficha Única de Notificação. Mas também são usuários que procuram o Programa por conta própria ou por encaminhamento judicial.

Ademais, o atendimento realizado nos PAVs está voltado somente às vítimas de violência. No caso dos autores das agressões, após serem responsabilizados legalmente, podem ser atendidos em programas especializados no atendimento aos causadores de violência.

Quanto ao histórico da criação dos PAVs, no ano de 1997 a SES/DF iniciou no HMIB as atividades do Programa de Proteção à Criança Vítima de Maus-Tratos. Com o passar do tempo, essas ações passaram a ser instrumentalizadas com a criação da Rede de Atenção às Vítimas de Violência no DF. Em 2001, em razão da grande demanda de vítimas de violência no HMIB, o Serviço Social do próprio hospital traz à tona a proposta de descentralização desta Rede no DF.

Em 2003 foi formado o Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências (NEPAV) na estrutura da SES/DF, com objetivo de proposição e execução de políticas públicas para o atendimento a violências e acidentes contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. O NEPAV é voltado para a normatização, planejamento e coordenação das ações de promoção, prevenção vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

No mesmo ano, após capacitação das Regionais de Saúde, os PAVs foram implantados em várias Regionais de Saúde, como serviço ambulatorial, nas quais o atendimento especializado e é prestado por uma equipe multiprofissional (profissionais de Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria e outros). Em sua grande maioria, os PAVs se localizam nos Hospitais Regionais, porém, nas Regiões Administrativas que não dispõem de hospital, os PAVs se encontram nos Centros de Saúde. Cada PAV existente recebeu nome de flor, no intuito de humanizar os atendimentos realizados (ver anexo D).

A Portaria nº. 141/2012 atribuiu aos PAVs a assistência às pessoas em situação de violência, numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar³ às pessoas em situação de violência em todos os ciclos de vida (criança, adolescente, mulher, homem e idoso), com encaminhamentos institucionais e intersetoriais e a vigilância dos casos de violência. Outro marco legal que fundamentou a organização dos PAVs foi o Decreto nº. 23.812/2003, no qual institui o NEPAV como coordenador dos PAVs nas Regionais de Saúde.

³ A interdisciplinaridade diz respeito à interação estabelecida entre os diferentes saberes profissionais. O trabalho realizado entre essas áreas tem função primordial de contemplar os diversos aspectos da totalidade das demandas.

Os encaminhamentos ocorrem com a articulação em rede ocorre com o Conselho Tutelar; Delegacias de Polícia Especializadas: Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM) e DPCA; Fóruns; Vara da Infância e Juventude e outros.

As principais transformações ocorridas em relação aos PAVs foram o aumento do número de programas existentes. Em 2005, existiam apenas 14 programas (VILELA, 2005). Atualmente, o NEPAV coordena 21 PAVs situados nas Regionais de Saúde (ver anexo D).

CAPÍTULO 4 – SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO E AS POTENCIALIDADES DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

As características da SMP e sua relação com a intervenção profissional do Serviço Social são aqui discutidas e analisadas a partir de dois eixos fundamentais: da pesquisa bibliográfica e da entrevista realizada com a profissional de Serviço Social do Programa Violeta do HMIB, que permitiram a compreensão e a discussão da temática deste estudo. Assim, a discussão será dividida em duas partes, a primeira referente à SMP e a segunda sobre as potencialidades da atuação profissional do Serviço Social.

4.1 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

No ano de 1951, em Londres (Inglaterra), o médico Richard Asher introduziu a expressão “Síndrome de Munchausen” no âmbito da medicina para explicitar quadros clínicos de pacientes que fantasiavam doenças, alegavam histórias falsas sobre seu estado de saúde e dramatizavam sintomas fictícios. Tais pacientes eram então submetidos a exames, consultas, procedimentos médicos e tratamentos que não eram necessários a sua real condição de saúde.

Asher atribuiu a expressão “Síndrome de Munchausen” como uma analogia às histórias e façanhas realizadas pelo alemão Karl Friedrich Hieronymus von Munchausen, (1720-1797), militar e senhor rural. Após combater inúmeros soldados, ele regressava a sua terra natal para contar seus feitos nas batalhas. Seus relatos eram sempre absurdos e ousavam quanto aos detalhes e, por isso passou a ser conhecido como o "Barão mentiroso". (GONÇALVES et al, 2014; BRAGA, 2007).

Esta síndrome foi dedicada ao Barão de Munchausen em razão das semelhanças entre ambos. As narrações das longas rotas e aventuras nas batalhas associam-se com as jornadas de pacientes em diversos hospitais, com a descrição de fatos inverídicos sobre seu estado de saúde a fim de cativar a equipe de saúde, familiares ou outras pessoas que

possuam relação com a mesma ou com o propósito de extrair alguma vantagem decorrente da sua condição.

Com o passar dos anos, novos estudos e debates possibilitaram um acúmulo de informações e experiências, propiciando a criação da teoria do pediatra britânico Roy Meadow no ano de 1977. Meadow relatou e analisou em seu artigo intitulado “Munchausen Syndrome by proxy: The Hinterlands of Child Abuse” (1977) dois casos semelhantes de simulações de sintomas em crianças, comprovadamente realizadas pelas mães. O autor relatou que as mães procediam transferindo doenças e sintomas a terceiros – no caso seus filhos – com o propósito de chamar atenção para si própria. (MEADOW, 1977).

O primeiro caso que o médico relatou tratava-se de uma criança, que ao longo de seis anos, teve sintomas e exames forjados pelos pais, sendo constantemente medicada, submetida a internações e exposta a cirurgias. O segundo relato foi o caso de uma criança a quem era administrada doses tóxicas de sal. Após diversas intervenções médicas e internações recorrentes, esta criança foi a óbito. O fato é que em ambos os casos, a saga para recorrer à assistência hospitalar, procedimentos médicos, exames e outros era constante, revelando que a busca excessiva por serviços de saúde caracterizavam um quadro patológico produzido e agravado por um fator externo, neste caso as provocações clínicas causadas pelas mães das crianças.

Meadow (1977) concluiu que os achados patológicos nas crianças eram decorrentes das ações produzidas falsamente pelas mães, produzindo efeitos graves e prejudiciais à saúde das mesmas. Em ambos os casos as mães eram dedicadas junto à equipe de saúde e se mostravam interessadas quanto aos tratamentos sugeridos para as crianças.

Com esta novidade no campo da pediatria surge uma nova vertente desta doença: a Síndrome de Munchausen por Procuração. O termo “por procuração” se refere à modalidade em que a condição de saúde de uma pessoa é alterada, manipulada, falsificada ou simulada por outra pessoa, diferentemente de como ocorre na Síndrome de Munchausen, sendo a própria pessoa que se queixa e produz algum sintoma.

Deste então, a expressão Síndrome de Munchausen por Procuração tem sido designada para caracterizar o abuso cometido contra criança por seus cuidadores. Esta situação também foi descrita como Síndrome de Polle, em menção ao único filho do Barão de Munchausen, cuja morte – por razão desconhecida – ocorreu em meados do seu primeiro ano de vida. (GONÇALVES et al, 2014; BRAGA, 2007).

Com relação ao perfil do provocador dos sintomas fictícios, de acordo com a literatura revisada e com a entrevista realizada, percebeu-se que os portadores desta síndrome e, portanto, os agentes executores são aqueles inseridos no contexto cotidiano da criança, ou seja, os cuidadores e/ou responsáveis. Neste universo podemos citar os genitores, tanto a mãe como o pai – biológicos ou adotivos –, babá, avós, tios e outros parentes (FERRÃO, NEVES, 2013; BRAGA, 2007; MEADOW, 2002).

Considerando este dado, compreendemos que as atitudes e comportamentos dos perpetradores são desencadeados pelo desequilíbrio emocional causado por um processo de adoecimento psíquico desenvolvido ao longo da vida. Meadow (citado por Braga, 2007) indicou que a maior parte da literatura relacionada à síndrome abarca características limitadas dos perpetradores, pois se dedicam mais a caracterização e ao reconhecimento deste transtorno.

No geral, as famílias das crianças vítimas de SMP possuem características particulares. Quanto ao perfil traçado na literatura (BRAGA, 2007) e na entrevista, percebeu-se que quando é a mãe a perpetradora, ela apresenta-se interessada e colaboradora com a equipe de saúde, considerando que sua pretensão é cativar os profissionais, mascarando sua condição psíquica. Ela mantém-se calma diante do quadro aparentemente delicado da criança e outros. Contudo, não podemos generalizar das características dessas mães para não incorrer em diagnósticos tendenciosos. No tocante as características do pai, este se mostra distante da situação e desconhece o histórico das falsificações.

Fator indispensável para compreender e reconhecer situações de SMP é inteirar-se sobre o contexto da família de origem do perpetrador. Este conhecimento pode evidenciar o panorama da atual condição do perpetrador, se sua realidade foi marcada por violência, abandono, carência, abusos ou dificuldades.

Na tentativa de compreender a razão de os cuidadores fabricarem sintomas e doenças nas crianças, Pires e Molle (1999) argumentam que nestes casos os perpetradores sofreram perdas, rejeição, abandono, falta de amor e de atenção na infância. Estas carências repercutem de modo inconsciente quando adultos, desencadeando diversos tipos de transtornos, inclusive a SMP.

A SMP envolve questões complexas e apresenta reflexos para além da relação estabelecida entre o paciente e o médico, abrangendo o carácter oculto do âmbito privado da família: os maus tratos e abusos cometidos contra crianças, materializando a violência intrafamiliar.

Vale ressaltar que o diagnóstico desta síndrome é direcionado para o perpetrador, ou seja, o cuidador da criança. Desta forma, o cuidador recebe o diagnóstico e se torna o alvo das medidas previstas, tais como o acompanhamento psicológico e as medidas legais cabíveis. A criança, a quem é destinada os abusos físicos e emocionais, é considerada vítima, e a mesma dispõe de recursos que possibilitam o enfrentamento desta situação.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), estabelecido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), detalha o Transtorno Factício por Procuração, a partir de quatro critérios específicos, como veremos no quadro a seguir:

Quadro 3 – Critérios para pesquisas para transtorno factício indireto

- a) Produção intencional ou simulação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos em um terceiro que está sob os cuidados do indivíduo.
- b) A motivação para o comportamento do perpetrador consiste em assumir o papel de doente por meio de terceiro.
- c) Incentivos externos para o comportamento (tais como o ganho financeiro) estão ausentes.
- d) O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental.

Fonte: DSM-IV, 2002, p. 731.

De acordo com o critério “a)”, as ações empreendidas para produzir ou simular algum tipo de manifestação patológica tanto física como psicológica na criança possuem um carácter deliberado e proposital. O agente executor destas práticas as realiza intencionalmente com objetivo de contemplar seus anseios internos.

Em decorrência do desequilíbrio emocional do perpetrador, causar adoecimento na criança é um meio indireto de alterar seu estado de saúde, atribuindo a um “mediador” os sintomas produzidos, conforme o critério “b)”. Portanto, à luz das frustrações da vida, do contexto familiar, da inserção socioeconômica, e de diversos outros fatores, a criança passa a ser tratada como um instrumento do adulto a fim de satisfazer suas necessidades psicológicas.

Em se tratando da SMP, há a reprodução da ideia de que a criança corresponde a um objeto de posse do adulto perpetrador dos abusos. Este quadro associa-se às características de desenvolvimento da infância, tais como as limitações motoras e cognitivas, que se traduzem na vulnerabilidade em se defender, na dificuldade em articular a fala e outras.

Ao se debruçar sobre o estudo da SMP, Meadow (2002) estabeleceu algumas considerações acerca destes critérios. No que diz respeito ao critério “c)”, ou seja, quanto aos possíveis ganhos resultantes dos abusos, o autor salienta que inicialmente estes ganhos estão ausentes e não são os motivadores deste comportamento.

Todavia, este quadro pode ser alterado quando o perpetrador percebe que os abusos cometidos podem garantir vantagens econômicas a ele (acesso a benefícios econômicos e outros), associando este ganho como uma motivação secundária e gerando dependência com relação aos abusos.

O último quesito do DSM-IV (2002), o critério “d)”, trata-se de um critério de exclusão. A equipe de saúde é indicada diagnosticar casos de transtorno factício indireto quando outros sinais e sintomas forem descartados da investigação ou quando outros transtornos de ordem mental não forem detectados.

A fim de ampliar o debate acerca da SMP, Meadow (2002) propôs uma categorização para a SMP a partir destes critérios do DSM-IV. Vejamos a seguir:

Quadro 4 – Critérios de categorização da SMP

- 1) A doença ou os sintomas em uma criança são fabricados por um dos pais ou por alguém responsável pelo cuidado da criança.
- 2) A criança é persistentemente levada para avaliação e cuidados médicos, resultando em vários procedimentos médicos.
- 3) O perpetrador nega a etiologia ou a causa da doença da criança.

4) Os sintomas da doença cessam quando o perpetrador é afastado da criança.

Fonte: Meadow, 2002, p. 534.

Como dito, a ocorrência da SMP desvela dois tipos de práticas: a produção e a simulação de sintomas ou doenças. A produção da doença na criança ocorre com o desenvolvimento de agravos a sua saúde, gerando prejuízos, através da administração de substâncias nocivas ao organismo ou envenenamento, sufocamento ou asfixia, entre outros. No caso da simulação, há uma dramatização do quadro de saúde da criança, com ênfase descomedida ou excessiva no que tange aos sintomas, como a alteração das amostras para exame (sangue, urina, fezes).

Em se tratando da SMP, os abusos perpetrados contra a criança não são evidenciados como tais. Quando a criança é levada para o atendimento médico, os sintomas forjados pelo cuidador se transfiguram como algum problema de saúde e há total desconhecimento sobre a causa dos sintomas. É por este motivo que a SMP se trata de uma situação de difícil diagnóstico.

Os abusos contra as crianças podem ocorrer de variadas formas, com diferentes intensidades, podendo assumir qualidades e periodicidades distintas. Portanto, o planejamento dos sintomas, seu desenvolvimento e sua ocorrência tem caráter heterogêneo, sendo difícil definir um padrão que determine a ocorrência da SMP.

Contudo, as manifestações clínicas mais frequentes em casos da SMP são febre, convulsão, dores, erupção cutânea, sangramentos, diarreia, vômito, alergias e outros (COSTA, 2012). Estes indícios podem se manifestar persistentemente, com variações com relação à intensidade. Também podem ocorrer isoladamente ou concomitante a outros sintomas.

Pires e Molle (1999) salientam que o envenenamento é a forma mais predominante de causar doenças nas crianças. Inicialmente os perpetradores utilizam pequenas doses em casa que são aumentadas progressivamente até a hospitalização. Os autores sinalizam que as substâncias mais utilizadas são anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, cloreto de sódio, insulina, aspirina, antidepressivos, entre outros.

Além dos sintomas físicos, existe a possibilidade do perpetrador simular e/ou estimular sintomas psicológicos. Braga (2007) demonstra que as crianças podem apresentar psicose, transtorno de déficit de atenção, epilepsia e outros, gerando a necessidade de acompanhamento médico. Os autores Pires e Molle (1999) indicam que os efeitos podem se perpetuar até a fase adulta, quando as crianças perpetradas tornar-se-ão adolescentes ou adultos portadores da síndrome.

A partir desta breve caracterização da SMP infere-se que este transtorno é de difícil detecção de acordo com a literatura (GONÇALVES et al, 2014; FERRÃO, NEVES, 2013; COSTA, 2012; BRAGA, 2007), pois os cuidadores reproduzem fielmente os sintomas, tal como se fossem imitação dos manuais médicos.

Os perpetradores também recorrem à alternância dos serviços de saúde, o que leva a criança ser atendida em diferentes unidades de saúde no mesmo espaço de tempo. Eles percorrem diferentes serviços de assistência médica logo que o perpetrador percebe que suas façanhas estão sendo questionadas pela equipe de saúde, sendo que primeiramente ocorre a negação da situação pelo perpetrador e depois a evasão do tratamento que a criança realiza. Por isto é necessário que a criança seja permanentemente acompanhada pelos profissionais e que a rede de saúde seja integrada.

Diante deste quadro, fica evidente a dificuldade em detectar esta condição. Tanto por conta do parco conhecimento dos profissionais sobre este transtorno e seus reflexos, pela autenticidade dos sintomas produzidos, pelo estereótipo que o cuidador possui de “proteção” e não de “risco”, pela ausência de articulação de atendimento da rede de saúde.

Além disso, podemos justificar essa dificuldade em virtude da escassez de informação acerca da ocorrência desta situação. Durante a realização da pesquisa, não foram encontrados dados consolidados nos registros brasileiros que ilustrassem a abrangência deste fenômeno. Somente na literatura americana foram verificadas algumas estatísticas relacionadas à SMP, porém não compreendiam a realidade desta pesquisa.

4.2 POTENCIALIDADES DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Explorar o campo da SMP é um esforço no reatamento a escassez de estudos e de preenchimento de algumas lacunas teóricas existentes no contexto brasileiro. Dessa maneira, este estudo surge como uma tentativa de responder questões com as quais estudantes e profissionais se deparam em seus estágios e exercício profissional (ROCHA, 2009).

Esta seção aborda a síntese das questões propostas na entrevista, com enfoque nas possibilidades, competências e estratégias desenvolvidas pelo Assistente Social em casos de SMP.

Em seu cotidiano de trabalho profissional, o Assistente Social se depara com inúmeras situações heterogêneas nas quais é demandada sua atuação. Considerando que as expressões da questão social constituem o pilar sobre o qual a profissão direciona sua intervenção, observamos que as expressões da violência também conformam ponto de partida para a intervenção profissional.

O trabalho relacionado à temática da violência, no âmbito da saúde, permite o contato com as situações específicas de violência (física, psicológica, sexual). Com base na experiência profissional e nos parâmetros teóricos, os profissionais passam a reconhecer elementos que caracterizam cada tipo de violação. Quando inseridos neste campo de intervenção, os profissionais necessitam aprender, buscar fundamentação teórica, aprofundar determinados conhecimentos, através de cursos, especializações e outros.

É neste sentido que o Código de Ética Profissional do Serviço Social (1993) trata do aprimoramento intelectual necessário ao exercício da profissão. Netto (2011) chama a atenção para a atitude investigativa – compatível com método de Marx – que o Assistente Social deve desenvolver no seu campo de trabalho, orientada para subsidiar a intervenção.

De acordo com Netto (2011), essa atitude investigativa consoante ao método de Marx, implica em três procedimentos. Em primeiro lugar, é importante que o profissional desenvolva uma visão global da dinâmica social concreta, considerando a estrutura e as determinações econômicas, históricas, políticas e sociais. Em segundo lugar, o profissional deve apreender as principais mediações que estão associadas ao atendimento realizado e, a relação das expressões da questão social propagadas no cenário atual com as políticas sociais disponíveis para o seu enfrentamento. Por último, compete ao Assistente Social apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre seu objeto de intervenção. Esta apropriação compreende o domínio da temática, das teorias que respaldam o objeto, da documentação legal, dos recursos disponíveis para a intervenção e outros.

Dentro do contexto da saúde, existem diversas manifestações que caracterizam situações de abuso e agressões. Desta forma, a SMP também se torna campo de atuação destes profissionais. Contudo, em razão da sua especificidade – das simulações veladas, diferentemente de feridas e contusões – esta síndrome tem detecção mais lenta do que as demais.

Além disso, o inchaço do sistema público de saúde também dificulta o processo de reconhecimento desta síndrome. Decorrente disso há uma pressão sobre os profissionais para que os mesmos realizem desocupação dos leitos. Essa demanda dispensa das unidades de saúde os casos de “menor risco”, a fim de disponibilizar vagas para o atendimento dos casos que requerem maior atenção e cuidados médicos.

Como preconizado pelos princípios do SUS, todos os cidadãos possuem o direito ao acesso e ao atendimento integral de saúde. O movimento de “desafogar o sistema” opera de forma alheia a estes preceitos, inviabilizando as condições para os cuidados integrais em saúde. Este processo desemboca em verdadeiras peregrinações para a obtenção e continuidade do atendimento.

Quando a criança ou qualquer outro usuário adentra aos serviços do SUS, é realizado um levantamento clínico pela equipe médica, no sentido de encontrar um diagnóstico para a situação da criança. Algumas vezes, chega-se a um possível diagnóstico.

No entanto, quando não se encontra elementos concretos de identificação ou classificação, a equipe de saúde inicia a investigação para diagnosticar a patologia e adequar o tratamento. Se a criança apresenta melhora do quadro geral, há a prescrição de medicação e o recebimento da alta hospitalar. Esta perspectiva acontece quando os profissionais que realizam o atendimento não tem muita proximidade com o conteúdo da SMP. Nestes casos, há uma carência de um olhar mais apurado sobre os condicionantes sociais que incidem no processo de saúde do usuário.

Quando a equipe de saúde tem maior contato com as manifestações da violência, seja pela especificidade do local de atendimento, pela natureza da unidade de saúde ou pela experiência profissional, outras questões passam a ser observadas. Quando a equipe percebe que a criança tem várias internações, com as mesmas queixas, mas que nunca apresenta uma definição real do diagnóstico é importante que haja dúvidas quanto à situação apresentada. A participante frisou que o ideal é que os profissionais suspeitem deste processo antes de haverem diversas internações ou procedimentos médicos invasivos no sentido de resguardar a criança e sua saúde.

Com relação à alta hospitalar, a Assistente Social informou que em determinadas situações com suspeita de violência, a profissão precisa peitar os gestores e/ou a equipe médica para não permitir à alta, pois este é um procedimento que precisa ser realizado de forma segura e planejada, com o acionamento da rede social de apoio. Neste sentido, a profissão tende a desenvolver um perfil de militância resistente, contestador, para enfatizar a intervenção e o fator proteção.

A entrevistada ressaltou que o trabalho em equipe é essencial para o diagnóstico, pois, o Serviço Social não dispõe de preparo acadêmico específico para tratar com violência. Ela expressou a necessidade dos Assistentes Sociais se dedicarem aos aspectos particulares da violência, como é o caso da SMP, pois é no cotidiano do trabalho profissional que a categoria se depara com estas situações. Neste sentido, a participante discorreu que sua familiaridade com a SMP ocorreu no espaço de trabalho, afirmando que é no dia a dia do trabalho com a violência que os Assistentes Sociais constroem e consolidam sua intervenção.

A diversidade de ramos profissionais enriquece, molda e conforma a unidade da equipe. Nas palavras de Yamamoto (2012) a “equipe condensa uma unidade de diversidades” (YAMAMOTO, 2012, p. 64). O espaço comum de atuação da equipe não isenta o Assistente Social de desenvolver uma observação particular do objeto de intervenção, conferindo diferentes significados, competências, habilidades e encaminhamentos a cada profissão.

As características do trabalho desenvolvido em equipe como o intercâmbio de conhecimentos e a especificidade atribuída a cada profissão não devem se dispersar ou diluir-se. É válido considerar que, para Marx, a totalidade é constituída por totalidades de menor complexidade (NETTO, 2011). Assim deve ser o trabalho realizado em equipe, uma intervenção composta por competências e atribuições profissionais particulares que se relacionam em conjunto. Deste modo, tanto ao Serviço Social quanto as demais profissões, é necessária a preservação das identidades e dos objetos profissionais para delimitar as estratégias de intervenção.

A intervenção em casos de SMP segue um padrão básico. Assim que a suspeita é levantada, reúne-se a equipe de saúde disponível a fim de expor as opiniões técnicas e coletar informações. A cada especialidade é solicitado um relatório que indique a evolução do quadro clínico da criança. Logo que todos os relatórios ficam prontos, a equipe toda se reúne para condensar as informações. Esta reunião possibilita os profissionais fazerem uma avaliação de risco, considerando até que ponto essa criança corre risco junto ao seu cuidador.

Avaliado o risco de dano à saúde – física, psicológica, mental – dessa criança, a equipe interpreta que essa criança ser afastada do cuidador favorece mais do que ela permanecer junto ao mesmo. Nesse sentido, ao Assistente Social é demandada a atividade de busca da família extensa (avós, tios) dessa criança. Este levantamento, a fim de contatar a família extensa também pretende sensibilizar essa família acerca da gravidade da situação, da condição de saúde da criança, do adoecimento do cuidador e dos encaminhamentos realizados.

O afastamento do cuidador não é necessariamente um afastamento familiar. Nesta instância acredita-se que o seio familiar favorece a parentalidade e o sentimento

de pertencimento para a criança. Somente quando não existe possibilidade ou ausência de interesse da família extensa cuidar da criança é que se abrem caminhos para a institucionalização.

Em certos casos, o afastamento do cuidador não significa que a criança deixará de ter contato com o perpetrador, pois em determinadas famílias esse vínculo não é totalmente rompido em razão do aspecto relacional entre os membros, local de moradia, trabalho, etc.

Como exposto anteriormente, a ação profissional na esfera da saúde, inclusive na intervenção do Serviço Social, está pautada na suspeita da ocorrência da violência. Em casos de SMP, quando existe a suspeita, o Serviço Social é chamado para atuar nas questões sociais, familiares, comunitárias ou em alguma situação que o cuidador está apresentando. Sua abordagem parte da sua capacidade investigativa envolvendo questões socioeconômicas, comunitárias.

Esta análise desvela questões determinantes sobre a situação familiar, que são desconhecidas ou desconsideradas por alguns profissionais. Questões estas que influem diretamente nas relações familiares, sociais e na condição de saúde da criança. Em casos de SMP, este levantamento acerca da totalidade social na qual a família está inserida pode identificar o ganho secundário que motiva o perpetrador, por exemplo, o que poderia trazer alguma vantagem, seja emocional, física, relacional, familiar.

Neste sentido, o ganho secundário está relacionado a alguma vantagem que o perpetrador da SMP encontra ou pode obter amparo, seja físico, material ou emocional. Isto valida o que Meadow (2002) concluiu sobre os ganhos resultantes dos abusos. Para ele, os abusos cometidos podem originar determinados benefícios, provocando dependência com relação aos abusos.

É no sentido de formular respostas às requisições cotidianas que o profissional de Serviço Social deve desenvolver continuamente análise crítica da realidade, inteirando-se das determinações sociais e estruturais da realidade social que conformam as necessidades sociais apresentadas – ou não – pelos os usuários.

A abordagem dialética utilizada para fundamentar a proposta teórica do Serviço Social estabelece que o ponto de partida para a investigação é a situação aparente, a imediaticidade. Enquanto ponto de partida, estas informações a respeito do atendimento devem ser superadas, no sentido de buscar os traços constitutivos daquela situação apresentada. Segundo Santos (2010, p. 20), “a partir dessa observação imediata que se buscam suas múltiplas determinações – para conhecê-lo em sua singularidade, particularidade e universalidade –, tendo em vista a concepção de totalidade”.

Nossa análise pauta-se na necessidade que o Assistente Social tem de apreender e mediar essas categorias existentes na realidade. É no processo de partir do singular (atendimento específico aos casos de violência) para o universal (a violência presente na estrutura social), mediatizada pela particularidade – campo de mediação em que a relação entre o singular e o universal se evidencia e pode ser compreendida – que o Assistente Social pode analisar as demandas singulares associadas à totalidade social. Este processo possibilita aos profissionais expandirem o campo de análise, a partir da compreensão do sistema, do funcionamento das famílias, das comunidades, da rede social daquelas pessoas envolvidas, associando a situação que se apresenta em cada atendimento a sua dimensão mais geral.

Por se tratar de um estágio de adoecimento mental as tendências da pessoa que perpetra a SMP tem origem em situações que ocorreram ao longo de sua vida, desde os primeiros anos de vida. Situações de abandono, maus tratos e outras, que são sofridas e internalizadas refletem-se na fase adulta com o desenvolvimento deste transtorno.

Ao assumir o papel de doente utilizando outra pessoa, de modo intencional, provocar ou simular sintomas, visando possíveis vantagens, são meios que essas pessoas encontram para satisfazer suas necessidades psicológicas, para preencher os “vazios” sofridos ao longo de sua vida. Além da questão emocional, diversos outros fatores estão associados a esta condição, tais como a situação socioeconômica. Quanto à questão da renda, a ocorrência da SMP independe da inserção econômica, podendo o perpetrador ser classificado como baixa-renda ou não.

O Assistente Social assume a função de levantar, instigar, impulsionar a equipe no sentido da investigação acerca dos indícios de saúde da criança, ao pautar-se nas

questões sociais que balizam a situação familiar. O Assistente Social também desenvolve o papel de mediador no processo de articular as informações técnicas de cada profissional às questões postas pela realidade. A autonomia do Serviço Social para intervenção também é interinstitucional, pois a articulação ocorre com o Ministério Público, com a Vara da Infância, com o Conselho Tutelar e com outros órgãos destinados a proteção da criança.

Situações de violência são tendenciosas no sentido de sensibilizar demasiadamente os profissionais. Assim sendo, o profissional de Serviço Social deve manter um eixo técnico e conduzir a equipe para o fluxo de resolutividade. É evidente que o profissional de Serviço Social também se inclui neste processo de sensibilização, porém, seu potencial interventivo não deve se pautar somente pela comoção.

O Serviço Social realiza o matriciamento e a articulação das informações geradas em situações em SMP, operando a organização do “quebra-cabeça” dos saberes especializados, buscando a resolutividade do atendimento. Isto se processa com a união de todos os relatórios técnicos (das áreas de enfermagem, pediatria, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e outras) com o relatório do Serviço Social. Feito isso é possível realizar o fechamento geral, a integração do que foi relatado a fim de diagnosticar em equipe a SMP, e encaminhar para os órgãos competentes.

É a partir do olhar técnico que o Serviço Social pode desenvolver sua estratégia de intervenção, pois se a criança está inserida numa situação de desproteção, com uma pessoa que ao invés de oferecer cuidado, ao contrário, está desprotegendo, adoecendo, simulando, adoecendo mentalmente aquela criança, é importante que sua intervenção esteja baseada na proteção desta criança.

A proteção pretendida pelo Serviço Social, em casos de SMP, tende a desconstruir o olhar que a sociedade tem sobre o cuidador da criança, pois nem sempre esse cuidador é o protetor. Quando a mãe é a perpetradora, a comunidade em geral se torna cética quanto aos abusos, justamente pelo fato do estereótipo “mãe” ser construído assentado no cuidado, na proteção e na defesa.

Outra competência que a profissão de Serviço Social possui é a articulação interdisciplinar e/ou interinstitucional, que muitas vezes não é priorizado pelo profissional de saúde. É neste sentido que as profissões se complementam. As questões relacionadas à violência precisam de um enfrentamento transversal, através do vínculo com diversas outras políticas, tais como a segurança pública, assistência social, justiça e outros. A atuação do Serviço Social na área da saúde deve incessantemente buscar e estimular a transversalidade e a intersetorialidade das políticas públicas, propiciando a articulação das políticas de seguridade social juntamente com a rede social de apoio, em direção à superação da fragmentação dos serviços e do atendimento.

O principal instrumento de proteção legal desta criança é o ECA. Desta forma, o Serviço Social especificamente, recorre à legislação, aos artigos, aos princípios e diretrizes de proteção, como um instrumento de trabalho nessas situações.

Com relação aos instrumentos e técnicas utilizados, a entrevistada admitiu uma variedade de opções (avaliação familiar, socioeconômica e outras). Quando se trata do cuidador, há basicamente três recursos disponíveis. O primeiro instrumento diz respeito “linha do tempo do cuidador”. Nela o profissional constrói em conjunto com a pessoa que perpetra os sintomas sua história de vida para identificar e compreender como os acontecimentos da infância, adolescência, os fatos importantes da fase adulta podem ter relação com o desencadeamento do adoecimento emocional.

Outro recurso corresponde ao “ecomapa”. Com esta ferramenta é possível identificar e analisar os sistemas sociais – instituição religiosa, sistema familiar, sistema profissional, grupo de esporte ou outros – nos quais esta pessoa está inserida. Esta análise permite conhecer quais vinculações influíram no desenvolvimento deste transtorno e até mesmo, quais destes sistemas podem servir de apoio e de recurso de acompanhamento para a pessoa diagnosticada como perpetrador de SMP.

Para compreender melhor a dinâmica de vida do usuário e da família do mesmo, os profissionais utilizam também o “genograma familiar”. Este terceiro instrumento consiste em uma representação gráfica para verificar a composição familiar e o relacionamento entre os membros, ou seja, um instrumento de caracterização da família (WENDT, 2008). Este recurso é utilizado entendendo que as violências ocorrem de

forma transgeracional, ou seja, como situações perpetuadas de geração em geração, sucessão de abandonos, violações. Além destes o Serviço Social também se utiliza dos relatórios, pareceres, reuniões de equipe e outros.

As medidas e os procedimentos adotados pelo Serviço Social no sentido de operacionalizar o programa e viabilizar os direitos de crianças são diversos. A abordagem com a família é aquela que tem maior potencial, pois nela – por vezes – encontra-se o acolhimento que a criança necessita. O trabalho realizado com a família após o diagnóstico da SMP ocorre com a tentativa de valorizar as partes envolvidas, o perpetrador e a criança. Após o diagnóstico é necessário que a família reconheça a pessoa que perpetra a SMP como um indivíduo que precisa de apoio e não com a imagem denegrida.

Neste sentido é levantado o sofrimento psíquico daquela pessoa, e, por vezes até a própria família coopera para esta compreensão. Esta cooperação compreende o detalhamento do histórico de vida do perpetrador – a partir dos traumas, das possíveis tentativas de suicídio, dos sentimentos de rejeição internalizados – e o modo como o autor obtém benefícios diante das simulações, tais como a atenção dos familiares, ajudas financeiras e outros.

Assim é possível os profissionais identificarem e compreenderem, juntamente com a família, como e porque a condição de saúde da criança é alterada. Também é possível explicar o processo recorrente de adoecimento da criança mesmo ela sendo saudável. A integração da família com a equipe de saúde, especialmente com os Assistentes Sociais, é imprescindível para associar os episódios da linha do tempo do perpetrador da SMP com o diagnóstico, fortalecendo a suspeita da equipe.

A sensibilização com os familiares é um procedimento essencial. Com esta ação, é demonstrado de uma maneira geral, que as violências, assim como a SMP, também ocorrem no interior das famílias, caracterizando a violência intrafamiliar. Explica-se as famílias a necessidade de esta situação ser trazida à tona com a finalidade de romper com este ciclo, para viabilizar a proteção do indivíduo que está sendo prejudicado. Esta situação por vezes impacta a família de forma negativa, porém é trabalhada a concepção

de que nesta relação familiar assimétrica existe um lado vulnerável e desprotegido que precisa de cuidados e proteção.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) “fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2010, p. 45) constitui uma das principais ações a serem desenvolvidas pelo o Serviço Social.

Tudo quanto esta família fizer para romper este ciclo – com as comunicações oficiais para o Conselho Tutelar, ou alguma medida de proteção na Vara da Infância, a expedição de boletim de ocorrência ou até mesmo a requisição de laudo do Instituto Médico Legal (IML) – será visando à proteção de uma pessoa vulnerável. Esta sensibilização opera no sentido de empoderar a família para que a proteção seja efetivada e para que sejam viabilizados os direitos da criança.

No Distrito Federal existem recursos diferenciados para o atendimento da criança e do perpetrador. Como é considerado um transtorno mental, o recurso público disponível para o atendimento do perpetrador está concentrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). A equipe de saúde, especificamente o Serviço Social, encaminha um relatório com a descrição do caso para a unidade do CAPs em que a pessoa vai ser atendida, reiterando o quadro frágil que ela se enquadra.

Em se tratando da criança, o serviço disponível de apoio e acompanhamento, no âmbito da saúde são os PAVs. Por se tratar de um serviço regionalizado, a criança é encaminhada para o PAV mais próximo de sua residência. Na esfera da justiça, a criança encontra apoio no serviço psicossocial que acompanha o processo. Estes recursos são importantes para isentar a criança da perpetuação do processo de violência, de maus tratos, de adoecimento, da vivência numa relação parental adoecida, diminuindo de forma expressiva as consequências da SMP, reforçando o fator de proteção.

A partir do exposto, foi possível comprovar o que admitimos anteriormente como hipótese, na qual a intervenção profissional do Serviço Social em casos de SMP é

imprescindível no atendimento, na articulação com os demais profissionais e com a rede intersetorial de políticas públicas, pois consideramos que esta síndrome é um transtorno grave que afeta negativamente o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças perpetradas por este tipo de abuso, visto que estas são cidadãos em condição peculiar de desenvolvimento e tem seus direitos violados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou contribuir para o debate acerca das possibilidades, competências e estratégias desenvolvidas pelo o Serviço Social em casos de SMP, na esfera da saúde pública. Através da incursão teórica e analítica podemos compreender o modo como se operacionaliza a atuação do Serviço Social com crianças perpetradas pelos cuidadores diagnosticados com SMP.

A violência consiste em um fenômeno complexo e intrínseco a realidade social, com diversas interfaces e motivações. Suas manifestações ocorrem de modo desigual, atingindo pessoas de diversas nacionalidades, idades e condições socioeconômicas. Além disto, gera impactos negativos sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

Apesar de se tratar de um fenômeno generalizado, abordamos neste estudo uma forma particular de manifestação da violência: a SMP. Esta síndrome se caracteriza como um transtorno psíquico no qual o executor altera o estado de saúde de terceiros, com fatores externos a eles, que podem ocasionar danos, sequelas e mesmo a morte.

Nesta perspectiva, entendemos que a atuação do Serviço Social tem necessidade de se adequar e construir diferentes abordagens com base no projeto profissional e nas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, considerando as diferentes formas de manifestação da questão social. Esta necessidade engloba não só o exercício profissional, mas também a formação em Serviço Social.

Assim, foi possível resgatar e construir algumas potencialidades de trabalho da profissão, considerando que o profissional de Serviço Social, no âmbito da saúde, é um dos principais articuladores na equipe multidisciplinar.

O Serviço Social, diante dos desafios do SUS, é uma profissão que contribui para a abordagem dos determinantes sociais do processo de saúde, superando a visão biológica da saúde. Sua perspectiva técnica contribui de sobremaneira para o que há de social além da questão de saúde. Este tratamento possibilita a efetivação da integralidade das ações de saúde no atendimento às necessidades do usuário.

Diante da complexidade das situações apresentadas ao Serviço Social, é necessário que o profissional organize e planeje suas ações com o direcionamento para a garantia do direito, tomando por referência os ordenamentos legais de proteção e de legitimação do trabalho – componentes do projeto ético-político da profissão – engendrando ações que garantam aos usuários o necessário como direito. Por este ângulo, é essencial que o profissional seja instrumento para a efetivação dos direitos formalmente garantidos, e não mero possuidor de conhecimentos.

Além disso, ressaltamos a importância da homogeneidade do método dialético entre a teoria e a prática da ação profissional, necessária à defesa dos direitos humanos, considerando que as crianças perpetradas pela SMP são sujeitos de direitos e os mesmos têm seus direitos violados.

Em síntese, o papel do Assistente Social em casos de SMP consiste em realizar análise da situação, estimulada por sua capacidade investigativa, estabelecendo mediações com as categorias da realidade social; levantar questões sobre a situação familiar do usuário, considerando os aspectos socioeconômicos, familiares, comunitários; acionar e articular a equipe de saúde para questões além do biológico do usuário, identificando demandas implícitas; matriciar as informações técnicas de cada especialidade; estabelecer eixo técnico de atendimento, direcionado a resolutividade em situações de desproteção; utilizar a instrumentalidade da profissão, visando a promoção dos direitos sociais; contatar a rede de proteção, observando que o enfrentamento à violência só é eficaz mediante a transversalidade das diversas públicas; através de uma abordagem socioeducativa, estimular os profissionais para a notificação dos casos de violência.

Com relação à SMP, ao longo do trabalho vimos à dificuldade em detectar esta condição. Tanto por conta do parco conhecimento dos profissionais sobre este transtorno e seus reflexos, pela autenticidade dos sintomas produzidos, pelo estereótipo que o cuidador possui de “proteção” e não de “risco”, pela ausência de articulação de atendimento da rede de saúde. Além disso, o inchaço e a precariedade do sistema público de saúde também dificultam o processo de reconhecimento desta síndrome através da liberação dos leitos.

Percebemos também que a SMP ainda não compõe pauta na agenda política brasileira, apesar de ser uma situação de violação de direitos da infância. A SMP não ser focalizada como objeto de luta dos movimentos sociais de defesa da infância pode ser explicada pelo fato de que a reivindicação dos direitos está assentada nas questões mais gerais da violência. Apesar disso, salientamos a importância da politização da sociedade acerca da SMP.

Considerando o exposto, este trabalho constitui-se apenas como tentativa de exploração desta temática, deixando uma provocação para pesquisas futuras. Desta forma, salientamos a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde e de outras instituições para o reconhecimento e diagnóstico da SMP.

Também ressaltamos a necessidade de adequação da Ficha de Notificação aos casos diagnosticados como SMP. Ao examinar a ocorrência desta síndrome e analisar o campo específico sobre o tipo de violência notificado na Ficha de Notificação, percebemos que não há indicação da SMP, mesmo que ela seja considerada como um tipo específico de violência. A importância de estabelecer esta indicação neste formulário ocorre considerando o agravo produzido, sua caracterização e a necessidade dos profissionais de saúde suspeitarem da ocorrência desta síndrome.

Em suma, se torna notável a importância de outros estudos sobre essa forma de violência contra crianças com temas não explorados nesta pesquisa, a saber: a abrangência de ocorrência da SMP no contexto brasileiro, relação entre os cuidadores e as crianças perpetradas e outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed., rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BRAGA, Mariana da Silva. Um estudo teórico sobre a Síndrome de Munchausen por procuração. Porto Alegre: 2007. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12293/000606736.pdf?sequence1>>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.

_____. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº. 4.730 de 28 de dezembro de 2011. Cria a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=975fd69c-5239-3c11-a926-7f338175470c>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

_____. Lei nº. 4.902 de 21 de agosto de 2012. Dispõe sobre a divulgação do Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescente, o Disque 100, em estabelecimentos públicos no âmbito do Distrito Federal. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=61adcffd-450d-3060-a308-a8510cfb6845>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

_____. Decreto nº. 23.812 de 3 de junho de 2003, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, DF, 4 de junho de 2003. Dispõe sobre a criação de cargos comissionados, na estrutura orgânica da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=d74b5329-0ad6-3f68-a3b0-165e7d605f1c>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

_____. Portaria nº. 141, de 17 de julho de 2012. Institui o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância a Violências (PAV) no organograma da Regional de Saúde, subordinado diretamente ao Coordenador Geral de Saúde e define suas atribuições. Diário Oficial do Distrito Federal, DF, 19 de julho de 2012. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Jul/19/portaria-no-141-de-17-de-julho-de-2012-institui-o>>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

_____. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. In. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: 2007, p. 77- 93.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In. GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética do/a Assistente Social de 1993. Brasília, 10ª ed, 2012.

_____. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Adriana C. Síndrome de Munchausen por Procuração: uma revisão integrativa. Porto Alegre: 2012. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55277/000856921.pdf?sequence=1>>. Acesso em 20 de abril de 2015.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF. Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual. Brasília, 2008.

_____. Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV (Portal Eletrônico Secretaria de Saúde – SES/DF, 2015). Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/programas/283-programas-acidentes-e-violencias.html>>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

_____. Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV. Projeto Empoderando Profissionais de Saúde. Brasília, 2012.

FALEIROS, Vicente. Infância e processo político no Brasil. In: PILLITI, Francisco; RIZZINI, Irene. A arte de governar crianças: a histórias das políticas sociais, da legislação e da assistência a infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009, p. 33-96.

FERRÃO, Ana Carolina F., NEVES, Maria das Graças C. Síndrome de Munchausen por Procuração: quando a mãe adoce o filho. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, 2013. Disponível em <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2013Vol24_2_8_SindromeMunchausen.pdf>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GONÇALVES, Thomás G. et al. Munchausen Syndrome by proxy: Definition, context, and psychological factors involved. *Revista de Psicologia*, Lima, v. 32, n. 1, 2014. Disponível em <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 20 de abril de 2015.

IAMAMOTO, Marilda V. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade. In: *Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão*. CFESS, 2012.

MARCÍLIO, Maria. História social da criança abandonada. São Paulo: Hucitec, 1998.

MEADOW, Richard. Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *The Lancet* 343, 1977. Disponível em <<http://www.msbp.com/hinterlands.htm>>. Acesso em 20 de abril de 2015.

_____. What is, and what is not, 'Munchausen syndrome by proxy'?. *Archives of disease in childhood*, 72, p. 534-538, 1995. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1511135/pdf/archdisch00624-0074.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2015.

MEADOW, Roy. Different Interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, v. 26, n. 5, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, Aug. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de setembro de 2015.

MOTA, Denise. Cuidados que matam. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 30 de abril de 2009. *Folha Equilíbrio*, p. 4-5. Disponível em <<http://acervo.folha.com.br/fsp/2009/04/30/27/>>. Acesso em 07 de maio de 2015.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, 1989. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

PIRES, Joelza M. A.; MOLLE, Lucas D. Síndrome de Munchausen por procuração – relato de dois casos. *Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro*, 1999, volume 75, n. 4: 281-286. Disponível em <<http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-04-281/port.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2015.

RICAS, Janete; DONOSO, Miguir T. V.; GRESTA, M. L. M. Maus-tratos na infância: reflexões. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, jul./ set; v.10, n. 3, p. 306-310, 2006. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/424>>. Acesso em 20 de abril de 2015.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas, 2010.

ROCHA, Mirtes A. G. A. Monografia final. In: CFESS/ABEPSS, *Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais*, 2009, compilação digital.

SANTOS, Claudia Monica dos. *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

VILELA, Laurez Ferreira. *Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/viole_rededf.pdf>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão Crítica*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de setembro de 2015.

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados Profissionais:

Formação Profissional: _____

Função exercida: _____

Local de lotação: _____

Há quanto tempo trabalha na SES/DF? _____

Perguntas-chave:

1. Quando foi e como ocorreu o seu primeiro contato com a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP)? Foi através do mundo acadêmico, trabalho ou contato com a literatura?
2. Como se dá a ação profissional do Serviço Social no reconhecimento ou suspeita, diagnóstico e acompanhamento em casos de SMP?
3. O Serviço Social dispõe de autonomia para intervir em casos de SMP? Quais as demais competências que a profissão desenvolve em casos de SMP?
4. Como você identifica a especificidade de atuação do Serviço Social no atendimento a este transtorno? No que a prática do Serviço Social se distingue da de outros profissionais que compõem a equipe?
5. Como o Serviço Social pode construir uma ação relacionada ao atendimento? O trabalho realizado deve ser específico ao Serviço Social ou pode ter recorrer aos métodos multidisciplinares de atendimento?
6. Quais os instrumentos e técnicas que podem ser utilizados? Quais as ações que você desenvolve concretamente?
7. Quais as medidas e os procedimentos adotados pelo Serviço Social no sentido de operacionalizar o programa e viabilizar os direitos de crianças e adolescentes?
8. Como se operacionaliza o trabalho com a família quando a SMP é diagnosticada?
9. Quais são os recursos disponíveis para o atendimento do perpetrador da SMP e da vítima?

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido a Sra. a participar da Pesquisa *Serviço Social e Síndrome de Munchausen por procuração: a potencialidade da intervenção profissional*, realizada por estudante de *Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social*, para fins acadêmicos, sob orientação da Professora Patricia Pinheiro.

Sua participação será voluntária e se dará por meio de entrevista gravada. Se após o consentimento a Sra. desistir da participação, tem o direito e a liberdade de se retirar em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação e/ou solicitação dos resultados da pesquisa, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail: paula.bqueiroz@hotmail.com.

Consentimento Pós-Informação:

Eu,

_____,
fui informada sobre os objetivos da pesquisa e a relevância da mesma. Por isso, concordo em participar do estudo, sabendo que não receberei nenhum incentivo financeiro, que não terei qualquer ônus e que posso desistir quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da participante

Brasília, _____ de 2015.

ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (FRENTE)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

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

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. 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 (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o **art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (**Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003**) e maus tratos contra a pessoa idosa (**artigo 19 da Lei no 10.741/2003**).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente					9 Data de nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Prata 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares					
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			33 Relações sexuais 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)			43 Geo campo 3	44 Geo campo 4
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

ANEXO D – LISTAGEM DOS PAVS

REGIONAL / NOME DO PROGRAMA	ENDE REÇO	EMAIL	TELE FONE	PÚBLICO ATENDIDO
HRAN PROGRAMA MARGARIDA	SMHN Área Especial – Asa Norte	programamargarida.hran@yahoo.com	39013065	Pessoas em todas as faixas etárias.
COMPP PROGRAMA JASMIM	Quadra 501 Norte bloco B Ed. COMPP – Asa Norte	programajasmim.compp@gmail.com	33263784 39013062	Crianças e adolescentes.
HMIB PROGRAMA VIOLETA	SGAS Quadra 608/609 Módulo A – Asa Sul	programavioleta@gmail.com	34457669	Mulheres e crianças.
ADOLESCENTR O PROGRAMA CALIANDRA	SGAS – Quadra 605 lote 32/33 Asa Sul		34431855	Adolescentes
HRC PROGRAMA FLOR DE LOTUS	QNM 17 Área Especial nº 01 Ceilândia	pavflordelotushrc@gmail.com	33716595	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRG PROGRAMA GARDÊNIA	Área Especial nº 01 Setor Central – Gama	pavgama@gmail.com	33859956 33859236	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRGu PROGRAMA PRIMAVERA	Área Especial QI 06 lote “C” Guará I	pavprimavera@gmail.com	33531477	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRPa PROGRAMA GIRASSOL	Quadra 2 Área Especial Paranoá	pavparanoa@gmail.com	33699899	Pessoas em todas as faixas etárias
HRP PROGRAMA FLOR DE LIS	Via W/L 4 Área Especial – Setor Hospitalar	pavplanaltina@gmail.com	33890746 HRP 33882861 CS	Pessoas em todas as faixas etárias.

	Planaltina			
HRSam PROGRAMA ORQUÍDEA	QS 614 conj. 'C' lotes 01 e 02 Samambaia	pavorquideahrsm@gmail.com	34589838	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRSM FLOR DO CERRADO	Quadra "AC" 102 Conjunto A, B, C e D s/nº Santa Maria	pavsantamaria@gmail.com	33926405 33926512	Pessoas em todas as faixas etárias.
CSSS01 PROGRAMA TULIPA	Quadra 02 Área Especial São Sebastião	pavtulipa@gmail.com	33355472	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRS PROGRAMA SEMPRE VIVA	Quadra 12 Área Especial – Setor Central – Sobradinho	programasempreviva@gmail.com	34879241 33531144	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRT PROGRAMA AZALEIA	QNC Área Especial nº 24 Taguatinga Norte	pavazaleiahrt@gmail.com	33531162/ 55 33531159 35632630 35634221	Pessoas em todas as faixas etárias.
ISM Instituto de Saúde Mental	EPNB KM 04, Área Especial S/N, Av. Sucupira, Granja do Riacho Fundo – Riacho Fundo I		33994545	Adultos.
PAV Alfazema Núcleo Bandeirante	3º Avenida nº 03 Núcleo Bandeirante Centro de Saúde do NB	programaalfazema@gmail.com	34866710 33867902 (Serviço Social)	Pessoas em todas as faixas etárias.
DRSRE PROGRAMA AMARILIS	Q. 102 - Área Especial 1 -	pavamarilisrecontodasemas@gmail.com	34345793	Pessoas em todas as faixas etárias.

	Avenida Recanto Recanto Das Emas			
HBDF PROGRAMA IPÊ	SMHS - Área Especial - Q. 101		33151320	Pessoas em todas as faixas etárias.
Programa Alecrim		pav.alecrim@gmail.com	32143840	Atendimento ao autor (adulto) de violência sexual.
PIGL Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei	SGAS Quadra 608/609 Módulo A – Asa Sul	pigl.hmib@gmail.com	32446953	Acolhimento e avaliação de casos. Inclusão em programa de interrupção gestacional nos casos previstos em lei. Encaminhamentos e acompanhamentos junto à VIJ nos casos de adoção.