UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DIENE MONIQUE CARLOS

O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência
doméstica contra crianças e adolescentes – o olhar da Atenção
Básica à Saúde

RIBEIRÃO PRETO

2014

DIENE MONIQUE CARLOS

O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência
doméstica contra crianças e adolescentes – o olhar da Atenção
Básica à Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao
adolescente.

Orientador: Maria das Graças Bomfim de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carlos, Diene Monique

O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes – o olhar da Atenção Básica à Saúde. Ribeirão Preto, 2014.

208 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Maria das Graças Bomfim de Carvalho

1. Família. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Violência Doméstica. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Rede Social.

CARLOS, Diene Monique

O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes – o olhar da Atenção Básica à Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A todas as famílias que de alguma forma, estiveram ou encontram-se envolvidas em dinâmicas violentas. O desafio de promover um melhor cuidado a vocês, há tanto tempo presente em minha trajetória pessoal e profissional, é o legado deste estudo.

*“[...] De uma gente que ri quando deve chorar.
E não vive, apenas aguenta.”*

Milton Nascimento

Aos profissionais de saúde, em especial, àqueles que participaram deste estudo, ultrapassando suas próprias fronteiras ao vivenciar, intensa e emocionalmente, as práticas de cuidado a estas famílias. Este trabalho foi realizado com vocês, por vocês e para vocês!

*“A condição humana deveria ser o objeto essencial
de todo o conhecimento, de todo o ensino.”*

Edgar Morin

AGRADECIMENTOS

À minha família, meu maior referencial, pelo incentivo constante e pelo desejo sempre presente, mesmo que distante geograficamente, de minha felicidade. Em especial, à minha tia Adelaide, por nortear os meus passos com o seu exemplo de determinação e coragem perante a vida e os seus desafios; e ao meu irmão André, por ter superado um passado de grande sofrimento, e hoje ser o nosso alicerce.

À Profa. Dra. Maria das Graças Bomfim Carvalho, querida Graça, por me acompanhar neste projeto e permitir que me unisse ao meu objeto de estudo! Apesar de momentos difíceis e pesados, a vivência da prática em enfermagem cotidianamente enriqueceram este estudo e nosso conhecimento! Obrigada pelo cuidado, pela generosidade e pela humanidade com que acolhe a todos os que estão próximos de você!

À Profa. Dra. Elisabete M. M. de Pádua, que encontro surpreendente! Não tenho palavras para agradecer à sua imensa e intensa contribuição para este trabalho. Obrigada pelo acolhimento e pela disponibilidade em partilhar, com tamanha apropriação e, ao mesmo tempo, tranquilidade, o paradigma da complexidade – um verdadeiro desafio para uma enfermeira! Este trabalho seria inviável sem o seu auxílio!

À Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva, por estar presente em minha trajetória desde a graduação, e pelo espírito sempre motivador e pacífico! Você é meu grande exemplo de profissional e ser humano!

À Profa. Dra. Lygia Pereira da Silva, pelo conhecimento compartilhado, e pela solidariedade e generosidade em se deslocar até Campinas para o desenvolvimento do projeto piloto. São atitudes como essa que nos movem e tornam os desafios mais leves!

Ao Prof. Dr. Walter Ude, pela disponibilidade imensa em sempre compartilhar, de uma forma amena e, ao mesmo tempo, intensa, a transdisciplinaridade com o mundo!

À Maria de Lourdes Feriotti, por me apresentar o pensamento complexo e me contagiar pelo estudo dele! Obrigada pelas referências, teóricas e pessoais!

Ao Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Atenção Primária à Saúde Escolar (PROASE), pelas parcerias e laços de amizade, que tornam a arte de pesquisar mais criativa a cada dia! Em especial, à Michelly R. Esteves, Liliana Scatena, Ailton S. Aragão, Telma S. Vendruscolo, Eliana M.S.T. Roque, Elis Palma Pritto, Wanderlei A. Oliveira, Jéssica T. Leite, e as bolsistas de apoio técnico Simone Ozanik e Vanessa G. Oliveira.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela minha formação acadêmica, em especial ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Adriana; Shirley Figueiredo; Olânia Santos.

À Universidade Estadual de Campinas, onde integralizei parte de meus créditos. Em especial, às Profas. Dras. Luciana de Lione Melo e Rosana O. Campos, que trouxeram contribuições valiosas para este estudo.

À Luciana M. Kabeya, pela compreensão e pelo excelente trabalho que realizou na revisão e formatação desta tese! Obrigada por qualificá-la!

À Larissa Campelo, pela ajuda na coleta de dados e pela escolha de trilhar um caminho tão árduo e desafiador, mas recompensador!

Aos amigos do Centro de Saúde Rosália, por me apresentarem a essencialidade e significado da Estratégia de Saúde da Família, tornando-a minha área de escolha profissional, e pela honrosa participação neste estudo. Em especial à enfermeira Helena Watanabe, minha maior mestre, e à Giovana Possato, pela amizade tão duradoura!

Aos amigos do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Espaço Criativo, por todas as instigantes indagações trazidas para este trabalho, e por formarem uma equipe que sustenta todas elas! Em especial, à Sara Sgobin e à Carolina Sombini, por me liberarem parcialmente para a realização deste estudo; à enfermeira Emilia Tiol pelas trocas de horário que tornaram viáveis a minha participação nas disciplinas do curso de pós-graduação; e à Luana Marçon, Graciele Sgobin, Lucas Jonas e Lilian Cerquetani por terem participado do estudo piloto.

À equipe do Centro de Saúde Vista Alegre, por refletirem as potencialidades do difícil, mas agregador, trabalho em atenção básica! Em especial, à minha colega Taniella Mendes, por compartilhar o desafio do saber/fazer gestão, e me auxiliar no enfrentamento dele!

Ao Distrito de Saúde Sudoeste, por todas as parcerias e os diferenciais encontrados na assistência e gestão em saúde. Em especial, à Deise Hadich, Juliana Natívio e Isabela Gomes, pelo acolhimento e afetividade!

À Silvia Anselmo, pela amizade e por dividir as angústias da gestão em saúde!

Ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde, pela autorização para a realização do presente estudo.

À Naoko Silveira pela disponibilidade constante para conversas sobre violência e pelo trabalho que tem realizado em âmbito municipal para tornar este fenômeno visível no campo da saúde.

À Sonia Bonfati, pelos esclarecimentos acerca do funcionamento da Política Municipal de Assistência Social, trazendo à luz a prática da intersetorialidade.

À Profa. Dra. Maria Cristina Traldi e à Profa. Dra. Celene Ferrari Audi, por possibilitarem meu ingresso no cenário acadêmico, e por serem referências na formação qualificada em enfermagem!

Às amigas da Faculdade de Jaguariúna, Maria Lucia Penna, Aline Pergola Marconato, Rosa Franzolin e Tatiane Vegette, pelas construções e parcerias na formação acadêmica, bem como pelo enfrentamento dos limites e dificuldades.

Àqueles que elegi como minha família por afinidade, e que estiveram presentes em todos os momentos de minha vida pessoal e profissional, notadamente nos momentos mais marcantes da elaboração deste estudo. Obrigada por partilharmos esse sentimento que nos nutre e nos torna pessoas melhores – a AMIZADE! Não ousaria citar nomes, por tratar-se de uma lista interminável de significativos encontros!

Finalmente, à Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (in memoriam), por transmitir durante toda a vida a importância da atenção básica, chamada por ela de ESSENCIAL! Suas valiosas contribuições e discussões me instigaram até esse desafio! Obrigada!

*“Então, é muito delicado, mas eu ainda continuo,
entre ver uma situação de violência com uma
criança de risco e a minha vida, eu sempre faço a
denúncia, eu acho que, tenho medo sim, me sinto
insegura, mas eu acho que eu não vou dormir bem
se eu não fizer a denuncia, né...”*

***(Palavras de uma Agente Comunitária de
Saúde, participante do estudo)***

*“Gosto de ser gente
Porque a história que faço com os outros
E de cuja feitura tomo parte
É um tempo de possibilidades e não de determinismo.”*

Paulo Freire

RESUMO

CARLOS, D. M. **O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Básica à Saúde.** 2014. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A violência envolvendo crianças e adolescentes tem se apresentado nas últimas décadas com tal gravidade e frequência, que diferentes esferas da sociedade têm se mobilizado para o desenvolvimento de conhecimentos que enfrentem esta problemática. A especificidade encontrada no que se refere ao local de maior ocorrência destes incidentes – o espaço sagrado do lar – e à repetição com que estes atos ocorrem, torna este fenômeno ainda mais complexo, e de difícil intervenção para todos os profissionais envolvidos no cuidado à criança e ao adolescente. Pelo significativo papel que a Atenção Básica à Saúde (ABS) possui no cuidado a essa população e a suas famílias, o objetivo deste estudo foi contribuir para a compreensão do cuidado em rede às famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA), estruturado a partir da ABS, sob a ótica de profissionais dos Centros de Saúde do município de Campinas, estado de São Paulo. Para apreender o objeto de estudo proposto, a autora aproximou-se do Paradigma da Complexidade, tomando como referência Edgar Morin, um de seus principais autores. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, configurando-se como pesquisa social estratégica, fundamentada no pensamento complexo. Este referencial possibilita um olhar para as interações e contextos com a perspectiva transdisciplinar e multidimensional, buscando abarcar a realidade como se apresenta. Participaram do estudo 41 profissionais de cinco Centros de Saúde do município de Campinas, cada qual pertencente a um de seus cinco Distritos de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de mapas mínimos da rede social institucional externa, grupos focais e entrevistas semiestruturadas. As noções de compreensão e contextualização direcionaram a análise dos dados, bem como os princípios dialógico, recursivo e hologramático, por meio dos quais os dados coletados foram articulados com o referencial proposto. Emergiram duas temáticas: (1) O lugar da VDCCA na ABS, com as subcategorias: (a) “A gente faz parte da população da onde a gente trabalha” – O(s) território(s) na atenção básica à saúde de famílias envolvidas na VDCCA e (b) “A gente só faz o que é indispensável mesmo” - A atenção básica à saúde das famílias envolvidas na VDCCA; e (2) “Cada um dentro do seu quadrado” - o(s) nós do cuidado em rede. Considerando a complexidade do cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA, e o(s) território(s) onde ela ocorre, que guardam estreita relação com o contexto da ABS, compreendeu-se a necessidade de superação do ainda vigente paradigma tradicional, centrado no modelo biomédico e fragmentado, para um cuidado transdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, implicando novas (trans)formações no “saber-fazer” o cuidado de famílias envolvidas na VDCCA.

Descritores: Família; Criança; Adolescente; Violência Doméstica; Atenção Primária à Saúde; Rede Social.

ABSTRACT

CARLOS, D. M. **The in-network care for families involved in domestic violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care professionals.** 2014. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Violence involving children and adolescents has been occurring with such severity and frequency that different spheres of society are mobilizing to develop knowledge to tackle this problem. The frequency and specificity of the place in which such violent incidents occur (i.e. the sacred space of the home) make this phenomenon even more complex, hindering interventions by professionals involved in the healthcare provided to children and adolescents. Considering the significant role that Primary Health Care (PHC) plays in caring for this population and the families involved, this study aimed to contribute to the understanding of the care provided by the healthcare network to families involved in domestic violence against children and adolescents (DVACA) from the perspective of the health professionals of the Health Centers of the city of Campinas in the State of São Paulo (SP). In order to grasp the study object, we established a research strategy within qualitative social research. This approach was based on the principles of the complexity paradigm, proposed mainly by Edgar Morin. This theoretical framework provides interdisciplinary and multidimensional views of the context and interactions addressed in this study, seeking to address the context as it appears. The study included 41 professionals from five Community Health Centers in the city of Campinas, each belonging to a different Health District. Data collection was performed by means of minimum maps of relationships of the external social institutional network, focus groups and semi-structured interviews. The collected data were contextualized and analyzed on the basis of the complexity paradigm and its dialogic, recursive and holographic principles. Two themes emerged from these analyses: (1) the place that DVACA occupies in PHC services; this theme was further divided into two subcategories: (a) "We are part of the population we serve" - the areas covered by primary health care units, and (b) "We do only what is necessary" - the adequacy of the PHC care provided to families involved in DVACA. The second theme was "Every jack to his trade" - the barriers to in-network health care services. Data analysis indicated a close correlation between the complexity of the support provided to families involved in DVACA in the primary care network setting, the location of such occurrences, and the current PHC context. Thus, it has become evident that the traditional paradigm currently adopted (the fragmented biomedical model) should be overcome by transdisciplinary, inter-agency and inter-sectorial approaches. These changes entail new transformations in the professional know-how on caring for families involved in DVACA.

Descriptors: Family; Child; Adolescent; Domestic Violence; Primary Health Care; Social Network.

RESUMEN

CARLOS, D. M. **El cuidado en la red de atención a familias participantes en violencia doméstica contra niños y adolescentes: la perspectiva de la Atención Básica a la Salud.** 2014. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La violencia contra niños y adolescentes se ha presentado en las últimas décadas con tal gravedad y frecuencia, que diferentes esferas de la sociedad se han movilizado para desarrollar conocimientos que enfrenten esta problemática. La especificidad encontrada en lo que se refiere al local de mayor ocurrencia de estos incidentes – el espacio sagrado del hogar – y la repetición con que estos actos ocurren, torna este fenómeno todavía más complejo, y de difícil intervención por parte de todos los profesionales que participan en el cuidado del niño y del adolescente. Debido al significativo papel que la Atención Básica a la Salud (ABS) posee en el cuidado a esa población y a sus familias, nuestro objetivo fue contribuir para la comprensión del cuidado en la red de atención a las familias participantes en la violencia doméstica contra niños y adolescentes (VDCNA), estructurado a partir de la ABS, bajo la perspectiva de los profesionales de los Centros de Salud del municipio de Campinas, estado de São Paulo. Para aprender sobre el objeto del estudio propuesto, nos aproximamos del Paradigma de la Complejidad, tomando como referencia a Edgar Morin, uno de sus principales autores. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, configurándose como una investigación social estratégica, fundamentada en el pensamiento complejo. Este referencial posibilita examinar las interacciones y contextos con la perspectiva transdisciplinar y multidimensional, buscando abarcar la realidad como ella se presenta. Participaron del estudio 41 profesionales de cinco Centros de Salud del municipio de Campinas, cada uno perteneciente a uno de sus cinco Distritos de Salud. La recolección de datos fue realizada por medio de mapas mínimos de la red social institucional externa, grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Las nociones de comprensión y contextualización orientaron nuestro análisis de los datos, así como los principios dialógico, recursivo y hologramático, por medio de los cuales articulamos los datos recolectados con el referencial propuesto. Surgieron dos temáticas: (1) el lugar de la VDCNA en la ABS, con las subcategorías: (a) “Hacer parte de la población en donde trabajamos” – el(los) territorio(s) en la ABS de familias participantes en la VDCNA y (b) “Solamente hacemos lo que es apenas indispensable” - la atención básica a la salud de las familias participantes en la VDCNA; y (2) “Cada uno dentro de su lugarcito” - el(los) nudo(s) del cuidado en la red. Considerando la complejidad del cuidado en la red a familias participantes en la VDCNA, y el(los) territorio(s) en donde ella ocurre, que guardan estrecha relación con el contexto de la ABS, se comprendió la necesidad de superar el paradigma tradicional, todavía vigente, centrado en el modelo biomédico y fragmentado, evolucionando para un cuidado transdisciplinar, interinstitucional y intersectorial, lo que implica en nuevas (trans)formaciones en el “saber-hacer” en el cuidado de familias participantes en la VDCNA.

Descriptor: Familia; Niño; Adolescente; Violencia Doméstica; Atención Básica a la Salud; Red Social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Municípios notificantes de casos de violências doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil, nos anos de 2009 e 2010	22
Figura 2.	Relação de atributos e funções que o nível de Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar no Sistema Único de Saúde (SUS).....	44
Figura 3.	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	51
Figura 4.	Tipos e natureza da violência que atinge crianças e adolescentes..	54
Figura 5.	Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.....	57
Figura 6.	Mapa do município de Campinas (SP), apresentando a distribuição do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), registrado em 2010.....	70
Figura 7.	Mapa do município de Campinas (SP), representando a distribuição geográfica de seus cinco Distritos Sanitários	71
Figura 8.	Esquema de amostragem dos sujeitos da pesquisa	74
Figura 9.	Modelo do Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa	77
Figura 10.	Distribuição da população residente na área de abrangência do CS1, segundo o sexo e a faixa etária.....	87
Figura 11.	Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS1.....	89
Figura 12.	Distribuição da população residente na área de abrangência do CS2, segundo o sexo e a faixa etária.....	90
Figura 13.	Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS2.....	93
Figura 14.	Distribuição da população residente na área de abrangência do CS3, segundo o sexo e a faixa etária.....	94
Figura 15.	Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS3.....	96
Figura 16.	Distribuição da população residente na área de abrangência do CS4, segundo o sexo e a faixa etária.....	97

Figura 17.	Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS4.....	99
Figura 18.	Distribuição da população residente na área de abrangência do CS5, segundo o sexo e a faixa etária.....	100
Figura 19.	Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS5.....	102
Figura 20.	Distribuição dos profissionais estudados, de acordo com o distrito sanitário	102
Figura 21.	Distribuição dos profissionais estudados segundo a sua ocupação nas unidades de saúde.....	103
Figura 22.	Distribuição dos profissionais estudados de acordo com a idade e o distrito sanitário	104
Figura 23.	Distribuição dos profissionais estudados, segundo o tempo de formação profissional e o distrito sanitário.....	105
Figura 24.	Distribuição dos profissionais estudados, segundo o tempo de serviço na unidade e o distrito sanitário.....	105
Figura 25.	Distribuição dos profissionais estudados, segundo o recebimento de instruções sobre violência durante a formação acadêmica, e o distrito sanitário	106
Figura 26.	Distribuição dos profissionais estudados, segundo o recebimento de instruções sobre violência durante a formação acadêmica, e a categoria profissional.....	107
Figura 27.	Distribuição dos profissionais estudados, segundo a participação em cursos com abordagem sobre violência, e o distrito sanitário	107
Figura 28.	Distribuição dos profissionais estudados, segundo a participação em cursos com abordagem sobre violência, e a categoria profissional.....	108
Figura 29.	Vínculo dos Centros de Saúde (CS) com as famílias e a comunidade	114
Figura 30.	Vínculo dos Centros de Saúde (CS) com o tráfico de drogas.....	119
Figura 31.	Interação entre as esferas no trabalho de assistência às famílias envolvidas na Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes, observada em diferentes Centros de Saúde (CS)	125
Figura 32.	Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS1	139

Figura 33.	Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS2.....	140
Figura 34.	Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS3.....	141
Figura 35.	Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS4.....	142
Figura 36.	Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS5.....	143
Figura 37.	Vínculos dos Centros de Saúde (CS) com a Educação	155
Figura 38.	Vínculos dos Centros de Saúde (CS) com o Conselho Tutelar.....	160
Figura 39.	Vínculos dos Centros de Saúde (CS) com a Vara da Infância e Juventude	160
Figura 40.	Recursão organizacional do cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes	166

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Indicadores componentes do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) município de Campinas em 2010	69
Tabela 2.	Distribuição de profissionais do CS1, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional	88
Tabela 3.	Distribuição de profissionais do CS2, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional	91
Tabela 4.	Distribuição de profissionais do CS3, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional	95
Tabela 5.	Distribuição de profissionais do CS4, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional	98
Tabela 6.	Distribuição de profissionais do CS5, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional	101
Tabela 7.	Quantitativo de serviços da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social da Prefeitura Municipal de Campinas, com oferta estatal e oferta privada, conforme os serviços socioassistenciais	153

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
COHAB	Companhia de Habitação Popular
CONAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CS	Centro de Saúde
CT	Conselho Tutelar
DAS	Distrito de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Gp	Grupos focais

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PROASE	Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Assistência Primária à Saúde Escolar
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SISNOV	Sistema de Notificação sobre Violências
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
VDCCA	Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente
VIJ	Vara da Infância e Juventude
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 Introdução.....	20
2 Objetivos.....	29
3 Referencial Teórico.....	31
3.1 Marco conceitual e teórico.....	32
3.2 O Paradigma da Complexidade: ampliando o conhecimento sobre o objeto de estudo.....	33
3.3 A ABS e o cuidado às famílias envolvidas na VDCCA.....	40
3.3.1 Marcos legais.....	40
3.3.2 O cuidado às famílias envolvidas na VDCCA.....	52
4 Pressupostos.....	61
5 Percurso Metodológico	63
5.1 Caracterização do estudo	64
5.2 Campo do estudo.....	66
5.3 Sujeitos do estudo	73
5.4 Procedimentos para coleta de dados.....	74
5.5 Aspectos éticos.....	82
5.6 Análise dos dados.....	83
6 Resultados	85
6.1 Caracterização dos CS	86
6.1.1 Caracterização do CS1	86
6.1.2 Caracterização do CS2	90
6.1.3 Caracterização do CS3	93
6.1.4 Caracterização do CS4	96
6.1.5 Caracterização do CS5	99
6.2 Caracterização dos profissionais	102
7 Discussão	109
7.1 O lugar da VDCCA na ABS	110

7.1.1 “A gente faz parte da população da onde a gente trabalha” – O(s) território(s) na atenção básica à saúde de famílias envolvidas na VDCCA	110
7.1.2 “A gente só faz o que é indispensável mesmo” - A atenção básica à saúde das famílias envolvidas na VDCCA	123
7.2 “Cada um dentro de seu quadradinho” – O(s) nós do cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA.....	138
 8 Considerações Finais.....	170
 Referências.....	175
 Apêndices.....	192
 Anexos.....	198

1 Introdução

Nos últimos 20 anos, ocorreram avanços importantes na construção e efetivação de políticas públicas brasileiras direcionadas à população infantojuvenil, causando impacto considerável sobre os indicadores de saúde, tal como a redução da mortalidade infantil. Nesse período, ocorreram mudanças significativas nos perfis epidemiológico e sanitário desta população, de maneira que os acidentes e violências se apresentam, atualmente, como a primeira causa de morte entre crianças com idade acima de um ano e adolescentes (BRASIL, 2009). A violência envolvendo crianças e adolescentes tem se apresentado nas últimas décadas com tal gravidade e frequência, que diversas esferas da sociedade têm se mobilizado para o desenvolvimento de conhecimentos que enfrentem esta problemática.

Atualmente, saúde não se define simplesmente pela ausência de doença, mas assume um conceito mais amplo, sinônimo de qualidade de vida, que resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e posse dela, bem como o acesso aos serviços de saúde. O atual conceito de saúde, definido inicialmente durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e legitimado através da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012a), busca entender o ser humano de forma integral, assegurando-lhe os direitos fundamentais, desde o seu nascimento até a velhice (SANCHEZ; MINAYO, 2006). Portanto, pode-se afirmar que a violência, seus fatores associados e suas consequências têm implicações diretas sobre a saúde, configurando uma violação dos direitos humanos.

O Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS), recebeu o legado do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, por meio da atenção integral à saúde, e busca responder a estas demandas, elaborando estratégias para o enfrentamento da problemática da violência (BRASIL, 2014). Tais estratégias envolvem o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de violências, e reabilitação integral das vítimas e dos autores da violência, nos três níveis de atenção, bem como nas três esferas de governo (BRASIL, 2010).

O conjunto dessas estratégias encontra-se relacionado na Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001 que instituiu a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005a), e na Portaria MS/GM nº 1.968 de 25/10/01 (BRASIL, 2001, 2002b), que estabeleceu um instrumento de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, às

autoridades competentes. Além destas ações específicas, bem como do lançamento de manuais e textos técnicos sobre violência, citamos a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006a) e, mais recentemente, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010).

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de conhecer a magnitude dos acidentes e violências que não levam a óbito ou a internações. O sistema VIVA foi estruturado em dois componentes, VIVA Contínuo e VIVA Sentinela. O VIVA contínuo, incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação, permite a vigilância contínua da violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, enquanto o VIVA Sentinela permite a vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (BRASIL, 2013). O acesso a estes dados possibilita o planejamento de ações preventivas e intervenções frente a esses agravos, evitando consequências fatais. Além disso, possibilitou a ampliação do número de municípios notificantes e de notificações nos serviços (Figura 1).

Figura 1. Municípios notificantes de casos de violências doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil, nos anos de 2009 e 2010. Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância e Acidentes (BRASIL, 2013).

De acordo com um relatório desse sistema contendo dados coletados entre 2009 e 2010, e divulgados em 2013, crianças e adolescentes figuram como as principais vítimas de violência doméstica, sexual ou outros tipos de violência interpessoal, no país. Pelas especificidades dos dados epidemiológicos, o presente estudo adotou a faixa etária preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera criança de 0 a 9 anos, e adolescente de 10 a 19 anos (BRASIL, 2013). O índice de casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, revela que crianças e adolescentes são as principais vítimas desses agravos, constituindo 44,7% do total de casos notificados. Com relação às crianças e adolescentes do sexo masculino, a faixa etária de 0 a 9 anos é a mais acometida por violência (26,5% dos casos), seguida pela faixa etária de 10 a 19 anos (24,1% dos casos). Por outro lado, para o sexo feminino, a faixa etária mais acometida por incidentes violentos é de 10 a 19 anos (25,7% dos casos), seguida pela faixa etária de 0 a 9 anos (15,9% dos casos). Em relação ao local da ocorrência, os atos violentos são predominantemente praticados nas residências (51% dos casos), e cerca de 29% dos sujeitos relataram ser vítimas de violência de repetição, pelo fato de já terem sido submetidos a estes agravos anteriormente (BRASIL, 2013).

Esses dados revelam parte do panorama enfrentado por crianças e adolescentes, no contexto brasileiro. Considerando a fase peculiar do processo de crescimento e desenvolvimento em que se encontram, estas populações se apresentam como alvos frágeis, e portanto, como vítimas potenciais de violência. O fenômeno da violência infantojuvenil torna-se ainda mais complexo, uma vez que o seu local de maior ocorrência, – o espaço sagrado do lar – bem como a repetição com que é praticado, dificulta a intervenção por parte dos profissionais envolvidos na assistência à criança e ao adolescente.

No município de Campinas (SP), que serviu de campo de pesquisa para este estudo, crianças e adolescentes são, igualmente, as principais vítimas de violências, sendo que cerca de 51,3% dos casos notificados no ano de 2010, envolveram vítimas com idade inferior a 19 anos. Dentre estes casos, a maioria foi notificada como violência doméstica (63,7%), tendo como principais autores pais, padrastos, mães e madrastas. Embora tenha ocorrido um aumento do número de notificações de violência, em relação aos anos anteriores, as unidades de serviço vinculadas ao setor de saúde ainda não ocupam lugar de destaque neste processo, ao contrário

das unidades ligadas à Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, que atualmente aparecem como principais notificadoras. Entre os serviços de saúde, aqueles que mais notificaram foram as unidades de pronto-socorro ou de pronto-atendimento do município, enquanto as unidades de atenção primária responderam por apenas 4,5% das notificações (CAMPINAS, 2013).

Os primeiros estudos sobre a saúde da criança e do adolescente junto ao Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa, do Programa de Assistência à Saúde Escolar (PROASE) foram realizados com foco na promoção da saúde. A referida pesquisa, entretanto, permitiu dimensionar a exposição cotidiana desta população à violência (FERRIANI; MIRANDA; CARLOS, 2007). A continuidade destes estudos levou à investigação da violência escolar sob o ponto de vista de alunos e funcionários, no município de Jardinópolis (SP) (FERRIANI et al., 2006), e à análise da inserção escolar de adolescentes vitimados e acolhidos institucionalmente, sob o ponto de vista destes sujeitos e de professores da rede pública de ensino, no município de Ribeirão Preto (SP) (CARLOS et al., 2008). Estes trabalhos demonstraram que as instituições de atendimento à criança e ao adolescente, vítimas de violência doméstica, notadamente as instituições de acolhimento, além das escolas e dos serviços de saúde e de assistência social, não têm exercido o papel de proteção integral, conforme definido pelo ECA. Ao contrário, tais instituições têm efetuado ações fragmentadas e desarticuladas com os princípios exigidos pela legislação, no que concerne ao cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias.

As inquietações geradas através destes estudos levaram à elaboração de uma Dissertação de Mestrado (CARLOS, 2010), que teve por objetivo geral conhecer e analisar, sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica e acolhidos institucionalmente, os fatores de proteção a que estavam submetidos e/ou tinham acesso. Este fato está intimamente relacionado ao conceito de resiliência, que reflete a capacidade individual de enfrentar positivamente as dificuldades, apesar do impacto negativo da adversidade. Assim, entende-se que um sujeito tende a ser mais resiliente, quanto mais fatores de proteção captar do meio em que vive (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). Os resultados obtidos com o trabalho de Carlos (2010) mostraram que a instituição de acolhimento ainda mantém características próprias das instituições totais, existindo o desafio de emancipá-la para o contexto de desenvolvimento humano. Sob este aspecto, as relações interpessoais mantidas neste espaço foram ressaltadas pelos adolescentes como

importante fator de proteção, assim como a religiosidade. A família foi considerada, a priori, como fator de risco, tornando evidente a necessidade de se oferecer atenção especial para esta unidade produtora ou perpetuadora de violência, constituída tanto pelo autor da violência como pelos demais cuidadores. As redes sociais também foram citadas como reais fatores de proteção a estes sujeitos, em especial os Conselhos Tutelares, que são reconhecidos pela população como instituição protetora dos direitos da criança e do adolescente (CARLOS, 2010).

Uma das questões suscitadas na referida dissertação, e que merece destaque, é a ausência de cuidado, em rede, para o acolhimento integral das famílias envolvidas em violência doméstica contra a criança e o adolescente (VDCCA). Em muitas situações, a criança ou o adolescente é privado do convívio familiar, sem que ocorram outras intervenções junto aos autores da violência e demais cuidadores. Este fato traz várias consequências, como o reforço do sentimento de culpa pela violência sofrida por parte da criança ou do adolescente. Também foram notadas ações fragmentadas e reducionistas frente a estes casos, pelo fato de não se elaborar abordagens interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais, que gerem impacto na dinâmica familiar desses sujeitos (CARLOS, 2010).

A VDCCA ainda representa um grande desafio para o setor da saúde, pois tanto o diagnóstico como o acompanhamento deste evento são dificultados por fatores de ordem social, emocional, psicológica e cultural, bem como por questões relacionadas a instituições e profissionais que acolhem estas famílias.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como a principal proposta de modelo assistencial da OMS para melhoria dos indicadores de saúde, redução de causas previsíveis de morbimortalidade, e consumo mais racional da tecnologia biomédica, com maior efetividade final do setor de saúde. Grandes esforços têm sido efetuados no contexto brasileiro, para a reorientação do modelo assistencial, a partir da APS (aqui denominada Atenção Básica à Saúde, ABS), principalmente com a implementação do SUS, e mais recentemente, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (NEDEL et al., 2008). Entende-se que a ABS se apresenta como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde, colocando-se como eixo central de articulação no atendimento dos problemas de saúde da população, dentre eles a violência doméstica.

A ESF surge, neste contexto, com a perspectiva de reorientar o modelo de assistência a partir da ABS. Configura-se como porta de entrada preferencial do SUS, englobando cuidados relativos à promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde da população. Alguns princípios que norteiam o desenvolvimento desta atenção são os da universalidade, da acessibilidade, do primeiro contato, da adscrição da clientela, da coordenação do cuidado, da integralidade, da equidade, e da participação social, dentre outros (BRASIL, 2011).

Entendemos que as equipes que atuam na ESF possuem espaço privilegiado para acessar e identificar possíveis situações de VDCCA. Pelo fato de estarem geograficamente muito próximas às famílias atendidas, e por desenvolverem ações ao nível individual e coletivo nestes territórios, essas equipes têm em mãos as tecnologias necessárias para o acolhimento, o atendimento, a notificação e a construção da rede de cuidados a famílias, envolvidas na VDCCA.

Diante do exposto, nota-se que três questões centrais, relacionadas abaixo, precisam ser discutidas e respondidas, para que se possa promover a assistência integral a crianças, adolescentes e familiares envolvidos na violência doméstica, por meio de ações interinstitucionais, intersetoriais e transdisciplinares bem direcionadas.

- Quais são as redes estruturadas a partir dos serviços de ABS para o cuidado das famílias envolvidas na VDCCA?
- Quais são os vínculos estabelecidos entre estes serviços e as demais instituições e setores?
- De que maneira a esfera pública intervém junto às famílias envolvidas na VDCCA?

Perante as considerações iniciais, o objeto do presente estudo é o cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA, que foram estruturadas a partir da ABS. O Paradigma da Complexidade, tomando como referência Edgar Morin, um de seus principais autores, foi utilizado como subsídio para compreender tal objeto. Morin (2002) propõe o pensamento complexo para abordagem daquilo que é “tecido junto”, o que implica considerar as partes distintas, e às vezes contraditórias, que se articulam na composição do fenômeno, inseridas num contexto, em perspectiva dialógica. Para isto, torna-se necessária uma visão poliocular do fenômeno (MORIN, 1989).

Para lançar um olhar próprio sobre as redes de cuidado a famílias envolvidas na VDCCA, o presente estudo buscou um pensamento transdisciplinar (ou seja, para além das fronteiras das disciplinas), por entender que tal fenômeno não pode ser recortado em uma determinada dimensão. Para isso, também se faz inevitável a mudança do modo reducionista de se pensar. Nesse âmbito, o Ministério da Saúde propõe a integração dos recursos disponíveis à atenção em uma rede de cuidados, orientada pela atenção básica. Este conceito tem se apresentado como uma possibilidade de inovação na maneira de enxergar e compreender o processo saúde-doença como fenômeno complexo, e não mais como mero fruto da dimensão biológica, bem como atuar sobre esse processo (MEIRELLES; ERDMANN, 2006; SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007).

A ação em redes parte do princípio da incompletude institucional, no qual se compreende que nenhuma instituição consegue resolver todos os problemas de maneira isolada de seu meio. Dentre as funções da rede, destacam-se o fortalecimento e a otimização de ações, o apoio emocional entre os membros, o uso compartilhado de recursos que implica reciprocidade, a orientação informativa e a complementaridade de tarefas (UDE, 2008).

Corroborando relatos de outros autores, o conjunto de ações intersetoriais e complexas em redes contribui para minimizar riscos e acidentes, e possibilita maior acesso aos serviços, além de congrega diversos grupos sociais para o debate e a formulação de projetos terapêuticos no coletivo (MEIRELLES; ERDMANN, 2006; SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007).

A literatura tem apontado características importantes para o manejo da VDCCA, como a dificuldade na identificação e intervenção diante de casos suspeitos, devido à complexidade das circunstâncias, bem como, ao despreparo dos profissionais para lidar com essas ocorrências (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; NUNES; SARTI; OHARA, 2008; SAURET et al., 2011; SOUZA; SANTOS, 2013).

A abordagem sobre redes de atendimento no fenômeno da violência vem sendo tratada pela literatura, com o olhar voltado principalmente para a violência contra a mulher e o idoso (BORSOI; BRANDAO; CAVALCANTI, 2009; DUTRA et al., 2013; MORETTI-PIRES, 2009; SCHRAIBER et al., 2012). A literatura especializada ainda é escassa em respostas sobre intervenções em rede, voltadas para o atendimento de casos de VDCCA. Sendo assim, o delineamento de objetivos do

presente estudo teve por base informações já publicadas na literatura, somadas a dados coletados no percurso do grupo de pesquisa PROASE na área de assistência à criança e ao adolescente, além dos atuais dispositivos legais que norteiam caminhos para o enfrentamento da violência doméstica contra esta população.

Diante do exposto acima, entende-se que a VDCCA se configura como um problema complexo e, para atuar frente a essas situações e alterar dinâmicas familiares violentas, ações fragmentadas e pontuais serão insuficientes e pouco efetivas. O presente estudo tem como perspectiva ampliar a percepção da problemática da VDCCA, indicando caminhos para que o cuidado a estas famílias se configure em rede, pautado na complementaridade dos serviços, com o estabelecimento de ações mais efetivas e qualificadas.

Tal temática se faz urgente para as agendas da saúde coletiva, da saúde da criança e do adolescente, e da enfermagem, tendo em vista os atuais desafios encontrados no cotidiano dos serviços de saúde. Neste contexto, a equipe de enfermagem assume o trabalho do cuidado, que só poderá ser realizado de maneira humana, integral e qualificada, à medida que os profissionais se aproximarem das reais necessidades de saúde da população. Pode-se destacar, ainda, a posição privilegiada que o enfermeiro ocupa, seja no espaço da assistência, seja no meio científico, deixando o seu legado na transformação das práticas de saúde.

2 Objetivos

2.1. Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é contribuir para a compreensão do cuidado em rede, direcionado às famílias envolvidas na VDCCA, estruturado a partir da ABS, sob a ótica de profissionais dos Centros de Saúde (CS) do município de Campinas - SP.

2.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Descrever e caracterizar os CS e os profissionais em estudo;
- Identificar as ações desenvolvidas pelos CS do município de Campinas - SP, no que se refere ao cuidado prestado às famílias envolvidas na VDCCA;
- Conhecer e analisar os vínculos institucionais dos CS para o cuidado a famílias envolvidas na VDCCA, sob a ótica de profissionais dos CS do município de Campinas - SP.

3 Referencial Teórico

3.1 Marco conceitual e teórico

[O pensamento complexo] não é absolutamente um pensamento que elimina certeza pela incerteza, que elimina a separação pela inseparabilidade, que elimina a lógica para permitir todas as transgressões. A caminhada consiste, ao contrário, em fazer um ir e vir incessante entre as certezas e as incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável. Do mesmo modo, ela utiliza a lógica clássica e os princípios da identidade, de não contradição, de dedução, de indução, mas conhece seus limites, e sabe que, em alguns casos, é preciso transgredi-los. Não se trata, pois, de abandonar os princípios de ordem, separabilidade e de lógica, mas de integrá-los numa concepção mais rica (MORIN; LE MOIGNE, 2000).

Ao longo deste estudo, busca-se compreender como ocorre o cuidado em rede às famílias envolvidas na VDCCA, a partir da ABS, apoiando-se no Paradigma da Complexidade. Esta abordagem foi escolhida por oferecer maiores subsídios e recursos para a discussão de uma temática repleta de contradições, complementaridades e polissemias.

Inicialmente, serão apresentadas as concepções básicas desse referencial, que serviram de alicerce para a tecitura das questões levantadas ao longo desta tese. Entretanto, a autora está ciente do desafio que esta tarefa encerra, não só pela sua formação profissional (pois há uma necessidade de se ultrapassar o modelo biomédico de saúde, especialista e fragmentado), mas também pela abrangência do referencial teórico. Este trabalho não tem a pretensão de esgotar o referencial em estudo, mesmo porque o próprio paradigma não o permite. Ao invés disso, deteve-se na assimilação dos conceitos que possibilitam compreender algumas dimensões da temática em foco. Assim, serão enfatizados a transdisciplinaridade e o cuidado em rede, que dialogam com o paradigma da complexidade.

Posteriormente, serão trazidos a lume os marcos legais que nortearam a ABS no cenário brasileiro, o lugar que a ABS ocupa nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como os delineamentos do cuidado às famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes.

3.2 O Paradigma da Complexidade: ampliando o conhecimento sobre o objeto de estudo

A definição de paradigma como modelo, exemplo, ou ainda, como um modo de explicação que permita a análise de uma realidade concreta (JAPIASSU; MARCONDES, 1991) mostra que diferentes compreensões da realidade foram construídas, em função do paradigma vigente (seja ele clássico, moderno ou contemporâneo), orientando as práticas humanas e suas relações com o trabalho, a cultura, e a organização social (PÁDUA, 2013).

Desde a Grécia Antiga, observa-se uma busca histórica por explicações verdadeiras para as relações que ocorrem entre os fatos, naturais ou sociais, passando pela discussão sobre o método. Sócrates, Platão, Euclides, Aristóteles e outros filósofos trataram não somente das questões metafísicas, mas também da geometria, da lógica, da matemática, da física, da medicina e da astronomia, construindo uma visão totalizante de suas interpretações do mundo. É importante ressaltar, neste momento, a preocupação com a técnica, com o saber-fazer. As explicações filosóficas estiveram presentes e hegemônicas até o período greco-romano, quando se deu o advento do cristianismo e do ecletismo, gerando mudanças sociais importantes que caracterizaram toda a Idade Média (PÁDUA, 2008).

O teocentrismo medieval ainda se apoiava nos filósofos gregos, embora estruturado e centrado na “salvação” e nas questões teleológicas (explicações finalísticas), deslocando a preocupação para a conciliação razão-fé, e para a “expressão da vontade de Deus”. A maior característica do período é a transformação dos textos bíblicos em fontes de autoridade científica, associada a uma atitude de contemplação da natureza, considerada sagrada (PÁDUA, 2008).

O mundo moderno rompeu com o universo das leis divinas e constituiu o universo das leis necessárias, buscando uma interpretação formal e “matematizada” do real (matemática aqui tomada no sentido grego, *mathesis universalis*, de conhecimento perfeito, completo e dominado pela razão), além de trazer, para a metodologia de análise deste real, a questão da neutralidade do conhecimento científico (PÁDUA, 2013). Assim, teve início uma nova concepção de ordem, a motivação principal do método moderno: sem ordem não há conhecimento possível.

Sob este aspecto, o método assumiu elementos fundamentais para nortear o conhecimento: a representação “correta” dos seres reais, sem risco de erros, e a previsibilidade, que permite o controle da natureza e das próprias condições de vida do Homem (PÁDUA, 2008).

A alteração na perspectiva da fundamentação desse saber pode ser concebida a partir do método experimental, em torno dos conceitos da causalidade e relação causa-efeito. Galileu [1564-1642] estabeleceu os momentos da indução e da dedução, a partir dos quais se constrói o conhecimento. Francis Bacon [1561-1626] destacou a experiência empírica como forma de validação do conhecimento, lançando as bases para o estabelecimento do método indutivo-experimental. René Descartes [1596-1650] trouxe o critério da razão para a validação do conhecimento, estabelecendo as bases do método racional-dedutivo. Este chamado racionalismo foi desenvolvido por outros pensadores, como N. Malebranche [1638-1715], B. Espinosa [1631-1677] e J.S. Mill [1806-1873], que trouxeram uma nova definição e separação: o mundo natural ou físico passa a ser objeto da ciência, enquanto o mundo humano ou espiritual torna-se objeto da filosofia (PÁDUA, 2013).

Augusto Comte [1798-1857] e Karl Marx [1818-1883] abordaram questões significativas do século XIX, que exerceram influências definitivas na discussão sobre o método. Comte fez importante crítica ao racionalismo até então vigente, sendo responsável pela fundação da escola filosófica denominada de “Positivismo”. Estabeleceu a “Lei dos Três Estados”, considerando que o pensamento humano se desenvolveu em três momentos: teológico, metafísico e positivo. Ressaltou que, nos dois primeiros estados, os fenômenos são explicados pela ação de seres míticos ou por abstrações racionais, e apenas o momento positivo possibilitaria conhecer a explicação da natureza pela observação e experiência, atingindo uma fase de ciência objetiva, que fornece orientações para o entendimento da sociedade (MENOSSEI, 2009; PÁDUA, 2013). Com o advento do positivismo, a racionalidade e a objetividade do método assumiram a vanguarda do saber científico. A Ciência passou a considerar-se onipotente para prever a ocorrência e a relação entre os diferentes fenômenos, com a concepção de um mundo estático e um pensamento linear, em uma obsessão pela ordem. Em nome do progresso e do desenvolvimento social, instituiu-se uma visão científica do relacionamento social e das relações de produção, levando à tecnocracia, que busca controlar todas as variáveis do processo econômico e social (PÁDUA, 2013). As decisões passaram a ser tomadas

considerando a eficiência e a técnica, e apenas por pessoas específicas, que detêm esse conhecimento, denotando uma tendência elitista do saber. Assim, neste período, intensificou-se o pensamento especialista e a compartimentalização do saber científico.

No campo das ciências humanas existiram muitas contribuições para um novo entendimento do comportamento do indivíduo, como a psicanálise de Sigmund Freud [1856-1939] e a psicologia analítica de Carl G. Jung [1875-1961], concorrendo para um debate sobre uma nova construção do conhecimento. A hegemonia dos pressupostos epistemológicos do pensamento moderno, nos diversos campos do saber, ainda era inegável. Contudo, nas últimas décadas do século XIX, este paradigma começou a apresentar limitações, e mostrar-se insuficiente. A racionalidade, a lógica, e a objetividade eram elementos importantes para o processo de conhecimento da realidade, mas não eram únicos ou infalíveis. Embora a ciência tenha buscado eliminar dúvidas, incertezas e imprecisões, para domínio e controle do mundo, hoje, contraditoriamente, necessita trabalhar com o aleatório, o incerto, o indeterminado (PÁDUA, 2008).

Buscando superar estes modelos vigentes, e construir uma nova forma de olhar e pensar a realidade, pressupõe-se o paradigma da complexidade. Este paradigma emergente teve o seu marco em Einstein, com o surgimento de novas suposições de espaço e tempo, e o estabelecimento dos conceitos de relatividade e simultaneidade. Recebeu de Bohr e Heisenberg as ideias de leis probabilísticas, dos princípios da incerteza, da subjetividade e da não neutralidade do sujeito/pesquisador sob o objeto pesquisado. Através dos sistemas abertos e da ordem através das flutuações, estabelecidos por Prigogine, passa-se a considerar a imprevisibilidade, a instabilidade e os mecanismos não lineares de organização, como a auto-organização, a espontaneidade, a desordem, e a criatividade. Capra buscou o reencontro da Física contemporânea com o misticismo oriental. Neste período, os conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade se apresentaram como alternativas ao pensamento reducionista e fragmentado (SANTOS, 2005; FERIOTTI, 2009).

A palavra complexidade deriva do latim *complexus*, que significa “tecido junto” ou “entrelaçado”, e se usava na antiguidade para descrever as fibras de tecido que se uniam para formar uma peça de roupa. O paradigma emergiu especialmente para buscar uma compreensão de fenômenos complexos, caracterizados por sua

imprevisibilidade e pela impossibilidade de serem descritos em um número finito de passos e espaço de tempo. Os distintos elementos deste fenômeno permanecem em constante interação, da qual podem surgir propriedades desconhecidas. Convivem com a incerteza e a mudança, na medida em que as partes interconectadas ou entrelaçadas mantêm vínculos capazes de gerar informações adicionais, no mesmo processo de ação: há sempre a possibilidade de emergência do novo, do imprevisto (MORIN, 2007).

O pensamento complexo, contrário ao reducionismo, permite acessar, articular e organizar os elementos e informações da realidade, de modo a perceber e inter-relacionar o local, o global e as múltiplas relações entre partes-todo-contexto, possibilitando a abordagem multidimensional, contextual, dinâmica e transdisciplinar da realidade, além de considerar as contradições. Segundo Morin (2001, p.38)

De fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constituintes do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade.

Morin (1998) esclarece algumas questões para compreensão do paradigma da complexidade. Primeiramente, cita a necessidade de ressignificar o simples e o complexo. Geralmente se pensa no “simples” como algo esclarecido, fácil de se compreender, já compreendido ou bem pensado. Entretanto, quando se diz de algo “complexo”, associa-se com desconhecimento, falta de pensamento ou pensamento superficial, o obscuro, o difícil de se compreender. Esclarece que aquilo que aparece como simples, não é simples mas foi simplificado, pois o conhecimento científico foi concebido durante muito tempo, conforme já exposto, com o objetivo de desagregar a aparente complexidade dos fenômenos, a fim de revelar a ordem simples a que obedecem. Por sua vez, o complexo não é necessariamente algo difícil de se compreender, mas sim o reconhecimento dos vínculos, interações e contradições que permeiam os acontecimentos e fenômenos. Em seguida, Morin (1998) aborda as expectativas ilusórias que circundam o pensamento complexo, a saber: a crença de que a complexidade leva à eliminação da simplicidade, e o entendimento da complexidade como completude. É certo que este paradigma emergente surge na insuficiência do paradigma moderno, simplificador, mas também integra em si o

relativo à ordem, clareza, distinção, precisão do conhecimento. O paradigma da complexidade busca integrar ao máximo os métodos simplificadores do pensar, mas sem considerar as consequências mutilantes, reducionistas, unidimensionais e cegas de uma simplificação, que toma, por reflexo, qualquer parte do real como realidade completa. Além disso, o paradigma da complexidade entende que o conhecimento completo é impossível; compreende que o conhecimento complexo é multidimensional, mas reconhece que a onisciência, inclusive teórica, é inviável.

O paradigma da complexidade incorpora, também, uma perspectiva inter- e transdisciplinar, importante questão para a problemática do presente estudo, visto que propõe não só a conexão de conhecimentos diferentes e dispersos, mas principalmente o trânsito entre, através e para além das disciplinas, promovendo a coerência, a articulação e a legitimidade de saberes (NICOLESCU, 1999; RODRIGUES, 2006). A transdisciplinaridade busca superar a disciplinaridade, que se constitui em um paradigma clássico, centrado em um campo específico de conhecimento, enquanto a interdisciplinaridade corresponde à ruptura das fronteiras disciplinares, em direção ao estabelecimento de novos sítios de conhecimento. A transdisciplinaridade se eleva à interdisciplinaridade, pois se apresenta como a ultrapassagem das fronteiras disciplinares, supondo níveis mais complexos de apreensão da realidade (RODRIGUES, 2006).

A transdisciplinaridade busca olhar, ao mesmo tempo, entre as disciplinas, através e além delas, visando superar a fragmentação e o isolamento dos saberes. O paradigma da complexidade é elaborado “nos interstícios entre as disciplinas” (MORIN, 2002; PADUA, 2013). Porém, deve-se ressaltar que não se trata da eliminação de todos os processos de produção de conhecimento, já construídos, ou da substituição de um paradigma por outro, mas da integração, articulação e organização de conhecimentos e informações, nos múltiplos contextos, e não apenas o seu acúmulo (PÁDUA, 2013).

A contextualização é o procedimento-chave para a abordagem de fenômenos, em estudos transdisciplinares, consistindo em estratégias que busquem a compreensão do fenômeno em contexto, e não mais isolado dele. A articulação das dimensões múltiplas que compõem o fenômeno estudado possibilita maior grau de compreensão e conhecimento, que possa vislumbrar sua complexidade. Como afirmam Morin e Le Moigne (2000, p.91)

O conhecimento só pode ser pertinente se ele situar seu objeto no contexto e, se possível, no sistema global do qual faz parte, se ele cria uma forma incessante que separa e reúne, analisa e sintetiza, abstrai e reinsere no concreto.

Os princípios da complexidade serão fundamentais para nortear o presente trabalho, possibilitando a construção do conhecimento acerca do estudo realizado. O primeiro deles é o princípio dialógico, que requer a conjugação e associação de fatores contraditórios na análise de um determinado fenômeno, o qual suscita a convivência de oposições e antagonismos. Esse princípio contundente mantém a tensão entre a ordem e a desordem, associando-as ao mesmo tempo como complementares e antagônicas, mas não como dualidade, produzindo (re)organização e complexidade (MORIN, 2005, 2007).

O segundo princípio diz respeito à recursão organizacional, onde Morin (1994) se remete à imagem do redemoinho, ressaltando que o “processo recursivo é um processo em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquilo que os produziu” (MORIN, 1994, p.89). Essa ideia rompe com a compreensão linear das relações causa-efeito, e se coloca especialmente importante “para pensar a sociedade, as culturas que, uma vez produzidas pelas interações entre indivíduos e organizações, retroagem sobre eles, produzindo-os” (RODRIGUES, 2006, p. 20).

O terceiro princípio, hologramático, ultrapassa a tendência ao reducionismo, presente no paradigma moderno, que se preocupa em dividir o fenômeno em partes para compreendê-lo. Também ultrapassa a tendência ao holismo, que olha apenas para o todo. Na imagem do holograma, cada ponto contém a quase totalidade da informação sobre o objeto representado, de maneira que não apenas a parte está num todo, mas o todo está inscrito, de certa maneira, na parte (MORIN, 2005, 2007).

Os três princípios descritos acima serão os principais norteadores do presente estudo. Entretanto, outros princípios poderão ser retomados conforme eles foram emergindo durante o processo de análise, a saber: (i) sistêmico (apresentação de um todo com qualidades e propriedades que não apareceriam nas partes em separado); (ii) do circuito retroativo (as causas agem sobre os efeitos e os efeitos agem sobre as causas, em uma regulação dinâmica do sistema); (iii) dialética autonomia/dependência (auto-organização) (MORIN, 2000a).

Depreende-se, assim, que o paradigma da complexidade dialoga diretamente com a concepção de rede. A atuação em redes tem se apresentado como um novo processo em contraposição a abordagens tradicionais das políticas públicas, que são pautadas em ações fragmentadas, pontuais e compensatórias, gerando intervenções simplificadas e segmentadas, frente a fenômenos complexos (UDE, 2008). Tal concepção apresenta caráter sistêmico, dialético e complexo (MORIN, 1994; SLUZKI, 1997).

O conceito de rede tem sido desenvolvido em várias áreas de atuação, como a psicologia social, a sociologia, a administração, e a tecnologia da informação. As redes são consideradas como formas de organização social, tanto da sociedade como do Estado, detentoras de intenso fluxo de informação, e estruturadas a partir da cooperação entre unidades autônomas. A literatura apresenta como características comuns às redes: a inexistência de hierarquia, o compartilhamento de objetivos comuns, a autonomia, a confiança, a cooperação, a interdependência, bem como, a troca constante e duradoura de recursos (MENDES, 2011; CASTELLS, 2000). Entende-se por rede, uma articulação política entre pessoas que, para se estabelecer, exige: (i) o reconhecimento da existência e da importância do outro; (ii) o conhecimento das ações do outro; (iii) a colaboração recíproca; (iv) a cooperação através do compartilhamento de saberes, ações e poderes; e (v) a associação, com objetivos e projetos comuns. Tais condições resultam em autonomia, vontade, liderança, dinamismo, informação, descentralização e operacionalização de ações efetivas em vários níveis de atenção (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2001).

A adoção de políticas públicas, baseadas no trabalho em redes, vem crescendo desde 1990, buscando superar ou substituir um modelo de assistência burocrático e hierarquizado, por um modelo pautado em tessituras flexíveis, compartilhamento, e interdependência em compromissos e resultados (MENDES, 2011; CAPRA, 2002). Daqui se pode inferir que o trabalho em redes traz a noção de vinculação nos mais variados contextos: familiar, institucional e comunitária. Deslandes (2006, p.139) expõe que este tipo de trabalho “não constitui um todo a partir da soma de suas partes, mas, antes de tudo, constrói dinamicamente novas totalidades”.

A atuação em rede passa a ser uma exigência da realidade, de especial importância para o presente estudo. Esta estratégia vem sendo sustentada por documentos oficiais, como o ECA (BRASIL, 2014), a Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005a), a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violência (BRASIL, 2010), além da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b) e o documento que versa sobre as RAS (MENDES, 2012).

Existem algumas premissas que podem indicar caminhos para um trabalho em rede, a saber: a negociação para tomada de decisões, respeitando-se a autonomia e identidade de cada pessoa ou serviço presente na rede; a construção de espaços de diálogo, com liberdade de expressão para todos os participantes; a reavaliação constante da atuação para ajustes que se fizerem necessários; e o estabelecimento de relações horizontais e democráticas (BRASIL, 2005a).

Retomando o objeto do presente estudo, compreende-se que a VDCCA se apresenta como um fenômeno complexo, envolvendo múltiplos fatores de ordem econômica, política, cultural, social e individual, que serão melhor discutidos adiante. O cuidado em rede prevê um olhar interdisciplinar e transdisciplinar, superando o pensamento e as ações fragmentadas, reducionistas e desarticuladas. O paradigma da complexidade, enquanto referencial teórico, não poderá fornecer respostas completas ou certezas absolutas. Entretanto, o mesmo permitirá ampliar o conhecimento sobre o cuidado às famílias envolvidas na VDCCA, indicando caminhos provisórios e dinâmicos para a ressignificação desse cuidado.

3.3 A ABS e o cuidado às famílias envolvidas na VDCCA

3.3.1 Marcos legais

Antes do advento do SUS, o acesso aos serviços de saúde não se constituía como um direito de toda a população brasileira, tampouco um dever do Estado, mas se restringia a uma parcela da sociedade que contribuía, por meio do seguro social, para garantir esse “benefício”. Observa-se, neste período, uma dicotomia entre as ações de saúde curativas e preventivas, visto que as ações curativas eram executadas pelas instituições hospitalares, enquanto as ações preventivas eram efetuadas pelos postos de saúde. A saúde pública era direcionada, essencialmente,

às ações coletivas e preventivas, ou a grupos populacionais específicos, como mulheres e crianças. Desta forma, não havia um compromisso formal com a saúde integral da população brasileira (BAPTISTA, 2005).

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, os serviços de saúde passaram a se alicerçar no SUS, sistema este que foi definido como uma reformulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde do país, que passam a ser considerados como direito de todos, e dever do Estado (BRASIL, 2012b). O SUS, enquanto modelo de saúde universal no acesso aos serviços, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos, teve suas especificidades regulamentadas por leis, como a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b). Os princípios e as diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS encontram-se descritos no capítulo II da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), a saber:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. participação da comunidade;
- IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A diretriz da descentralização político-administrativa, descrita no capítulo supramencionado, encontra-se pautada em dois eixos: o primeiro diz respeito à descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização; o segundo diz respeito à hierarquização da rede de serviços de saúde, que pode ser entendida como uma forma de definir os serviços por níveis de atenção. No primeiro processo, ocorre um rompimento com o modelo tradicional de gestão dos serviços públicos de saúde no país, de maneira que o financiamento das ações constitui responsabilidade das três esferas do governo, mas a prestação de serviços torna-se responsabilidade, principalmente, dos municípios (BRIGAGÃO; OLIVEIRA, 2005). Este modelo foi elaborado de modo que o município assumisse, gradativamente, o protagonismo nas ações de saúde, em nível regional, pois um dos princípios orientadores do SUS é a noção de que os problemas locais são melhor compreendidos por atores locais, de maneira que as ações alcancem maior resolutividade.

De acordo com os critérios de regionalização e hierarquização, os serviços devem ser organizados em três níveis de atenção, conforme o seu grau de complexidade: atenção primária ou básica, e atenções de média e alta complexidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). A atenção básica reúne profissionais e recursos destinados aos procedimentos utilizados com maior frequência, pela população, e deve ter grande abrangência nacional. O nível mais especializado concentra profissionais especialistas e recursos de alto custo, como ambulatórios, unidades de diagnóstico e terapia, bem como hospitais, que realizam os procedimentos utilizados com menor frequência pela população. Essa estrutura permite que o usuário seja encaminhado para níveis mais complexos de assistência, quando necessário, e retorne à sua unidade de origem para acompanhamento, segundo uma lógica de referência e contrarreferência. Disso resulta uma rede organizada com base em um fluxo de informações estabelecido entre os vários níveis de atenção (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Conforme exposto anteriormente, a APS se configura como a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde, para a reorganização dos sistemas de saúde. A proposta da APS emergiu oficialmente em 1978, na Conferência de Alma-Ata, como medida internacional para se obter melhor qualidade de vida (STARFIELD, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), sendo concebida como

[...] a atenção essencial à Saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis à indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar [...]. A atenção primária é parte integral do sistema de serviços de Saúde do qual representa sua função central e o primeiro foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. [...] constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de Saúde, trazendo os serviços de Saúde, o mais próximo possível, aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) conceitua a APS como porta de entrada ao sistema de saúde, configurando-se como o nível que acolhe todos os novos problemas e necessidades da população. Além disso, fornece a atenção centrada na pessoa, e não no decurso da enfermidade, coordenando ou integrando todos os outros níveis de atenção. Deve focar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes, como o ambiente físico e social no qual a população vive e trabalha.

Há três variações principais de interpretação da APS, especialmente relacionadas à gestão e à evolução deste conceito, à ambiguidade de algumas de suas definições formais, e ao uso diferenciado do termo por algumas escolas do pensamento sanitário (MENDES, 2012). A primeira variação interpreta a APS como atenção primária seletiva, entendida como um programa específico, direcionado a populações e regiões pobres, com o oferecimento de tecnologias simples e de baixo custo, por pessoal de baixa qualificação profissional. A segunda variação interpreta a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde, que funciona como organizador e operador da porta de entrada do sistema. Finalmente, a terceira variação interpreta a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Esta última pode ser considerada a interpretação que compreende a APS como forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema, para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, implicando na articulação da APS como elemento essencial e ordenador da RAS.

Para que a APS atue como estratégia de organização do sistema, é necessário que obedeça a certos atributos, e desempenhe algumas funções, conforme esquematizado na Figura 2.

Figura 2. Relação de atributos e funções que o nível de Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: MENDES (2012), STARFIELD (2002).

O primeiro contato se caracteriza pela acessibilidade ao serviço, a cada novo problema, ou novo episódio de um problema de saúde. A longitudinalidade implica no estabelecimento de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde, e o seu uso consistente ao longo do tempo, em ambiente de relação humanizada e mútua de confiança, entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade implica no reconhecimento e na prestação de cuidados que atendam às necessidades da população, em todos os aspectos, bem como a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção. A coordenação, por sua vez, denota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, com o reconhecimento de problemas que requerem atenção constante, e articula-se com a função de centro de comunicação das RAS. A focalização na família consiste em considerar a família como sujeito da atenção, enquanto a orientação comunitária considera esta focalização em função dos contextos físico, econômico e social em que as famílias vivem, dentro de uma perspectiva intersetorial. A competência cultural implica em uma relação horizontal entre a equipe de saúde e as famílias, considerando suas singularidades culturais e preferências (MENDES, 2012).

O exercício destes sete atributos é fundamental para garantir as funções da APS. A resolubilidade conota uma atenção resolutiva e capacitada cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas da população. A função de comunicação expressa o exercício da APS como centro de comunicação das RAS, e consiste na ordenação dos fluxos e contrafluxos das pessoas, produtos

e informações, entre os diferentes componentes das redes. Por fim, a responsabilização considera o conhecimento e relacionamento íntimo, em nível territorial, da população adscrita (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

A instauração do SUS provocou mudanças significativas na organização, no financiamento e na oferta de serviços de saúde, conforme discutido anteriormente. Desde a década de 1990, o país vem reconhecendo e investindo em programas direcionados à APS, implementados pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, utiliza-se o termo ABS para designar a APS no SUS, com a finalidade de diferenciar as políticas propostas pelo movimento da reforma sanitária, e negar as concepções de programas seletivos e focalizados, pautados em critérios de baixo custo, e disseminados por agências internacionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). No que diz respeito ao SUS, tal conceito está relacionado à necessidade de construir uma identidade institucional própria, rompendo com a lógica redutora dessa atenção, que interpreta a ABS como um

conjunto de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, um padrão de assistência médica (primária) de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde da população (TOSO, 2011, p.39).

Por estas razões, o presente estudo adotará o termo ABS, proposto pelo Ministério da Saúde.

A mais recente revisão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b, p. 21-22), considera que:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e

capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Este documento apresenta como princípios e diretrizes da ABS: a territorialização dos serviços; o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de boa qualidade, caracterizando-a como porta de entrada preferencial, e possibilitando o acolhimento, a vinculação e a corresponsabilidade entre profissionais e usuários; adscrição da clientela; coordenação da integralidade de atenção; e participação comunitária (BRASIL, 2012b). Ainda, de acordo com esta política, o processo de trabalho das equipes de atenção básica se caracteriza por:

- definição do território e adscrição da clientela a ser atendida pela unidade;
- planejamento das atividades de atenção à saúde conforme as necessidades da população adscrita;
- desenvolvimento de ações no âmbito da prevenção de doenças evitáveis;
- acolhimento com escuta qualificada;
- atenção integral e contínua à população adscrita;
- atenção à saúde na unidade, no domicílio, em locais do território;
- desenvolvimento de ações educativas para promoção da saúde;
- implementação de diretrizes para qualificação da atenção e da gestão, como a participação coletiva nos processos de gestão;
- desenvolvimento de ações intersetoriais;
- apoio a estratégias de gestão local e controle social;
- atenção domiciliar.

A Política Nacional de Atenção Básica considera o Programa de Saúde da Família (PSF) como sua estratégia prioritária para expandir, qualificar e consolidar a atenção básica. Por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do PSF, lançados separadamente na primeira metade da década de 1990, e integrados na segunda metade desta década, o Ministério da Saúde reforça tal estratégia. Em

1993, o PSF foi delineado com o intuito de incidir sobre a organização do SUS e a municipalização da integralidade, atendendo, prioritariamente, aos 32 milhões de cidadãos dos municípios identificados pelo Mapa da Fome, conforme descrito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A partir de 1994, o objetivo político-administrativo de se efetivar a universalidade por meio da descentralização inspirou a implementação e difusão do PSF (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

O PSF foi redefinido a partir da Norma Operacional Básica do SUS nº 01/96, (BRASIL, 1996) deixando de ser apenas um programa focal, para ganhar a autoridade de estratégia de reorganização do modelo de atenção. Assim, o PSF passou a ser oficialmente denominado ESF (Estratégia de Saúde da Família), através de um documento emitido pelo Ministério da Saúde, em 1997 (BRASIL, 1997a). A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b, p.54) reafirma que a ESF

[...] visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A ESF se organiza em equipes de saúde para cerca de 3.000 pessoas adscritas. Tais equipes são integradas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescidas de outros profissionais, conforme as especificidades de cada localidade. Organiza ações territoriais, que extrapolam os muros da unidade de saúde, com enfoque em medidas educativas e preventivas contra riscos e agravos, além de ações básicas de saúde a grupos prioritários (PAIM, 2008). Tal estratégia concebe o ACS como elo articulador entre os serviços de saúde e a comunidade, trabalhando com adscrição de famílias em base geográfica delimitada (microárea), executando ações de educação e orientação individual e coletiva, além de coletar informações para a análise e o monitoramento do estado de saúde da população (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde apresenta como atribuições das equipes de saúde da família (BRASIL, 1997a, p.14)

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Houve um breve consenso acerca do sucesso da implantação da ESF, em cidades de pequeno porte. Entretanto, nas grandes cidades brasileiras, a implementação da estratégia foi significativamente dificultada por diversos fatores, tais como: altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde; agravos característicos de grandes centros urbanos; ofertas de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, com predomínio da modalidade tradicional de atendimento à demanda; e programas verticalizados sem orientação comunitária (BRASIL, 2005b).

Em 2000, o Ministério da Saúde promoveu um grande incentivo à expansão da ESF, nas regiões de aglomerados urbanos. Neste contexto, os gestores de saúde do município de Campinas, estado de São Paulo, idealizaram o Projeto Paidéia de Saúde da Família, uma intervenção que manteve alguns dos princípios básicos da ESF, buscando criar, no entanto, estratégias para superar as dificuldades mencionadas, e atender equitativamente as demandas de um município de grande porte (BRIGAGÃO; OLIVEIRA, 2005).

Campinas é um dos maiores municípios do estado de São Paulo, e apresenta uma trajetória no processo de descentralização político-administrativa dos serviços de saúde que se destaca, em relação aos demais municípios brasileiros. Em 1987, deu-se a municipalização das unidades de saúde. No ano de 1996, o município habilitou-se na condição de gestão semiplena, com base no modelo instituído pela Constituição de 1988 e, em 2002, tornou-se gestor pleno do sistema de saúde municipal (BRASIL, 2005b).

Paidéia é uma palavra originária do grego, que pode ser definida como “desenvolvimento integral do ser humano”. Assim, o Projeto Paidéia desenvolveu o seu trabalho a partir deste conceito. Paidéia é um termo antigo, clássico, criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção dessas cidades dependeria de um novo modo de governar e de viver. Para fundar esse governo democrático eles se valiam de Ágora, uma assembleia do povo. Entretanto, também consideravam necessário um trabalho sobre si mesmos, para que fossem capazes de gerir a própria vida. Desta maneira, o Projeto Paidéia foi elaborado, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto do indivíduo, e tem por finalidade nortear a atenção à saúde no município, com base em diretrizes, que foram resumidas abaixo (CAMPINAS, 2001).

- *Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local:* busca a superação da clínica tradicional que toma como objeto apenas a doença. Clínica ampliada trata da redefinição do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou de grupos. Além da ampliação da clínica, que resulta no aumento e qualificação das ações, sugere-se a organização de Núcleos de Saúde Coletiva, para apoio e desenvolvimento de ações diretas, junto às equipes de referência;
- *Cadastro de saúde da população e vinculação das famílias à equipe local de referência:* as unidades são organizadas por Equipes Locais de Referência (equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio (Equipe Matricial), responsáveis pela cooperação com as primeiras, em áreas específicas, como saúde mental e reabilitação. Existem dois modelos de equipes locais: clássica e ampliada. A equipe clássica é composta por médicos de família e enfermeiros, 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas de 20 horas, 2 auxiliares de saúde bucal e 1 técnico de saúde bucal (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (em turno completo), responsáveis por 700 famílias ou 3.500 pessoas. A equipa ampliada é composta pelos profissionais da equipe clássica, acrescida de médicos pediatras e médicos ginecologista-obstetra (ambos meio período), responsáveis por 1.400 famílias ou 7.000 pessoas. Para 04 ou 05 Equipes de Saúde da Família haverá apoio matricial da Equipe Local de Saúde Mental, do núcleo de Saúde Coletiva, e de profissionais da Reabilitação.

- *Acolhimento e responsabilização*: conceitos que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido da recepção, acesso e responsabilização pelos usuários e famílias;
- *Sistema de cogestão*: buscando uma gestão participativa, reforça a existência de Conselhos Locais de Saúde nas unidades, além de colegiados de gestão, com o poder direcionado às equipes interdisciplinares;
- *Capacitação dos profissionais* das equipes locais de referência e de apoio.

Nota-se, portanto, que o município de Campinas vem realizando uma profunda mudança tecnoassistencial e gerencial de seus serviços de saúde, principalmente na atenção básica. A Política Nacional de Atenção Básica reforçou o papel da ABS na ordenação das RAS, e na ampliação das ações intersetoriais. As atribuições da ABS que contribuem para o funcionamento das RAS encontram-se relacionadas abaixo (BRASIL, 2012b, p.25-26), e são fundamentais para o delineamento do objeto do presente estudo.

- I. *Ser base*: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II. *Ser resolutive*: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III. *Coordenar o cuidado*: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços

da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

- IV. *Ordenar as redes*: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

As RAS buscam superar o modelo hierarquizado, do tipo piramidal, vigente na normativa do SUS, e formatado de acordo com as densidades tecnológicas de cada nível de atenção. Essa concepção deve ser substituída por redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitam as diferentes densidades tecnológicas, mas se rompem as relações verticalizadas, dispondo-se em redes policêntricas horizontais (MENDES, 2012), conforme representado na Figura 3.

Figura 3. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Fonte: MENDES (2012).

A violência, reconhecida como um grave problema de saúde, exige um cuidado em rede, coordenado pela ABS, e baseado na cooperação entre instituições de diversos setores, que negociam e partilham recursos de acordo com interesses e necessidades. Trata-se de uma nova concepção de trabalho que requer articulação intra e intersetorial, de forma a integrar políticas e ações governamentais e não-governamentais, sem a necessidade de criar um novo serviço ou instituição (BRASIL, 2012b).

O cuidado em rede implica mudanças na maneira de pensar e de organizar as ações, com o objetivo de modificar a forma de (des)organização institucional, pois segundo Morin (2000b, p.15):

Não se pode reformar a instituição se anteriormente as mentes não forem reformadas; mas não se podem reformar as mentes se a instituição não for previamente reformada. Existe aqui uma impossibilidade lógica, mas é desse tipo de impossibilidade que a vida se nutre.

3.3.2 O cuidado às famílias envolvidas na VDCCA

A análise do fenômeno da violência é cercada de inúmeras dificuldades, ao começar por sua definição, tendo em vista a multiplicidade de compreensões a seu respeito. O divisor de águas entre aquilo que é ou não considerado violência é muito tênue e, conforme asseverou Michaud (1989, p.20),

São violências - o assassinato, a tortura física e psicológica, as agressões, também de cunho físico e verbal, as vias de fato, as guerras, a opressão, a criminalidade, o terrorismo, os diferentes tipos de discriminação, entre outros. Portanto, como definir com precisão, a natureza do termo e do significado da violência?

Apesar de toda a complexidade que envolve o tema violência, existem elementos comuns que ajudam a delimitá-lo, como a noção de coerção ou força, e o dano que é produzido a um indivíduo ou grupo social (classe ou categoria social, gênero ou etnia), além da violação de direitos humanos e de sentidos, para os vitimados. Desta forma, é essencial privilegiar, no conceito de violência, o percebido, o sentido e o assumido como sofrimento, dor ou dano (ABRAMOVAY, 2005).

A violência possui diversas formas de expressão, determinadas pela cultura, e pelos conceitos e valores pertencentes a um povo. Atinge, de forma mais hostil, os seres mais indefesos de uma sociedade, tais como crianças e mulheres, porém sem poupar os demais. Não está presente apenas nas relações interpessoais, mas também em instituições que exercem poder na sociedade, como a família e a escola. Dessa forma, podemos dizer que não há um fato denominado violência, mas

sim violências como expressões de manifestação da exacerbação de conflitos sociais, cujas especificidades necessitam ser conhecidas (MINAYO; SOUZA, 2003).

O Ministério da Saúde utiliza o conceito de violência adotado pela OMS (KRUG et al., 2002, p.5), conforme se segue:

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Com relação à violência que acomete crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 86) a define como

Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas.

Ao longo deste trabalho será empregado o termo “violência”, por entender-se que este é o termo que melhor define a problemática abordada no presente estudo. Além disso, este é o termo mais adotado pelos profissionais da área de saúde. No intuito de abarcar a totalidade do fenômeno, a OMS classifica a violência contra crianças e adolescentes por tipos e natureza (KRUG et al., 2002), conforme apresentado na Figura 4.

Por se caracterizar como um dos tipos de violência que mais acomete crianças e adolescentes, e ainda, por tratar-se do objeto deste estudo, buscar-se-á apreender o conceito de violência doméstica. Diversos termos têm sido empregados pela literatura nacional e internacional, para conceituar e caracterizar a problemática da VDCCA, como por exemplo, abuso, maus-tratos e violência intrafamiliar. Optou-se por adotar o termo “violência doméstica” ao longo deste estudo, pois segundo Azevedo (2002), este é o termo que reflete, de maneira mais adequada, o sentido e significado da problemática em questão. Este tipo de violência tem sempre como contexto o espaço doméstico, englobando indivíduos que residem ou transitam numa mesma casa, com ou sem laços consanguíneos, e que possuam ou não algum grau de afetividade. Desta forma, a abordagem adotada permitirá trabalhar com um conceito ampliado de família.

Figura 4. Tipos e natureza da violência que atinge crianças e adolescentes. Fonte: KRUG et al. (2002).

A família tem sido objeto de estudo para muitos pesquisadores. Inúmeros são os conceitos e visões lançados sobre ela, investidos de forte conteúdo histórico, cultural e social. A concepção de família passou por diversas mudanças nas últimas décadas, nos diferentes períodos históricos e contextos socioeconômicos. De acordo com as representações que a sociedade elabora sobre o termo, concebe-se família como uma realidade que transcende seus membros, sujeito transpessoal. A família se torna um universo social fechado, perpetuando suas fronteiras, considerando o interior como sagrado, secreto (separa-se do exterior pela barreira simbólica da soleira), e trazendo a residência como lugar de referência estável (BOURDIEU, 1996). Atualmente, a família é conceituada como um grupo de pessoas que nutrem um sentimento de pertencimento, em cujas relações há o predomínio dos laços afetivos. Reconhece não apenas o grupo formado por pais ou progenitores, mas também, os diferentes agregados sociais, resultantes de relações consanguíneas, afetivas ou de subsistência. Por ser mais abrangente, esse conceito difere do tradicional, limitado à existência de laços consanguíneos e determinado grau de parentesco (DE ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007).

Ao observar a atual família urbana, de nível socioeconômico baixo, sob a perspectiva matrifocal, nota-se que a mudança de parceiros da mulher se dá, sem que o seu núcleo familiar (constituído por ela e pelos filhos) se desfaça, com a saída do homem. Ademais, os valores éticos e humanitários, bem como os vínculos de solidariedade, confiança e amor, ainda são desenvolvidos no espaço familiar. (SZYMANSKI, 2001).

A família continua sendo o espaço indispensável para a garantia da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar, ou da forma como vem se estruturando. Enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico, e pelo impacto da ação do Estado e de suas políticas econômicas e sociais (SERAPIONI, 2005). Neste sentido, percebe-se que a violência doméstica não pode ser concebida e tratada através de uma visão unilinear de causa e efeito, mas sim, como o resultado multicausal e interativo de uma dinâmica sociocultural e política, que repercute em todo o tecido social, fazendo suas vítimas de maneira indiscriminada.

A VDCCA é considerada como uma violência interpessoal e intersubjetiva. Caracteriza-se por um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais e

responsáveis, reduzindo a vítima à condição de objeto de maus-tratos. Trata-se, ainda, de uma negação dos valores humanos fundamentais. O aspecto mais grave da violência doméstica é que ela pode durar meses ou anos, pois pertencendo à esfera privada, reveste-se de sigilo (AZEVEDO, 2002; GUERRA, 1998).

A violência doméstica ainda representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico e o acompanhamento deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e profissionais dos serviços, que receiam enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012b).

Novas políticas, projetos e programas estão sendo criados em nível federal, estadual e municipal, para implementar uma rede pública de assistência articulada, capaz de garantir a crianças e adolescentes, o direito à proteção e melhoria de qualidade de vida (BRASIL, 2012b). Com relação ao atendimento das famílias envolvidas na VDCCA, o Ministério da Saúde propõe a integração dos recursos disponíveis à atenção em uma rede de cuidados, orientada pela atenção básica, segundo o modelo da linha de cuidado. A Figura 5 apresenta um diagrama representativo da Linha de Cuidado para famílias, crianças e adolescentes envolvidos na violência, organizados em quatro dimensões teóricas principais: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento.

A Linha de Cuidado se apresenta como um caminho para a obtenção da “atenção integral” ou “integralidade da atenção”. Esse modelo oferece o cuidado desde a atenção básica até os níveis de maior densidade tecnológica, proporcionando, ainda, a interação com outros setores (BRASIL, 2012b). Em síntese, esse modelo de atenção se apresenta como a mais recente e importante estratégia do Ministério da Saúde, para atenção a agravos.

Figura 5. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.
Fonte: BRASIL (2012b).

Neste trabalho, adotou-se o conceito de cuidado como uma expressão plural, significando o cuidar do outro, ou ainda, a atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com o sofrimento e a dor do outro. O cuidado no contexto da saúde deve estar relacionado a uma prática integral e humanizada, articulada a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam a relação entre o ser cuidado e o cuidador (AYRES, 2004; BRASIL, 2012b). Materializa-se nas relações complexas entre os indivíduos, e entre estes e os contextos que lhes acolhem (ERDMANN et al., 2004). Assim, a organização da atenção integral à saúde, por meio da linha de cuidado, busca fortalecer a responsabilização e o envolvimento dos profissionais e dos serviços, garantir a continuidade da assistência, e articular as ações desenvolvidas pela rede de cuidados em saúde com a rede de proteção social no território (BRASIL, 2012b). Ao longo deste trabalho, os termos “cuidado em rede” e “rede de cuidados” serão utilizados como sinônimos.

O Ministério da Saúde ainda sugere que a implantação da Linha de Cuidado na temática da violência possibilita (BRASIL, 2012b):

- organização e articulação dos recursos, nos diferentes serviços, setores e níveis de atenção, garantindo o acesso e o cuidado;
- estabelecimento do percurso da atenção, organizando o fluxo de acordo com as demandas;
- definição das funções, responsabilidades e competências de cada serviço da rede intra e intersetorial, na produção do cuidado e proteção social;
- estabelecimento das formas de comunicação entre os serviços;
- educação permanente dos profissionais das redes de cuidado e de proteção social.

No município de Campinas, os profissionais comprometidos com a criança e o adolescente vêm discutindo e aprofundando conhecimentos sobre o fenômeno da VDCCA, desde a década de 1990. No ano 2000, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) formou uma subcomissão para discutir as questões que cercam o fenômeno da VDCCA e, no ano 2001, esta subcomissão foi elevada à condição de Comissão de Combate à VDCCA, composta por profissionais de organizações governamentais, organizações não-governamentais e sociedade civil, que atuam com este fenômeno, tendo como objetivo, a apresentação de

propostas ao Conselho, e a execução de ações que busquem uma atuação integrada da rede de proteção à criança e ao adolescente, consolidando as políticas para o atendimento e o enfrentamento desta questão.

Em 2002, foi implantado no município de Campinas o Plano Municipal para a Infância e Juventude, o qual articulou ações e Programas das diversas Secretarias, Coordenadorias, e representantes do CMDCA e do Conselho Tutelar (CT). Este Plano foi elaborado a partir do diagnóstico dos principais problemas que atingem a infância e a juventude, em Campinas (CAMPINAS, 2009).

Um dos programas advindos deste planejamento foi o “Quebrando o Silêncio” (Anexos A e B), que tem por objetivo oferecer, o mais rápido possível, proteção às crianças e adolescentes, vítimas de violência doméstica, tão logo esta seja constatada, além de investir na execução de programas municipais de prevenção primária no combate à VDCCA. Pretende-se, desta forma, quebrar o silêncio diante do fenômeno da VDCCA, justificando o título do referido programa. Participam dele as Secretarias da Assistência, Saúde e Educação, além de integrantes de organizações não governamentais, CMDCA, CT, Vara da Infância e Juventude (VIJ), e Comissão de VDCCA (CAMPINAS, 2009).

Além disso, a Secretaria da Saúde tem observado um avanço importante no atendimento às vítimas de violência doméstica ou não, notadamente a violência sexual, através do Programa “Iluminar Campinas: Cuidando das Vítimas de Violência Sexual” (Anexo C), que atende não apenas crianças e adolescentes, mas mulheres e até mesmo homens. Esta iniciativa, implantada em 2001, representa um passo significativo na redução dos índices de violência, difundindo a proposta para um trabalho em rede, ao tornar eficaz a circulação de informações, a formação de laços de solidariedade e a realização de ações em conjunto (CAMPINAS, 2009).

A ideia central consiste em substituir o conceito de assistente pelo de cuidador, a fim de envolver e comprometer os serviços através de um fluxograma interno e externo, a partir da pessoa-profissional. Esta ideia também trabalha com a perspectiva de transformar o profissional em um “ponto de luz”, o que significa fazer a diferença no acolhimento, e para isso, conta com profissionais sensíveis e qualificados, que irão ajudar a vítima a sair das trevas, a fim de (re)construir o presente e o futuro, resgatando o seu projeto de vida que, embora interrompido, não perdeu sua razão de ser (CAMPINAS, 2009).

Quando uma pessoa, qualquer que seja, torna-se vítima de violência sexual, ela é orientada a procurar um serviço de saúde, antes de 72h. Esse cuidado é feito nos pronto-socorros dos hospitais de Campinas, de acordo com o fluxograma do Anexo C. Aos serem recebidas nestes serviços, as vítimas são acolhidas por médicos, psicológicos e assistentes sociais. Além disso, são tomadas medidas emergenciais para evitar gravidez, prevenir doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e hepatite. As vítimas são orientadas, ainda, sobre a necessidade de se registrar um boletim de ocorrência, e são posteriormente encaminhadas para um acompanhamento de saúde mental, que também acolhe a família da vítima (CAMPINAS, 2009).

No ano de 2005, foi criado, no município de Campinas, o Sistema de Notificação sobre Violências (SISNOV), de caráter eletrônico, integrado, intersetorial e interinstitucional, para notificar casos de VDCCA, violência sexual em qualquer idade ou sexo, exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, e violência contra idosos. O SISNOV tem por objetivos registrar dados por meio eletrônico, gerar informações e indicadores, e apoiar o desenvolvimento de políticas específicas que reduzam os riscos e danos associados a estes tipos de violência. Sua meta final é contribuir para interromper o ciclo das violências (CAMPINAS, 2009).

Além dessas ações, o CMDCA de Campinas aprovou e divulgou as diretrizes presentes na Resolução nº 023/2010 que dispõe sobre o Pacto Municipal Intersecretarias para o Enfrentamento e Combate à Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente (CAMPINAS, 2010a). Este pacto tem por objetivo geral a integração entre as secretarias de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, Cultura, Educação, Esporte e Lazer, e Saúde para garantir à criança e ao adolescente os seus direitos e a sua cidadania. Reúne ações intersetoriais e específicas das políticas relativas a cada secretaria (Anexo D). Deve-se ressaltar que a atual Resolução encontra-se em atualização.

4 Pressupostos

Os pressupostos deste trabalho, resultantes da inquietação enquanto ator social na área da saúde da criança e do adolescente, ancoram-se no paradigma da complexidade para compreensão da rede de cuidado a famílias envolvidas na VDCCA, a partir da ABS.

A autora compreende que a violência doméstica se configura como um fenômeno complexo, sendo necessária a organização de um cuidado em rede para o real enfrentamento desta problemática, dentro de uma perspectiva transdisciplinar. Enquanto profissional de saúde, a autora entende que este cuidado deve ser estruturado a partir da atenção básica, porém pressupõe que tal organização não é implementada efetivamente devido, principalmente, às dificuldades na integração de ações intra e intersetoriais. Além disso, destaca a importância em lançar luz sobre a família envolvida na VDCCA, notadamente sobre os autores da violência e demais cuidadores, tendo em vista que as intervenções efetuadas neste sentido ainda estão focalizadas sobre a criança e o adolescente.

5 Percurso Metodológico

5.1 Caracterização do estudo

A enfermagem toma como objeto o ser humano, e como objetivo o cuidado ao ser humano (individual ou coletivo), ao longo do processo saúde-doença, assim como os fatores que nele interferem. Todos esses elementos são considerados, em conjunto, um objeto complexo, situado num campo de investigação desafiador. Para apreender este objeto tão diversificado, os pesquisadores em enfermagem vêm desenvolvendo e explorando diversas técnicas de investigação, apoiados em diferentes referenciais teóricos. Nesse sentido, o paradigma da complexidade se coloca como oportuno para esta pesquisa, pois possibilita o olhar para as interações e contextos com abordagem transdisciplinar, buscando abarcar a realidade tal como se apresenta (ERDMANN et al., 2004; SANTOS, 2003).

O conceito de metodologia e métodos é um assunto controverso. Este trabalho corrobora Minayo (2008), a qual afirma, com base nos conceitos de Habermas e Bourdieu, que a discussão metodológica está sempre associada à teoria ou a uma reflexão teórica, pois constitui um “caminho do pensamento” ou “prática teórica pensada”, que se expressa, também, nos métodos, nas técnicas, e na atividade de pesquisa propriamente dita.

Para Morin (2005), o método é muito desafiador e contundente. Tem como centro o homem e a sua condição humana, pretendendo regenerar a dissociação entre indivíduo/sociedade/espécie. Morin (2005) recria, então, uma concepção de método que transpõe o conjunto de conhecimentos e de procedimentos formais, ligados a um princípio de ordem, rigor científico preponderante, e lógica dedutiva, para buscar explicações complexas da realidade social, em princípios e concepções que serão abordados posteriormente. O referido autor faz, ainda, a distinção entre teoria e método, ponderando que a teoria não é o conhecimento, mas permite o conhecimento, ao afirmar que “[...] a teoria é engrama, e o método para ser estabelecido, precisa de estratégia, iniciativa, invenção, arte [...]. O método é a práxis fenomenal, subjetiva, concreta” (MORIN, 2005, p.335).

Desta forma, embasados na coerência entre teoria e método, entende-se que a teoria só ganha vida com a intervenção do sujeito; e para esta intervenção, o sujeito concebe estratégias e técnicas. Permite o emprego das mais especiais qualidades do sujeito, mobilizando sua atividade pensante e arte, pois estabelece a

maneira de conduzir a razão, integrar contradições e conhecimentos, e assumir ideias (RODRIGUES, 2006).

Busca-se superar o entendimento do método como uma simples aplicação de um conjunto de procedimentos e técnicas. Os procedimentos são instrumentais, referentes à prática do pesquisar, técnicas que permitem o desenvolvimento desta atividade nos diferentes momentos de seu processo. Deve-se ressaltar que, ancorados pelo paradigma da complexidade, as técnicas que auxiliam e possibilitam a construção de um conhecimento sobre a realidade não podem se configurar como instrumentos meramente formais, mecânicos, isolados de um referencial teórico que as contextualize e sustente, numa realidade mais ampla. Teoria, método e procedimentos técnicos são elementos indissociáveis em todo o processo de pesquisa histórico, complexo e repleto de contradições (PÁDUA, 2013).

Morin (2002) propõe a construção de uma nova ciência, um novo método, um novo modo de pensar, sinalizando caminhos teórico-metodológicos para esta construção. Considera a complexidade como um desafio e não uma solução, e a necessidade da superação dos problemas da ciência clássica – a ordem, a disjunção, e a lógica. Propõe a reunião dos diferentes aspectos da realidade, sua relação, o reconhecimento dos limites do conhecimento e das incertezas, buscando a multidimensionalidade do real. Entretanto, o pensamento complexo ainda não se encontra enraizado na cultura, colocando-se, ainda, como algo a ser alcançado (PÁDUA, 2008; MORIN, 2002).

No paradigma da complexidade, o Método se refere

à atividade pensante e consciente do sujeito e o reconhecimento da presença (participação) do sujeito em todo o processo de conhecer (...) comporta técnicas e estratégias, iniciativa, invenção, arte, para que se possa estabelecer uma relação aberta com as teorias, gerá-las e regenerá-las. (PÁDUA, 2008, p.31).

O presente trabalho de pesquisa foi delineado com base na abordagem qualitativa, que possibilita compreender a realidade expressa pelas famílias e trabalhadores de saúde. A pesquisa qualitativa é

[...] a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p.57).

Entende-se que o objeto deste estudo não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis, pois corresponde a um espaço mais profundo nas relações e processos, trabalhando com um amplo universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes. Assim, este estudo se configura como uma pesquisa social estratégica, que se baseia “nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas concretos, focais, que surgem na sociedade, ainda que não caibam, ao investigador, as soluções práticas para os problemas que apontam” (MINAYO, 2008, p.50). Segundo Minayo (2008), a pesquisa (i) tem o objetivo de lançar o olhar sobre aspectos da realidade, tendo como finalidade a ação governamental ou da sociedade; e (ii) tende a ser a mais apropriada para o conhecimento de problemáticas que envolvem o setor de saúde.

5.2 Campo do estudo

O campo de estudo é um recorte espacial que o pesquisador faz de uma realidade social, para representar uma realidade empírica a ser estudada. Antes de abordar com profundidade os CS investigados, serão apresentadas algumas características sobre a localidade onde estão inseridos: o município de Campinas, no interior do estado de São Paulo.

Campinas possui pouco mais de 260 anos de história colonial-imperial-republicana, e milhares de anos de história indígena. Nos marcos de sua formação colonial, a cidade de Campinas surgiu na primeira metade do século XVIII como um bairro rural da Vila de Jundiáí. Localizado às margens de uma trilha aberta por paulistas do Planalto de Piratininga, que seguia em direção às recém descobertas Minas de Goyazes, entre 1721 e 1730, o povoamento do "Bairro Rural do Mato Grosso" teve início com a instalação de um pouso de tropeiros, nas proximidades da "Estrada dos Goyazes". O pouso das "Campinas do Mato Grosso", erguido em meio a pequenos descampados ou "campinhos", em uma região de mata fechada, como sugere o seu nome, impulsionou o desenvolvimento de várias atividades de abastecimento, reunindo cerca de 185 pessoas, em 1767 (CAMPINAS, 2009).

No mesmo período, ou seja, na segunda metade do século XVIII, também ganhava forma uma outra dinâmica econômica, política e social na região, associada

à chegada de fazendeiros procedentes de Itu, Porto Feliz e Taubaté, dentre outras localidades. Estes fazendeiros buscavam terras para instalar lavouras de cana e engenhos de açúcar, utilizando-se para tanto de mão de obra escrava. De fato, foi por força e interesse destes fazendeiros, ou ainda, por interesse do Governo da Capitania de São Paulo, que o bairro rural do Mato Grosso se fez transformado em Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das Campinas do Mato Grosso (1774), e posteriormente, em Vila de São Carlos (1797), e Cidade de Campinas (1842). Neste período, as plantações de café já suplantavam as lavouras de cana, e dominavam a paisagem da região (CAMPINAS, 2009).

Com a crise da economia cafeeira, a partir da década de 1930, a cidade "agrária" de Campinas assumiu uma fisionomia mais industrial e de serviços. Em 1938, Campinas recebeu do "Plano Prestes Maia" um amplo conjunto de ações destinadas a reordenar suas vocações urbanas, com a perspectiva de impulsionar velhos e novos talentos, e transformá-la em um polo tecnológico do interior do Estado de São Paulo (CAMPINAS, 2009).

No mesmo percurso, a cidade passou a concentrar uma população mais significativa, constituída de migrantes e imigrantes procedentes das mais diversas regiões do estado, do país e do mundo, e que chegavam a Campinas atraídos pela instalação de um novo parque produtivo, composto de fábricas, agroindústrias e estabelecimentos diversos. Entre as décadas de 1930 e 1940, a cidade de Campinas experimentou um novo momento histórico, marcado pela migração e pela multiplicação de bairros nas proximidades das fábricas, dos estabelecimentos e das grandes rodovias em implantação: Via Anhanguera (1948), Rodovia Bandeirantes (1979) e Rodovia Santos Dumont (década de 1980) (CAMPINAS, 2009).

Estes novos bairros, implantados originalmente sem infraestrutura urbana, conquistaram uma melhor condição de urbanização entre as décadas de 1950 a 1990, ao mesmo tempo em que o território da cidade aumentava quinze vezes, e sua população, cerca de cinco vezes. De maneira especial, entre as décadas de 1970 e 1980, os fluxos migratórios levaram a população a praticamente duplicar de tamanho (CAMPINAS, 2009).

Atualmente, Campinas ocupa uma área de 796 km² e possui uma população de 1.144.862 habitantes, distribuída por quatro distritos (Joaquim Egídio, Sousas, Barão Geraldo e Nova Aparecida) e centenas de bairros (IBGE, 2013). Tal vigor econômico e social, proporcionado, principalmente, pela expansão de sua população

ativa, está transformando Campinas em um dos polos da região metropolitana de São Paulo, à 100 km de distância desta cidade.

Além disso, Campinas concentra cerca de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) e 17% da população industrial do estado de São Paulo. A região é responsável por 10% de toda a população agroindustrial de São Paulo, sendo a primeira colocada do país em mecanização agrícola e uso de sementes de alta qualidade. Também ocupa a segunda colocação no mercado consumidor brasileiro, com um total de 14.550 lojas, no comércio varejista (TAKEMOTO, 2005).

Há um total de 17 mil empresas ligadas ao setor terciário. Quanto à ocupação de mão de obra campineira, 65% está alocada no setor de comércio e serviços, 34% na indústria e 1% na agricultura. Na área da educação, o município possui 139.253 alunos matriculados no ensino fundamental, 40.520 no ensino médio e 27.390 no ensino pré-escolar. Campinas possui 154 escolas públicas estaduais, 39 escolas públicas municipais e 82 escolas privadas de ensino fundamental. Com relação às Instituições de ensino médio, Campinas possui 85 escolas públicas estaduais, 1 escola pública federal e 44 escolas privadas. Quanto às pré-escolas, possui 127 estabelecimentos municipais e 159 privados. Além disso, o município conta com 60.436 alunos matriculados no ensino superior, e possui um importante polo de ensino, assistência e pesquisa de nível estadual, sediado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que oferece 65 cursos nas mais variadas áreas de conhecimento. Além da UNICAMP, Campinas também possui outras 13 instituições privadas de ensino superior (IBGE, 2007).

De acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) desenvolvido pela Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) de São Paulo, no ano de 2010, a renda domiciliar média era de R\$ 3.508,00 sendo que em aproximadamente 10% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo per capita. A Tabela 1 mostra os indicadores que compõem o IPVS e a distribuição da população de Campinas.

Tabela 1. Indicadores componentes do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) município de Campinas em 2010.

Indicadores	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social							
	Total	1. Baixíssima	2. Muito baixa	3. Baixa	4. Média (urbanos)	5. Alta (urbanos)	6. Muito alta (aglomerados subnormais)	7. Alta (rurais)
População (n° abs)	1.074.154	165.489	480.598	187.405	99.578	57.577	83.507	-
População (%)	100,0	15,4	44,7	17,4	9,3	5,4	7,8	-
Domicílios particulares	347.465	66.318	155.591	59.793	27.464	15.668	22.631	-
Domicílios particulares permanentes	347.231	66.296	155.510	59.751	27.451	15.654	22.569	-
Número médio de pessoas por domicílio	3,1	2,5	3,1	3,1	3,6	3,7	3,7	-
Renda domiciliar nominal média (em reais de agosto de 2010)	3.508	7.362	3.112	2.450	1.699	1.484	1.320	-
Renda domiciliar <i>per capita</i> (em reais de agosto de 2010)	1.138	2.963	1.011	783	469	404	358	-
Domicílios com renda <i>per capita</i> de até um quarto do salário mínimo (%)	2,0	0,3	0,9	1,7	4,6	7,2	8,3	-
Domicílios com renda <i>per capita</i> de até meio salário mínimo (%)	9,9	1,2	6,3	10,8	21,2	27,9	21,8	-
Renda média das mulheres responsáveis pelo domicílio (em reais de agosto de 2010)	1.439	3.269	1.229	897	585	490	475	-
Mulheres responsáveis com menos de 30 anos (%)	14,8	18,5	9,0	21,8	10,1	20,1	21,7	-
Responsáveis com menos de 30 anos (%)	14,3	16,1	9,6	20,8	12,1	20,3	22,3	-
Responsáveis pelo domicílio alfabetizados (%)	96,4	99,6	97,5	96,6	90,6	90,9	89,9	-
Idade média do responsável pelo domicílio (em anos)	47	47	50	42	46	42	41	-
Crianças com menos de 6 anos no total de residentes (%)	7,2	5,4	5,9	8,5	8,3	10,7	11,0	-

Nota: Foram excluídos os setores censitários com menos de 50 domicílios particulares permanentes.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2010, Fundação Seade. Disponível em: <<http://www.iprpsivs.seade.gov.br/view/index.php>> . Acesso: 18 Jul. 2014.

A Figura 6 mostra o mapa de Campinas, onde se encontra destacada a distribuição geográfica da vulnerabilidade social (IPVS) do município, registrada no ano de 2010, pela Fundação SEADE em parceria com o Instituto do Legislativo Paulista.

Figura 6. Mapa do município de Campinas (SP), apresentando a distribuição do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), registrado em 2010. Fonte: IPVS versão 2010. Fundação Seade e Instituto do Legislativo Paulista. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf>. Acesso: 18 Jul. 2014.

O sistema de saúde em Campinas foi historicamente construído a partir do final do século XIX, quando surgiram, na cidade, as primeiras instituições destinadas à assistência em saúde, tais como hospitais privados e filantrópicos (SILVA, 1996). Certamente, o perfil da assistência à saúde prestada no município, atualmente, é fruto do dinamismo e movimento desse processo (NASCIMENTO; NOZAWA, 2004).

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas é gestora plena do sistema local de saúde, desde 1998. A complexidade do sistema de saúde em Campinas

levou à distritalização sanitária, que se configura em um processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde, para áreas com cerca de 200.000 habitantes, iniciando-se pela atenção básica, e posteriormente pelos serviços secundários. O sistema de Saúde de Campinas encontra-se geograficamente distribuído em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Noroeste, e Sudoeste, conforme ilustrado na Figura 7.

Figura 7. Mapa do município de Campinas (SP), representando a distribuição geográfica de seus cinco Distritos Sanitários. Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Acesso em 30 Jul. 2014. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/distritos-de-saude/>>.

O sistema de saúde do município de Campinas é composto por:

- 05 Distritos de Saúde – Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste – que, além de serem uma divisão política e territorial, também se constituem em espaço de atenção à saúde coletiva, especialmente por serem constituídos neste âmbito pelas equipes de apoio institucional e de Vigilância à Saúde (Epidemiológica e Sanitária);
- 62 CS (Unidades Básicas de Saúde);
- 02 Ambulatórios de Especialidades (Policlínicas);
- 05 Pronto-Atendimentos;

- 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 06 CAPS III; 02 CAPS III Álcool e Drogas; 01 CAPS II Álcool e Drogas; 02 CAPS II Infantojuvenis, com previsão para construção de 02 CAPS II Infantojuvenis e 02 CAPS III Álcool e Drogas;
- 15 Centros de Convivência e Oficinas;
- 08 Centros de Referência (DST/AIDS; Saúde do Idoso; Álcool e Drogas; Reabilitação Física; Saúde do Trabalhador; Lactação; Controle de Zoonoses; Especialidades Odontológicas);
- 02 Hospitais Universitários (Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUCC, e Hospital das Clínicas da UNICAMP);
- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti;
- Complexo Hospitalar Ouro Verde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- 01 maternidade filantrópica conveniada;
- 04 unidades conveniadas de atendimento especializado;
- 04 Serviços de Atendimento Domiciliar;
- Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”;
- Demais prestadores de serviços conveniados;
- Demais serviços de suporte (farmácia, laboratório, almoxarifado).

O campo de estudo do presente trabalho de pesquisa corresponde ao conjunto de CS municipais. Campinas possui 62 CS, distribuídos nos distritos territoriais norte, sul, leste, sudoeste e noroeste, que são responsáveis pela ABS da população, e encontram-se organizados através da ESF. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, estes CS possuem população e territórios definidos, e são responsáveis pelo gerenciamento das informações de nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória, e perfil de atendimento, caracterizando-se como instrumentos de reorganização da RAS (CAMPINAS, 2014). A partir de protocolos assistenciais e levantamento de informações, planejam e programam ações de Saúde, contando com o suporte e a retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais, da Secretaria Municipal de Saúde. Possuem um Conselho Local de Saúde, com representantes da população usuária, dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

Em Campinas, existe aproximadamente um CS para cada 20.000 habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, ginecologistas-obstetras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança e adultos), dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário. Alguns CS possuem, ainda, profissionais de apoio em saúde mental (médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais).

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram os trabalhadores dos CS, sendo considerados como critérios de inclusão: (i) incluir um CS de cada distrito de saúde, de acordo com a disponibilidade e autorização da coordenação distrital e local; (ii) considerar apenas os sujeitos que trabalhavam há pelo menos 1 (um) ano no CS estudado, e que exerciam ações junto a famílias envolvidas na VDCCA; (iii) considerar tais sujeitos em número suficiente para que pudesse ter reincidência e saturação das informações; (iv) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa.

Assim, a amostragem não privilegiou uma representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da temática, bem como a capacidade de refletir a totalidade do fenômeno, nas suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2008). Em tese, este critério possibilitaria a generalização dos conceitos teóricos a serem avaliados, não obstante houvesse uma preocupação menor com a generalização, e maior com o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo pesquisado.

Desta forma, a partir da disponibilidade, e organização distrital e local das unidades, foram definidos os cinco CS participantes, ao passo que os seus profissionais foram selecionados a partir de decisão da equipe local, com variação no número de participantes e categorias profissionais em cada unidade. Foram selecionados 41 profissionais, distribuídos conforme esquematizado na Figura 8.

Figura 8. Esquema de amostragem dos sujeitos da pesquisa. Foram selecionados 41 profissionais de saúde, distribuídos em cinco dos 62 Centros de Saúde de Campinas (SP), representando cada um dos cinco Distritos Sanitários do município. Os profissionais de saúde, participantes do estudo, encontram-se relacionados, por categoria profissional e variação de número, em seus respectivos Centros de Saúde. CS, Centro de Saúde; ACS, Agente Comunitário de Saúde; ASB, Auxiliar de Saúde Bucal.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Para alcançar os objetivos relacionados à compreensão das redes de cuidado estruturadas a partir da ABS, e direcionadas a famílias envolvidas em VDCCA, foram selecionados como instrumentos de coleta de dados: (i) a elaboração de mapas mínimos da rede social institucional externa; (ii) a realização de grupos focais; e (iii) a realização de entrevistas semiestruturadas.

O mapa mínimo da Rede Social Institucional Externa tem o objetivo de identificar os vínculos institucionais e lacunas para o trabalho de intervenção dos CS, junto às famílias envolvidas na VDCCA. Este mapa foi elaborado por Ude (2008), tendo como referência o Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social criado pelo psiquiatra argentino Sluzki (1997). O mapa faz uma representação gráfica da dimensão espacial de um determinado fenômeno. A articulação desse mapa à

contextualização de um dado problema ou nó a ser investigado permite a construção de uma identificação, representação e sinalização de aspectos que poderiam compor um todo, com uma visão global e articulada das partes que o compõem, a fim de se compreender o seu contexto (PÁDUA, 2013). Esta articulação possibilita “a descoberta da contextura(...) a maneira de interligar os fios de urdume e de trama num tecido, descobrir o que está tecido junto, compreender sua complexidade” (PÁDUA, 2013, p. 9).

Este mapa propõe evidenciar como estão constituídos os vínculos entre a instituição avaliada e os grupos organizados na comunidade, como também as distintas instituições governamentais e não-governamentais, com o objetivo de procurar identificar recursos e lacunas existentes, com vistas a integrar, fortalecer e otimizar a rede comunitária existente. Desta forma, favorece a interligação dos fios, a percepção da trama, a evidência de relações significativas entre os diferentes aspectos e possibilidades de abordagem de um tema, ao mesmo tempo em que as integra, distingue e diferencia, a partir da visualização ampliada do contexto (PÁDUA, 2013).

O primeiro movimento do desenho, no mapa, caracteriza-se pelo traçado da construção de indicadores, quanto aos vínculos da instituição avaliada em relação às demais, nos campos da educação, saúde, área jurídica, segurança, religião, meio ambiente, trabalho, lazer, cultura, assistência social, famílias, e órgão diretor. Neste sentido, coloca-se o nome da instituição estudada no centro do mapa e verificam-se os vínculos próximos, intermediários e distantes, nos diferentes campos mencionados. Para indicar as diversas instituições, programas e grupos identificados, utiliza-se o nome abreviado, como por exemplo: CT – Conselho Tutelar; IE – Igreja Evangélica; IC – Igreja Católica; BF – Bolsa Família. A qualidade dos vínculos é sinalizada por linhas para se referir aos vínculos significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes, descritos da seguinte maneira:

- *Vínculos significativos*: no caso das relações institucionais, tanto internas como externas, representam parcerias extremamente cooperativas. O traço utilizado é uma linha contínua, a qual pode ser desenhada com uma cor específica ou preta, como demonstrado a seguir:
 - Vínculos significativos: _____ (linha contínua)

- *Vínculos fragilizados*: são vínculos que se encontram tênues devido a diversos fatores. A sua representação gráfica se dá por meio do desenho de uma linha com cor distinta e/ou entrecortada, conforme demonstrado a seguir:
 - Vínculos fragilizados: _____/_____ (linha entrecortada)
- *Vínculos rompidos ou inexistentes*: quanto à rede institucional, procura-se mapear grupos e instituições que pertencem à comunidade e, em seguida, se avaliam aqueles vínculos que foram rompidos ou são inexistentes. Nesses casos, simboliza-se o vínculo utilizando uma linha quebrada ou traçada com cor diferente, conforme demonstrado a seguir:
 - Vínculos rompidos ou inexistentes: _____/ / _____ (linha quebrada).

O segundo movimento se evidencia pela tentativa de verificar como estão os vínculos entre as instituições e grupos mapeados nos distintos quadrantes. Simultaneamente, avaliam-se as inter-relações estabelecidas entre estes órgãos e os demais, indicados no mapa. É preciso lembrar que os traços devem ser qualificados, seguindo o parâmetro indicado acima, ou seja, vínculos significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes.

Ao terminar esta parte, inicia-se a avaliação do desenho por meio dos seguintes critérios:

- *Tamanho*: verifica-se a quantidade de vínculos institucionais e grupais estabelecidos. Sendo assim, a rede pode ser classificada como reduzida, mediana ou ampliada.
- *Densidade*: avalia a qualidade dos vínculos observados no que tange às linhas do traçado: significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes. Obviamente, uma rede com boa densidade apresenta mais vínculos significativos nos seus quadrantes.
- *Distribuição/composição*: refere-se ao número de pessoas ou instituições situadas em cada quadrante. Aqui, denotam-se lacunas e recursos existentes na rede.

- *Dispersão*: trata-se da distância geográfica entre membros e instituições. Este fator pode dificultar contatos e apoios mútuos no cotidiano dos sujeitos.
- *Homogênea ou heterogênea*: avalia as características dos membros e das instituições, no intuito de verificar a diversidade e as semelhanças que compõem a rede. Uma rede homogênea torna-se fechada e frágil, por não permitir diálogos com as diferentes organizações e individualidades, que constituem a vida social em comunidade.

Neste trabalho foram utilizadas as cores verde, amarela e vermelha para representar, respectivamente, os vínculos significativos, frágeis e inexistentes ou rompidos. Considerando a diversidade e multidimensionalidade do universo pesquisado, as linhas que configuram o mapa mínimo foram pontilhadas, indicando a circularidade e não linearidade das informações, com a instabilidade que é característica deste fenômeno. A Figura 9 apresenta a estrutura adotada neste estudo para composição dos vínculos institucionais.

Figura 9. Modelo do Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa. Este mapa foi elaborado para a compreensão das redes de cuidado estruturadas a partir da Atenção Básica à Saúde, direcionadas a famílias envolvidas em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes.

O contato com os Distritos de Saúde do município de Campinas iniciou-se em 14 de janeiro de 2013, com o intuito de discutir e selecionar os CS participantes. Após a definição, tomada pela disponibilidade e organização da equipe local, foram agendadas reuniões para elaborar o mapa. Os CS participantes foram designados pelos números 1, 2, 3, 4 e 5, conforme a sequência de realização da coleta de dados, a fim de manter a sua identidade sob sigilo.

Em 11 de Julho de 2012, às 18h15min, foi realizada uma abordagem piloto para elaboração dos mapas, em um CAPS Infantojuvenil, com a presença de 5 profissionais, sendo uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e um monitor. Esta oficina teve a duração de 90 minutos, e contou com uma apresentação sobre redes como um novo paradigma para o cuidado de crianças e adolescentes, em situação de risco. O mapa foi elaborado por uma pesquisadora, utilizando a mesma técnica descrita em sua Tese de Doutorado (SILVA, 2010).

Os mapas foram elaborados seguindo-se o cronograma abaixo:

- 24/04/13, às 14h15min, CS1-Sul: participação de 07 profissionais, sendo 04 ACS, 01 pediatra, 01 enfermeiro, e 01 psicólogo; o grupo se organizou para que a coleta fosse realizada no momento da reunião de Equipe de Referência.
- 13/06/13, às 15h00min, CS2-Noroeste: participação de 09 profissionais, sendo 08 ACS e 01 terapeuta ocupacional. Este CS apresentava um número expressivo de casos de dengue, na ocasião, o que aumentou, consideravelmente, a demanda por atendimento na unidade, impossibilitando a participação de outros profissionais no grupo.
- 10/12/13, às 10h00min, CS3-Leste: participação de 11 profissionais, sendo 03 ACS, 03 auxiliares de enfermagem, 01 psicólogo, 01 enfermeiro, 01 médica pediatra e 02 médicas clínicas. Esta oficina foi realizada em momento de reunião de equipe de referência.
- 17/12/13, às 9h15min, CS4-Sudoeste: participação de 09 profissionais, sendo 04 residentes em saúde (02 enfermeiras, 01 fonoaudióloga e 01 psicóloga), 01 enfermeiro, 01 médica pediatra, 01 médico clínico, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 ACS. Esta oficina também foi realizada em momento de reunião de equipe de referência.

- 17/12/13, às 14h30min, CS5-Norte: participação de 04 profissionais, sendo 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médica pediatra e 01 ACS.

Utilizou-se o seguinte roteiro para elaborar os mapas (Apêndice A):

- 1) Apresentação do objetivo da atividade;
- 2) Atividade introdutória:
 - a. Apresentação dos participantes na atividade;
 - b. Explicação sobre o paradigma de redes e a importância dos vínculos entre os setores e instituições;
 - c. Explicação sobre o preenchimento do mapa mínimo, que se constitui em um diagnóstico, permitindo a visualização da instituição na rede de cuidado a famílias envolvidas na VDCCA;
- 3) Elaboração dos mapas:
 - a. Material necessário: papel com esquema básico do mapa; lápis de cor nas cores preta, verde, amarela e vermelha; fita adesiva.
 - b. Elaboração: com o grupo sentado em semicírculo, os participantes foram orientados a observar, no esquema fornecido, os quadrantes que representam os diversos setores, podendo acrescentar ou substituir instituições, especificando os serviços com os quais a instituição se relaciona. As instituições foram dispostas mais próximas e mais distantes conforme a distância física com a instituição que ocupa o centro do mapa. Posteriormente, observando a legenda, traçaram linhas para indicar a qualidade dos vínculos existentes entre cada instituição. As linhas foram traçadas de uma instituição à outra, configurando a rede de serviços e suas relações.
- 4) Discussão sobre os vínculos presentes entre o CS e as demais instituições.

Os esquemas foram preparados previamente, e impressos com dimensões de 90 x 110 cm, para melhor visualização em sala. Como os participantes eram membros de uma equipe específica, tiveram dificuldades para dialogar sobre os demais CS. Apesar desta questão, trouxeram densa e ampla discussão sobre os vínculos com as demais unidades do setor saúde e outros setores.

Após a elaboração dos mapa, é interessante o uso de outros instrumentos (UDE, 2008). Desta forma, os participantes foram convidados a participar do grupo focal (Apêndice B). Para otimização do tempo, a reunião do grupo focal foi realizada após a construção do mapa, a fim de utilizá-lo como instrumento disparador de discussão.

O grupo focal se apresenta como um procedimento de coleta de dados no qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal. Tem por objetivo principal coletar informações, sentimentos, experiências de grupos sobre um tema específico. A interação grupal pode trazer dados e revelações (*insights*) que seriam dificilmente obtidos fora do grupo (KIND, 2004). Kind (2004, p.134) ressalta que “por sua fundamentação na discursividade e interação, inscreve-se na tradição dialética, pressupondo a construção de conhecimento em espaços de intersubjetividade”. Desta forma, o grupo focal se coloca como estratégia interessante para o paradigma da complexidade, visto que busca dialogar entre consensos e contradições, com a construção de um material com maior amplitude, permitindo se lançar do todo para as partes e das partes para o todo.

Deve-se buscar algumas características homogêneas dos participantes, porém com variações suficientes entre eles para que apareçam opiniões diferentes (GATTI, 2005). No presente estudo, a homogeneidade se deu pelo fato de serem profissionais da ABS, e por trabalharem em uma mesma unidade, enquanto que o caráter heterogêneo se deu pela diversidade de núcleos profissionais.

A literatura orienta um número de 5 a 7 participantes em um grupo focal, tendo duração aproximada de 90 minutos. Caso o pesquisador avalie que o assunto não se esgotou em um encontro, pode agendar nova conversa. O local deve ser de fácil acesso e livre de interferências sonoras, além de proporcionar privacidade e conforto. É necessária a presença de um moderador, responsável por manter o grupo em interação, e um observador, responsável por analisar a rede de interações durante o processo grupal, bem como apontar as reações do moderador com o grupo (KIND, 2004).

Conforme já explicitado, os grupos focais foram realizados logo após a elaboração dos mapas, permitindo certa simultaneidade nas ideias e diálogos, o que aprimorou a coleta. Durante este processo, foram utilizados os mapas dos vínculos institucionais externos à unidade como disparadores da discussão, a partir da

seguinte questão norteadora: Como se dá o atendimento às famílias envolvidas na VDCCA? Em seguida, buscou-se focalizar a discussão em torno dos vínculos formados com outras instituições para as intervenções frente ao fenômeno da VDCCA.

As reuniões de grupos focais tiveram a duração aproximada de 90 minutos, e foram realizadas em sala com boa acústica e luminosidade, livre de interrupções. Conforme indicação da literatura, os grupos contaram com a participação de uma relatora e uma observadora, e a pesquisadora atuou como moderadora. Antes do início da coleta de informações, propriamente dita, os objetivos desta técnica foram apresentados, deixando explícito que as opiniões não seriam julgadas como certas ou erradas. Também foi solicitado permissão para gravação com a garantia do anonimato. As gravações foram realizadas através do programa *Easy Voicer*, em aparelho com tecnologia MP5, sendo posteriormente, transferidas para computador e transcritas na íntegra. Os grupos foram identificados como Gp1, Gp2, Gp3, Gp4 e Gp5, conforme a sequência em que os mesmos foram realizados, seguindo a mesma identificação dos mapas.

Finalmente, após a elaboração dos mapas e realização dos grupos focais, os profissionais foram convidados a participar das entrevistas. Percebemos a necessidade de complementar as informações referentes às ações desenvolvidas na própria unidade, para o cuidado às famílias envolvidas na VDCCA.

A entrevista semiestruturada é definida como

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativa, fruto de novas hipóteses que emergem através das respostas dos informantes (TRIVIÑOS, 1992, p.27).

Segundo Vasconcelos (2002), as entrevistas permitem constituir um processo de interação intersubjetiva e social, acentuando o desafio e complexidade do processo de pesquisa. Minayo (2008) considera o roteiro da entrevista como um instrumento norteador de uma conversa com finalidade definida, não apresentando qualquer obstáculo e não tendo meios para prever todas as situações ou condições do trabalho de campo. O roteiro (Apêndice C) definido para o presente estudo possuía 3 questões abertas e norteadoras (relacionadas abaixo), que permitiram

comparar as respostas, além de reduzir a interferência do entrevistador e facilitar a organização e análise dos dados.

- Diante de um caso suspeito ou confirmado de VDCCA, como se dá a atuação da equipe de saúde?
- Quais as principais dificuldades encontradas para atuação frente a estas situações?
- O que facilitaria esta atuação?

O roteiro foi baseado no objeto deste estudo e também nas questões que necessitavam ser complementadas. As entrevistas ocorreram no período de 8 de maio de 2013 a 17 de dezembro de 2013, e tiveram duração aproximada de 20 minutos. As entrevistas foram identificadas com a letra E, e numeradas de acordo com a sequência em que foram realizadas: E1, E2, E3, e assim sucessivamente. A categoria profissional dos profissionais entrevistados não foi destacada; este dado foi identificado apenas no caso de existirem informações específicas, em que a diferenciação de categoria traria implicações para a análise.

Através de uma análise processual dos dados, os pesquisadores perceberam que a saturação dos dados se deu após a 10ª entrevista; a partir deste momento, decidiu-se por finalizar a inclusão de atores no estudo, seguindo-se recomendações da literatura (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 2008). O “ponto de saturação” foi relacionado à profundidade com que os objetivos deste estudo foram alcançados, bem como à repetição das informações frente aos questionamentos centrais que nortearam este estudo.

5.5 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), em cumprimento à Resolução nº 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e considerado aprovado em 14 de novembro de 2012, pelo protocolo CAAE 01726512.0.00005393, ofício 217/2012 (Anexo E). O presente estudo só teve início após a aprovação deste Comitê. Ainda, conforme a referida Resolução, foi solicitado aos sujeitos participantes,

o consentimento espontâneo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP) (Anexo F) em 18 de maio de 2012. Para a realização do estudo, além da aprovação municipal, também foi solicitada a autorização distrital e local das unidades.

5.6 Análise dos dados

É importante ressaltar que, embora o percurso metodológico deste estudo tenha sido delineado na forma de passos ou etapas distintas, esta divisão teve caráter meramente didático, tendo em vista que várias destas etapas se processaram simultaneamente. Afinal, de acordo com o paradigma da complexidade, a análise já se inicia durante a escolha/construção dos referenciais teóricos e das técnicas de coleta de dados (MORIN, 2005).

Duas noções principais direcionaram a análise dos dados, que são a contextualização e a compreensão. Entende-se o contextualizar não como um “amálgama” ou uma “colagem” de conhecimentos de diferentes áreas, mas o olhar transdisciplinar para determinado fenômeno, a fim de compreendê-lo, considerando sua multidimensionalidade. A compreensão pode ser percebida como

apreender o significado de um objeto ou de um acontecimento; é vê-lo em suas relações com outros objetos ou acontecimentos. Os significados constituem, pois, feixes de relações, que por sua vez, se entretecem, se articulam em teias, em redes, construídas socialmente e individualmente, e em permanente estado de atualização (ANASTASIOU *apud* PÁDUA, 2014, p.44).

Além destas noções, os princípios dialógico, recursivo e hologramático estiveram inerentes ao processo de coleta e análise dos dados, pois emergem como desdobramentos do paradigma da complexidade que, articulados, qualificam o desenvolvimento da investigação (RODRIGUES, 2006).

Após a elaboração gráfica dos mapas, e a transcrição integral das entrevistas e conversas/debates dos grupos focais, foram realizadas as seguintes etapas, recomendadas por Pádua (2013):

- 1) *Classificação e organização das informações coletadas*: após uma leitura atenta do material, foram assinalados os principais pontos das entrevistas e debates dos grupos, observando a pertinência e relevância para o objeto de estudo. Neste momento, como os debates e entrevistas foram realizados sequencialmente à elaboração dos mapas, a “amarração” entre as técnicas usadas foi constituída desde o início da coleta, e as informações foram articuladas à representação gráfica da estrutura do mapa institucional. Esta organização permitiu uma visão do conjunto da pesquisa e, simultaneamente, a visualização de questões específicas relacionadas ao todo pesquisado;
- 2) *Organização de quadros referenciais* com os principais pontos das respostas dos profissionais, de forma a se ter uma visão do conjunto das informações que possibilitasse categorizá-las;
- 3) *Estabelecimento de relações entre os dados*: por meio da organização dos dados em categorias, que se constituem pelo agrupamento de elementos, ideias e/ou expressões em torno de conceitos capazes de abranger todos estes aspectos, buscou-se estabelecer as seguintes relações existentes entre os dados: pontos de divergência, de convergência, e tendências entre os CS pesquisados.

A escolha por uma triangulação de técnicas, entendida como o uso de várias técnicas qualitativas combinadas e articuladas, permite uma apreensão mais profunda da realidade e favorece a compreensão do fenômeno estudado, em suas várias dimensões (MINAYO, 2005).

Posteriormente, buscou-se estabelecer as relações entre os dados e o paradigma da complexidade, dispositivos legais e a literatura que versa sobre o cuidado em redes a famílias envolvidas na VDCCA. Neste último momento, foram notadas novas relações entre os dados, corroborando Alvin Gouldner apud Alves (2007), quando afirma que “as mudanças mais fundamentais em qualquer processo de conhecimento comumente resultam, não tanto da invenção de novas técnicas de pesquisa, mas antes de novas maneiras de se olhar para os dados”.

6 Resultados

6.1 Caracterização dos CS

Conforme estabelecido previamente, foram selecionados, como campo de estudo, cinco CS representativos de cada um dos cinco distritos sanitários do município de Campinas (SP): CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte. As características específicas de cada distrito estão descritas nos itens 6.1.1 a 6.1.5.

6.1.1 Caracterização do CS1

O CS1, localizado no distrito Sul (região sul-leste) do município, responde por um território de aproximadamente 17 bairros, em diferentes condições socioeconômicas. Observam-se áreas provenientes de invasão territorial, sem saneamento básico, com alta vulnerabilidade econômica e social, e elevada dependência do SUS. Por outro lado, também existem aquelas áreas com melhor desenvolvimento econômico, baixa dependência do SUS, e em boas condições de habitação.

Conforme dados do Sistema de Informação TabNet (CAMPINAS, 2010b) este CS possui cerca de 20.129 moradores, em sua área de abrangência. A Figura 10 apresenta um gráfico com a distribuição da população residente na área de abrangência do CS1, de acordo com o sexo e a faixa etária. Crianças e adolescentes somam, respectivamente, 13% e 16% da população geral da unidade, com pequeno predomínio do sexo masculino. Entretanto, embora os valores apresentados estejam baseados em dados oficiais de 2010, os profissionais que participaram deste estudo relataram que o número total da população divulgado pode ter sido subestimado.

Figura 10. Distribuição da população residente na área de abrangência do CS1, segundo o sexo e a faixa etária. *n* = número de pessoas. Fonte: Campinas (2010b).

O CS1 funciona de segunda-feira a sexta-feira, por um período de 14 horas diárias. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o CS1 possui 59 profissionais em seu quadro funcional, distribuídos em 4 equipes de Saúde da Família, das quais três possuem equipe de saúde bucal. A Tabela 2 apresenta o quadro funcional do CS1, bem como a carga horária total para cada categoria profissional.

Com relação às atividades de saúde pública, o CS1 possui alguns serviços de referência com abrangência em todo o distrito Sul, incluindo: dois Centros de Convivência; um CAPS III; um CAPSad (álcool e drogas); um CAPSi (infantojuvenil); um Serviço de Atendimento Domiciliar; um Pronto Atendimento; e um Serviço de Vigilância à Saúde, além dos serviços que são referência para todo o município, como os hospitais gerais e os ambulatórios de especialidades. Estes serviços não estão em sua área de abrangência territorial específica.

Tabela 2 – Distribuição de profissionais do CS1, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional.

Núcleos Profissionais	Quantidade	Carga Horária Total
Gerente de serviços de saúde	01	36 h
Cirurgião dentista	03	120 h
Enfermeiro	04	150 h
Médico pediatra	04	104 h
Médico psiquiatra	01	24 h
Médico da ESF	04	160 h
Médico ginecologista e obstetra	03	80 h
Psicólogo clínico	02	40 h
Auxiliar de enfermagem	14	560 h
Técnico em farmácia	02	72 h
Auxiliar em saúde bucal	03	120 h
Agente comunitário de saúde	12	480 h
Faxineiro	03	124 h
Vigilante	03	124 h

Fonte: Campinas (2010b).

Com relação às atividades de assistência social, o CS1 possui como serviços de referência, um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e um Distrito de Assistência Social (DAS) que, da mesma forma, não se encontram em sua área de abrangência específica, situando-se geograficamente distantes da unidade. Considerando o número expressivo de Organizações Não-Governamentais (ONGs) cofinanciadas pela Prefeitura Municipal de Campinas, não serão citadas todas as que estão presentes no território das unidades estudadas, tendo em vista que estas organizações são, geralmente, referências para o município.

O CS1 também disponibiliza os seus serviços às instituições educacionais de seu distrito sanitário, abrangendo cinco Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e Médio, um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI), uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI), uma Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF), e duas entidades de educação infantil, anteriormente denominadas creches e pré-escolas. Deve-se ressaltar que, embora tais estruturas estejam situadas na área de abrangência da unidade, não recebem a demanda apenas desse território. Da

mesma forma, a população vinculada à unidade pode frequentar outras instituições, quando as instituições supramencionadas estiverem impossibilitadas de receber a demanda do território. Sendo assim, pelas especificidades de ação de outros setores, o presente estudo não abordará as instituições territoriais de cada unidade, pois, de modo geral, são ações voltadas para o município

De acordo com o SISNOV (CAMPINAS, 2013), aproximadamente 2% do total de violências do município ocorreu na área do CS1, nos últimos 5 anos. Entretanto, nenhuma dessas ocorrências foi notificada pela unidade de saúde. Em relação ao número total de casos de violências, uma expressiva parcela (78%) envolveu crianças e adolescentes. A Figura 11 apresenta um gráfico que relaciona as notificações de violências, na área de abrangência do CS1, de acordo com a faixa etária das vítimas e o ano de ocorrência.

Figura 11. Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS1. Fonte: Campinas (2013).

6.1.2 Caracterização do CS2

O CS2, localizado no distrito Noroeste do município, responde por um território de aproximadamente 27 bairros, com predomínio de áreas provenientes de invasão territorial, caracterizadas por ausência de saneamento básico, alta vulnerabilidade econômica e social, e elevada dependência do SUS. No ano de 2010 o CS2 possuía 24.754 moradores, em sua área de abrangência (CAMPINAS, 2010b). A Figura 12 apresenta um gráfico com a distribuição da população residente na área de abrangência do CS2, de acordo com o sexo e a faixa etária.

Figura 12. Distribuição da população residente na área de abrangência do CS2, segundo o sexo e a faixa etária. n = número de pessoas. Fonte: Campinas (2010b).

Entretanto, estima-se que o número populacional seja consideravelmente maior, devido à formação de um novo bairro pela Companhia de Habitação Popular (COHAB), com cerca de 15.000 novos moradores. Crianças e adolescentes somam,

respectivamente, 15% e 19% da população geral da unidade, com pequeno predomínio do sexo masculino.

O CS2 funciona de segunda-feira a sexta-feira, por um período de 15 horas diárias, e aos sábados, por um período de 12 horas. De acordo com dados do CNES, o CS2 possui em seu quadro funcional 103 profissionais, distribuídos em 5 equipes de Saúde da Família, das quais duas possuem equipe de saúde bucal. A Tabela 3 apresenta o quadro funcional do CS2, bem como a carga horária total para cada categoria profissional.

Tabela 3 – Distribuição de profissionais do CS2, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional.

Núcleos Profissionais	Quantidade	Carga Horária Total
Gerente de serviços de saúde	01	36 h
Cirurgião dentista	03	120 h
Enfermeiro	06	240 h
Médico pediatra	05	130 h
Médico clínico	05	117 h
Médico da ESF	02	80 h
Médico ginecologista e obstetra	04	112 h
Terapeuta ocupacional	01	20 h
Auxiliar de enfermagem	31	1196 h
Técnico em enfermagem	03	108 h
Técnico em farmácia	02	72 h
Atendente de Farmácia	04	144 h
Auxiliar em saúde bucal	02	76 h
Técnico em saúde bucal	01	40 h
Auxiliar de escritório	02	72 h
Assistente administrativo	01	36 h
Recepcionista	02	72 h
Zelador	04	168 h
Agente comunitário de saúde	20	800 h
Faxineiro	03	124 h
Vigilante	01	36 h

Fonte: Campinas (2010b).

Com relação às atividades de saúde pública, o CS2 possui alguns serviços de referência com abrangência em todo o distrito Noroeste, incluindo: dois Centros de Convivência; um CAPS III; um CAPSad; um CAPSi; um Serviço de Atendimento Domiciliar; um Pronto Atendimento; um serviço de Vigilância à Saúde; e um Centro de Especialidades Odontológicas, com sede nesta unidade, que funciona como centro de referência para todo o distrito. Além disso, existem os serviços que são referência para todo o município, como os hospitais gerais e os ambulatorios de especialidades, cujos serviços não se encontram em sua área de abrangência territorial específica.

Na área da assistência social, o CS2 possui um CRAS e um DAS como serviços de referência que, da mesma forma, não se encontram em sua área de abrangência específica, situando-se geograficamente distantes da unidade.

O CS2 disponibiliza os seus serviços às instituições educacionais de seu distrito sanitário, abrangendo três Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e Médio, um CEMEI, duas EMEIs, uma EMEF e Educação de Jovens e Adultos (EJA), duas entidades de educação infantil (creches e pré-escolas), além de uma Nave Mãe, que consiste em uma unidade de educação infantil, resultante de parceiras público-privadas. É importante ressaltar que as unidades Nave Mãe também estão direcionadas à profissionalização e geração de emprego para as mães, localizando-se em regiões de alta vulnerabilidade socioeconômica.

De acordo com o SISNOV (CAMPINAS, 2013), aproximadamente 4,5% do total de violências do município ocorreu na área do CS2, nos últimos 5 anos, e 31% dessas ocorrências foram notificadas pela unidade de saúde. Além disso, 56% do número total de casos de violências envolveu crianças e adolescentes. A Figura 13 apresenta um gráfico que relaciona as notificações de violências, na área de abrangência do CS2, de acordo com a faixa etária das vítimas e o ano de ocorrência.

Figura 13. Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS2. Fonte: Campinas (2013).

6.1.3 Caracterização do CS3

O CS3, localizado no distrito Leste do município, responde por um território de aproximadamente 32 bairros, caracterizados pelo bom desenvolvimento econômico, boas condições de habitação e baixa dependência do SUS. Entretanto, no entorno destes bairros, próximo a uma das principais rodovias de Campinas (SP), existem áreas provenientes de invasão territorial, caracterizadas pela alta vulnerabilidade econômica e social, ausência de saneamento básico e alta dependência do SUS.

O CS3 possuía 22.454 moradores em sua área de abrangência, no ano de 2010 (CAMPINAS, 2010b). A Figura 14 apresenta um gráfico com a distribuição da população residente na área de abrangência do CS3, de acordo com o sexo e a faixa etária. Crianças e adolescentes somam, respectivamente, 10% e 12% da população geral da unidade, com pequeno predomínio do sexo masculino na infância, e predomínio do sexo feminino a partir da adolescência.

Figura 14. Distribuição da população residente na área de abrangência do CS3, segundo o sexo e a faixa etária. *n* = número de pessoas. Fonte: Campinas (2010b).

O CS3 funciona durante 12 horas diárias e, de acordo com dados do CNES, possui 56 profissionais em seu quadro funcional, distribuídos em 4 equipes de Saúde da Família. A Tabela 4 apresenta o quadro funcional do CS3, bem como a carga horária total para cada categoria profissional.

Com relação às atividades de saúde pública, o CS3 possui alguns serviços de referência com abrangência em todo o distrito Leste, incluindo: dois Centros de Convivência e um Núcleo Oficina de Trabalho, um CAPS III, um CAPSad, um CAPSi, um Serviço de Atendimento Domiciliar, um Pronto Atendimento, e um serviço de Vigilância à Saúde, além dos serviços que são referência para todo o município, tais como hospitais gerais e ambulatórios de especialidades.

No campo da assistência social, o CS3 possui como serviços de referência um CRAS e um DAS, que encontram-se situados em áreas de abrangência específica, embora sejam referência para todo o distrito Leste.

Tabela 4 – Distribuição de profissionais do CS3, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional.

Núcleos Profissionais	Quantidade	Carga Horária Total
Gerente de serviços de saúde	01	36 h
Cirurgião dentista	05	116 h
Enfermeiro	04	156 h
Médico pediatra	03	80 h
Médico psiquiatra	01	30 h
Médico generalista	01	20 h
Médico da ESF	02	80 h
Médico ginecologista e obstetra	02	56 h
Psicólogo	01	30 h
Auxiliar de enfermagem	15	568 h
Técnico em farmácia	02	72 h
Atendente de farmácia	02	72 h
Auxiliar em saúde bucal	03	108 h
Auxiliar de escritório	01	36 h
Assistente administrativo	02	72 h
Agente comunitário de saúde	11	440 h

Fonte: Campinas (2010b).

O CS3 disponibiliza os seus serviços às instituições educacionais de seu distrito sanitário, abrangendo duas Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e Médio, um CEMEI, uma EMEIs, uma EMEF, uma EMEF/EJA, e uma entidade de educação infantil.

De acordo com o SISNOV (CAMPINAS, 2013), aproximadamente 2% do total de violências do município ocorreu na área do CS3, nos últimos 5 anos, sendo que 3% dessas ocorrências foram notificadas pela unidade de saúde. Além disso, 53% do número total de casos de violências envolveu crianças e adolescentes. A Figura 15 apresenta um gráfico que relaciona as notificações de violências, na área de abrangência do CS3, de acordo com a faixa etária das vítimas e o ano de ocorrência. Notou-se um aumento do número de notificações de violência envolvendo crianças e adolescentes, nos últimos dois anos.

Figura 15. Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS3. Fonte: Campinas (2013).

6.1.4 Caracterização do CS4

O CS4, localizado no distrito Sudoeste do município, responde por um território de aproximadamente 05 bairros de grande extensão territorial, apresentando algumas áreas provenientes de invasão territorial com ausência de saneamento básico. Neste distrito sanitário, predomina uma população com alta vulnerabilidade econômica e social e alta dependência do SUS.

Em sua área de abrangência, o CS4 possuía 18.862 moradores no ano de 2010 (CAMPINAS, 2010b). Estima-se, porém, que o número populacional seja consideravelmente maior, em relação aos dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por tratar-se de uma zona migratória, onde se instalam populações provenientes das regiões Norte e Nordeste do país. Crianças e adolescentes somam, respectivamente, 16,6% e 22% da população geral cadastrada na unidade, com pequeno predomínio do sexo masculino. A Figura 16 apresenta um gráfico com a distribuição da população residente na área de abrangência do CS4, de acordo com o sexo e a faixa etária.

Figura 16. Distribuição da população residente na área de abrangência do CS4, segundo o sexo e a faixa etária. *n* = número de pessoas. Fonte: Campinas (2010b).

O CS4 funciona de segunda-feira a sexta-feira, por um período de 12 horas diárias, e aos sábados, por um período de 06 horas. De acordo com dados do CNES, o CS4 possui 66 profissionais em seu quadro funcional, distribuídos em 5 equipes de Saúde da Família, das quais duas possuem equipe de saúde bucal. A Tabela 5 apresenta o quadro funcional do CS4, bem como a carga horária total para cada categoria profissional.

Com relação às atividades de saúde pública, o CS4 possui alguns serviços de referência com abrangência em todo o distrito Sudoeste, incluindo: dois Centros de Convivência, um CAPS III, um CAPSad, um CAPSi, um Serviço de Atendimento Domiciliar, um Pronto Atendimento, um serviço de Vigilância à Saúde, e um Centro de Especialidades Odontológicas, além dos serviços que são referência para todo o município, tais como hospitais gerais e ambulatórios de especialidades.

Tabela 5 – Distribuição de profissionais do CS4, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional.

Núcleos Profissionais	Quantidade	Carga Horária Total
Gerente de serviços de saúde	01	36 h
Cirurgião dentista	04	112 h
Enfermeiro	06	240 h
Médico pediatra	05	120 h
Médico clínico	05	117 h
Médico da ESF	05	200 h
Médico ginecologista e obstetra	01	24 h
Auxiliar de enfermagem	15	588 h
Técnico em enfermagem	03	112 h
Técnico em farmácia	01	36 h
Auxiliar em saúde bucal	02	76 h
Técnico em saúde bucal	01	40 h
Auxiliar de escritório	01	36 h
Assistente administrativo	01	36 h
Agente comunitário de saúde	15	596 h

Fonte: Campinas (2010b).

Os serviços de referência do CS4, na área de assistência, são um CRAS e um DAS; o primeiro está localizado em sua área de abrangência.

O CS4 disponibiliza os seus serviços às instituições educacionais de seu distrito sanitário, abrangendo duas Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e Médio, uma Nave Mãe, um CEMEI, duas EMEIs, uma Escola Municipal de Educação de Jovens e Adultos, e uma entidade de educação infantil.

De acordo com o SISNOV (CAMPINAS, 2013), aproximadamente 3% do total de violências do município ocorreu na área do CS4, nos últimos 5 anos, sendo que 9,6% dessas ocorrências foram notificadas pela unidade de saúde. Além disso, 44% do número total de casos de violências envolveu crianças e adolescentes. A Figura 17 apresenta um gráfico que relaciona as notificações de violências, na área de abrangência do CS4, de acordo com a faixa etária das vítimas e o ano de ocorrência.

Figura 17. Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS4. Fonte: Campinas (2013).

6.1.5 Caracterização do CS5

Por fim, o CS5, localizado no distrito Norte do município, responde por um território de aproximadamente 10 bairros, que apresentam algumas áreas provenientes de invasão territorial com ausência de saneamento básico. Neste distrito sanitário, predomina uma população com alta vulnerabilidade econômica e social e alta dependência do SUS.

No ano de 2010, o CS5 possuía 6.893 moradores, em sua área de abrangência (CAMPINAS, 2010b). Conforme acontece em outras unidades, existe uma estimativa de um número populacional consideravelmente maior, em relação aos dados oficiais do IBGE, por tratar-se também de uma zona migratória, onde se instalam populações provenientes das regiões Norte e Nordeste do país, além da ocorrência de constantes invasões territoriais. Crianças e adolescentes somam, respectivamente, 15% e 20,7% da população geral da unidade, com pequeno predomínio do sexo masculino. A Figura 18 apresenta um gráfico com a distribuição

da população residente na área de abrangência do CS4, de acordo com o sexo e a faixa etária.

Figura 18. Distribuição da população residente na área de abrangência do CS5, segundo o sexo e a faixa etária. n = número de pessoas. Fonte: Campinas (2010b).

O CS5 funciona durante 10 horas diárias, e de acordo com dados do CNES, possui 31 profissionais em seu quadro funcional, distribuídos em 2 equipes de Saúde da Família. A Tabela 6 apresenta o quadro funcional do CS5, bem como a carga horária total para cada categoria profissional.

Com relação às atividades de saúde pública, o CS5 possui alguns serviços de referência com abrangência em todo o distrito Norte, incluindo: três Centros de Convivência, um CAPS III, um CAPSad, um CAPSi, um Serviço de Atendimento Domiciliar, um Pronto Atendimento, um serviço de Vigilância à Saúde, além dos serviços que são referência para todo o município, tais como hospitais gerais e ambulatórios de especialidades. Entretanto, a unidade de saúde encontra-se geograficamente distante destes serviços.

Tabela 6 – Distribuição de profissionais do CS5, relacionando a quantidade de servidores e carga horária total, para cada núcleo profissional.

Núcleos Profissionais	Quantidade	Carga Horária Total
Gerente de serviços de saúde	01	36 h
Cirurgião dentista	02	36 h
Enfermeiro	03	112 h
Médico pediatra	02	50 h
Médico da ESF	03	101 h
Médico ginecologista e obstetra	02	39 h
Psicólogo clínico	01	36 h
Auxiliar de enfermagem	09	348 h
Técnico em enfermagem	01	36 h
Atendente de farmácia	01	36 h
Auxiliar em saúde bucal	01	36 h
Auxiliar de escritório	01	36 h
Recepcionista	01	36 h
Assistente administrativo	01	36 h

Fonte: Campinas (2010b).

O CS5 possui um CRAS e um DAS como serviços de referência na área de assistência social; o primeiro está localizado em área geográfica vizinha àquela de sua área de abrangência.

O CS5 disponibiliza os seus serviços às instituições educacionais de seu distrito sanitário, abrangendo uma Nave Mãe e uma EMEI. Em uma área vizinha, existem duas Escolas Estaduais de Ensino Fundamental e Médio, e uma entidade de educação infantil.

A unidade CS5 foi oficializada como CS há cerca de 7 anos, sendo anteriormente denominada Módulo de Saúde da Família, que era vinculado a outro CS. Por esta razão, o SISNOV só disponibiliza dados de notificação específicos para essa área, provenientes dos últimos 4 anos. Neste período, cerca de 1% do total de violências do município ocorreu na área do CS5, sendo que nenhuma dessas ocorrências foi notificada pela unidade de saúde. Além disso, 44,4% do número total de casos de violências envolveram crianças e adolescentes. A Figura 19 apresenta um gráfico que relaciona as notificações de violências, na área de abrangência do CS5, de acordo com a faixa etária das vítimas e o ano de ocorrência.

Figura 19. Distribuição de notificações de violências, segundo faixa etária e ano, na área de abrangência do CS5. Fonte: Campinas (2013).

6.2 Caracterização dos profissionais

Os 41 profissionais de saúde que participaram deste estudo encontravam-se distribuídos entre os distritos de saúde do município de Campinas, conforme a representação gráfica da Figura 20.

Figura 20. Distribuição dos profissionais estudados, de acordo com o distrito sanitário. CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte.

Os distritos, as unidades, as equipes e os territórios no município de Campinas são diferentes. A autora deste trabalho optou por não realizar a coleta em unidades de um mesmo distrito pois, apesar de entender que os dados poderiam ser analisados em maior profundidade, percebeu que as unidades de um mesmo distrito eram também heterogêneas. Desta forma, escolheu desenvolver o trabalho em uma unidade de cada distrito de saúde, por entender que as unidades guardam muitas heterogeneidades, mas também muitas homogeneidades, de maneira que seria possível realizar uma análise de complementaridades, visando obter uma visão global do objeto de estudo, sem desconsiderar as partes, e vice-versa.

Devido às especificidades de cada CS, e de cada equipe, as coordenações das unidades organizaram as oficinas, com a finalidade de elaborar mapas mínimos da rede institucional externa, e reunir os grupos focais para debate, conforme as possibilidades. No período da coleta de dados, Campinas vivenciou uma grande epidemia de dengue, que se intensificou no ano seguinte, fato este que dificultou a organização das equipes.

A Figura 21 mostra uma representação gráfica da distribuição dos profissionais estudados, de acordo com a função profissional que exerciam nas unidades de saúde no momento da coleta de dados.

Figura 21. Distribuição dos profissionais estudados segundo a sua ocupação nas unidades de saúde.

Entre os ACS participantes, seis possuíam curso superior, e um dos auxiliares de enfermagem estava cursando o terceiro grau. Seis profissionais participantes eram do sexo masculino, sendo o restante do sexo feminino. Com relação à idade dos profissionais, a maioria encontrava-se na faixa etária de 31 e 40 anos, conforme pode ser observado na Figura 22. Nos distritos Sul e Sudoeste, os profissionais eram mais jovens, enquanto no distrito Leste a distribuição da faixa etária mostrou-se equitativa.

Com relação ao tempo de formação profissional, a maioria dos profissionais possuíam entre 1 e 5 anos de conclusão de curso (Figura 23), sendo que no distrito Sudoeste, o número de profissionais recém formados foi maior, e correlacionou-se diretamente com a idade dos profissionais avaliados.

Notou-se que a maioria dos profissionais estudados possuía pouco tempo de serviço (1 e 5 anos) nas unidade de saúde onde estavam lotados, especialmente os profissionais dos distritos sanitários Sul e Sudoeste, conforme pode ser observado na Figura 24.

Figura 22. Distribuição dos profissionais estudados de acordo com a idade e o distrito sanitário. n = número de pessoas; CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte.

Figura 23. Distribuição dos profissionais estudados, segundo o tempo de formação profissional e o distrito sanitário. n = número de pessoas; NR = não respondeu. CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte.

Figura 24. Distribuição dos profissionais estudados, segundo o tempo de serviço na unidade e o distrito sanitário. n = número de pessoas. CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte.

No grupo estudado, 23 profissionais participantes relataram ter recebido instruções e informações sobre violência durante a sua formação acadêmica. Esse número foi maior nas unidades dos distritos onde os profissionais eram mais jovens e tinham menor tempo de formação, o que pode indicar a recente incorporação do conteúdo de violência aos currículos de cursos de graduação e nível médio profissionalizante, pois a distribuição das respostas foi equitativa entre as categorias profissionais, conforme representado nas Figuras 25 e 26.

Com relação à participação em cursos de capacitação oferecidos pela prefeitura municipal de Campinas, 21 profissionais relataram nunca terem recebido capacitação para lidar com a problemática da violência durante o trabalho nas unidades de saúde, enquanto 18 afirmaram ter recebido (Figura 27). O número é maior entre os ACS, conforme mostra a Figura 28.

Figura 25. Distribuição dos profissionais estudados, segundo o recebimento de instruções sobre violência durante a formação acadêmica, e o distrito sanitário. n = número de pessoas; NR = não respondeu. CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte.

Figura 26. Distribuição dos profissionais estudados, segundo o recebimento de instruções sobre violência durante a formação acadêmica, e a categoria profissional. ACS, agente comunitário de saúde; AE, auxiliar de enfermagem; ASB, auxiliar de saúde bucal. n = número de pessoas; NR = não respondeu.

Figura 27. Distribuição dos profissionais estudados, segundo a participação em cursos com abordagem sobre violência, e o distrito sanitário. CS1-Sul; CS2-Noroeste; CS3-Leste; CS4-Sudoeste; CS5-Norte. n = número de pessoas; NR = não respondeu.

Figura 28. Distribuição dos profissionais estudados, segundo a participação em cursos com abordagem sobre violência, e a categoria profissional. ACS, agente comunitário de saúde; AE, auxiliar de enfermagem; ASB, auxiliar de saúde bucal. n = número de pessoas; NR = não respondeu.

7 Discussão

Nesta seção serão apresentadas as categorias empíricas originadas a partir da análise dos dados coletados por meio da triangulação das técnicas utilizadas: elaboração dos mapas mínimos da rede social institucional externa, grupos focais, e entrevistas semiestruturadas.

Os resultados obtidos possibilitaram a construção das categorias abaixo, que serão discutidas a seguir:

1. “O lugar da VDCCA na ABS”, contendo as subcategorias:

- “A gente faz parte da população da onde a gente trabalha” – O(s) território(s) na atenção básica à saúde de famílias envolvidas na VDCCA;
- “A gente só faz o que é indispensável mesmo” - A ABS das famílias envolvidas na VDCCA

2. “Cada um dentro de seu quadradinho” – O(s) nós do cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA.

7.1 O lugar da VDCCA na ABS

Nesta categoria, foi apreendida a compreensão dos profissionais sobre o lugar do cuidado a famílias envolvidas na VDCCA na ABS – as implicações do contexto da atenção e do fenômeno estudado; e as características do cuidado direcionado a essas famílias. Para tal compreensão, emergiram as subcategorias discutidas a seguir.

7.1.1 “A gente faz parte da população da onde a gente trabalha” – O(s) território(s) na atenção básica à saúde de famílias envolvidas na VDCCA

O território de referência das unidades, bem como sua população adscrita, apresentam-se como um dos três elementos constituintes das RAS, além de se configurarem como a grande inovação e crucial questão para a reorganização dos sistemas de saúde a partir da ABS (MENDES, 2011). A incorporação do território,

bem como suas divisões, utilizada no SUS (estados, municípios, distritos, área de abrangência de serviços de saúde) se configura como áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, político e/ou econômico. Os sistemas de saúde se organizam sobre uma base geográfica ou territorial definida, seguindo uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, coerentes também com os níveis de complexidade da população e das ações. Retomando as diretrizes do SUS (BRASIL, 2012a), a descentralização, regionalização e hierarquização guardam relações estreitas com a definição de territórios de atuação.

De acordo com a proposta das RAS, a população que vive em territórios singulares de abrangência da unidade é organizada socialmente em famílias, e adscrita em subpopulações por riscos sociossanitários, o que implica a articulação íntima entre a equipe de saúde e a população. A organização de territórios sanitários, com uma base populacional definida, é convocada em sistemas públicos de atenção à saúde que se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada, como é o caso do SUS (MENDES, 2011).

Pelas especificidades apreendidas a partir da análise dos dados empíricos do presente estudo, a discussão de território na ABS foi baseada em cientistas e conceitos da Geografia e das Ciências da Saúde, pois compreendeu-se que a temática deve ser estendida para além do recorte geográfico, de caráter político-administrativo, que delimita a área de atuação de determinado serviço de saúde. No contexto analisado tal divisão tornou-se necessária, porém não suficiente para compreender os fatores que interferem no processo saúde-doença desta população.

Território é um termo de caráter polissêmico e interdisciplinar, que pode ser entendido sob diferentes nuances (FARIA, 2009). Este termo encerra, pelo menos, duas etimologias, que devem ser compreendidas para a discussão deste estudo, visto que perpassam os conceitos de território utilizados tanto pelo senso comum quanto pela ciência, apesar de serem consideradas duvidosas por alguns pesquisadores (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). A primeira etimologia, de origem latina, vem de *terri* (terra) e *torium* (pertence a), ou seja, “terra que pertence a”. A segunda etimologia, associada à primeira, foi inicialmente utilizada na Grécia, e posteriormente na Itália, para denominação das cidades, e origina-se do termo *terreo-terror*, que significa “aterrorizar” ou “aquele que aterroriza”. Trouxe a concepção política de quem aterroriza para dominar, e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção de terra (HAESBAERT, 2004).

Ao longo de todo o percurso histórico, o conceito de território esteve ligado a relações de poder do Estado, das instituições formais e emergentes, bem como das relações vividas nele. Na corrente da Geografia Política, a discussão teve o seu marco no século XIX, quando o termo território foi definido como um espaço de poder demarcado, governado, e principalmente, controlado, o que constitui, em parte, o imaginário de algumas linhas de conhecimento da saúde (MORAES; CANÔAS, 2013; SILVA, 2009). O território apresenta dialéticas que revelam as diferentes formas de poder nele estabelecidas, e que acompanharam as modificações ocorridas no cenário político mundial, conforme apontado por Silva (2009, p.11).

Há várias dialéticas do território: uma que se refere à relação entre o espaço fixo e o espaço em formação, como é típico para a (re)configuração do espaço capitalista e para a sociedade democrática e dinâmica. Uma segunda dialética localiza-se entre os recursos de poder do Estado-Nação, e as potencialidades estruturais de relações e ações vividas pelos atores sociais.

Nas Ciências Sociais, o conceito de território envolve três pressupostos. O primeiro se relaciona à diferenciação entre espaço geográfico e território. O segundo se refere à construção histórica do território, colocando-o como social, a partir das relações de poder. E o terceiro pressuposto, que mais interessa ao presente estudo, traz o território em sua dimensão mais subjetiva, de identificação e dominação de um espaço, e em sua dimensão objetiva, relacionada à ação político-econômica. De acordo com essa vertente, o território é definido pelo poder exercido naquele espaço, não apenas o político, como também o de apropriação simbólica. Nesse sentido, pode-se distinguir o território funcional, como aquele em que predominam as relações de dominação, inclusive material, ou seja, o domínio sobre o espaço para realizar funções, como o controle e lucro. E, da mesma forma, é possível distinguir o território simbólico, definido como a apropriação simbólica e cultural do espaço, ou seja, o domínio do espaço para produzir significado, como abrigo, lar, segurança afetiva (HAESBAERT, 2004; MORAES; CANÔAS, 2013). Deve-se ressaltar a indissociação entre os dois processos, pois todo território é, obrigatoriamente, em combinações diferentes, funcional e simbólico.

O território é um processo social, e é construído, (des)construído e (re)construído. Possui uma reciprocidade com as pessoas que o formam, de

maneira que ele age e sofre ações das/pelas pessoas e relações nele estabelecidas (ZAMBRANO, 2001). Assim, o conceito de território dialoga com o paradigma da complexidade, na vertente de que não existe um recorte geográfico, uma disciplina, um poder imutável e fixo que o controle. Existem, sim, territórios plurais, que se configuram como uma multiplicidade de distintos espaços políticos, sociais e culturais, contribuindo para formas particulares, singulares e dinâmicas de identidades territoriais. Estes territórios plurais se desdobram em duas formações, a multiplicidade de territórios e a pluralidade de territórios. A primeira se refere à multiplicidade de relações estabelecidas no território, enquanto a segunda retrata a relação entre um território maior sobre outros existentes (HAESBAERT, 2004; MORAES; CANÔAS, 2013; ZAMBRANO, 2011). Esta formação de territórios plurais leva ao entendimento das relações simbólicas existentes no território, configurando-se no espaço onde a população vive e estabelece relações, criando uma identidade e uma noção de pertencimento, e consolidando o que a literatura denomina de “território utilizado” (HAESBAERT, 2004).

Portanto, neste estudo utiliza-se o termo território não apenas como uma divisão administrativa, mas como um contexto de contrastes e complementaridades, “de apropriação de direitos e saberes de determinados grupos de atores sociais, que possuem uma identidade com aquele território, que foi sendo construída no decorrer da história” (MORAES; CANÔAS, 2013, p. 55). Apesar do conceito de território ser um referencial para a ABS e a ESF, ainda enfrenta tendências reducionistas, emergindo concepções divergentes entre os marcos legais e a equipe de saúde, que não abarcam o significado deste conceito (HAESBAERT, 2004; MORAES; CÂNOAS, 2013; PEREIRA; BARCELLOS, 2006; ZAMBRANO, 2011).

A discussão sobre o(s) território(s) de atuação dos CS, bem como as relações estabelecidas nele(s) (CS-comunidade; ACS-comunidade; comunidade-comunidade; CS-demais instituições) atravessaram o presente estudo. A unidade se torna mais que uma referência no cuidado à saúde da população, pois a comunidade se apropriou dela, sentindo-a inerente ao seu território de vida.

Porque eu vejo essa unidade de saúde não apenas como uma unidade de saúde não, é um lugar onde as pessoas da comunidade acaba se encontrando pra contar os seus problemas, todos os tipos de problemas (...) É o lugar mais próximo... (Gp 1)

Os mapas mínimos da rede social institucional externa também apresentaram vínculos geograficamente próximos e significativos entre o CS e as famílias e comunidades (Figura 29):

Figura 29. Vínculo dos Centros de Saúde (CS) com as famílias e a comunidade.

O território adquire especial realce na discussão sobre o fenômeno da violência, e vice-versa. Os ACS são os elos entre a população e a equipe de saúde, que vivem uma relação dialógica pois, ao mesmo tempo que são as pessoas que ofertam diretamente o cuidado à comunidade, também fazem parte desta comunidade:

Esse nosso lado da gente fazer parte da população da onde a gente trabalha, né... Tem esse lado. (E 5)

A legislação pontua certos requisitos para o trabalho do ACS, e entre eles está a prerrogativa de que resida na mesma área de atuação. Entende-se que este fator é importante para um melhor conhecimento do território, e maior possibilidade do planejamento de ações que impactem e melhorem a qualidade de vida da população. Entretanto, apresenta certos contrastes, em especial no manejo de situações que envolvam a violência. A apropriação que o ACS faz desse território é também dialógica, na condição de morador de determinada área, e profissional que realiza cuidados à população desta mesma área.

Eu também acho assim, já existe também o preconceito da população, lá no bairro está construindo o campo, então assim, o que que acontece.. o povo já tá preocupado com que.. que lá vai ser refugio de “drogadito”, vai ter um espaço bem legal para você usar qualquer tipo de droga sem ser perturbado por ninguém, sabe? A

população já esta com medo disso, nem esta terminada ainda a construção, então também tem tudo isso, então eu não sei, a hora que ficar pronto como que vai ser... Eu não sei como vai ficar essa situação, eu também mesmo já tô preocupada, porque é do lado da minha casa. (Gp 1)

Essa dialógica pode ser compreendida na fala transcrita acima: o grupo dialoga sobre a construção de uma praça esportiva no território de abrangência da unidade, que pode se configurar como um espaço para práticas saudáveis, que melhorem a qualidade de vida da população. Entretanto, o ACS ressalta sua preocupação como morador da comunidade, e não como profissional da unidade. Este olhar “de dentro” do território é importante para a construção do cuidado em saúde à população, porém, sob este aspecto, pode enfraquecer o empoderamento da comunidade. Segundo Morin (2005), esses dois fatores são antagônicos, porém complementares e essenciais para a análise do fenômeno estudado.

A literatura apresenta delineamentos sobre a atuação dos ACS, e críticas ao critério de que este profissional deve obrigatoriamente residir na mesma área de trabalho, associando diretamente esta questão ao sofrimento físico e psíquico destes atores. A vida profissional dos ACS se delineou de forma conflituosa e sem um direcionamento, pois o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi iniciado em 1989, porém suas ações foram definidas apenas em 1997, pela Portaria nº 1.886 (BRASIL, 1997b). Posteriormente, o Decreto nº 3189/1999 estabeleceu as diretrizes para a atuação dos ACS, porém a profissão foi regulamentada em 2002, com a Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002a). Os ACS são elementos-chave para a implantação de políticas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, porém se mantêm na rotina e no cotidiano dos serviços, como mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde (GOMES et al., 2009).

O ACS é um cidadão pertencente à comunidade, e se integra às equipes de saúde, fazendo a ponte entre o saber científico e o saber cultural. Ele exerce o papel de educador, atuando como agente de mudança, em determinada comunidade (BRASIL, 2006a). Não possui qualquer bagagem científica ou técnica, de maneira que a responsabilidade por esta educação recai sobre as instituições executoras das políticas públicas de saúde. Todavia, estudos constataam a incipiência dessas práticas (BACHILI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; GOMES et al., 2009; JARDIM; LANCMAN, 2009; LOPES et al., 2012; SILVA; MENEZES, 2008).

A identidade social dos ACS ainda é pouco estudada (BACHILI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Vivem e lidam com duas contradições principais, que interferem em sua atuação. A primeira delas, já relatada anteriormente, está no fato dos ACS residirem na mesma área em que atuam. A segunda contradição está relacionada aos processos educativos oferecidos nas linhas de capacitação para ACS, pois seguem uma lógica biomédica, sem abordar outros conteúdos e aspectos diretamente relacionados ao trabalho da ESF, como a produção social da saúde, com ênfase na promoção da saúde e vigilância à saúde (GOMES et al., 2009; SILVA; MENEZES, 2008). Esta lógica positivista, centrada apenas no biológico, será melhor discutida na próxima categoria.

O fenômeno da violência é complexo e interfere intensamente nas relações humanas, visto que se configura como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade” (KRUG et al, 2002, p.5). Assim, em função da complexidade deste fenômeno, de sua interferência nas relações, e do contexto que o presente estudo busca construir através de ações e cuidados frente a esse fenômeno (a ABS), é possível compreender a implicação dos territórios (de ação, de cuidado, de vida, de convivência) e das relações nele estabelecidas, em especial de poder, como intrínsecas e inerentes a esse estudo.

O fenômeno da violência age sobre este território e o (trans)forma, através de uma relação recíproca. Para manter o foco da investigação, a autora deste estudo deteve-se na discussão sobre a implicação do(s) território(s) no cuidado a famílias envolvidas na VDCCA. Foram identificadas duas questões cruciais para este cuidado desenvolvido pela equipe de saúde da família, em especial pelos ACS: o contexto onde essa violência ocorre, e as relações de poder existentes na emergência desse cuidado no território.

Em primeiro lugar, o contexto doméstico se apresentou como símbolo do sagrado, revestido de sigilos, e adentrar estas relações foi entendido por alguns ACS como uma invasão.

Existe um limite, um respeito no sentido de tipo assim, eu não posso interromper a decisão da mãe, por exemplo. Até onde a gente pode ir? (...) Que a gente não pode simplesmente ir lá e falar que ela não pode mais bater.... (E 10)

A visita domiciliar é pressuposta pela ABS como tecnologia do cuidado; apresenta-se como importante instrumento das equipes de saúde para a inserção e o conhecimento do contexto real de vida da população, e favorece a vinculação e a compreensão de aspectos das dinâmicas familiares (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; SAKATA et al., 2007) Apesar de ser um cuidado passível ser realizado por todos os profissionais, as visitas domiciliares são realizadas principalmente por pelos ACS, em função de suas especificidades, e principalmente por se configurarem como o elo entre o CS e a equipe de saúde.

A investigação é só dos agentes... Acho que se eu ganhasse, eu já tava parecendo o CSI assim... (Gp 1)

Existem críticas, por parte dos profissionais, em relação ao lugar ocupado pelas visitas domiciliares na rede de cuidados às famílias envolvidas na VDCCA. De acordo com as colocações feitas por um ACS (Gp1), transcritas acima, estas visitas ocupam o lugar de “investigação”, controle e vigilância, no sentido policalesco. Esta questão será melhor abordada na próxima categoria. Dialogicamente, é inegável a importância da visita domiciliar, no cuidado no contexto da ABS. A temática se apresenta como essencial na abordagem da VDCCA, pois possibilita o encontro de situações que dificilmente seriam evidenciadas em atendimentos na unidade, além da percepção de dinâmicas familiares violentas. Esta abordagem se apresentou como difícil e ameaçadora, em especial para os ACS.

Existe muito medo da denúncia, e até quando a gente tem uma denuncia, existe um medo de se mexer no que está muito velado, existe muito medo, até as agentes de saúde tem medo, eu moro aqui e posso sofrer ameaças. (E 4)

Quem fica mais vulnerável é o agente... Porque querendo ou não, o Centro de Saúde está restrito aqui dentro. Quem está na rua é o agente, mesmo que não foi o agente que fez a visita lá e relatório, mas como é ele quem passa por lá, as pessoas reconhecem mais, ainda mais os agentes. (Gp 4)

No contexto doméstico, o poder é direcionado ao responsável por aquele domicílio, e a entrada ou intervenção de um profissional de saúde, ou aquele que dialogicamente é seu vizinho, pode fazer emergir uma relação assimétrica. Esta questão remete à discussão sobre a multiplicidade e a pluralidade de territórios em que a unidade atua. Entende-se por multiplicidade as relações implicadas neste

cuidado, enquanto a pluralidade pode ser entendida como o conjunto de contextos que necessitam ser assumidos como inerentes a este cuidado.

O contexto familiar, enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico, e ainda, pelo impacto da ação do Estado e de suas políticas econômicas e sociais. Conforme situado no marco teórico (item 2.1), de acordo com estas representações, concebe-se família como uma realidade que transcende seus membros, sujeito transpessoal. A família torna-se um universo social fechado, que perpetua as suas fronteiras, tendo o interior como sagrado, secreto (separa-se do exterior pela barreira simbólica da soleira), e traz a residência como lugar de referência, estável. Segundo Bourdieu (1996, p.125)

O discurso que a família faz sobre a família, a unidade doméstica é concebida como um agente ativo, dotado de vontade, capaz de pensamento, de sentimento e de ação e apoiado em um conjunto de pressupostos cognitivos e de prescrições normativas que dizem respeito à maneira correta de viver as relações domésticas.

A violência que ocorre neste contexto é permeada por silêncios, e pertence a outro território, onde a equipe e, especificamente o ACS, encontra difícil percurso para intervir. Apesar da unidade pertencer ao território da comunidade, foi sinalizado pelos profissionais que “a violência doméstica não chega até ela”.

Existe, mas não chega, quando chega é porque tá muito... a família, ou a mãe, aqui oh! Eu acredito que é uma coisa frequente aqui, mas não chega no Centro de Saúde. (Gp 2)

As unidades de Pronto-Atendimento e Pronto-Socorros atendem às situações de violência contra crianças e adolescentes com maior frequência e, geralmente, às que possuem maior gravidade. Os profissionais associaram esta questão ao fato da distância do território e a “impessoalidade”:

[Sobre o atendimento de situações de violência contra crianças e adolescentes em serviços de urgência e emergência] Quando vão, vão direto lá (...) Acho até para que não saibam aqui, justamente porque tem gente que mora no mesmo bairro e pode saber, é uma coisa mais impessoal. Por ser atendido por pessoas que nunca mais vai ver... (Gp 4)

As unidades de urgência e emergência devem referenciar esses casos à unidade de origem e realizar a notificação da suspeita ou confirmação da violência; entretanto, devido ao processo de trabalho inerente a esses serviços, estas ações são negligenciadas.

No(s) território(s) deste estudo, o tráfico de drogas emergiu como uma força mobilizadora da comunidade, em especial na sua relação com a VDCCA, no lugar de “cuidado” às vítimas.

Infelizmente quem protegia, segurava naquele momento a violência, dentro daquela família, com as crianças, é o tráfico... Nem a polícia... (...) Chegou e falou assim – se você meter a mão nesse menino de novo, você tá morto! (Gp 5)

Às vezes cuida da família... O tempo todo né, porque nós temos um horário de tá funcionando, o tráfico não... (Gp 5)

Esta questão também é significada durante a elaboração dos mapas mínimos dos CS 1, 2, 3 e 5, aparecendo como vínculo fragilizado, ou seja, como fator de risco e/ou fator de proteção à violência (Figura 30):

Figura 30. Vínculo dos Centros de Saúde (CS) com o tráfico de drogas.

O tráfico de drogas, expressão escolhida por ter sido a emergente nas falas dos profissionais, e ser designado como um Descritor de Ciências da Saúde, apresentou-se como o grande detentor do poder no território da unidade.

O cara tem o poder na mão, e ele deita e rola... (E 10)

A literatura se mostra incipiente na abordagem desta temática. Compreende-se que o tráfico emerge na ineficiência ou insuficiência por parte do Estado, nas

diversas demandas apresentadas pela comunidade. Trata-se de importante apropriação e dominação do(s) território(s), implicando numa relação de poder legitimada pela comunidade, apesar de informal (GUIMARÃES, 2004; HAESBAERT, 2007). Em um estudo sobre as ações de enfermeiros na APS de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, o tráfico aparece, nas falas de enfermeiros, como executor de ações que deveriam ser realizadas por redes de proteção à criança e ao adolescente, evidenciando falhas e lacunas neste processo (LEITE, 2011).

Além destas ponderações, os profissionais entrevistados em Campinas se referiram às dificuldades em conviver com este poder do tráfico no(s) território(s) de cuidado à comunidade, desvelando as contradições desta relação.

É, tem esses dois lados do tráfico... Eu acho que o tráfico mais é violento, mais pune do que protege... Eu acho que de 100%, 10% protege e 90% é o causador da violência porque a maioria daqui, dos quadros de violência, de morte dos adolescentes você pode ver que vem do tráfico... É mais por conta do consumo né... Porque você vê que tem dinheiro, porque eles aliciam... Mas eles abusam das jovens, das meninas... (Gp 5)

Não tenho a segurança, trabalhar com a relação do poder, entendeu? A gente fica com essas dificuldades e com medo de tratar esta relação, não é: ah é simples, simplesmente notificar, fazer e tal... até pra você poder fazer esse acolhimento desta mãe, desta criança, desse adolescente, é complicado.. inclusive tá aqui uma quadra, o maior tráfico aqui, entendeu? (Gp 2)

As relações com o tráfico de drogas, em todas as instâncias pelas quais perpassam, apresentaram-se como uma dialógica, com movimento dinâmico de ordem e desordem, cercado de antagonismos e contradições. A recursividade deste fenômeno evidencia a complexidade que o envolve, ou seja, não se percebe uma lógica de causa-efeito, mas se apresentam simultaneamente como produtos e produtores da violência que os produziu inicialmente, e retroagem sobre ela (MORIN, 1994).

A comunidade se apresentou como parceira e com vínculos significativos junto ao CS, principalmente na legitimidade do cuidado a famílias envolvidas na VDCCA.

Por equipe né, as pessoas tão bem vinculadas né... Eu acho uma relação boa. (Gp 3)

Porque muitas vezes as coisas chegam pelo vizinho, pelo conhecido, pela pessoa da comunidade que vê, ouve ou que passa de um para outro e a coisa vai chegar aqui por informações de terceiros da parte da comunidade que traz. (Gp 3)

Agora com a família acho que é duas mãos né... Porque a família procura muito, eu acho que a gente é uma boa referência pra família, tem um vínculo de confiança né... Pra tudo né... (Gp 5)

Para Morin (2000a), o contexto sempre se mostrou importante para compreensão do percurso de determinado fenômeno. O ato de contextualizar e englobar diretamente se relaciona à progressão do conhecimento.

Campinas é um município que se destaca pela forte aliança e parceria entre a população, os profissionais de saúde e as universidades, apresentando-se como marco nas mobilizações para a reforma do sistema público de saúde do país. Estas mobilizações iniciais datam de 1950, no âmbito nacional, e em Campinas a partir de 1977. Nesse ano, ocorreram movimentos reivindicatórios por melhorias urbanas (transporte, saneamento básico, escolas) nas chamadas “vilas planejadas”, que se constituíam por habitações construídas pela COHAB, para receber os trabalhadores desempregados e migrantes, que buscavam o município pelo seu rápido crescimento e desenvolvimento industrial (FERRAZ, 2009). Tendo iniciado o movimento essencialmente nestas vilas, devido à falta de infraestrutura necessária, a população passou a realizar abaixo-assinados e comissões para apresentar, a secretários e prefeitos, as reivindicações de atendimento às suas necessidades. Desta forma, a população estreitou sua relação com os serviços de saúde, antes mesmo da reforma sanitária, legalmente legitimada com a promulgação da Constituição Federal e com o advento do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b, 2012a). O adensamento das lutas e dos movimentos, cujas emblemáticas não serão discutidas neste estudo, aglutinam-se na composição do Movimento Popular de Saúde de Campinas. Esta denominação passa a designar todas as organizações e experiências populares, em torno da luta pela saúde (FERRAZ, 2009). Os Postos de Saúde se originaram do movimento popular, refletindo, portanto, o lugar do debate na estruturação da assistência à saúde da população (NASCIMENTO, NOZAWA, 2004).

A introdução de mecanismos legais de participação popular como diretriz política, a ser seguida na formulação e fiscalização de políticas públicas, é dada pela Constituição Brasileira de 1988. Esta diretriz se concretiza nos Conselhos de Saúde,

que têm sua composição de forma tripartite (50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores), apresentam-se como órgãos permanentes e deliberativos do SUS, e atuam na formulação de estratégias, e no controle da execução da política de saúde, nas instâncias federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990b). Os CS apresentam o Conselho Local de Saúde como significativo representante da comunidade, para o cuidado direcionado às famílias envolvidas na VDCCA.

... O conselho local nosso é participativo nesses casos, tudo eles trazem aqui. Então a gente fica por dentro da situação. (Gp 3)

O apoio social às famílias envolvidas na VDCCA, que advém da comunidade, e se remete ao dispositivo de mútua ajuda, bem como aos aspectos positivos das relações sociais (ANDRADE; VAITSMAN, 2002), foi ressaltado pelos profissionais entrevistados em Campinas, que o percebem como relações de solidariedade que agem positivamente.

Teve um caso até né, que a mãe morreu e o pai faleceu também, morreu pai e mãe, ela morava só com o pai... E a comunidade veio aqui contar pra instituição, nos procurar... Foi o primeiro lugar que eles procurou, foi aqui... Que eles ficaram cuidando do menininho né... (Gp 5)

Por que vive ali, naquele mundinho de ficar um na casa do outro, de ajudar... Solidariedade... Entre os mais humildes... (Gp 5)

A literatura demonstra que os vínculos comunitários são reconhecidos como recursos valiosos para reduzir a exclusão social, além de promover a oferta adequada, e o acesso aos serviços públicos de saúde, assistência social, cultura e educação. O cuidado à criança e ao adolescente se torna uma experiência menos isolada quando a comunidade se corresponsabiliza por eles, com maior orientação e suporte positivos (SANTANA; ITAPARICA, 2011). A comunidade, especificamente a vizinhança e os amigos, contribuíram substancialmente e concretamente para que adolescentes rompessem situações de violência doméstica experienciadas, por meio do apoio social informal, emocional e informativo (CARLOS et al., 2014).

Os valores cultivados no mundo contemporâneo têm exacerbado o individualismo racionalista, contribuindo para a desintegração do sentimento de pertencimento a uma comunidade e a inibição de potencialidades solidárias (Morin, 2005). Os relatos dos profissionais desvelaram a existência de práticas

comunitárias, que agem como importantes fatores de proteção às famílias envolvidas na VDCCA e têm implicações diretas nos cuidados prestados pelos profissionais. O pensamento complexo busca religar as dimensões indivíduo/espécie/sociedade, que fundamentam a ética da solidariedade (MARTINAZZO; GRZECA, 2011). Além disso, proporciona o “*empowerment*”, que é um processo no qual os indivíduos, seus grupos sociais e organizações são fortalecidos e ganham autonomia e autoridade para que tenham mais controle de suas vidas, e poder decisório sobre elas (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; VALLA, 1999). Esta questão é crucial para o debate sobre a promoção da saúde na esfera coletiva, onde se busca a melhorar a interação entre os indivíduos da comunidade, proporcionando a emergência de vivências e relações comunitárias saudáveis.

7.1.2 “A gente só faz o que é indispensável mesmo” - A atenção básica à saúde das famílias envolvidas na VDCCA

O lugar da atenção básica como centro da atenção e de reorganização do sistema de saúde foi reconhecido pela população e, de certa forma, questionado pelos profissionais.

O centro de saúde está bem no centro, todo mundo desemboca aqui... (Gp 2)

Vem aqui pra pedir de tudo que você imaginar, acho que é o lugar mais próximo, porque... É o único serviço que tem. (Gp 1)

(...) Tudo acaba estourando aqui dentro da Unidade, porque eu vejo essa Unidade de Saúde não apenas como Unidade de Saúde não, é um lugar onde as pessoas da comunidade acaba se encontrando pra contar os seus problemas, todos os tipos de problemas, não só os problemas de saúde, né... (Gp 1)

A ABS se configura como centro de comunicação das RAS, e intermedeia as ações direcionadas ao cuidado da população. As dificuldades para compreensão do papel protagonista da ABS envolvem múltiplas dimensões: política, cultural e técnica. A hegemonia de sistemas fragmentados de atenção à saúde acaba por direcionar alguns sistemas de saúde para o atendimento de condições agudas, e de

eventos agudos associados a doenças crônicas. Tal fato potencializa a percepção cultural de desvalorização das funções da ABS, bem como das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos (MENDES, 2011).

É compreensível que a ABS, no contexto atual, não possua recursos humanos e materiais suficientes para assumir o seu papel de modo efetivo. A discussão política e financeira deste tema é ampla, porém encontra-se fora do escopo do presente estudo. Nos últimos anos, tem-se destacado a existência de potencialidades e fragilidades dos profissionais, no caminho do estabelecimento do cuidado às famílias envolvidas na VDCCA. Este assunto será discutido a seguir.

As famílias envolvidas na VDCCA geralmente adentram a unidade de saúde por meio do “espaço do acolhimento” ou de notificações vindas do CT. Este ponto tem sido bastante criticado e será discutido posteriormente. Outra forma, que ocorre com menor frequência, é a percepção da VDCCA durante os atendimentos pediátricos, e as visitas dos ACS às famílias. A comunidade tem a unidade como referência, e também a procura para apresentar demandas relacionadas à VDCCA. As reuniões das equipes de referência são importantes dispositivos para construir um trabalho direcionado à assistência às famílias. Em algumas unidades, o cuidado com essa população fica centrado nos profissionais de saúde mental. A Figura 31 mostra a interação, dinâmica e instável, entre as esferas no trabalho de assistência às famílias envolvidas na VDCCA, observada nos diferentes CS, avaliados neste estudo.

Figura 31. Interação entre as esferas no trabalho de assistência às famílias envolvidas na Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes, observada em diferentes Centros de Saúde (CS). (A) CS 1 e 4; (B) CS 2, 3 e 5.

Alguns profissionais relataram que a identidade dos CS é ambivalente, pois as unidades têm atuado apenas nos “pronto-atendimentos” e não têm executado ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde.

Se eu conhecesse toda a minha área, se eu conhecesse todas as famílias... Se eu conseguisse ter um contato maior com eles talvez esses casos de violência aparecessem mais. Mas eu não tenho! Eu faço o acolhimento ali, de gente que é da minha equipe, de gente que não é da minha equipe, faço as consultas de adultos, mas eu não conheço a minha população. (Gp 4)

Esse “acolhimento” citado na fala transcrita acima perde sua essência de ser concebida como escuta qualificada e mudança de postura, e assume a função de atendimento a queixas agudas, realizado geralmente por um auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro. Assim, na prática, o local do “acolhimento” passa a ser um espaço para entrada da “demanda espontânea”.

O acolhimento, em sua essência, não é um espaço ou local, mas um posicionamento ético que não pressupõe horários ou profissionais específicos para realizá-los. Ele introduz o compartilhar de saberes e a criatividade nas ações, e faz emergir a sensibilidade para a percepção das reais demandas de cuidado individual e coletivo da população (BRASIL, 2006b). Desta forma, o acolhimento como porta de entrada ao serviço de ABS apenas conota seu real sentido, se for constituinte de uma linha de cuidado e de ação contínua em todos os espaços e momentos do processo de produção da saúde, diferenciando-se dos modelos de triagem tradicionais e de classificação de risco pontuais (BRASIL, 2012b). Neste sentido, colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica, tais como

adequação nas formas de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física, e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais, associados à adoção de modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (BRASIL, 2006b, p. 20).

Apesar dos esforços para a aplicação prática dos conceitos, observou-se que o significado do acolhimento ainda não foi implementado no cotidiano dos serviços

de saúde. A ação do acolher se configura como principal estratégia para conhecer as famílias, estabelecer vínculos com elas, e se responsabilizar por elas. O acolhimento às famílias envolvidas em situações de VDCCA torna-se essencial para humanizar e qualificar o cuidado, bem como para garantir a continuidade do percurso dessas famílias ao longo da linha de cuidado. Este primeiro contato pode ser definitivo para a vinculação da família; a sensibilidade do profissional para perceber situações de violência doméstica é importante pois, em grande parte dos casos, tais situações são veladas e “mascaradas” por outras queixas (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Após as etapas de identificação e acolhimento, os profissionais traçaram diferentes estratégias de cuidado, as quais tiveram caráter singular e incluíram visitas domiciliares pontuais e consultas individuais. Em nenhum momento o documento que versa sobre a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência foi citado pelos indivíduos entrevistados.

Os depoimentos dos profissionais revelaram que as reuniões de equipe tinham significado positivo, sendo identificadas como um espaço legitimado e reconhecido:

Então, o grande potencial eu acho que está na conversa da equipe, na troca de ideias, nessa reunião que a gente faz e hoje é natural isso, o caso veio, chegou aqui e não vem primeiro para a psicóloga, vai primeiro para a reunião e todos juntos pensamos em potencialidades. (E 1)

Primeiro passo, alguém, é tipo, as agentes passaram por uma casa, aquela criança esta “tristinha” aí marca uma consulta, fala qualquer desculpa ou por acaso vem pra consulta por outro motivo... desconfiou! Primeiro passo, reunião em equipe, então o caso é discutido dentro da equipe de referencia... é... e aí, em geral com alguém da saúde mental presente, né... Aí por exemplo eu atendi, alguém... alguma criança que foi vítima de violência, aí por exemplo a S. que conhece o território, conhece a família, vai lá fazer uma visita e fala, olha aquela família realmente é meio assim...ela confirma algumas coisas com o olhar dela de estar presente no território, então aí fica uma coisa um pouco mais completa do que só o olhar da consulta, e dependendo do caso ela fala assim: marca só a mãe né, a psicóloga marca só a criança... olha, eu acho melhor não marcar comigo agora, você vai marcar o retorno e fala isto, isto e isto! (Gp 2)

O atendimento dos casos de VDCCA pelos profissionais da área de saúde mental é uma questão dialógica, presente nas unidades. O Programa Paidéia prevê que esses profissionais realizem o matriciamento nas equipes de saúde da família. Em algumas unidades de saúde, as famílias envolvidas na VDCCA ficam sob a responsabilidade dos profissionais de saúde mental, por entender-se que eles são os únicos profissionais capacitados para assisti-las.

Na realidade nem os enfermeiros sabem, apesar que tem um fluxo em todos os espaços, é mais fácil bater na porta, entendeu? (Gp 1)

Eu acho que tudo, até as coisas que não é, tudo que é do Conselho vem direcionado para Saúde Mental, mesmo questão de vacinação, consulta, as pessoas não tem um trabalho de ver o que significa, entendeu? (Gp 1)

Porque a primeira coisa que bagunça a vida de uma pessoa é a cabeça dela, o psicológico dela... Então eu acho que isso é direcionado pra pessoas que tem um entender melhor do que passa na cabeça das pessoas né... O que uma violência pode gerar futuramente, ou instantaneamente... (Gp 4)

O matriciamento, ou apoio matricial, tem como objetivo assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pelo cuidado aos problemas de saúde. Configura-se como uma metodologia de trabalho complementar à prevista em sistemas hierarquizados, com mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação, que permitem oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. O matriciamento depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, que incluem a definição (i) de critérios para acionamento do apoio e (ii) de responsabilidade tanto da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A partir da análise dos resultados do presente estudo, observou-se que o significado do matriciamento não foi compreendido por alguns profissionais. Esta questão está intimamente relacionada com a situação discutida a seguir, que é a dificuldade dos profissionais em lidar com o fenômeno da violência. A identificação, o acolhimento, a corresponsabilização, a não-fragmentação entre mente e corpo, bem como toda a linha de cuidado que pode derivar destas ações frente a casos de violência ainda se apresentaram como objetivos a serem alcançados.

A discussão do lugar da violência doméstica na saúde é pertinente, especialmente na esfera da atenção básica, pois têm implicações diretas nas ações desenvolvidas para lidar com esta problemática. Os relatos a seguir revelaram que, tanto para as instituições e setores, como para os profissionais, o lugar da violência ainda está indefinido e ambivalente.

Eles acabam ocupando a saúde muito no lugar de vigilância, pensando a Assistência Social de Campinas que é tão fragilizada, a Saúde acaba abraçando o mundo que não é só dela, porque, por exemplo, a gente sabe dessa desestrutura nos CRAS, por exemplo... (Gp 4)

Na verdade, esse tipo de situação não cabe a nós ir diretamente de cara, por isso que existem outros serviços aí, serviço social para fazer visita familiar, pra ver como é essa família, para fazer o levantamento de como é a situação pra depois trazer o serviço. Nesse caso, nós somos o serviço secundário. Não dá para ser assim de cara o espelho, os dentes da frente... (Gp 3)

Só se a pessoa falar assim - me ajuda, vê o que você faz pra mim lá no Centro de Saúde. Ai eu trago para ver no que a gente vai trabalhar naquela família... Mas, como eu vou dizer pra você, eu procuro assim me envolver só na área da saúde mesmo, com a mãe que esta com dificuldade para amamentar, você entendeu? (E 10)

Neste estudo, compreende-se o ser humano como a razão e a existência das exigências do cuidar. O cuidado se apresenta como o “envoltório da vida”, necessário e demandado para que a meta do viver bem seja alcançada. Ele pode ser compreendido como um processo dinâmico para promoção da vida, que deixou de ser uma atividade exercida unicamente pela família e passou a ser constituído pelo campo da saúde. Entende-se que a saúde emerge do complexo constituído pelo indivíduo, pela sociedade e pelo ambiente sendo, portanto, uma totalidade que permite oferecer o conhecimento dos componentes dessa relação quando analisada, mas sem alcançar a plena inteligibilidade. A saúde e a doença são dinâmicas dialógicas que, apesar de serem antagônicas, são semelhantes, uma vez que sempre se referem a diferentes relações na interação do indivíduo com ele mesmo ou com o ambiente (CHAVES, 1998; ERDMANN et al., 2004; SANTIN, 1998; TARRIDE, 1998;).

Neste sentido, a saúde torna-se intrínseca e inerente às situações e relações experienciadas, num caráter dinâmico e impreciso. A violência pode ser compreendida como um fenômeno a ser vislumbrado pelo setor saúde, com respeito

ao critério da multidimensionalidade que lhe é inerente. A violência, seus fatores, suas consequências e seus impactos estão estreitamente relacionados com a saúde. Pelos atributos e funções da ABS, esta assume papel central no cuidado às famílias envolvidas na VDCCA, pois:

- em algumas situações, a unidade representa o único serviço próximo física, funcional, e simbolicamente ao território de vida das famílias, sendo considerado como efetivamente apropriado e possibilitando o primeiro contato com os envolvidos na VDCCA;
- os cuidados desencadeados a partir desse primeiro contato podem ser definitivos para a continuidade da assistência aos envolvidos na VDCCA; neste caso, a ABS atua como eixo integrador e comunicador, para garantir a integralidade e a longitudinalidade, sendo a responsabilização inerente e a resolubilidade consequente;
- mesmo que as famílias sejam direcionadas a outras instituições e setores, em função da proximidade do território - questão que será discutida na próxima categoria - a ABS é responsável por coordenar a rede de cuidados.

Apesar das considerações teóricas discutidas anteriormente, os relatos colhidos no presente estudo evidenciaram que os profissionais: (i) ainda não perceberam a violência como problema de saúde; (ii) não estavam sensibilizados para perceberem essa problemática; e (iii) não entenderam o enfrentamento da violência como atividade inerente, prioritária e/ou indispensável na organização da atenção à saúde.

A gente só atende! A gente virou meio que linha de produção, só faz o que é indispensável mesmo, que é visita, coisa que não tem como... (Gp 5)

Ninguém aqui assume postura assim, médico, enfermeiro, se delegasse um pouco mais, chega uma denúncia ali e o enfermeiro tivesse a competência de está assumindo eu acho que tirava um pouco a obrigação dos ombros dela (da profissional de saúde mental), entendeu? (Gp 1)

E outro ponto que eu acho dificultoso talvez, seja a nossa própria falta de interesse. Não que a gente não queira resolver o problema, mas existe outras prioridades, dá conta da demanda é uma delas. Eu não consigo parar no acolhimento e ficar uma hora, embora às vezes

a gente faça isso, eu fico uma hora com a paciente até eu resolver tudo. A fila lá vai aumentar, quando eu terminar essa, a fila vai ter trinta para eu atender, e eu não vou dar conta... (E 9)

Outro fator importante, além daqueles já citados, é o porquê do cuidado às famílias envolvidas na VDCCA não ter sido considerado como prioridade pelos profissionais de saúde. A discussão sobre as ações desenvolvidas na unidade evidenciou alguns conflitos internos e angústias dos profissionais no estabelecimento do cuidado a essas famílias.

Não sei se é até um bloqueio que a gente tem que não sabe até onde a gente tem que ir, aí fica meio... Na verdade, a gente não tem meios para envolver no caso diretamente, é tudo através mesmo de interrupção dentro da situação. Foi trazido dentro da equipe... Dai fica sempre esse negocio de não confirma que foi, daí se perde, a gente não sabe se foi ou não, se ela denunciou ou não, se denunciou não chega nada pra gente também falando, olha realmente foi um caso assim. (Gp 3)

Eu acho assustador assim... Me sinto impotente... Não sei se sou só eu mas me sinto impotente, sem respaldo nenhum, sem resposta... Como eu me sinto assim, eu imagino que as vítimas se sintam bem pior, porque você vê, você escuta, e não tem nenhuma ação... De imediato assim não tem nenhuma, e a longo prazo muito difícil... Então é só pra rede saber e notificar, porque as ações disso, eu não vejo nem acompanhamento psicológico...(Gp 5)

Sim, a gente sofre muito por causa disso. Porque atualmente no centro de saúde assim, a gente não tem um espaço onde você pudesse falar. (E 4)

O trabalho cotidiano com a violência tem provocado impacto psicológico significativo nos profissionais de saúde. Trata-se de um fenômeno que se inscreve no privado, que pode mobilizar experiências e vivências anteriores dos profissionais, bem como fazer com que eles se identifiquem com a problemática da vítima, gerando sofrimento físico e mental. Em certos momentos, os profissionais apresentavam uma relação simbiótica e “de colagem” com os pacientes vítimas de violência, e sinalizavam a necessidade de acompanhamento psicológico (PENSO et al., 2010). Alguns profissionais criaram mecanismos de defesa para conviver com essas situações, como a não-percepção delas ou a não-intervenção nos casos notados:

E, é uma proteção, tem essa proteção interna das pessoas verem e não fazer, entendeu?! (Gp 1)

Mas infelizmente às vezes você tem que fingir que é cego, surdo e mudo! (Gp 2)

Os depoimentos dos profissionais revelaram que as suas dificuldades em lidar com as famílias decorrem, em parte, da falta de treinamento e capacitação contínuos. Este ponto tornou-se evidente no discurso de profissionais que se colocaram mais próximos das famílias envolvidas na VDCCA, os ACS.

Eu acho que não existe tanta informação... Tanto informação na unidade quanto na sociedade... Como lidar em casos de violência doméstica. A gente sabe que é uma coisa muito comum, a gente imagina, mas não existe uma informação em como lidar com isso. (Gp 4)

É difícil essa coisa a violência, também você caracterizar que há uma situação de violência... né, tirando aqueles do olho roxo, que a gente tem, mas esses já vem sendo acompanhados pela assistência, seja conselho, escola (Gp 5)

Segundo um profissional enfermeiro, a dificuldade no manejo de situações que envolvam a violência ocorre desde a formação acadêmica. Conforme observado na caracterização dos sujeitos, 41% dos profissionais não receberam informações específicas sobre a temática da violência durante a sua formação acadêmica, e 56% dos profissionais não participaram de cursos ou de outras atividades de capacitação sobre violência durante o seu período de trabalho, na Prefeitura de Campinas. Este fato se refletiu na seguinte fala:

Bom, primeiro eu acho que essa é a nossa dificuldade pra lidar com a violência, ela vem desde a formação. (E 9)

Em concordância com os resultados do presente estudo, a análise da abordagem de casos de violência contra crianças e adolescentes por enfermeiros, na ABS, desvelou que o “habitus” da enfermagem ainda é fortemente ancorado ao modelo biomédico, com a estruturação de seu saber/fazer por meio destes componentes. A abordagem de situações que não são inteligíveis por esse viés, tem sido negligenciada (ARAGÃO et al., 2013).

O momento histórico contemporâneo, marcado como um período de transição paradigmática, tem enfrentado o desafio da crescente complexidade das demandas e dos fenômenos humanos, sociais e naturais, exigindo profundas, novas e constantes transformações das formas tradicionais de investigação e análise da realidade, bem

como de intervenção nela, nas diversas áreas do conhecimento. Desde o século XX, os novos paradigmas vêm buscando a superação da fragmentação do pensamento e das ações, com a disseminação de uma visão integralizadora e multidimensional do homem e de seu ambiente. Existem resistências a essas mudanças, uma vez que as tradições e os hábitos encontram-se enraizados e arraigados na cultura e nas diferentes formas de organização individual e social. Na violência, em especial a VDCCA, e na construção do cuidado a essas famílias, os profissionais exercitam o pensamento que, segundo Morin (1986), comporta a distinção, objetivação, análise e seleção. Estes profissionais se baseiam no modelo apreendido desde a sua formação infantil, marcado pela lógica biomédica e positivista, e centrado no entendimento da relação de causa-efeito. Entretanto, na prática, este modelo não tem sido suficiente para lidar com o fenômeno da VDCCA, uma vez que os depoimentos dos profissionais evidenciaram as suas dificuldades em compreender essas situações.

Mas é aquela coisa, é a mãe. Ai a mãe fala, ah vou esperar mais um pouco, pra ver se melhora, entendeu, aquelas coisas, é difícil! (Gp 2)

A gente ter um fluxo melhor para a gente seguir. Porque na hora... é igual acidente de trabalho, a gente tem um fluxo, faz isso, faz aquilo... Eu acho que se tivesse um fluxo, seria mais fácil de lidar na Unidade, com todo mundo, né? (E 3)

Você quer fazer uma Raio X, você liga pro Fulano, discute, manda aqui vou atender, um dermatologista, manda aqui vou atender... Pronto, você tem uma resposta, na violência aquela coisa... Ah, tem que passar por não sei o que, a assistente tem que avaliar todo mundo, aí não pode avaliar, leva anos, se arrastando, se arrastando... (Gp 5)

Pelas especificidades já abordadas sobre o fenômeno da violência, a relação da unidade e do próprio fenômeno com o(s) território(s) e com a população, não possibilita qualquer construção, em qualquer nível e momento de cuidado, baseada no modelo cartesiano. A concretude, determinação e ordem das ações (fluxos, raios X), não se configura como resposta às atuais demandas individuais e sociais. Neste sentido, compreende-se a existência de resquícios do saber-fazer pautado no paradigma tradicional. A noção e o desejo de ordem têm origem na concepção determinista e mecânica do mundo, que percebida a desordem como decorrência da falta de conhecimento dos mecanismos que regem o mundo, e propunha a disjunção entre filosofia/ciência, numa via redutora. Como consequência, ocorreu a fragmentação dos saberes em campos compartimentalizados e disciplinares que ignoram a visão global do

saber. Para estudar um fenômeno ou resolver um problema, dentro do racionalismo cartesiano, dever-se-ia isolá-lo em sua dimensão temporal e decompô-lo em elementos simples, que pudessem ser explicados e verificados por relações lineares de causa-efeito. Esta lógica originou uma redução simplificador da visão do todo e das partes que o compõem, como se o todo pudesse ser meramente a soma das partes (PÁDUA, 2008).

A linha de pensamento determinista levou ao entendimento de que, para que fosse possível operar este conhecimento, seria necessário destituir e depurar as explicações de toda a carga histórica e evolutiva, com a consequente disjunção entre sujeito e objeto, objeto e meio, para que o objeto fosse controlado, medido, e verificado. Nesta concepção, o físico e o biológico se apresentavam como fundamentais, enquanto o conhecimento de suas relações, ambientes, sistemas, mudanças e diversidades se apresentavam como secundários. Esse caráter impôs a especialização, a compartimentalização disciplinar em partes não comunicantes (PÁDUA, 2008). Morin (2001, p.208) coloca este conjunto de fatores como paradigma simplificador, produtor de conhecimento

cego sobre todo o contexto e todo o complexo; ignora o singular, o concreto, a existência, o sujeito, a afetividade, os sofrimentos, os gozos, os desejos, as finalidades, o espírito, a consciência. Ele considera o cosmos, a vida, o ser humano, a sociedade, como máquinas deterministas triviais através das quais se poderiam prever todos os outputs se conhecêssemos todos os inputs (...) a inteligência parcelada, compartimentada, mecanicista, disjuntiva, reducionista quebra o complexo do mundo em fragmentos disjuntos, fraciona os problemas, separa aquilo que está unido, unidimensionaliza o multidimensional.

Entretanto, o paradigma simplificador se encontra em crise desde as descobertas da física no início do século XX: “a lógica, perda angular da certeza do raciocínio, revelou as incertezas na indução, as irresolubilidades na dedução, enfim, os próprios limites da lógica clássica” (PADUA, 2008, p. 22). Neste âmbito, o conhecimento empírico e científico esclarece dados objetivos por meio da verificação e, indutivamente, constrói teorias para reflexão do real, ou as constrói no sentido dedutivo, partindo de uma verdade lógica e, pela identidade, rejeita a contradição (PÁDUA, 2008).

O pensamento complexo não é a destruição das demais construções do conhecimento, ou o abandono da lógica, mas uma combinação dialógica na sua utilização onde é aplicável, e sua transgressão onde passa a não ser (MORIN,

2000c, 2001). Trata das incertezas, das desordens, dos limites da lógica, da multidimensionalidade dos fenômenos, da superação das causalidades lineares.

Compreender a causalidade mútua inter-relacionada, a causalidade circular (retroativa, recursiva), as incertezas da causalidade (porque as mesmas causas não produzem sempre os mesmos efeitos, quando os sistemas que elas afetam têm reações diferentes, e porque causas diferentes podem provocar os mesmos efeitos) (MORIN, 2000c).

Além disso, o pensamento complexo busca superar a separação do conhecimento de seu objeto. Fenômenos complexos, como os transtornos mentais e a violência, não são considerados como próprios da saúde, por alguns profissionais da área, conforme evidenciado no relato abaixo:

Acho que tem duas coisas que as pessoas não vê como saúde, o doente mental e a questão da violência... (Gp 1)

Conforme pontuado anteriormente, tais fenômenos ressoam com grande carga de sofrimento psíquico nos profissionais. Um dos fatores causadores desse sofrimento é a dificuldade na mudança do pensar e do consequente agir sobre/por/para eles. A formação acadêmica desses profissionais ainda está baseada na concepção reducionista, fragmentada e especializada, com os saberes compartimentalizados em disciplinas que dificilmente se conectam. Os ACS, como sinalizado na categoria anterior, quando receberam algum investimento na formação profissional, o receberam com caráter conceitual biomédico. Torna-se digno de nota a implantação do Programa Paidéia no município de Campinas em 2001, que desencadeou um grande processo de educação direcionado para os ACS e demais profissionais de saúde, com um olhar voltado para conceitos da ABS, da ESF e de seus princípios e diretrizes, como a responsabilização, o vínculo e o acolhimento, baseados na promoção da saúde. Entretanto, após esta importante iniciativa, o programa de educação continuada não se manteve e ocorreram apenas processos pontuais.

A proposta da ESF guarda estreita relação com o paradigma da complexidade, com a abordagem ampliada da atenção em saúde, da autonomia do ser humano, do(s) contexto(s) de intervenção, dos determinantes sociais presentes nesse(s) contexto(s). Entretanto, a formação dos profissionais que atuam na ESF leva à percepção de uma ESF idealizada, e de uma ESF real (MARCKMANN NETO, 2004; MORETTI-PIRES, 2009). Em um debate sobre a formação dos médicos,

enfermeiros e odontólogos, e sobre o quanto ela estava adequada à visão ampliada de saúde do SUS/ESF, constatou-se que os profissionais tiveram sua formação pautada na visão fragmentária, não “apreenderam” como se articular com outras profissões, e não compreenderam a vida “vívda” pela população (MORETTI-PIRES, 2009).

Esta lógica também guia o cuidado a estas famílias, que tem buscado o controle e a cura de determinadas situações, com a fragmentação das intervenções, sem considerar o protagonismo e a autonomia das pessoas.

E quando alguém resolve fazer alguma coisa, é feito de uma maneira muito grosseira que a gente tem visto. Porque você serve a sua ansiedade e não as especificidades daquela criança, daquele adolescente. Ai você bota ela em atendimento na UNICAMP, bota ela no CAPS infantil, enfia a mãe em algum grupo do CS, e ai você respira e diz “ah, fiz o meu melhor”. Você fez o seu melhor pra você, sem pensar o usuário. Porque toca demais viu, ver uma criança que passa por violência, violência sexual, por violência doméstica não te deixa dormir. E ai você faz o que você acha melhor, porque aquilo te responde. (Gp 4)

Conforme relatado acima, os profissionais consideraram que as reuniões de equipe são dispositivos significativos para o cuidado, provavelmente, para buscar superação na lógica biomédica e reducionista. Apesar da construção conceitual e prática, o trabalho em equipe não constitui um esforço exclusivo da Saúde da Família, e se coloca como imperativo na revisão do papel central e hegemônico do médico na equipe de saúde, que geralmente se desdobra na valoração hierárquica entre os agentes de trabalho (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). A Saúde da Família,

pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

A literatura traz grandes contribuições sobre a importância e a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional para o cuidado em saúde de populações, sugerindo a articulação de saberes e fazeres. Há duas tipologias de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações e um aglomerado de agentes; e a equipe integração, em que ocorre a integração dos agentes, produzindo ações articuladas (PEDUZZI, 2001). A comunicação, a

articulação das ações e a superação dos saberes são características presentes nos dois tipos de equipe, porém de forma desigual. A articulação das ações, a integração dos saberes, e a interação dos agentes ocorrem através da mediação simbólica da linguagem. Para configurar uma equipe integrada, a comunicação é intrínseca ao trabalho em equipe, onde se define um projeto assistencial comum, que abarque a complexidade e multidimensionalidade das necessidades de saúde, superando o modelo biomédico hegemônico. Além desses fatores, trata da dialética entre intervenção técnica e interação social entre os agentes (PEDUZZI, 2001).

Neste cenário, tornam-se pertinentes as discussões suscitadas por Campos (1997), que norteiam o trabalho no município de Campinas sobre campo e núcleo de competência e de responsabilidade. Núcleo se apresenta como o conjunto de saberes e responsabilidades específicos à formação de cada profissional. Já os saberes comuns e confluentes a vários profissionais ou especialidades de uma equipe constituem o campo do saber. Para que exista uma equipe integração, existe a necessidade de uma (re)construção dos atores que agem no cotidiano dos serviços. Esta reconstrução requer a articulação das ações e a interação entre os agentes, “sendo esta última a mais difícil pois não está ‘normatizada’ a priori, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe, e acima de tudo com a clientela” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p152). Ou seja, o núcleo e a autonomia dos profissionais não são suficientes para o cuidado às famílias envolvidas na VDCCA. Portanto, faz-se necessário flexibilizar os limites das competências, proporcionando ações no campo e interdependência entre as autonomias.

A assistência à saúde passa a se apresentar com características de um trabalho coletivo e complexo, sustentado por uma atuação multiprofissional e iluminado por uma construção interdisciplinar, quando se considera que: (i) nos CS, a unidade produtora dos cuidados em saúde não se limita a um profissional, mas a uma equipe; (ii) o foco de cuidado não deve ser o indivíduo, mas a família e seu(s) território(s); e (iii) a intervenção necessária para o cuidado à população deve se sustentar num conhecimento que permita a abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença e do cuidado (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; MORIN, 2005).

O presente estudo não visa aprofundar a discussão sobre as diferenças nos conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade e, por este motivo, foram utilizados os termos de acordo com a literatura citada. A ideia central deste trabalho gira em torno: (i) da possibilidade de transitar entre as disciplinas de diferentes

formas, buscando a religação de saberes, e (ii) da possibilidade de transitar da parte para o todo, do local para o global, do individual para o coletivo, sem extinguir ou desconsiderar o conhecimento nuclear e, ao mesmo tempo, sem ter um olhar reducionista da realidade (FERIOTTI, 2009).

Dentre todas as incertezas e dinamismos que são próprios do lidar com vidas, compreende-se que somente será possível colocar o cuidado “integralizador” em prática em sua totalidade quando houver uma considerável transformação da nossa forma de pensar e fazer. Uma instituição isolada não é suficiente para o cuidado a famílias envolvidas na VDCCA, sendo necessário o cuidado interinstitucional e intersetorial. Esta questão será discutida na próxima categoria.

7.2 “Cada um dentro de seu quadradinho” – O(s) nós do cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA

Apesar de legitimado e validado como principal possibilidade para a construção de olhares e intervenções qualificadas e efetivas frente a fenômenos complexos como a violência, o cuidado em rede e a perspectiva transdisciplinar encontram barreiras para se efetivarem no cotidiano das instituições.

Nesta categoria busca-se compreender, mesmo que provisoriamente, as questões relacionadas ao cuidado em rede às famílias envolvidas na VDCCA. Aqui, o movimento será o de olhar as tramas que formam o tecido do fenômeno, para articulá-las e construir a compreensão do fenômeno, considerando as dinâmicas dialógicas, recursivas e hologramáticas, que são propriedades da análise deste trabalho. Serão discutidas a seguir (i) as principais características desta rede de instituições e setores; (ii) os fatores desvelados pelos profissionais que potencializam ou dificultam o cuidado organizado em rede para as famílias envolvidas na VDCCA; e (iii) algumas consequências desta organização. Os depoimentos colhidos revelam o olhar dos profissionais de saúde sobre este setor, dentro de uma perspectiva multidimensional frente a ele.

Inicialmente, para que se possa ter um panorama geral da rede de cuidado às famílias envolvidas na VDCCA, serão apresentados os mapas mínimos da rede social institucional externa, construídos pelos profissionais dos cinco CS e utilizados como disparadores para os grupos focais e entrevistas (Figuras 32 a 36).

Figura 32. Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS1.

Figura 33. Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS2.

Figura 34. Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS3.

Figura 35. Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS4.

Figura 36. Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa do CS5.

Apesar de estarem situados em territórios e contextos diversificados, os CSs guardam particularidades entre si. Neste momento, não serão analisados os quadrantes específicos. A análise dos mapas mínimos comporta a avaliação de seu tamanho, densidade, distribuição, composição, dispersão e homogeneidade / heterogeneidade (UDE, 2008). Observou-se que os CS1 e o CS2 apresentaram uma rede mediana, enquanto os demais CSs estudados apresentaram uma rede reduzida. O CS1 e o CS2 são as unidades mais antigas do município de Campinas e, apesar de estarem localizados em áreas de grande vulnerabilidade econômica e social, possuem um maior número de instituições, particularmente daquelas ligadas à assistência social.

A densidade das redes dos cinco CSs foi baixa, pois foram identificados muitos vínculos fragilizados e poucos vínculos significativos. Em relação à distribuição e composição, observou-se (i) um número maior de instituições ligadas aos setores da saúde, assistência social e educação; e (ii) lacunas importantes evidenciadas pela ausência de vínculos institucionais concretos nos outros setores.

A dispersão dos vínculos nos mapas, que se direciona à distância geográfica entre os CSs e as instituições, indicou que os vínculos significativos não se relacionaram diretamente com a proximidade geográfica. Os profissionais ressaltaram a existência de outras formas de se estabelecer a comunicação, considerada como um importante fator para o funcionamento efetivo da rede. Entretanto, a questão das diferenças de divisão geográfica entre os setores se apresentou como fragilidade neste processo.

Os mapas imprimiram uma rede homogênea, centrada com vínculos significativos em três setores – saúde, educação e assistência social –, não permitindo o diálogo com várias instituições e setores necessários para o estabelecimento do cuidado a fenômenos complexos, tais como a VDCCA. Conforme referenciado na primeira categoria temática, os profissionais de saúde identificaram (i) as famílias como vínculos significativos com o CS em todas as unidades estudadas; e (ii) o tráfico de drogas / crime organizado como vínculo “fragilizado”, o qual emergiu como fator de proteção e de vulnerabilidade à violência.

A discussão acerca das questões expostas acima será retomada ao longo da análise desta categoria temática, de modo a integrar a avaliação dos mapas aos relatos dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas.

O referencial teórico deste estudo ressalta que não é a criação de novas instituições ou setores que possibilitará esse cuidado qualificado, mas a forma de se organizar e realizar o cuidado aos fenômenos complexos como a violência. Os profissionais revelaram o desejo por uma instituição ou pessoa que se responsabilizasse por esse cuidado:

Eu acho que isso faz falta, delegacia só pra criança (...). Eu acho que as pessoas teriam acompanhamento melhor do caso junto com o Conselho Tutelar, junto com a saúde da criança e ia ser assim, todo mundo ia ter um acompanhamento, caso a caso né, e não é durante só um mês não, seria durante anos pra estar preservando a saúde dessa criança, a saúde mental e física. (Gp 4)

Eu acho que aqui tem muita questão social, eu acho que deveria ter uma pessoa deles aqui dentro, uma pessoa plantada aqui, porque tem muita coisa que só ela faz né? (Gp 4)

Os profissionais entrevistados desvelaram duas características principais da organização do cuidado às famílias envolvidas na VDCCA: a questão geográfica e a centralidade do cuidado em redes em pessoas. A política municipal apresentou uma divisão territorial diferenciada para os setores da saúde, educação e assistência social, gerando grandes desencontros e desarticulações, e impedindo o fortalecimento de vínculos já iniciados:

Ah, foi bom você colocar até essa questão do território porque dependendo a gente vai ter vínculos com pessoas que são mais distantes do que próximas... (Gp 5)

A distância geográfica das instituições não se constituiu como o maior impeditivo para o cuidado em rede, mas sim outras distâncias e rompimentos, tais como as de relações e de acesso:

Do CRAS é assim, tem intersetorial então vai, passa o caso... Não é assim... Tem aquele caso quem vai não tem depois uma resposta. Se não for ninguém, também ninguém liga pra falar o que que ficou. Não tem parceria. (Gp 3)

Não é distância física, é distância pessoal. (Gp 3)

A segunda característica levantada a partir dos depoimentos colhidos foi uma organização de rede centrada em pessoas, e não em instituições ou setores. Nas próprias unidades estudadas, este cuidado foi centrado em profissionais específicos.

Este fato contribuiu para a quebra e fragmentação, pois as ações foram interrompidas pelo desligamento destes profissionais.

Acho que depende da pessoa... Acho que é pessoa-dependente! (Gp 4)

Eu acho que tem uma coisa que não é o serviço, são as pessoas, né... Não é o serviço, são as pessoas... (Gp 1)

Quando tinha o P. (pediatra) aqui, o P. era bem entrosado com os casos de adolescentes ele era bem próximo (...) ele detinha, pegava os casos, mas assim, o resto do CS nem sabia... Não dava tempo de se amarrar... (Gp 5)

Uma importante temática discutida durante a elaboração dos mapas, a realização dos grupos focais e das entrevistas, que guardou certa relação com as características levantadas, foi a fragilidade e a desarticulação de políticas públicas efetivas que pudessem subsidiar e nortear o cuidado às famílias envolvidas na VDCCA. A ausência ou ineficiência prática de determinadas políticas direcionadas a certos segmentos e problemáticas sociais se apresentou como elemento desencadeador da não-organização do cuidado em rede:

Teoricamente tá tudo bom, só na teoria, é um mostruário... (Gp 5)

Eu acho que de certa forma não é um problema deste CS, deste município, é um problema de estrutura mesmo(...) porque quem enfim acaba sendo lesado no final é a família, é a criança e o adolescente. E não as instituições, que são até bastante protegidas inclusive. (Gp 4)

Eu acho que hoje falta proposta política, vontade política de atenção aos adolescentes... Nem um pouco, e nem te dar recurso pra ter essa prioridade, ter como prioridade, entendeu? (E 1)

As políticas públicas brasileiras se configuram como uma resposta do Estado às demandas sociais; neste estudo, as políticas foram assumidas como uma linha de ação que concretiza a legitimidade de direitos sociais garantidos por leis. As políticas públicas devem se apresentar como dinâmicas, em constante renovação (CUNHA, E.P.; CUNHA, E.S., 2002; SILVA, 2010). A partir da Constituição Federal de 1988, as legislações brasileiras trouxeram mudanças significativas para a seguridade social, e o Estado passou a ter o dever de garantir os direitos à população, tais como o acesso aos serviços de saúde.

A perspectiva do olhar sobre as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito sob o foco da proteção integral, em oposição à frequente visão destes sujeitos como “adultos em miniaturas”, aparece, em termos legais, no artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988, posteriormente regulamentada através do ECA (BRASIL, 2012a, 2014). A proteção integral designa um sistema em que crianças e adolescentes, até 18 anos, são considerados titulares de interesses subordinados, frente à família, à sociedade e ao Estado:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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 (BRASIL, 2012a).

A partir deste olhar, emergiram novas políticas sociais em diversos âmbitos, buscando proporcionar a proteção integral por meio de ações integradas e articuladas, conforme expressa o artigo 86 do ECA (BRASIL, 2014):

Art. 86. A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Entende-se que as políticas de saúde integram as políticas sociais, do mesmo modo que o sistema de saúde integra a rede de proteção social (PAIM, 2013). Por várias questões que ultrapassam os limites do contexto deste estudo, a família vem sendo objeto das políticas sociais, inseridas num cenário caracterizado por polêmicas e controvérsias (SERAPIONI, 2005).

As famílias precisam ser retomadas “como pontos de partida de práticas sociais alterativas e não simplesmente alternativas” (CARVALHO, 1998). A atenção prestada às famílias, delineada pelas políticas sociais, vem sendo considerada como uma prática conservadora e pouco eficaz, pois está enraizada em uma cultura tutelar e estigmatizante, que não investe na autonomia do grupo familiar (SERAPIONI, 2005; VASCONCELOS, 1999; VENDRUSCOLO; FERRIANI; SILVA, 2007).

Percebe-se a permanente fragmentação e individualização das políticas públicas dirigidas às famílias, o que, embora pareça controverso, tem sido a realidade vivenciada no cotidiano e na prática dos serviços de saúde e das

instituições assistenciais. Esta problemática tem provocado a ruptura ou a duplicidade de ações, e não revela toda a potencialidade institucional para o cuidado, além de não oferecer um cuidado integral às famílias, pois pressupõe-se que este pode ser alcançado pela articulação e integração interinstitucional e intersetorial. Desta forma, as famílias ficam submetidas a diversas ações atomizadas. Serapioni (2005, p. 248) recomenda

[...] o surgimento de propostas de integração das diferentes intervenções no campo social, com vistas a superar a atual fragmentação, seja das políticas públicas (direito à saúde, à educação, à habitação, ao transporte, à segurança etc.), seja do indivíduo (direitos da mulher, da gestante, da criança, do idoso, do trabalhador etc.).

Grande parte das políticas sociais desconsideram o universo familiar e comunitário, ou o(s) território(s) em que as famílias vivem. Ao contrário do que se espera da ESF, na prática, a sua abordagem tem sido, muitas vezes, individualista, conforme evidenciam alguns estudiosos do tema. Por exemplo, nas visitas domiciliares, as ações têm sido direcionadas para atender às necessidades priorizadas pelos diferentes programas de saúde, como amamentação, controle da hipertensão arterial, controle da dengue e vacinação (SERAPIONI, 2005; VASCONCELOS, 1999).

Entretanto, olhar de modo unidirecional, pontuando apenas que a desarticulação de políticas públicas gera a pouca efetividade ou a inexistência do cuidado organizado em redes de forma interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, seria simplificar e tornar precoce e insuficiente a análise do problema em questão.

Os profissionais também ressaltaram que o desconhecimento das instituições e dos setores da rede de cuidados tem contribuído para fragilizar os vínculos desta estrutura:

Mas eu acho que também por não conhecer, eu particularmente não vejo resolutividade no trabalho... (Gp 5)

Enquanto a gente não conhece o que está lá fora, mas eles não conhecem o que está aqui... Fica essa conversa de surdo... (Gp 2)

Acho que fazer um convite pra esses lugares, pra vir nos conhecer, marcar uma conversa, na reunião geral, explicar como funciona, olhar no olho né... Violência é uma coisa que só funciona na

intersectorialidade, e isso pra funcionar tem que se conhecer, é o primeiro passo. Eles falam a mesma coisa da gente. Então porque que eles não vem aqui conhecer a gente? (Gp 2)

A questão do desconhecimento do papel, bem como das formas de acesso às outras instituições e setores, e de comunicação com eles, tornou-se evidente na área da assistência social.

O trabalho do serviço social, até hoje, eu não entendo como funciona... Ninguém entende como funciona... Eu até acho que não têm recurso, eu acho que falta muita coisa, até mesmo recurso material, financeiro, e humano, agora que acho que eles não conseguem desenvolver o trabalho deles... (Gp 5)

Em todas as unidades estudadas, a assistência social foi destacada como um dos principais setores necessários para implementar o cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA. Ela apresenta uma organização particular e específica, o que contribuiu para gerar parte do desconhecimento de suas atividades relatado pelos profissionais entrevistados. Como a assistência social possui ONGs cofinanciadas pela Prefeitura de Campinas, as instituições se modificam de um território para outro. O setor vem passando por uma reorganização e um reordenamento institucional em todo o cenário nacional, inclusive no município de Campinas.

A assistência social se configura como uma política pública de seguridade social, não contributiva, estruturada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que oferta serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais para a população em situação de vulnerabilidade social. O SUAS foi deliberado pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), decorrente da Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742/1993, a qual foi atualizada em 2011 pela Lei nº 12.435. Esta regulamentação resultou do amplo debate nacional integrado nas deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, tendo sido aprovada em 2004 pelo Conselho Nacional de Assistência Social.

O município de Campinas opera suas ações da política de assistência social por meio da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, que está organizada em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e de Alta Complexidade. A PSB se configura como um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa prevenir situações de vulnerabilidade por meio do desenvolvimento de potencialidades e

aquisições, bem como do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Torna-se necessário conceituar essas ações para melhor compreendê-las. Serviços são ações continuadas, voltadas ao atendimento das necessidades básicas, que buscam a melhoria da qualidade de vida da população. Programas são ações integradas e complementares realizadas durante um tempo e espaço específicos da vida das pessoas, que visam melhorar e qualificar os serviços e benefícios prestados. Projetos são estratégias que buscam subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que garantam melhorias na qualidade de subsistência. Benefícios se configuram pela transferência monetária direta às pessoas, podendo ser de natureza continuada ou eventual (CAMPINAS, 2014; BRASIL, 2011).

O público-alvo das ações da PSB são os indivíduos e as famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, tais como discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências (BRASIL, 2004).

Em sua trajetória, a assistência social não investiu em ações antecipatórias às situações de risco que produzissem mudanças em prováveis vulnerabilidades. A PSB busca organizar seu trabalho visando responder a essa demanda, desenvolvendo ações ofertadas pelos CRAS. Estes, que se configuram como portas de entrada das políticas públicas, são eixos estruturantes do SUAS, atuando no território junto às famílias e comunidades. Até o presente momento, o município de Campinas conta com 11 CRAS, que foram implantados em 2005 e 2006. Os DAS, por sua vez, possuem organização municipal própria, apresentando uma configuração descentralizada do SUAS, e são responsáveis por gerenciar e executar serviços, programas, projetos e benefícios nas cinco regiões administrativas da cidade (Norte, Sul, Leste, Noroeste, Sudoeste). Cabe ressaltar que estas regiões administrativas possuem territórios distintos dos distritos sanitários, mas guardam algumas similaridades com eles.

O CRAS executa as seguintes ações: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); e os Programas de Transferência de Renda, que são o Bolsa Família, Ação Jovem, Renda Cidadã e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O PAIF busca a potencialização da família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade, por meio do protagonismo de seus membros e

da oferta de um conjunto de serviços locais. Este programa deve considerar a heterogeneidade e a singularidade de cada grupo familiar, a partir da perspectiva sociocultural (CAMPINAS, 2014). O PAIF foi ofertado pela rede socioassistencial privada até o ano de 2013 e, a partir de 2014, passou a ser oferecido pela rede pública de saúde.

Os SCFVs se constituem em grupos organizados a partir de percursos, conforme as especificidades dos ciclos de vida e as demandas territoriais e comunitárias. Este serviço pressupõe a compreensão dos vínculos e da convivência como atributos da condição e da vida humana, que se estabelecem a partir do momento que os sujeitos de direitos se relacionam. Assim, os vínculos se estendem a diferentes territórios vividos, tais como o âmbito familiar, os serviços públicos, e outros locais nos quais as relações sociais se fortalecem ou se fragilizam. Os SCFVs são oferecidos pela rede pública (3) e pela rede privada (128), ou seja, por ONGs cofinanciadas pela Prefeitura Municipal de Campinas. Estes serviços estão em processo de reordenamento, para que deixem de ser considerados apenas como atividades esportivas, culturais e recreativas desconectadas e desarticuladas, oferecidas para “ocupação do tempo” (CAMPINAS, 2014).

O BPC é um direito constitucional que prevê a concessão de um salário mínimo às pessoas idosas, com idade superior a 65 anos, e às pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e/ou para a vida independente, cuja renda familiar per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (CAMPINAS, 2014).

A PSE oferta serviços, programas e projetos especializados, destinados a indivíduos e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade em decorrência de violação de direitos, por exemplo: (i) violência (física, psicológica, negligência, sexual) contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos; (ii) abuso de substâncias psicoativas; (iii) cumprimento de medidas socioeducativas; (iv) situação de rua; (v) trabalho infantil; (vi) necessidade de cuidados especializados devido a processos de deficiência ou de envelhecimento (CAMPINAS, 2014).

A PSE de Média Complexidade atende às famílias e aos indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas ainda não romperam os vínculos familiares e comunitários. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é o polo de referência, articulação e coordenação desta modalidade, e tem como objetivo oferecer apoio e orientação contínuos e especializados às famílias e aos indivíduos cujos direitos foram violados. O Serviço de Proteção e Atendimento

Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) configura-se como o principal serviço prestado pela PSE de Média Complexidade, sendo executado, em sua maior parte, por entidades cofinanciadas pela Prefeitura Municipal de Campinas (CAMPINAS, 2014). Atualmente, há um planejamento para que a maior parte deste serviço seja executada por ofertas estatais.

Os atendimentos e as orientações do PAEFI têm buscado (i) a promoção de direitos; (ii) a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais; e (iii) o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam. Além do PAEFI, a PSE de Média Complexidade realiza suas ações por meio do

- Serviço Especializado em Abordagem Social;
- Serviço de Proteção Social a Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade;
- Serviço de Atendimento Especializado às Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias;
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.

A PSE de Alta Complexidade destina-se à proteção integral de famílias e de indivíduos cujos direitos foram violados, e cujos vínculos comunitários e familiares foram rompidos. Os serviços de alta complexidade são ofertados por meio do acolhimento em instituições assistenciais – tais como abrigos institucionais, casais, casas de passagem e residências inclusivas –, em repúblicas e em famílias acolhedoras, bem como pela prestação de serviços de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências. O quantitativo de serviços da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social da Prefeitura Municipal de Campinas, bem como sua distribuição segundo a origem da oferta, estão ilustrados na Tabela 7.

Tabela 7 – Quantitativo de serviços da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social da Prefeitura Municipal de Campinas, com oferta estatal e oferta privada, conforme os serviços socioassistenciais.

Serviços Socioassistenciais por Área de Proteção Social	Oferta Estatal	Oferta Privada
Proteção Social Básica - PSB		
DAS	05	-
CRAS	11	-
PAIF	11	-
SCFV	03	100
CCII	-	28
Total da Proteção Social Básica - PSB	30	128
Proteção Social Especial de Média Complexidade – PSEMC		
CREAS	03	-
PAEFI	02	14
LA	-	02
PSC	-	01
Abordagem Social	-	03
Serviço de Proteção Especial PCD/Centro-Dia	-	01
Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	01	03
Serviço de Proteção Especial para Idosos	-	01
Total da Proteção Social Especial de Média Complexidade – PSEMC	06	25
Proteção Social Especial de Alta Complexidade – PSEAC		
Abrigo Institucional para Crianças e Adolescentes	01	06
Abrigo Especializado para Crianças e Adolescentes	-	01
Casa-Lar para Crianças e Adolescentes	-	13
Casa-Lar para Adolescentes Grávidas e/ou com filhos	-	01
Casa de Passagem para Crianças e Adolescentes	-	02
Família Acolhedora	01	01
República para Jovens e Adultos	-	02
Casa de Passagem para Jovens e Adultos	-	01
Abrigo institucional para Pessoas em Situação de Rua	01	03
Abrigo para Idosos	01	10
Abrigo Institucional para Mulheres Vítimas de Violência de Gênero	01	-
Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências	01	-
Total da Proteção Social Especial de Alta Complexidade – PSEAC	06	40
Total Geral	42	193
Serviços Complementares	-	20
Total Geral com Serviços Complementares	42	213

CCII: Centros de Convivência Inclusivos e Intergeracionais; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; DAS: Distrito de Assistência Social; LA: Liberdade Assistida; PAEFI: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos; PAIF: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família; PCD: Pessoas com Deficiência e suas Famílias; PSC: Prestação de Serviços à Comunidade; SCFV: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. **Fonte:** CAMPINAS (2014).

Esses dados (Tabela 7) evidenciam que, de modo geral, o número de entidades privadas é significativamente maior que o de entidades estatais. Cabe ressaltar que as primeiras são ONGs cofinanciadas, cujos processos de trabalho diferem daqueles executados pelas entidades estatais, e sofrem alterações frequentes, decorrentes das especificidades já citadas. Desta forma, a própria constituição dos serviços assistenciais acaba gerando fragilidades e lacunas para o entendimento da organização do setor.

A análise da configuração dos mapas mínimos confirmou que as relações com a assistência social são geralmente fragilizadas, e diversificadas de um território a outro. Com exceção do CS1, os demais CSs se remeteram às ONGs localizadas em setor distinto ao da assistência social; portanto, teoricamente, as ações não eram complementares, tampouco executadas pelo mesmo setor. Neste âmbito, houve maior referência a pessoas específicas para garantir a existência de vínculos significativos e do cuidado em rede.

Os profissionais entrevistados relataram algumas dificuldades para estabelecer um cuidado compartilhado com o setor de assistência social:

Eles tratam bem as famílias de riscos. Negligência né... Mas elas também, elas localizam o que está precisando e delegam pra gente fazer o tratamento... Eles diagnosticam – olha, a gente foi lá, é assim e assim... E toma aí, devolve pra gente fazer... Ajuda? Ajuda, mas... (risos) (Gp2)

Paralelamente à assistência social, os profissionais de saúde citaram a educação entre os principais setores considerados significativos para o cuidado em rede às famílias envolvidas na VDCCA. Entretanto, apesar da importância que esta instituição ocupou na dinâmica da problemática, os vínculos estabelecidos com o setor de educação se apresentaram como frágeis (Figura 37).

Figura 37. Vínculos dos Centros de Saúde (CS) com a Educação.

A análise dos mapas permitiu identificar que os vínculos significativos com as escolas eram pontuais, e geralmente estavam presentes nas relações com as escolas municipais, as quais apresentaram uma melhor estrutura de recursos humanos e físicos. A escola assume papel essencial e central na vida de crianças e adolescentes, pois frequentemente é a instituição mais próxima desta população. Entretanto, alguns dos relatos colhidos evidenciaram que a instituição escolar não se corresponsabiliza pelo cuidado às famílias:

De vez em quando aparece quando a gente vai numa escola e a diretora fala assim: olha está acontecendo isso, tô desconfiada, mas, por favor, não fala que eu contei, não fala que foi eu que falei viu? (Gp 1)

Ela encaminhou mas não com a suspeita de violência, né? Mas suspeitaram e não deixaram claramente no papel. Eles não assumem as responsabilidades das interrogações existentes nos casos. Então eles podem imaginar que esteja tendo, mas eles não vão investigar, conversar, ver. E eles mandam direto para a saúde, esperando que façamos isso. (Gp 3)

Mas chegou um momento, que nós tivemos um problema de grande gravidade, nesse ambiente mesmo, que daí a escola recuou, porque a gente tava mexendo em coisas que não tava tão interessante pra eles lá... Aí faltou o apoio da rede... (Gp 4)

De acordo com a literatura, a escola ainda não assumiu o seu papel de instituição protetora da infância e da adolescência. Assim como tem ocorrido em outros setores, as escolas padecem de recursos humanos e materiais suficientes para exercer tal função. O presente estudo não discutirá esta questão em profundidade, mas abordará as problemáticas cotidianas das escolas que podem suscitar as relações fragilizadas descritas acima.

A denúncia de casos suspeitos de violência não tem sido estimulada pela coordenação das escolas, e esta postura dos dirigentes, por sua vez, tem intimidado os professores a fazê-la (CARLOS et al., 2011). Em alguns casos, a escola não se apresentou como fonte de apoio social a adolescentes vítimas de violência doméstica (CARLOS et al., 2014). No município de Alfenas – MG, a escola avaliou a sua relação com o setor saúde por meio de vínculos inexistentes ou rompidos (ESTEVES, 2012). Mesmo com a existência de um número considerável de serviços de saúde, a parceria e articulação necessárias não se concretizaram. Os relatos a

seguir evidenciaram que os profissionais de saúde se sentiam recíprocos nesta relação, problematizando e autoanalisando as suas posturas:

Não, eu tô pensando aqui como a educação tá distante também né... A educação tá muito distante de nosso CS também... Os professores tem medo de se envolver né... Mas a gente também não tá se envolvendo com a escola... (Gp 5)

Algumas unidades de saúde realizaram atividades pontuais em parceria com a escola, como ações em saúde bucal, que poderiam ser usadas como disparadoras de outras ações; entretanto, as ações iniciais se esgotaram em si mesmas.

No setor saúde, conforme observado nos mapas mínimos e abordado anteriormente, os Pronto-Atendimentos e Pronto-Socorros foram citados como uma das principais unidades a trazerem vínculos significativos com os CSs, devido à identificação de situações de violência contra crianças e adolescentes.

A relações prevalentes neste setor foram mediadas por vínculos fragilizados, inclusive com serviços importantes para o cuidado das famílias envolvidas na VDCCA, como o CAPSi. Os profissionais consideraram o Projeto Iluminar como um programa de grande apropriação, e avaliaram positivamente o trabalho desenvolvido por ele junto às vítimas de violência sexual. Tal projeto possui relação direta com uma universidade estadual do município de Campinas, e apresenta um fluxo de atendimento bem definido. A avaliação positiva foi decorrente, de acordo com sentido permeado pelas falas, da existência de ações concretas, como o encaminhamento para a realização de exames preventivos e anticoncepção de emergência frente aos casos de violência.

Os setores de segurança, cultura, religião e esporte/lazer apresentaram vínculos fragilizados ou inexistentes com os CSs. Uma rede reduzida e homogênea, como a encontrada no presente estudo, traz fragilidades para o enfrentamento de situações de violência, apropriadas por este trabalho como fenômenos complexos. Esta problemática foi discutida pelos profissionais:

(...) porque realmente né, a gente não consegue visualizar ações conjuntas... A gente acha que é só o Conselho, mas que por traz existem outros órgãos que a gente não tem acesso, entendeu... (Gp 4)

A principal dificuldade dos profissionais se localizou na relação com o CT. Houve grande expectativa de que esta instituição organizasse o cuidado em rede, mas os atores da presente pesquisa se queixaram de ela não assumir este papel:

Acesso, proteção, acompanhamento dos casos, o Conselho deixa meio que, o que eu percebo né, meio que “Oh, toma que a bomba é tua! Resolve!” (Gp 4)

A gente tenta ligar lá pra discutir um caso, eles mandam um relatório fajuta, bem, tudo do mesmo jeito, padronizado, acho que muda só o nome da criança e dos pais... Não manda o motivo, o porquê de tá pedindo uma visita... Acho que já tá pronto lá, só muda o nome... Então é mais pra cumprir o papel burocrático mesmo, não é interessante assim...(...)Acho que se perdeu muito do propósito do Conselho... De verdade... Eles não tomam nenhuma decisão... (Gp 5)

Conselho só delega, não faz junto, ele delega. (Gp 1)

As atribuições do CT estão definidas no artigo 136 do ECA (BRASIL, 2014). O CT se configura como órgão civil, e tem poderes para aplicar uma série de medidas que busquem garantir a proteção da criança e do adolescente, bem como prevenir a reincidência da violência, conforme disposto no artigo 101 do ECA (BRASIL, 2014):

- I. encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II. orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III. matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV. inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- V. requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI. inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- VII. acolhimento institucional;
- VIII. inclusão em programa de acolhimento familiar;
- X. colocação em família substituta.

§ 1º. O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

O CT possui fragilidades e potencialidades, conforme evidenciado por alguns estudos científicos. Adolescentes se remetem ao CT como importante fonte de apoio social, informativo e formal, que contribui significativamente para o rompimento de

situações de violência doméstica (CARLOS et al., 2014). A população considera significativa a importância deste órgão, e o percebe como principal serviço de proteção a crianças e adolescentes; isto demonstra que o CT funciona efetivamente na rede de atenção e representa um ponto de apoio real para as pessoas (POLETTTO; KOLLER, 2008). Em um estudo que analisou os fatores de risco e de proteção presentes na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, o CT emergiu como o órgão mais procurado para a denúncia e o posterior acompanhamento dos casos (HABIGZANG et al., 2006).

Apesar de o CT se constituir como o principal órgão de proteção a crianças e adolescentes legitimado pela população, alguns casos de VDCCA encaminhados ao mesmo não são acompanhados em longo prazo, pois os profissionais envolvidos na assistência a esta população sentem-se desacreditados ou priorizam as ações punitivas severas e imediatas (MARTINS; JORGE, 2009; NUNES; SARTI; OHARA, 2009). A falta de acompanhamento dos casos tem trazido prejuízos para as intervenções do Ministério Público, do Juizado da Infância e Juventude, e de outras instituições (HABIGZANG et al., 2006).

A principal e recorrente discussão nos CSs foi a existência de uma relação baseada no papel, que não atende aos princípios do cuidado a um fenômeno complexo, e na qual não existe o compartilhar e a diluição da responsabilidade pelas situações. A questão da força e da oponência das relações de poder tomaram-se claras nos relatos dos profissionais sobre sua interação com o CT e a VIJ.

Eu já recebi cartinha da Vara da Infância... Fiz a visita e devolvi a cartinha... Com aquela clausula embaixo... Com aquele bilhetinho super amoroso embaixo (risos)... Já é coagido a fazer a visita né, tem que fazer... Não quero ser preso... (Gp 4)

Comigo é muito mais por cartinha, muito mais do tipo “resolva”, do que o que você acha disso, estamos aqui disponível se você precisar de alguma coisa. (Gp 2)

É um cumpra-se... É uma obrigação... Tem que encaminhar relatório, falar se a família veio ou não. Às vezes eles pedem pra um retorno, feedback. Quando eles não vem, eu também falo... olha, não apareceu a mãezinha aí... (Gp 2)

Manda C... Tó, atende aí... Sim, senhor, vamo lá... É delegar responsabilidade, ordena, especifica natureza lá no acontecido e as medidas que o Centro de Saúde tem que tomar. Avaliação, conduta, tratamento... Então, é uma relação completamente impessoal... (Gp 2)

A relação dos CSs com o CT e a VIJ ocorreu por meio de relações fragilizadas ou inexistentes, conforme disposto nos mapas a seguir (Figuras 38 e 39).

Figura 38. Vínculos dos Centros de Saúde (CS) com o Conselho Tutelar.

Figura 39. Vínculos dos Centros de Saúde (CS) com a Vara da Infância e Juventude.

Na área jurídica, os profissionais sinalizaram vínculos apenas com a VIJ, afirmando não possuírem outras relações neste âmbito. O Poder Judiciário, historicamente, operava como representante do rei, em relação próxima com o clero. A arquitetura de algumas construções do Poder Judiciário remete aos palácios e igrejas dos séculos XVIII e XIX, onde podem ser identificados a força, o soberano e Deus (FOUCAULT, 1979, 2009).

O Poder Judiciário se apresenta como um dos três Poderes da União, ao lado do Legislativo e do Executivo. A VIJ se constitui como uma organização do Poder Judiciário, especializada e exclusiva da área da infância e juventude, que possui a função de aplicar a lei de forma coativa. As ações da VIJ estão respaldadas no ECA, que dispõe sobre a proteção da criança e do adolescente contra quaisquer formas de violência, e determina penalidades para aqueles que praticam o ato e para aqueles que não o denunciam. A intervenção da VIJ frente a uma situação de violência contra crianças e adolescentes é determinante e decisiva, pois reúne condições que determinam a cessação da violência por meio de medidas como: (i) a destituição do pátrio poder; (ii) a determinação de tratamento para a família autora de violência; (iii) a interdição de permanência e de contato com a criança e/ou adolescente; e, (iv) em algumas situações, a determinação da prisão do(a) autor(a) de violência. Geralmente, o CT envia as notificações à VIJ, e instaura-se um inquérito para averiguação; este pode se arquivado, caso a violação de direitos cesse, ou convertido em processo, em situações que demandem ações de intervenção e acompanhamento (MARTINS; JORGE, 2009; ROQUE; FERRIANI, 2002).

Desta forma, compreende-se a rigidez hierárquica centrada no juiz, e a estruturação tradicional do Poder Judiciário; trata-se de um mundo extremamente formal e ritualístico, voltado mais para o processo do que para os sujeitos envolvidos nele (GRANJEIRO; COSTA, 2006). Estas questões, por si só, refletem as dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização de um trabalho coletivo. Em alguns momentos, estabelece-se uma relação conflituosa entre os membros das equipes interprofissionais e os operadores da área do direito, que leva ao descompasso entre a ordem jurídica, o ordenamento político e as relações sociais (FALEIROS, 1998). Acredita-se que um excessivo poder tem sido centrado no juiz, em detrimento dos demais profissionais das VIJs (ARANTES; 2007). Esta relação de poder entre o CT e a VIJ pareceu ser o fator desencadeante da relação impessoal, evidenciada nos relatos seguintes.

(...) Todos eles (outras instituições e setores) tem mais facilidades de agenda, agora quando pega instancias superiores como Vara da Infância, alguém do Ministério Publico, Conselho Tutelar parece que tem uma restrição maior, parece que somos inferiores aos olhos deles, entendeu? Acho que precisa humanizar mais, precisam procurar mais...(E 4)

Sim! Se a gente tivesse ideia do tratamento psicológico na mãe, vai saber lá se o juiz ia tratar nossa ideia. Então quer dizer, obedeçam e não deem sua opinião, né? Mais distante impossível. É uma relação toda de papel... (Gp 2)

A rede não teve, eu fui uma das pessoas que foi lá na Vara da Infância junto com o Conselho Tutelar discutir o caso, e o que eu vi lá é que a área jurídica não teve assim respeito pela rede... Não deu credibilidade na rede, anos de acompanhamento com os meninos, com a família, com tudo, e nós não fomos ouvidos... (Gp 5)

Nas relações de poder, o papel essencial do direito é o de fixar a legitimidade do poder (FOUCAULT, 1999). Precavendo-se de não assistir o poder como um fenômeno maciço e homogêneo, apresenta-se como uma ação sobre as ações; é por meio da disciplina que as relações de poder se tornam melhor observáveis, pois refletem o comando e o comandado. Assim, as ações interdisciplinares se colocam como um desafio neste âmbito, devido à hierarquia formal e legítima da metodologia de trabalho do Poder Judiciário (SILVA, 2010).

As questões abordadas pelos profissionais, emergentes das relações com os setores que se responsabilizam pelo cuidado às famílias envolvidas na VDCAA, necessitam ser (re)pensadas não apenas de forma unidirecional, mas como uma via “multidirecional”. Alguns profissionais da saúde demonstraram certa desresponsabilização e grande expectativa nas ações de apenas um órgão. Esta postura ficou evidente nos relatos abaixo:

Na verdade eu acho que não existe rede... Eu acho essa rede extremamente frágil, eu não sei se é culpa nossa, pode ser bilateral... acho é bilateralmente né... Porque acho que às vezes pela demanda a gente também não tem tempo, fora horário de visita a gente não tem carro pra levar em outros espaços, uma perua disponível pra gente ir atrás desses casos... (Gp4)

Tem profissional que ainda acredita, oh caso de violência é polícia, Conselho Tutelar, Assistente Social, é violência, vai lá no CIC, lá no CIC tem polícia, tem defensoria pública. Muita coisa também o pessoal encaminha para a defensoria pública, nem ouve o que é, ah já vai na defensoria pública. Existe muito a questão da “empurroterapia”. Eu não sei, vai pra outro... a pessoa chega no balcão - ah existe uma suspeita de violência... Ah, passa na saúde mental na quarta feira... Não dá atenção devida ao caso, não percebe os problemas e não pensa nas alternativas de solução. (E 9)

A lógica do encaminhamento, denominada “empurroterapia” por alguns profissionais, gerou a fragmentação das relações interdisciplinares e, conseqüentemente, do cuidado aos envolvidos na VDCCA. Alguns profissionais de saúde entenderam a ideia do trabalho em rede como o encaminhamento dos casos:

Se tem, se tem uma adolescente que é viciada em drogas, a gente teria que passar o problema para alguém... (Gp 1)

Porque aqui não se trata apenas, porque aqui teria que ser Unidade básica, né... Básica, começar, depois assim mandar pra outro nível né.. Pro intermediário né... (Gp 1)

Outros consideraram este modelo de cuidado como “ideal e esperado”:

*Eu acho que aqui deveria ter sim uma estrutura, que envolvesse todos os tipos de atendimento, **mas cada um dentro do seu quadradinho**, olha você vem se consultar com o G.O , mas ai você reclama pro G.O que você tá sem cesta básica na sua casa e ai o G.O faz uma cartinha que você vai lá no outro setorzinho, e esse setorzinho que da cesta básica vai falar com você, você entendeu? Tinha que ter cada um no seu quadradinho... (Gp 1)*

A fragilidade do cuidado em rede traz consequências significativas, que apresentam relação direta com o cuidado ofertado às famílias. A primeira, relatada pelos profissionais, foi a existência de um aglomerado de instituições e setores, que operam isoladamente, apesar de terem um objetivo em comum:

De podermos todos entender que a gente tá no mesmo lugar, né? Que é dar ajuda a quem está sofrendo. A gente só trabalha em lugares diferentes e tem papéis diferentes, mas nossa função em relação a isso, né? Nos casos de violência é oferecer o que a gente tem disponível, para ajudar essa pessoa a se fortalecer, né? Depois de algo tão devastador, né? (E 6)

É muito burocrático, sabe? Juntar, parece que está todo mundo muito ocupado com suas individualidades, seu trabalho, né... (E 4)

Observa-se uma justaposição de serviços, com uma somatória de ações, cuja atuação não estabelece integração assistencial. Embora atuem em casos de violência, “não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar” (SCHRAIBER et al., 2012, p. 238). A essa organização pode-se denominar “trama” de serviços, e não rede de cuidados (SCHRAIBER et al., 2012).

Muitos profissionais sinalizaram que a falta de retorno, ou “*feedback*”, foi um fator que dificultou a organização do cuidado, especialmente em relação aos fenômenos complexos. No âmbito da Psicologia, o conceito de “*feedback*” é entendido como retroação ou devolutiva, uma vertente da comunicação e do relacionamento interpessoal que minimiza conflitos entre os indivíduos (ABREU-E-LIMA; ALVES, 2011). Compreende-se que esta ação é uma retroalimentação, que motiva e permite a emergência de novas e criativas intervenções a partir da interação entre instituições e setores:

O retorno também disso, a gente não sabe qual é o retorno disso. A gente está fazendo um trabalho que é da assistência deles. Porque a assistência deveria vir aqui e sentar... Não vou ensinar ninguém a trabalhar, mas essa família frequenta o CS... Conversar sobre a dinâmica da família, juntamente com... Mas não vir a cartinha: vai lá fazer. (Gp 4)

Um feedback, uma resposta das nossas ações, do que eles demandavam pra unidade... é muito automático, muito técnico a coisa... (Gp 5)

O isolamento institucional é referenciado pela literatura como um dos fatores decorrentes da fragmentação do olhar e de ações frente a fenômenos complexos. Pelas considerações realizadas, a unidade de saúde se percebeu isolada das outras instituições, e se colocou como tal. A postura do “*nós x os outros*” foi evidenciada nos relatos a seguir:

(Sobre o CAPSi) E a gente acaba por atender aqui mesmo o caso que a gente acha que precisa serem abraçados de uma maneira mais intensa, mas a gente não consegue essa parceria. E é uma pena, porque é uma instituição que eu acho fundamental nesse tipo de caso. Ou que seja um serviço de continuidade, né? Geralmente eles jogam para a base, e quer que a base resolva tudo, ou então que é a base seja a continuidade e não dá, né? (Gp 3)

Pode chegar no mais parecido que tem ali é o TEIA... Mas quem atende somos nós amor, não tá falando de nós. (Gp 1)

Eu acho que centralizou muito a questão da violência na saúde.... Como se fosse uma questão só da saúde... (Gp 1)

Educação, habitação, a segurança, porque as pessoas se sentem protegidas aqui, muitas vezes você fica angustiado porque você não consegue dá resposta a essa demanda, por quê? (...) A questão é que tudo é fragmentado né, então assim não sei, não sei se a demanda aqui é grande, não quer acolher, é difícil pra dar a resposta também e aí, acho que aquela resposta da educação, tá vinculada a Unidade de Saúde, é a questão de saúde... (Gp 2)

Esta última fala revela concretamente a necessidade do trabalho interdisciplinar e intersetorial para o cuidado em saúde. Os profissionais discutiram as demandas trazidas pela população e, particularmente para aquelas relacionadas à violência, “as respostas” necessitaram ser “vinculadas”. Ao longo de toda a coleta dos dados, compreendeu-se a grande preocupação dos profissionais com a influência da ausência do cuidado em rede para as famílias. A ocorrência do cuidado fragmentado permeou as falas a seguir.

Acho que esse vínculo fragilizado que a gente tem acaba por não qualificar a avaliação que a gente possa vir a fazer, porque a gente não sabe o que o conselho espera da gente ou do caso, porque a gente sabe que tem um relatório, às vezes muito mal escrito... (Gp 4)

As políticas direcionadas a famílias em situações de vulnerabilidade são pontuais e fragmentadas, conforme evidenciado pela literatura. Esta questão se repetiu em relação à VDCCA, onde não se notou um trabalho que buscasse alterar a dinâmica familiar:

Eu tô lá na área então assim, está você tá vendo a dinâmica da família, totalmente destruída, a família inteira destruída, então assim, a criança está ali no meio, mas está todo mundo destruído, a criança o pai, a mãe, a irmã, está todo mundo destruído. Então assim, você não pode só focar na criança, né? (E 10)

Ele é todo certinho, senta na mesa para tomar café, ele é todo certinho. Por quê? Por que lá era uma regra, e a mãe ela comentou comigo, por causa do vínculo né, nossa meu filho veio diferente. Estragaram meu filho, eu não sei o que faço com ele... (...) Tem que tirar, mas preparar a família pra devolução. (Gp 4)

Seguindo a mesma lógica das ações fragmentadas, o cuidado tem sido um reflexo destas intervenções e, aparentemente, não existiam políticas públicas que garantissem o cuidado longitudinal e coordenado. Conforme pontuado inicialmente, as famílias permanecem “soltas” nesta trama de serviços, desde a identificação da situação até às intervenções mais diretivas frente aos casos já confirmados de violência:

Essa família não tem lugar, não tem trabalho, não tem retaguarda. (Gp 5)

Parece um caráter apenas punitivo, não tem educação nenhuma... Vou fazer a visita da denúncia pela denúncia... Não com o objetivo de tentar reestruturar o núcleo... (E 9)

(...) a gente vai fazer a vítima sofrer com isso em vários momentos... Aí contou pra ela, conta pra mim, conta pro outro, aí vai sabe, isso vai se tornando, porque vai expondo, vai ficando difícil... (Gp 5)

Eles acham que tem culpa de serem abusados...Ah, eu que tava estragando o ambiente ali (...) Mas nem sempre a atitude é como a gente quer que seja... Tira a criança e a mãe fica aí... E ela falou – não adianta tirar porque eu vou fazer outro, lembra? (Gp 5)

As crianças e adolescentes que vivenciam a violência doméstica frequentemente demonstram sentimento de culpa. A retirada desses indivíduos do convívio familiar tem sido amplamente discutida e questionada. Apesar de ser legítima e legal, esta intervenção deve ser excepcional e relativizada, e oferecer proteção contra novos episódios de violência. Os traumas não cessam quando os atores são acolhidos institucionalmente; as vítimas da violência passam a fazer parte de um novo contexto onde também podem vivenciar eventos negativos. Em algumas situações, a retirada do local de convívio familiar reforça os sentimentos da criança e/ou do adolescente de culpa e de não pertencimento ao núcleo familiar (MARTINS; JORGE, 2009; NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Os fatores referenciados nesta categoria temática levaram à recursão organizacional ilustrada na Figura 40, onde um fator retroage sobre o outro, preservando a dinâmica que lhe é inerente.

Figura 40. Recursão organizacional do cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Retoma-se que a ideia de que o cuidado em rede constitui um grande desafio, pois contradiz o paradigma dominante e se opõe a ele, com uma lógica divisionista (CAPRA, 2006). Os mapas se “tecem” e se “entrelaçam” entre as dimensões, reunidas e direcionadas a um objetivo em comum: o cuidado a famílias envolvidas na VDCCA. Esta prática pode levar a uma ruptura com o pensamento fragmentado e setorizado, e se apresenta como um espaço onde todas as dimensões de um território de atuação se pertencem, sem perderem a referência social e pessoal (UDE, 2002).

O cuidado em rede traz como características: o reconhecimento da existência e da importância do outro; o conhecimento das ações do outro; a colaboração recíproca; a cooperação através do compartilhamento de saberes, ações e poderes; e a associação, com objetivos e projetos comuns. Tais condições resultam em autonomia, vontade, liderança, dinamismo, informação, descentralização e operacionalização de ações efetivas em vários níveis de atenção (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2001).

A perspectiva do cuidado em rede dialoga diretamente com o paradigma da complexidade. Morin (s/d) remete ao condicionamento do pensamento fragmentado, conforme já abordado, mas orienta um princípio de pensamento que permite (re)ligar as coisas que parecem separadas umas das outras. Assim como a realidade, o cuidado a fenômenos complexos necessita ser multidimensional, e as disciplinas precisam ser estudadas umas em relação às outras. O princípio da separação talvez nos torne mais lúcidos sobre uma parte separada de seu contexto, mas nos cega diante da relação entre a parte e seu contexto.

O paradigma tradicional baseia-se em uma ciência reducionista – redução do todo às partes para que se alcançasse o conhecimento do todo. Entretanto, este conhecimento desconsiderou a perspectiva mais significativa, também denominada de sistêmica, que é o conjunto organizado de partes diferentes, produtor de qualidades que não existiriam se as partes estivessem isoladas. A emergência de novas e criativas qualidades e potencialidades advém desta ligação.

O presente estudo corrobora Meirelles e Erdmann (2005, p.414), os quais relatam que a interdisciplinaridade (e intersetorialidade) é a busca pela integração, pela construção de formas de totalidade “em um campo de saber múltiplo, pluralista, heterogêneo; reconhecendo a complexidade dos fenômenos, dialeticamente, com

olhares diferenciados, resgatando uma unidade que perdemos no decorrer da história”.

O cuidado a famílias envolvidas em situações de VDCCA se coloca como um fenômeno dinâmico, complexo e cercado por incertezas. Metodologias e perspectivas de ação fragmentadas e reducionistas, ou uma só instituição ou dimensão, não abarcará a totalidade que lhe é inerente. Esta totalidade apenas é apreensível por meio das relações entre as partes. O todo só se cria na dialética das partes, só existe concretamente nas partes, e é na relatividade das partes que o todo se (des/re)constrói e caminha (CURY, 1995).

Desta forma, práticas interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais visam a constituição da unidade e integralidade sem, no entanto, ocasionar a perda da multiplicidade; esta se encontra na diversidade das partes que as compõem. De acordo com Feriotti (2009, p. 188),

Tradicionalmente, as diferenças têm sido tratadas como desigualdades, estabelecendo-se relações de dominação ou violência entre as culturas, grupos ou comportamentos considerados referência e aqueles considerados marginais. Para alterar esta lógica faz-se necessário alterar a lógica de poder instituída e construir novos referenciais para compreender as relações entre o Eu e o Outro, o uno e o múltiplo, o individual e o coletivo.

Para finalizar, o relato de um enfermeiro desvelou a resposta às fragilidades e fragmentações implicadas no cuidado às famílias envolvidas na VDCCA:

A ideia que dá, é que cada serviço é um nozinho da rede. Mas em relação à violência, esse nozinho está todo rasgado. Ela vai até certo ponto, a informação não passa, não passa mais, nem eles tem todas as informações que eles necessitam, nem a gente tem todas as informações que a gente precisa. E isso complica muito a assistência. E quem sofre é o usuário, porque coitado, ele vai para todo lado, todo lado que alguém manda ele ir, ele vai. Porque ele quer o problema dele resolvido. Ele vem aqui, passa comigo lá no acolhimento e falo, bom a gente não tem psicólogo, você pode ir no CIC conversar com a assistente social? Aí ela chega lá e a assistente social não está aquele horário, encaminha para a psicóloga, depois encaminha para o conselheiro, depois encaminha para a defensoria. E as coisas não resolvem, e tem o problema, retiram a criança, abriga essa criança e não trabalha a família, é tudo muito fragmentado. A impressão que dá é que não existe uma coordenação inteligente, que consiga enxergar isso tudo, tem que enxergar o processo como um todo. (E 9)

Conforme a proposta da técnica de grupo focal, esta fala trouxe um significado coletivo, mas também revelou sentidos singulares dos profissionais que atuam no cuidado a famílias envolvidas na VDCCA. Este relato mostrou, ainda, a necessidade de olhar para a violência como um fenômeno complexo. Acredita-se que a *coordenação inteligente* será obtida por meio do cuidado em rede, organizado interdisciplinar e intersetorialmente, de forma que todos os entes se responsabilizem pelo cuidado e se auto-organizem.

8 Considerações Finais

Tomemos uma tapeçaria contemporânea. Ela comporta fios de linho, de seda, de algodão e de lã de várias cores. Para conhecer esta tapeçaria seria interessante conhecer as leis e os princípios relativos a cada um desses tipos de fio. Entretanto, a soma dos conhecimentos sobre cada um desses tipos de fio componentes da tapeçaria é insuficiente para se conhecer esta nova realidade que é o tecido, isto é, as qualidades e propriedades próprias desta textura, como, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer sua forma e sua configuração (MORIN, 2007, p.85).

O presente estudo apoiou-se no Paradigma da Complexidade para alcançar o objetivo proposto inicialmente, de contribuir para a compreensão do cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA, estruturado a partir da ABS, sob a ótica de profissionais da saúde. Os questionamentos iniciais perpassaram pelas intervenções e cuidado em rede construído a partir da ABS, e direcionado a famílias envolvidas na VDCAA. Ao longo deste trabalho e, mais precisamente neste momento, buscou-se respondê-los. Reitera-se que, considerando o paradigma citado, o conhecimento é sempre inacabado e dinâmico, permeado de incertezas; portanto, a intenção deste estudo não é explorar exaustivamente o assunto, mas a indicar caminhos a serem trilhados.

A categoria emergente “O lugar da VDCCA na ABS” trouxe o protagonismo e a essencialidade da ABS no cuidado às famílias; entretanto, evidenciou também que o lugar da VDCCA nesse cotidiano ainda é obscuro. Na subcategoria: “‘A gente faz parte da população de onde a gente trabalha’ – O(s) território(s) na atenção básica à saúde de famílias envolvidas na VDCCA”, compreendeu-se a necessidade da construção do olhar para o território além de um recorte geográfico específico para adscrição da clientela aos serviços. Imprimiu-se uma discussão sobre a multiplicidade e pluralidade de territórios que se colocam para o delineamento do cuidado pela ABS. Esse delineamento não passa pelo controle ou pela intervenção unidirecionada, mas por uma complexidade de contextos e dimensões, de contrastes que se complementam, de desordens que se organizam, e de forças dinâmicas e atuantes nesse lugar que precisam ser consideradas pelos serviços, em especial pela especificidade do fenômeno da VDCCA.

Neste âmbito, os ACS foram os elementos essenciais da discussão; embora se configurassem como o ente mais significativo para a ABS, que no cenário brasileiro é reorganizada a partir da ESF, a dialógica vivida por esses atores ainda precisa ser melhor compreendida. O “ser profissional de saúde no território onde se

vive”, cercado por um ambiente de trabalho ainda pautado no modelo biomédico, trouxe experiências sofridas e desgastantes. Aliado a esta questão, a atuação frente a um fenômeno com tamanha especificidade de território de ação – a família – e o poder apropriado e legitimado pelo tráfico de drogas, também se configuraram como considerações necessárias à construção do cuidado a essas famílias.

A proximidade e a vinculação significativas com as famílias tornam possíveis as ações de promoção à saúde, com atuação que favoreça o desenvolvimento da autonomia e o fortalecimento de laços comunitários, levando ao empoderamento individual e coletivo. Nesse sentido, o Conselho Local de Saúde constitui uma importante estratégia.

A subcategoria “‘A gente só faz o que é indispensável mesmo’ - A atenção básica à saúde das famílias envolvidas na VDCCA”, reforçou o papel da ABS, legitimado e validado pela população, como o centro e o norteador do cuidado. Entretanto, por vários fatores, os profissionais apresentaram o cuidado à violência como não pertencente à área da saúde e não indispensável. Situando-o neste lugar secundário, os profissionais se defenderam do manejo das situações de violência e do conseqüente sofrimento advindo delas, por meio de mecanismos reducionistas e fragmentadores do cuidado. A formação acadêmica dos diversos núcleos de saber ainda está pautada em modelos biomédicos e centrada no curativismo. O trabalho em equipe interdisciplinar, e a compreensão da dialógica “autonomia-dependência” como inerente à atuação das equipes, foi colocado como estratégia para a superação dessa lógica.

Na categoria “ ‘Cada um dentro do seu quadrado’ - O(s) nós do cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA”, foram apresentadas as fragilidades para o cuidado em rede a famílias envolvidas na VDCCA. Com uma visualização gráfica que denotou a dinamicidade desta rede, o mapa mínimo da rede social institucional externa permitiu compreender os vínculos estabelecidos pela ABS para o delineamento do cuidado. Apresentaram-se redes reduzidas, homogêneas, com grandes lacunas e pouco densas, nas quais prevaleceram vínculos fragilizados nas relações entre as dimensões do mapa. Tais redes se caracterizaram por relações pouco institucionalizadas, com vínculos centrados em pessoas, e direcionadas por políticas sociais fragmentadas e pontuais, de difícil diálogo no cotidiano das práticas.

Algumas características do paradigma tradicional estiveram presentes nestas relações – a lógica do encaminhamento; a pouca cooperação; o desconhecimento

de parceiros; a desresponsabilização pelo cuidado; e as relações de poder de instituições “dominantes” sobre “dominadas”. As consequências deste modelo foram o isolamento institucional e o cuidado fragmentado às famílias, com a intervenção ainda direcionada apenas às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Mediante este panorama geral, os relatos dos profissionais nortearam as demandas e necessidades para o delineamento do cuidado em rede, aqui compreendidos como recomendações do mesmo:

1. Pela complexidade do fenômeno da VDCCA, as discussões sobre o cuidado devem ser realizadas a partir de situações, e não por meio de fluxos – ao invés de programas, delineiam-se estratégias para o cuidado, as quais consideram o dinamismo e a instabilidade desse cuidado;
2. Práticas em ABS voltadas à promoção da saúde, com o olhar interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial;
3. Educação permanente dos profissionais de saúde, essencialmente dos ACS, ministrando conteúdos direcionados aos territórios de ação e à integralidade do cuidado, e não aos fatores biológicos;
4. Supervisão clínica e institucional como momento de cuidado e reflexão da equipe sobre o processo de trabalho, considerando a subjetividade que lhe é inerente;
5. Fortalecimento da autonomia da população e de laços comunitários, buscando o empoderamento individual e coletivo nos territórios de vida;
6. Discussões sistemáticas sobre a rede de proteção, os modos de funcionamento dos serviços territoriais, e os acordos sobre formas de comunicação e de compartilhamento de situações inerentes ao cuidado a famílias envolvidas na VDCCA;
7. Discussões sobre projetos pedagógicos de cursos de graduação que visem o exercício interdisciplinar e a superação do paradigma tradicional, considerando o papel do SUS como espaço de formação profissional;
8. Fortalecimento de espaços intersetoriais para a discussão de políticas públicas e do cuidado, em fóruns locais, distritais e municipais.

As principais limitações do presente estudo estiveram relacionadas à dificuldade em aprofundar a investigação em um território tão diferenciado e ao

mesmo tempo específico como o município de Campinas, e ainda buscar a totalidade do fenômeno em estudo. Os distritos e CS possuem áreas de atuação distintas, e instituições de dimensões distintas, o que, de certo modo, dificultou a compreensão mais acurada sobre as redes. Em alguns distritos, a participação dos profissionais que atuavam diretamente com as famílias envolvidas na VDCCA ficou prejudicada, particularmente pelo momento epidemiológico e de transição política do município.

Como integrante do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Assistência Primária à Saúde Escolar (PROASE), que vem estudando a VDCCA há mais de 10 anos, a autora compreende que houve uma discussão ampla sobre o tema, com achados que indicam: (i) a não apropriação do fenômeno, em sua totalidade, pela saúde; (ii) a fragmentação das ações e políticas públicas direcionadas a essas famílias; e (iii) a fragilidade ou ausência de atuação interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial. A partir desses achados, foram elaboradas algumas recomendações de novos estudos que busquem avançar no conhecimento acerca desses desafios, a saber: (i) construção de intervenções junto às instituições, mediante uma metodologia problematizadora; e (ii) análise dos olhares das famílias e das comunidades sobre/frente a VDCCA, buscando contribuições novas, que coloquem as atuais sob novo prisma e permitam a multidimensionalidade do fenômeno.

Por fim, deve-se ressaltar que o enfermeiro assume lugar essencial nesse debate, pois toma como objeto e objetivo de seu trabalho o cuidado a indivíduos, famílias e coletividades. O enfermeiro traz a possibilidade de se colocar como um agente de mudanças, tanto na formação dos profissionais (seja no meio acadêmico ou no campo de atuação profissional) quanto no cuidado pensado e executado junto às comunidades.

Referências

ABRAMOVAY, M. **Cotidiano das escolas**: entre violências. Brasília (DF): UNESCO, Observatório de Violências nas Escolas, Ministério da Educação, 2005. 404p.

ABREU-E-LIMA, D.M. de; ALVES, M.N. O feedback e sua importância no processo de tutoria a distância. **Pro-Posições**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 189-205, 2011.

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1103-1112, 2009.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, 2001.

ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. 12 ed. São Paulo: Loyola, 2007. 223p.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 925-934, 2002.

APOSTOLICO, M.R.; HINO, P.; EGRY, E.Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n. 2, p. 320-327, 2013.

ARAGÃO, A.S; FERRIANI, M.G.C.; VENDRUSCOLO, T.S.; SOUZA, S.L.; GOMES, R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.special, p.172-179, 2013.

ARANTES, E. M.M. **Mediante quais práticas a Psicologia e o Direito pretendem discutir a relação?** Anotações sobre o mal-estar. 2007. 18p. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/documentos/2007artigo-esther-arantes.pdf>>. Acesso em: 30 Jul. 2014.

ASSIS, G.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J.Q. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006. 144p.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

AZEVEDO, M.A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M.F. **Violência e criança**. São Paulo: EDUSP, 2002. 314p.

BACHILLI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 51-60, 2008.

BAPTISTA, T.W.F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.11-41.

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.28, p.165-74, 2009.

BOURDIEU, P. O espírito de família. In: _____. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996. 224p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nºs 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. 35 ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a. 454 p. (Série textos básicos, nº 67).

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da Criança e do Adolescente [recurso eletrônico]**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 11 ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 237 p. (Série legislação, nº 113).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. 20 ed. Brasília (DF): CONASS, 2011. 197p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

BRASIL. Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília (DF): CNAS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília (DF), 2002a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005b. 210p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 09 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 6 nov. 1996. Seção I, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº1.886**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF), 1997b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 17 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), nº 206, Seção 1, p.86, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002b. 48p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 167).

BRASIL. 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 (DF): Ministério da Saúde, 2010. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências:** Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1E de 18/5/01, 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005a. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA):** 2009, 2010 e 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. 164p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006b. 42p.

BRIGAGÃO, J.I.M.; OLIVEIRA, F.M. Programa Paidéia de saúde da família: uma reformulação nas práticas e na produção de saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v.10, n.47, p. 45-56, 2005.

CAMPINAS. Colegiado de Gestão da SMS. **Projeto Paidéia de saúde da família:** Diretrizes para Atenção Básica à Saúde. 3ª versão, Out., 2001. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>>. Acesso em 17 Jul. 2014.

CAMPINAS. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Resolução nº 023/2010 de 09 de julho de 2010. Dispõe sobre o Pacto Municipal Intersecretarias para o Enfrentamento e Combate à Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. **Diário Oficial do Município de Campinas** (SP), nº 9.933, p.21, 2010a.

CAMPINAS. **História do município de Campinas** (SP), 2009. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/conheca-campinas/campinas.php#>>. Acesso em: 15 Mai. 2009.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. **Plano de Assistência Social do Município de Campinas**. 2014.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim do Sistema de Notificações de Violência (SISNOV)** n.7, 2013. Disponível em: <<http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim7.html>>. Acesso em: 09 Jul. 2014.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Informação e Informática. **População por faixa etária, sexo e CS de residência**. 2010b. Disponível em: <<http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>>. Acesso em: 10 Jul. 2014.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. cap.7, p. 229-266.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**: ciência para uma vida sustentável. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Cultrix Amana Key, 2002. 296p.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARLOS, D.M.; FERRIANI, M.G.C.; ESTEVES, M.R.; SILVA, L.M.P.; SCATENA, L. A reintegração de crianças e adolescentes institucionalizados vítimas de violência doméstica no espaço escolar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.2, p.310-320, 2008.

CARLOS, D.M. **Fatores de proteção sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica e abrigados**: subsídios para a construção da resiliência. 2010. 141 f. Dissertação (Mestrado, Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CARLOS, D.M.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I.; LEITE, J.T. Vivências no espaço escolar de adolescentes vítimas de violência doméstica em acolhimento institucional. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v.10, n.2, p.298-305, 2011.

CARLOS, D.M.; FERRIANI, M.G.C.; ESTEVES, M.R.; SILVA, L.M.P.; SCATENA, L. O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2014. No prelo.

CARVALHO, M.C. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian, S.M. **Família brasileira** - a base de tudo. Brasília / São Paulo: Unicef / Cortez, 1998. p. 93-108.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Tradução de Roneide Venâncio Majer. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 571p. v.1: A era da informação: economia, sociedade e cultura.

CHAVES, M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 7-18, 1998.

CUNHA, E.P.; CUNHA, E.S.M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A. (org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, PROEX, 2002.

CURY, C.R.J. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 6a. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

DE ANTONI, C.; BARONE, L.R.; KOLLER, S.H. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.23, n.2, p. 125-132, 2007.

DESLANDES, S.F. Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.

DUTRA, M.L.; PRATES, P.L.; NAKAMURA, E.; VILLELA, W.V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1293-1304, 2013.

ERDMANN, A.L.; MELLO, A.L.S.F.; MEIRELLES, B.H.S.; MARINO, S.R.A. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.4, p. 467-471, 2004.

ESTEVES, M.R. **Um olhar sobre a rede social no enfrentamento da violência escolar nas instituições de ensino médio de Alfenas-MG**. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

FALEIROS, V.P. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. **Ser Social**, Brasília, n. 2, p.37-56, 1998.

FARIA, R.M. Território urbano, poder e produção de doenças: importância da categoria território para a gestão urbana em saúde. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 23, 2009, Florianópolis. **Anais**, Florianópolis: ENAnpur, 2009. p.1-16.

FERIOTTI, M.L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v.6, n.2, p.179-190, 2009.

FERRAZ, A.T.R. O movimento popular de saúde de Campinas: São Paulo e sua contribuição para a política local de saúde. **SER Social**, Brasília, v.11, n.25, p.103-130, 2009.

FERRIANI, M.G.C.; MIRANDA, M.I.F.; CARLOS, D.M.; LEITE, J.T.; OLIVEIRA, J.E.C. A violência nas escolas sob a ótica de funcionários e alunos do município de Jardinópolis (SP). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 58, 2006, Salvador. **Anais**, Salvador: ABEn, 2006. p.16-29.

FERRIANI, M.G.B.C.; MIRANDA, M.I.F.; CARLOS, D.M. **Violência nas escolas**. Ribeirão Preto, SP: EERP-USP, 2007. Relatório técnico apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p.17-27, 2008.

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

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no College de France. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 37.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília (DF): Liber livro, 2005. Série Pesquisa em Educação.

GIACOMOZZI, C.M., LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-653, 2006.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; CHERCHIGLIA, M.L.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Social**, São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009.

GRANJEIRO, I.A.C.L.; COSTA, L.F. O estudo psicossocial forense como subsídio para a decisão judicial na situação de abuso sexual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.24, n.2, p.161-169, 2008.

GUERRA, V.N.A. **Violência de pais contra filhos**: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez, 1998. 262 p.

GUIMARÃES, A.L.C. **Tráfico de drogas: percepções e concepções de seus agentes na cidade de Ribeirão Preto**. 2004. 313f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 400p.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, Niterói, v.9, n.17, p. 19-45, 2007.

HABIGZANG, L.F.; AZEVEDO, G.A.; KOLLER, S.H.; MACHADO, P.X. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.19, n.3, p.379-386, 2006.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente em Campinas (SP)**, em 01/07/2013. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu.shtm> Acesso em: 18 Jul. 2014.

IPVS versão 2010. Fundação Seade e Instituto do Legislativo Paulista. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf>. Acesso: 18 Jul. 2014.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 2 ed. revista. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 265 p.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.28, p. 123-135, 2009.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.10, n.15, p.124-136, 2004.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEITE, J.T. **Ações de enfermeiros(as) na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no distrito oeste do município de Ribeirão Preto (SP)**. 2011. 90p. (Mestrado, Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LOBATO, G.R.; MORAES, C.L.; NASCIMENTO, M.C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1749-1758, 2012.

LOPES, D.M.Q.; BECK, C.L.C.; PRESTES, F.C.; WEILLER, T.H.; COLOMÉ, J.S.; SILVA, G.M. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.3, p.633-640, 2012.

MACHADO, N.J. **Conhecimento como Rede**: a metáfora como paradigma e como processo. São Paulo: IEA/USP, v.9, n. abr., 1994. 55p. [Coleção Documentos, Série Educação Para a Cidadania].

MARKMAN NETO, L. **Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde e a prática do Programa de Saúde da Família num núcleo específico**: limites e desafios. 2004. 188 f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARTINAZZO, C.J.; GRZECA, F.C. A compreensão da ética complexa: desafio para a educação escolar num mundo planetário. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v.12, n.25, p.33-46, 2011.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Outcome of the violence against child and delivered to the judicial power. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.6, p.800-807, 2009.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.1, p.67-74, 2006.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENOSSE, M.J. **O cuidado do adolescente com câncer**: a perspectiva do pensamento complexo. 2009. 187 f. Tese (Doutorado, Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MICHAUD, Y. **A violência**. Tradução de L. Garcia. São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, M.C.S. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 8 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 284p.

MORAES, D.E.; CANÔAS, S.S. O Conceito de “Território” e seu significado no campo da Atenção Primária à Saúde. **Revista Desenvolvimento Social**, Montes Claros, v.1, n.9, p. 49-57, 2013.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.30, p. 153-166, 2009.

MORIN, E. **Da necessidade de um pensamento complexo**. S/d. Disponível em: <<http://www.edgarmorin.org.br/textos.php?p=6&tx=19>> . Acesso em 31 Jul. 2014.

MORIN, E. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Novas Fronteiras, 1986.

MORIN, E. Entrevista ao Jornal Le Monde, 26.04.1981. In: MONDE, Le. **Ideias contemporâneas**: Entrevistas do Le Monde. Tradução de Maria Lúcia Blummer. São Paulo: Ática, 1989. 168 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1994. 263p.

MORIN, E. **O Método 3**: O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulinas, 1998.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar e reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000a.

MORIN, E. **Complexidade e Transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Tradução de Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN, 2000b.

MORIN, E. **Meus Demônios**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000c.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. Revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001. 118 p.

MORIN, E. **O Método 5**: A humanidade da humanidade. Porto Alegre: Sulinas, 2002. 312p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 350p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J. **A inteligência da complexidade**. 2 ed. São Paulo: Petrópolis, 2000. 263p.

NASCIMENTO, E.P.I.; NOZAWA, M.R. O trabalho das enfermeiras no SUS de Campinas: anos 70 e 80. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.2, p.212-216, 2004.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTÍN-MATEO, M.; VIEIRA, L.A.S.; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1041-1052, 2008.

NICOLESCU, B. **O manifesto da transdisciplinaridade**. Tradução de Lúcia Pereira de Souza. São Paulo: Triom, 1999. 167p.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap. 12, p.435-472.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p. 136-141, 2008.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n. special, p.903-908, 2009.

OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: SEMINÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2001, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte: Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

PÁDUA, E.M.M. Complexidade e meio ambiente: um estudo sobre a contribuição de Edgar Morin. In: PÁDUA, E.M.M; MATALLO JR, H. **Ciências sociais, complexidade e meio ambiente**: interfaces e desafios. Campinas: Papyrus, 2008. 176p.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da Pesquisa**: abordagem teórico-prática. 15 ed. Campinas: Papirus, 2013. 128p.

PÁDUA, E.M.M. **Pesquisa e complexidade**: estratégias metodológicas multidimensionais. Curitiba: CRV, 2014. 132p.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap.15, p. 547-573.

PAIM, J.S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p.1927-1953, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PENSO, M.A.; ALMEIDA, T.M.C.; BRASIL, K.C.T.; BARROS, C.A.; BRANDÃO, P.L. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, P.137-152, 2010.

PEREIRA, M.P.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia: v.2, n.2, p.47-55, 2006.

POLETTTO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.3, p.405-416, 2008.

RODRIGUES, M.L. Metodologia multidimensional em Ciência Humana: um ensaio a partir do pensamento de Edgar Morin. In: RODRIGUES, M.L.; LIMENA, M.M.C. **Metodologias multidimensionais em Ciências Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2006. p.13-32.

ROQUE, E.M.S.T.; FERRIANI, M.G.C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis - SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.334-344, 2002.

SAKATA K.N.; ALMEIDA, M.C.O.; ALVARENGA, A.M.; CRACO, P.F.; PEREIRA, M.J.B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.659-664, 2007.

SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C.A. (Coord.). **Violência faz mal a saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. p.29-38.

SANTANA V.S.; ITAPARICA, M.S. Social contextual factors contributing to child and adolescent labor: an ecological analysis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.4, p.676-684, 2011.

SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvida segundo o costume dos filósofos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.111-132, 1998.

SANTOS, B.S. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 60-74. v.1: A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.

SANTOS, S.S.C. Pesquisa em enfermagem à luz da complexidade de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.6, p.687-689, 2003.

SAURET, G.V.; CARNEIRO, R.M.; VALONGUEIRO, S.; VASCONCELOS, M.G.L. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.11, n.3, p.265-273, 2011.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, Barcelona, v.12, n.3, p.237-254, 2012.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, suppl., p.243-253, 2005.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p. 921-929, 2008.

SILVA, C.H. Território: uma combinação de enfoques: material, simbólico e espaço de ação social. **Revista Geografar**, Curitiba, v.4, n.1, p.87-115, 2009.

SILVA, K.P. **A cidade, uma região, o sistema de saúde**: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas (SP). Campinas: Área de Publicações CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campiniana).

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.6, p. 608-613, 2013.

SILVA, L.M.P. **A prevenção da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, sob a ótica de membros do Poder Judiciário**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 145p.

SOUZA, E.S.; SILVA, S.R.V.; CARICARI, A.M. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n. especial, p.810-814, 2007.

SOUZA, R.G.; SANTOS, D.V. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.783-800, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SZYMANSKI, H. **A relação família/escola**: desafios e perspectivas. 2 ed. Brasília: Plano, 2001.

TAKEMOTO, M.L.S. O trabalho de enfermagem em centros de saúde e o modelo de atenção a saúde no município de Campinas (SP). 2005. **Dissertação** (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

TARRIDE, M.I. **Saúde Pública**: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 107p.

TOSO, B.R.G.O. **Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis à atenção básica**. 2011. 373 f. Tese (Doutorado, Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

UDE, W. Redes sociais: possibilidade metodológica para uma prática inclusiva. In: CARVALHO, A. et al (Org.). **Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, PROEX, 2002.

UDE, W. Enfrentamento da violência sexual infantojuvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: CUNHA, E.P.; SILVA, E.M.; GIOVANETTI, M.A.C. **Enfrentamento à violência sexual infantojuvenil**: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2008. Parte I Fundamentos. p.30-60.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.7-14, 1999.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p.6-19, 1999.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 343 p.

VENDRUSCOLO, T.S.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. especial, p.812-819, 2007.

VERDI, M.I.M.; DA ROS, M.A.; CUTOLO, L.R.A. Saúde e sociedade. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Especialização em saúde da família**: modalidade à distância. Florianópolis: UFSC, 2010. 87 p. [Recurso eletrônico]. Disponível em: <www.unasus.ufsc.br>. Acesso em 17 Jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978. Geneva: World Health Organization, 1978 (Health for All Series, 1).

ZAMBRANO, C.V. Territorios plurales, cambio sociopolitico y gobernabilidad cultural. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiânia, v.21, n.1, p.9-49, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A – Roteiro para o mapeamento mínimo das redes institucionais.

1. Objetivo da atividade: conhecer como se estabelecem os vínculos entre os Centros de Saúde e as demais instituições para o atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes.
2. Atividade introdutória:
 - Apresentação dos participantes na atividade.
 - Explicação sobre o paradigma de redes e a importância dos vínculos entre os setores e instituições.
 - Explicação sobre o preenchimento do mapa mínimo, que se constitui em um diagnóstico, permitindo a visualização da instituição na rede de atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes.
3. Elaboração dos mapas:
 - Material necessário: papel com esquema básico do mapa; lápis de cor nas cores preta, verde, amarela e vermelha; fita adesiva.
 - Elaboração: com o grupo sentado em semicírculo, orientar os participantes a, utilizando o esquema fornecido, observar os quadrantes que representam os diversos setores, podendo acrescentar ou substituir instituições, especificando os serviços com os quais a instituição se relaciona. Dispor as instituições mais próximas e mais distantes, conforme a intensidade do vínculo com a instituição que ocupa o centro do mapa. Posteriormente, observando a legenda, traçar linhas para indicar a qualidade dos vínculos existentes entre cada instituição. As linhas são traçadas de uma instituição à outra, configurando a rede de serviços e suas relações.
 - Discussão das redes identificadas nos mapas, conforme:
 - Tamanho;
 - Distribuição;
 - Dispersão;
 - Homogeneidade / heterogeneidade.

APÊNDICE B – Roteiro para realização dos grupos focais.

1. Objetivo da atividade: discutir a atuação dos Centros de Saúde no atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes.
2. Dinâmica introdutória:
 - Apresentação da moderadora;
 - Explicação dos objetivos do grupo;
 - Orientar os participantes que não existem opiniões corretas, que não há interesse em opinião em particular, e que todas as opiniões são bem-vindas;
 - Solicitar aos participantes para falarem um de cada vez, evitando interrupções desnecessárias;
 - Solicitar a permissão para gravação.
3. Preparação:
 - Apresentação dos participantes;
 - Iniciar a discussão com a apresentação do desenho do mapa institucional, situando o serviço de saúde na rede de atendimento.
4. Dinâmica principal:
 - Diante de um caso suspeito ou confirmado de violência doméstica contra crianças e adolescentes, como se dá a atuação da equipe de saúde?
 - Quais as principais dificuldades encontradas para atuação frente a estas situações?
 - O que facilitaria esta atuação?
5. Finalização:
 - Pedir aos participantes para fazerem breves comentários sobre a dinâmica;
 - Enfatizar a importância de cada opinião;
 - Informar sobre futura divulgação dos resultados;
 - Agradecer a participação de todos.

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada.**ENTREVISTA****Data entrevista:****Local:****I. Identificação**

Iniciais do entrevistado:

Idade:

Função:

Formação profissional:

Tempo de formação profissional:

Tempo de atuação na unidade:

II. Questões norteadoras

- Ao presenciar uma situação, suspeita ou confirmada, de violência doméstica contra crianças e adolescentes, qual é a sua ação? Quais as intervenções realizadas junto aos membros da família em questão?
- Quais as principais dificuldades encontradas para atuação frente a esta situação?
- O que facilita a atuação frente a esta situação?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

!

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

!

!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Redes sociais de famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Pesquisadores responsáveis:

Diene Monique Carlos – Doutoranda EERP/USP

Profa. Dra. Maria das Graças B. Carvalho – Orientadora

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que será realizada no Centro de Saúde (CS) onde você trabalha. Este estudo tem por objetivo compreender quais são as instituições / pessoas que ajudam ou dificultam o trabalho do CS junto às famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes. Conversar sobre tais questões pode lhe trazer incômodos, desconfortos ou mobilizar sentimentos de angústia. Caso isto aconteça, ofertaremos uma escuta individualizada e, se necessário, o encaminharemos a um serviço especializado. Os resultados desta pesquisa poderão ajudar diretamente você a oferecer um cuidado mais qualificado a essas famílias e permitirão traçar diretrizes para uma melhor organização da rede de assistência a sujeitos envolvidos na violência doméstica a longo prazo.

Gostaríamos de contar com a sua participação neste trabalho. Se você concordar, realizaremos oficinas grupais com você e outros trabalhadores de seu CS para elaboração de mapas de vínculos entre a sua unidade e outras instituições/setores, e entrevistas individuais em horários que não vão prejudicar suas atividades. Estas oficinas e entrevistas terão a duração de aproximadamente 1 (uma) hora, e serão realizadas no Centro de Saúde onde você trabalha; abordarão os seguintes assuntos: o atendimento prestado por você e sua equipe a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes; e as pessoas / instituições que colaboram ou dificultam este atendimento. Suas opiniões e informações serão gravadas em aparelho MP4, para que eu não esqueça. Quando terminar o trabalho, seu nome não irá aparecer, e suas falas não poderão ser identificadas; você poderá escolher outro nome que queira ser chamado(a).

Obrigada por colaborar com nosso estudo!

Diene Monique Carlos

Maria das Graças Bomfim Carvalho

Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900,
Monte Alegre, Ribeirão Preto (SP), 14040-902
Telefones: (16)3602-3413 / (19) 8119-0973
E-mail: diene_enf@yahoo.com.br

!

!

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

!

!

Após ter conhecimento destes fatos, se você concordar em participar da pesquisa, preencha os campos abaixo. Este termo será entregue em duas vias, e ambas deverão ser assinadas por você e por nós pesquisadores. Uma das vias será entregue para você e a outra será guardada conosco.

Eu, _____, RG: _____,
abaixo assinado, aceito participar deste trabalho e sei que ao final dele meu nome será mantido em segredo. Sei que quando não quiser mais participar, posso sair. Aceito também que nossa conversa seja gravada. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e ciente dos direitos abaixo relacionados, cedo também os direitos do levantamento de dados para serem divulgados em eventos e revistas científicas:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso traga qualquer prejuízo ao entrevistado.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
4. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
5. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
6. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa

Diene Monique Carlos

Maria das Graças Bomfim Carvalho

!

Anexos

ANEXO A – Programa Quebrando o Silêncio, Fluxograma de Atendimento à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: *Violência sem lesão*. Fonte: CAMPINAS (2004). Disponível em:

< http://sisnov.campinas.sp.gov.br/pdf/quebrando_o_silencio_fluxo.pdf>. Acesso em 30 Jul. 2014.

ANEXO B – Programa Quebrando o Silêncio, Fluxograma de Atendimento à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: *Violência com lesão*. Fonte: CAMPINAS (2004). Disponível em:

< http://sisnov.campinas.sp.gov.br/pdf/quebrando_o_silencio_fluxo.pdf>. Acesso em 30 Jul. 2014.

ANEXO C – Fluxograma do Programa Iluminar Campinas: Cuidado das Vítimas de Violência Sexual.

ASSISTÊNCIA À MULHER Pós-púbere	ASSISTÊNCIA À CRIANÇA/ ADOLESCENTE Sexo feminino pré-púbere Sexo masculino até 16 anos	ASSISTÊNCIA AO HOMEM Acima de 16 anos
<p>A PESSOA É RECEBIDA NO: Centro de Saúde, CRAISA, Escolas, Creches, EMEIS, Serviços de Assistência Social, Guarda Municipal, Delegacia da Mulher</p> <p>COMO DEVE SER O ATENDIMENTO: Acolher a vítima Identificar a queixa Dar orientações Encaminhar para atendimento médico ↓</p> <p>Pronto Atendimento do: • Ouro Verde • CAISM • Assistência Médica • Assistência Social • Assistência Psicológica • Orientar para fazer Boletim de Ocorrência ↓</p> <p>NADEQ, Centro de Saúde CRIAD, CEVI Assistência à Saúde Mental ↓</p> <p>Delegacia da Mulher Distrito Policial Fazer B.O. Agendar exame de corpo de delito ↓</p> <p>IML - Instituto de Medicina Legal Fazer exame de corpo de delito</p>	<p>A PESSOA É RECEBIDA NO: Centro de Saúde, CRAISA, CEVI, Escolas, Creches, EMEIS, CRAMI, Serviços de Assistência Social, Guarda Municipal, Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher</p> <p>COMO DEVE SER O ATENDIMENTO: Acolher a vítima Identificar a queixa Dar orientações Encaminhar para atendimento médico ↓</p> <p>Pronto Atendimento do: • Ouro Verde • São José • Pronto-Socorro Infantil do Hospital Mário Gatti • Pediatria - HC da Unicamp • Assistência Médica • Assistência Social • Assistência Psicológica ↓</p> <p>NADEQ, CAPS, CRIAD, CEVI, Centro de Saúde Assistência à Saúde Mental ↓</p> <p>Delegacia da Mulher Distrito Policial Fazer B.O. Agendar exame de corpo de delito ↓</p> <p>IML - Instituto de Medicina Legal Fazer exame de corpo de delito</p>	<p>A PESSOA É RECEBIDA NO: Centro de Saúde, CRAISA, CEVI, Escolas, Creches, EMEIS, Serviços de Assistência Social, Guarda Municipal, Delegacia da Mulher</p> <p>COMO DEVE SER O ATENDIMENTO: Acolher a vítima Identificar a queixa Dar orientações Encaminhar para atendimento médico ↓</p> <p>Pronto Atendimento do: • Ouro Verde • São José • Pronto Atendimento Mário Gatti • Assistência Médica • Assistência Social • Orientar para fazer Boletim de Ocorrência ↓</p> <p>Centro de Saúde, CAPS, CRIAD, CEVI, NADEQ Assistência à Saúde Mental ↓</p> <p>Delegacia da Mulher Distrito Policial Fazer B.O. Agendar exame de corpo de delito ↓</p> <p>IML - Instituto de Medicina Legal Fazer exame de corpo de delito</p>
<p><i>Todos os casos de violência sexual em crianças e adolescentes devem ser notificados e encaminhados ao Conselho Tutelar.</i></p>		

ANEXO D – Resolução nº 023/2010 que dispõe sobre o Pacto Municipal Intersecretarias para o Enfrentamento e Combate à Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente.

Campinas, sexta-feira, 09 de julho de 2010

Diário Oficial do Município de Campinas

21

1. Análise da nova formatação do sistema informatizado de destinação ao Fundo Municipal de Defesa da Criança e do Adolescente - FMDCA.

Campinas, 08 de julho de 2010

JANETE APARECIDA GIORGETTI VALENTE
PRESIDENTE DO CMDCA

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RESOLUÇÃO 023/2010 - PACTO INTERSECRETARIAS

Divulga o Pacto Municipal Intersecretarias Para o Enfrentamento e Combate à Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente no âmbito do Município de Campinas e Aprova suas diretrizes operacionais.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente CMDCA/Campinas criado pela Lei Municipal nº 6.574 de 19 de julho de 1991 e alterada pela Lei Municipal nº 8.484 de 04 de outubro de 1995, no âmbito de sua competência legal, como órgão deliberativo e controlador das ações da Política de Atendimento à Criança e do Adolescente no Município de Campinas;

CONSIDERANDO a complexidade do fenômeno da violência doméstica estar vinculada à estrutura social, econômica, política e cultural; evidenciando-se a importância do desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas, fundadas na intersectorialidade.

CONSIDERANDO a Constituição Federal em seu artigo 227 que dispõe sobre os direitos fundamentais da criança e do adolescente, dentre eles o direito à dignidade e à saúde;

CONSIDERANDO o Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial, os artigos 3º, 4º e 5º que estatuem os princípios da proteção integral e da prioridade absoluta, bem como a garantia de que nenhuma criança ou adolescente será vítima de violência em qualquer forma que ela se apresente;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Assistência Social de 2004.

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS.

CONSIDERANDO o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil que estabelece um conjunto de diretrizes que permite a intervenção técnica-política e financeira para o enfrentamento do abuso e da exploração sexual respaldando-se em eixos estratégicos, em especial, o atendimento e a prevenção, que prevêem a garantia de atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às famílias, bem como ações preventivas contra a violência sexual, possibilitando que as crianças e adolescentes sejam educados para o fortalecimento da sua autodefesa;

CONSIDERANDO o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa à Convivência Familiar e Comunitária às Crianças e Adolescentes que tem como uma de suas diretrizes a primazia da responsabilidade do Estado no fomento de políticas integradas de apoio à família em cuja redação se destaca a responsabilidade do Estado em oferecer serviços adequados e suas ações à prevenção e superação das situações de violação de direitos onde "O apoio às famílias e seus membros deve ser concretizado na articulação e ciente da rede de atendimento das diferentes políticas públicas, garantindo o acesso a serviços de educação, de saúde, de geração de trabalho e renda, de cultura, de esporte, de assistência social, dentre outros."

CONSIDERANDO o Plano Municipal de Enfrentamento a Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes que traz estratégias para acompanhar e mobilizar as forças sociais e governamentais para tornar efetiva a universalização de um atendimento humano e especializado destinado às crianças e adolescentes, vítimas de violência sexual.

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal dos Direitos da Criança, no ano de 2010, dará início à elaboração do Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa à Convivência Familiar e Comunitária às crianças e adolescentes.

CONSIDERANDO a Resolução 009/2005 do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente que aponta a violência doméstica como um fenômeno endêmico que tem apresentado altos índices de incidência e de prevalência no município, marcado ainda pela cultura do silêncio, de naturalização e de banalização da violência cometida que não se restringe a determinadas classes sócio-econômico-culturais, questões de gênero, etnia, opção religiosa e orientação sexual, sendo ainda um fenômeno multicausal, constituído a partir de uma conjunção de fatores sociais, culturais e econômicos, ligados a aspectos de história pessoal dos componentes da família, noção de infância, família e violência em nossa sociedade e por sua complexidade e amplitude de ações abrange todos os setores de serviços públicos e privados e, quando não prevenido, tratado e responsabilizado, traz consequências graves a curto, médio e longo prazo, tais como: baixo rendimento escolar, seqüelas físicas irreversíveis, suicídio, transtornos emocionais, exploração sexual, morte entre outros. Esclarece ainda que as vítimas de violência doméstica na infância, quando não devidamente cuidadas, ao se tornarem adultas podem repetir o fenômeno contra sua família e a sociedade em geral, mantendo-se o ciclo, e reatando que a violência silenciosa encara como fator educativo, banal ou natural é potencializadora da violência social em geral.

E CONSIDERANDO ainda o Diagnóstico Social da Realidade de crianças e adolescentes que desde Setembro de 2009 vem sendo construído pela Comissão Local de Diagnóstico do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e que em relatório preliminar aponta que a atuação junto ao fenômeno da violência doméstica requer um investimento em ações preventivas de todas as áreas, mas essencialmente das áreas da Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura e Esporte, visando anteceder ao fenômeno, pois este é mais complexo depois de instalado, com um custo e investimento alto, pois exige um trabalho especializado para diminuir o impacto desta violência junto às crianças e aos adolescentes e suas famílias, bem como há a necessidade de diminuir a incidência e reincidência de VDCCA, prevenindo ainda outras formas de violação de direitos como a exploração sexual, situação de rua, etc.

RESOLVE:

Art. 1º. Dar divulgação ao Pacto Municipal Intersecretarias para o Enfrentamento e Combate à Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente no âmbito do município de Campinas.

Art. 2º. Aprovar as diretrizes operacionais do Pacto Municipal Intersecretarias na forma do Anexo I a esta Resolução.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Campinas, 08 de julho de 2010

JANETE APARECIDA GIORGETTI VALENTE
PRESIDENTE DO CMDCA

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO INTERSECRETARIAS

Responsabilização Das Secretarias Municipais Para O Enfrentamento E Combate À Violência Doméstica Contra A Criança E O Adolescente No Município De Campinas.

As Secretarias de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, Cultura, Educação, Esporte e Lazer, e Saúde, por meio de seus representantes, com o objetivo de integrar os órgãos governamentais nas ações de enfrentamento e combate às situações de violência doméstica

contra a criança e o adolescente no Município de Campinas,

FIRMAM o presente Termo de Compromisso e Cooperação, em respeito ao Pacto Municipal Intersecretarias no qual são signatárias.

As signatárias, nos termos da legislação pertinente à administração pública e, respeitadas os respectivos preceitos legais referentes ao objeto do pacto, comprometem-se a:

CAPÍTULO I - DA COOPERAÇÃO ENTRE SECRETARIAS

Artigo 1º. O Pacto Intersecretarias tem como objetivos:

I - Objetivo Geral:

a) Propiciar a integração de ação das áreas signatárias oportunizando a crianças e adolescentes em atendimento na rede municipal a garantia de direito e cidadania.

b) Fomentar ao máximo atividades que potencializem a criança, o adolescente e a família no exercício de seus papéis e o espírito de cooperação entre os órgãos signatários.

c) Somar esforços e recursos que permitam a consecução dos objetivos, motivados sempre pelo princípio de qualidade total nos resultados.

d) Cooperar no processo de elaboração e implementação do Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa à Convivência Familiar e Comunitária às crianças e adolescentes, levando-se em consideração a realidade local e os resultados obtidos com a implementação do Pacto Municipal Intersecretarias.

II- Objetivos Específicos:

a) Atender crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e suas respectivas famílias e/ou responsáveis;

b) Atender de forma interdisciplinar, através de uma abordagem diferenciada onde a contribuição articulada e coordenada de diferentes especialidades profissionais da área médica, psicológica, serviço social, pedagógica e demais áreas de apoio, torna-se de fundamental relevância;

c) Promover reinserção/inclusão social das crianças, adolescentes e famílias, possibilitando o acesso aos serviços básicos de educação, assistência social, saúde, esporte, lazer e cultura conforme sua necessidade, através de ação articulada com a Rede de Serviços;

d) Realizar ações preventivas junto aos órgãos/programas envolvidos no atendimento à criança e adolescente vitimizados, propiciando a transformação cultural em relação à prática de violência contra criança e adolescente;

e) Articular com as demais Secretarias Municipais e órgãos nas ações de efetivação da Rede de Serviços integrado de atendimento à situação de violência doméstica contra criança e adolescente;

f) Promover grupos reativos com famílias e ou crianças e adolescentes numa abordagem interdisciplinar de cunho preventivo;

g) Promover articulação para cursos de capacitação para profissionais da rede de atendimento e servidores das políticas de assistência social, saúde, educação, esporte e cultura, cujas atividades de coordenação estejam centralizadas na Comissão Gestora.

CAPÍTULO II - DAS PRIORIDADES CONCERNENTES AO PACTO INTERSECRETARIAS

Artigo 2º. Consideram-se prioridades nas ações deste pacto:

I) Ratição do SISNOV como procedimento padrão de notificação de VDCCA e instrumento de prevenção/atuação importante para o fortalecimento do atendimento em violência doméstica no Município;

II) Estudar a viabilidade de criação e implementação de serviço especializado de atendimento a autores de violência doméstica, sem prejuízo de discussões posteriores sobre a ampliação do serviço ao atendimento de autores de outras violências contra a criança e o adolescente;

III) Estudar a viabilidade de criação e implementação de serviço especializado de atendimento à criança e adolescente vítima de violência doméstica, sem prejuízo de discussões posteriores sobre a ampliação do atendimento à vítima de outras violências contra a criança e o adolescente;

IV) Garantir a intersectorialidade entre as políticas objeto deste pacto, por meio de estratégias de intervenção e discussão de eixos para a prevenção e atenção ao fenômeno da violência doméstica contra criança e o adolescente

V) Garantir representatividade das signatárias nas reuniões da Comissão de Violência Doméstica contra Criança e Adolescente do CMDCA participando de discussões intersectoriais acerca da implantação de serviço interdisciplinar e multiprofissional especializado ao atendimento à vítima e ao autor de violência sexual afastado ou não do convívio familiar

VI) Discussão sobre a viabilidade de aumento no quadro de profissionais nas políticas signatárias, para a execução das ações objeto deste pacto, na vigência do mesmo.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS INTERSECRETARIAS

Artigo 3º. Compete à Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social:

I- Em relação ao SUAS em Campinas:

a) A capacitação continuada dos profissionais que atuam com crianças, adolescentes e famílias;

b) Desenvolver campanhas de prevenção/sensibilização sobre o fenômeno da violência doméstica contra criança e adolescente no Município de Campinas;

c) Utilizar o SISNOV como procedimento padrão de notificação do fenômeno da violência doméstica contra criança e adolescente;

d) Estudo para viabilidade de implantação e implementação dos programas de proteção social básica nos territórios que demandam, além dos já existentes;

e) Estudo para viabilidade de implantação e implementação dos programas de proteção especial (média e alta complexidade) através de serviços especializados com equipe interdisciplinar;

f) Promover e fortalecer ações intersecretarias nos diferentes níveis de intervenção.

II - Em relação à Proteção Social Básica

a) Intervenção Primária

a.1) Promover trabalhos que possibilitem a inclusão de crianças, adolescentes e famílias em programas, projetos, serviços e benefícios como: transferência de renda; educação sexual, grupos sócio educativos com temas diversos e intergeracionais; rede de proteção social;

a.2) Promover trabalhos que propiciem às crianças, adolescentes e famílias, o fortalecimento dos vínculos pessoais, o desenvolvimento da auto-estima, e troca de experiências, o empoderamento e o protagonismo, o respeito às diferenças, a comunicação não violenta a resolução não violenta de conflitos, a potencialização da função de proteção e socialização da família e comunidade;

a.3) Formação de grupos/espacos na comunidade para discussão/reexão sobre o tema e outros que marquem o fenômeno e organização para a cidadania.

a.4) Divulgação e acesso à informação, através de eventos, fóruns, campanhas, cartilha e folder informativos;

a.5) Acolhimento, orientação e acompanhamento familiar em grupos de convivência, reexão, o cinas sócio-educativas dos casos suspeitos, com rmatados e aqueles contra referenciados pelos serviços da média e alta complexidade;

a.6) Referência e contra-referência para os serviços da média complexidade quando os casos assim exigirem.

a.7) Desenvolvimento de trabalhos de forma articulada com as outras políticas;

a.8) Divulgação do SISNOV;

a.9) Produção e divulgação de informações de modo a oferecer referências às famílias sobre programas, projetos e serviços e benefícios, sobre órgãos de defesa de direitos e demais serviços públicos no âmbito municipal, regional, estadual e federal.

b) Intervenção Secundária

b.1) Notificar a suspeita e com rmatado de VDCCA no SISNOV e Conselho Tutelar, complementando as informações da notificação através de relatórios.

b.2) Referência e contra-referência para os serviços da média complexidade quando os casos assim exigirem.

b.3) Acolhimento, orientação e acompanhamento familiar em grupos de convivência, reexão, o cinas sócio-educativas dos casos suspeitos, com rmatados e aqueles contra referenciados pelos serviços da média e alta complexidade.

b.4) Discussão de casos com equipe multiprofissional dos serviços da Proteção Social Es-

pecial e intersetorialmente.

b.5) Desenvolvimento de trabalhos de forma articulada com as outras políticas.

b.6) Articulação e integração dos programas de proteção social básica em conjunto com as outras políticas signatárias, favorecendo a inclusão da criança, adolescente e família na rede de proteção (escola, creche, núcleos, o cinas, grupos).

b.7) Mapeamento dos grupos de vulnerabilidade para planejamento de projetos sócio-educativos.

b.8) Produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco social, incluindo os que se referem ao fenômeno da violência, que possibilitem a implantação e implementação de ações necessárias.

b.9) Monitoramento, articulação e construção de planos de atendimento em conjunto com a Proteção Social Especial.

b.10) Desenvolver ações voltadas a famílias, crianças e adolescentes e monitorar os grupos de vulnerabilidade para ocorrência.

c) Em relação à Proteção Social Especial

c.1) Média Complexidade:

c.1.1) Intervenção Secundária

c.1.1.2) Notificar a suspeita e com rmação de VDCCA no SISNOV e Conselho Tutelar, complementando as informações da notificação através de relatórios.

c.1.1.3) Atender os casos e discutir com equipe multiprofissional e intersetorialmente.

c.1.1.4) Desenvolver ações voltadas a famílias crianças e adolescentes e monitorar os grupos de vulnerabilidade para ocorrência.

c.1.1.5) Articulação e integração dos programas de proteção social básica em conjunto com as outras políticas signatárias, favorecendo a inclusão da criança, adolescente e família na rede de proteção (escola, creche, núcleos, o cinas, grupos).

c.1.1.6) Mapeamento dos grupos de vulnerabilidade e risco para planejamento de projetos sócio-educativos.

c.1.1.7) Realizar o diagnóstico dos casos suspeitos encaminhados pelo Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude e referenciar os com rmados para o Programa de Enfrentamento à Violência Doméstica contra a criança e o adolescente.

c.1.2) Intervenção Terciária

c.1.2.1) Notificar a com rmação de VDCCA no SISNOV e Conselho Tutelar, complementando as informações da notificação através de relatórios.

c.1.2.2) Oferecer por meio do CREAS - Programa de Enfrentamento à Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente e atendimento especializado à família, a criança e adolescentes dos casos com rmados de VDCCA.

c.1.2.3) Acompanhamento psicossocial estreito e sistemático às vítimas e suas famílias, incluindo o autor da violência doméstica, na perspectiva de resgate dos vínculos familiares e de sua função protetiva.

c.1.2.4) Fortalecer ações intersetoriais e articuladas com o Sistema de Garantia de Direitos no atendimento às famílias.

c.1.2.5) Ofertar orientação e apoio jurídico por meio do CREAS;

c.1.2.6) Acolhimento, orientação, diagnóstico e encaminhamentos com referência e contra-referência.

c.1.2.7) Informar às autoridades competentes as situações de violação de direitos identificados ao longo do atendimento na média complexidade que possam colocar em risco a integridade física e psíquica da criança e do adolescente, para a aplicação de medidas pertinentes.

c.1.2.8) Re-inserção das famílias em convívio social.

c.1.2.9) Avaliação e monitoramento dos casos atendidos.

c.1.2.10) Oferta de espaço de acolhimento e escuta para o autor de violência sexual, de forma intersetorial e articulada com o Poder Judiciário.

c.1.2.11) Promover a inclusão das crianças e adolescentes e famílias nos programas da rede de proteção.

c.2) Alta complexidade

c.2.1) Intervenção Terciária

c.2.1.1) Notificar a com rmação de VDCCA no SISNOV e Conselho Tutelar, complementando as informações da notificação através de relatórios.

c.2.1.2) Oferecer atendimento especializado à família, criança e adolescente em co-responsabilidade com os serviços do CREAS dos casos com rmados de VDCCA em atendimento na média complexidade e/ou por meio da contra-referência.

c.2.1.3) Manter contínuo registro dos casos de VDCCA e elaboração de plano de atendimento conjunto com o CREAS para atendimento à criança, adolescente e suas famílias inseridas no atendimento de média e alta complexidade.

c.2.1.4) Acompanhamento psicossocial estreito e sistemático às vítimas e suas famílias, incluindo o autor da violência doméstica, na perspectiva de resgate dos vínculos familiares e de sua função protetiva.

c.2.1.5) Promover reuniões em grupo com famílias envolvidas em situações de violência doméstica, visando contribuir com re exões que possibilitem o rompimento com o ciclo da violência.

c.2.1.6) Ofertar orientação e apoio jurídico através da Defensoria Pública.

c.2.1.7) Acolhimento, orientação, diagnóstico e encaminhamentos com referência e contra-referência.

c.2.1.8) Inclusão das crianças, adolescentes e famílias nos programas da rede de proteção.

c.2.1.9) Re-inserção das famílias em convívio social.

c.2.1.10). Avaliação e monitoramento dos casos atendidos.

Artigo 4º. Compete à Secretaria de Educação:

I - Em relação à Política de Educação:

a) Garantir o direito fundamental à Educação com vagas para todas as crianças e adolescentes nas Escolas Municipais (Ed. Infantil e Fundamental);

b) Utilizar o SISNOV como procedimento padrão para notificação de violência doméstica contra criança e adolescente;

b) Garantir ações intersetoriais.

II - Em relação às ações intersetoriais:

a) Intervenção Primária

a.1) Prever no Projeto Pedagógico das escolas, ações e metas de esclarecimento e combate à violência doméstica contra criança e adolescente.

a.2) Formação continuada e apoio aos profissionais da rede municipal de ensino abordando:

a.2.1) Formação contínua sobre o ECA.

a.2.2) Informação e treinamento sobre o SISNOV ;

a.2.3) Educação para a paz e para o desenvolvimento pleno;

a.2.4) Resolução de conflitos sem violência;

a.2.5) Enfrentamento ao fenômeno da VDCCA;

a.2.6) Atenção e escuta da criança e adolescente;

a.2.7) Discussão e re exão sobre o tema e outros que mar geiam o fenômeno.

b) Intervenção Secundária

b.1) Notificar ao Conselho Tutelar.

b.2) Notificar através do SISNOV a ocorrência de situações de violência doméstica.

b.3) Realizar reuniões sistemáticas entre profissionais para discussão de temas, casos e situações pertinentes.

b.4) Informações e treinamento sobre enfrentamento em rede, das questões de violência doméstica contra a criança e o adolescente sobre o SISNOV .

b.5) Articulação com a rede de atendimento.

c) Intervenção Terciária

c.1) Notificar através do SISNOV a ocorrência de situações de violência doméstica.

c.2) Articulação com a rede de atendimento.

c.3) Fornecimento de relatório ao Sistema de Proteção quando solicitado.

Artigo 5º. Compete à Secretaria de Saúde:

I - Em relação à Política de Saúde

a) Garantir o atendimento em saúde mental e saúde da família.

b) Garantia de Trabalho Intersetorial.

b) Adequar o número de profissionais de saúde mental à demanda dos atendimentos.

i) Implementar e divulgar a política de atendimento ao adolescente, observando suas especificidades biopsicossociais.

j) Utilizar o SISNOV como procedimento padrão de notificação de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

II - Em relação às ações intersetoriais

a) Intervenção Primária

a.1) Educação permanente aos profissionais de saúde sobre a temática.

a.2) Ações preventivas como: planejamento familiar, gravidez na adolescência, grupos de gestante, cuidados com o bebê - maternagem / paternagem,

a.3) Orientações sobre cuidados básicos de saúde e segurança de crianças e adolescentes.

a.4) Orientação sobre o desenvolvimento infantil.

a.5) Que os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvam trabalhos com saúde da criança e adolescente

a.6) Realizar Grupos educativos com pais e/ou responsáveis.

a.7) Realizar os atendimentos nos equipamentos de saúde conforme diretrizes do SUS, de Acolhimento, orientação, vínculo.

a.8) Apoio matricial das equipes de saúde mental às equipes de saúde da família.

a.9) Utilização e/ou formação de grupos/espços na comunidade para discussão / re exão sobre o tema e outros que mar geiam o fenômeno.

a.10) Campanhas preventivas nos Centros de Saúde (palestras, debates, Dia de Combate, etc).

b) Intervenção Secundária

b.1) Notificação da suspeita e/ou com rmação do caso através do SISNOV

b.2) Discussão dos casos com equipe multiprofissional.

b.3) Atendimento integrado com a rede intersetorial de atendimento.

b.4) Referência e contra-referência dos casos às demais áreas da rede de atendimento intersetorial.

c) Intervenção Terciária

c.1) Notificação da com rmação do caso através do SISNOV .

c.2) Acolhimento nos Centros de Saúde para recepção das vítimas sem revitimização e perda de provas.

c.3) Atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil, por equipe interdisciplinar, incluindo cuidado médico especializado, às vítimas de VDCCA em especial sexual e física com lesão, devido às necessidades de cuidados clínicos.

c.4) Garantir a continuidade de atendimento às vítimas de VDCCA na rede de Saúde;

c.5) Atendimento às vítimas e a pessoa autora de violência por equipe de saúde mental interdisciplinar nos Centros de Saúde e/ou Centros de Atenção Psicossocial.

c.6) Favorecer a inclusão das famílias em convívio social.

c.7) Referência e contra-referência dos casos às demais áreas.

c.8) Elaborar relatórios pontuais como base para encaminhamentos.

c.9) Fornecer relatórios ao Sistema de Proteção e Garantia de Direitos.

Artigo 6º. Compete à Secretaria Municipal de Cultura:

I - Em relação à Política de Cultura:

a) Garantir o direito fundamental à Cultura através de o cinas culturais voltadas às crianças e adolescentes nas regiões do município de Campinas.

b) Criação e aproveitamento de espaços de vivência cultural nas comunidades, com desenvolvimento de atividades diversas em programação sistemática.

c) Otimizar e fortalecer os espaços culturais, praças, teatros, tornando-os acessíveis à toda população.

d) Utilizar o SISNOV como procedimento padrão de notificação de violência doméstica contra criança e adolescente

e) Adotar a intersetorialidade como diretriz.

f) Formação profissional continuada e suporte aos profissionais da cultura sobre os direitos da criança e do adolescente e sobre o fenômeno da violência doméstica contra criança e adolescente.

II - Em relação às ações intersetoriais

a) Intervenção Primária

a.1) Elaboração e desenvolvimento de projetos culturais (exposições, o cinas diversas de música, circo, teatro, dança, expressão corporal, artes plásticas, exposição de fotos, desenhos entre outros; direcionados à criança, adolescente e famílias em geral, priorizando projetos intersetoriais e áreas de vulnerabilidades para o desenvolvimento de atividades.

a.2) Incentivo e acessibilidade à população para participar de eventos culturais, com programações diversas e sistemática nas regiões do município.

a.3) Passeios programados em museus, centros históricos, parques, bibliotecas com monitores e transporte.

a.4) Incentivo à leitura (biblioteca itinerante).

a.5) Campanhas preventivas contra a violência doméstica.

a.6) Ampliação de Recursos Humanos na área cultural através de concurso público.

a.7) Identificar os grupos vulneráveis à ocorrência da violência doméstica contra a criança e o adolescente e efetivar os encaminhamentos e articular ações conjuntas com a rede.

a.8) Desenvolver atividades culturais junto às instituições de acolhimento de crianças e adolescentes, favorecendo a canalização da agressividade e solidariedade com o trabalho em grupo.

a.9) Favorecer a socialização das crianças e adolescentes com a comunidade no processo de acolhimento institucional

Artigo 7º. Compete à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer:

I - Em relação à Política de Esporte e Lazer:

a) Garantir o direito fundamental ao Esporte através de atividades esportivas para todas as

b) crianças e adolescentes em todas as regiões do município.

c) Melhor utilização das praças de esportes com atividades dirigidas com professores de educação física.

d) Desenvolver projetos integrados com outras secretarias.

e) Criação de novos espaços esportivos e de lazer nas comunidades, centros de convivência e revitalização dos existentes, incentivando a comunidade a cuidar e zelar pelo patrimônio.

f) Otimizar os espaços existentes e horários das atividades esportivas a serem desenvolvidas.

g) Ampliação de Recursos Humanos na área esportiva, através de concurso público.

h) Utilizar o SISNOV como procedimento padrão de notificação de violência doméstica contra criança e adolescente.

II - Em relação às ações intersetoriais:

a) Desenvolver atividades esportivas (futebol, natação, vôlei, basquete, atletismo, capoeira, judô, entre outros) dirigidas às crianças e adolescente em período extra escolar e em parceria com entidades presentes no território.

b) Detectar interesse da comunidade (expectativa e necessidade) para o desenvolvimento de ações e projetos esportivos.

c) Desenvolver jogos de cooperação nas comunidades e campanhas de não violência.

d) Desenvolver campanhas preventivas para a saúde física.

e) Desenvolver campeonatos incentivando a prática de esportes.

f) Desenvolver e participar de campanhas preventivas contra a violência doméstica e violência em geral.

g) Priorizar a implementação de atividades esportivas em áreas de vulnerabilidade e com ausência de ações.

h) Atividades recreativas e esportivas com crianças, adolescentes e famílias em situação de vulnerabilidade.

Campinas, sexta-feira, 09 de julho de 2010

Diário Oficial do Município de Campinas

23

- i) Identificar os grupos vulneráveis à ocorrência da violência doméstica e efetivar os encaminhamentos à rede de proteção e articular ações em conjunto com a rede.
- j) Formação profissional continuada e suporte aos profissionais do esporte sobre os direitos da criança e do adolescente e violência doméstica.
- k) Organizar reuniões sistemáticas com professores para discussão e temas e situações que envolvam crianças, adolescentes e famílias atendidos.
- l) Desenvolver atividades esportivas e jogos grupais junto às instituições de acolhimento de crianças e adolescentes, favorecendo a canalização da agressividade e solidariedade com o trabalho em grupo.
- m) Favorecer a socialização das crianças e adolescentes com a comunidade no processo de acolhimento institucional.

CAPÍTULO IV - DA PERIODICIDADE DA PACTUAÇÃO

Artigo 8º. O presente pacto vigorará a contar da data da publicação, na forma de Resolução do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e deverá ser revisto dentro de 02 (dois) anos, pela Comissão Gestora do Pacto Intersecretarias, com o fim de deliberar sobre alterações em seu conteúdo ou a inclusão de novos atores governamentais que se façam necessários à consecução dos objetivos aqui elencados.

CAPÍTULO V - DA COMISSÃO GESTORA DO PACTO

Artigo 9º. As ações objeto dessa pactuação deverão ser acompanhadas e monitoradas pela Comissão de Violência Doméstica do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, a qual caberá as seguintes atribuições:

- I - direcionar, coordenar, acompanhar e avaliar a elaboração e implementação, no Município de Campinas, do Pacto Municipal Intersecretarias;
- II - deliberar sobre todas as matérias inerentes e correlatas ao Pacto Municipal Intersecretarias;
- III - propor e estabelecer mecanismos de permanente participação dos diversos atores envolvidos direta e indiretamente nas diversas fases do Pacto Municipal Intersecretarias;
- IV - Promover a integração entre as diversas secretarias e atores com vista à compatibilização dos interesses de cada segmento aos interesses da criança e do adolescente correlatos ao tema da violência doméstica.

Artigo 10º. As definições de competência e o regimento interno da Comissão de Violência Doméstica concernentes ao acompanhamento da implementação do Pacto serão normatizados através de instrumento jurídico competente.

Artigo 11º. O presente pacto deverá servir de subsídio para orientar as ações do Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa à Convivência Familiar e Comunitária às crianças e adolescentes.

Este termo poderá ser alterado, desde que haja concordância entre as partes, e parecer favorável da Comissão Gestora.

Em conformidade com os termos supra elencados, os representantes assinam o presente documento.

Campinas, 21 de Junho de 2010.

DARCI DA SILVA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL

ARTHUR ACHILLES DUARTE DE GONÇALVES

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA

JOSÉ TADEU JORGE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

FERNANDO VAZ PUPO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER

JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**EDITAL DE CONVOCAÇÃO**

O Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência - CMPD no uso das suas atribuições que lhe confere a Lei 10.316 de 09 de novembro de 1999, que dispõe sobre sua criação, alterada pela Lei 13.052 de 29 de agosto de 2007, através de sua Presidente, **CONVOCA** todos os Conselheiros Titulares e Suplentes para a Reunião Ordinária a realizar-se no **dia 14 de julho de 2010, na Casa dos Conselhos sita a Rua Ferreira Penteado 1331, Centro, com início às 16:30h e término às 18:30h.**

PAUTA:

- 1 - Aprovação da ata de 09 de junho de 2010;
- 2 - Criação da coordenadoria da pessoa com deficiência, com a presença da senhora Darcy da Silva, Secretária Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social;
- 3 - Conferência Municipal;
- 4 - Informes Gerais.

Campinas, 30 de junho de 2010

ROSELI BIANCO PIANTONI

Presidente Do CMPD

SECRETARIA DE CULTURA

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA

COMUNICADO

O Secretário Municipal de Cultura, no uso de suas atribuições, informa o nome dos finalistas do **CONCURSO JÓVENS REGENTES" CARLOS GOMES"**:

Total: 43 candidatos

SELECIONADOS PARA A SEGUNDA FASE:

Henrique Douglas Vieira do Carmo**Daniel Guimarães Nery****Masayuki Carvalho****Tobias Volkman**

SEGUNDA FASE: ensaio da Orquestra Sinfônica Municipal de Campinas, no dia 16 de julho de 2010.

09h00 - 09h35 - 1º candidato

09h40 - 10h15 - 2º candidato

10h15 - 10h35 - Pausa

10h35 - 11h20 - 3º candidato

11h15 - 11h50 - 4º candidato

11h50 - 12h00 - Votação Orquestra

Campinas, 06 de julho de 2010

ARTHUR ACHILLES DUARTE DE GONÇALVES

Secretário Municipal De Cultura

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL PARA EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA**RESULTADO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS**

MEMORANDO Nº: 018/2010. INTERESSADA: Fundação Municipal para Educação Comunitária. **ASSUNTO:** Tomada de Preços N.º 001/2010. **OBJETO:** Aquisição

de mobiliários.

Após análise das propostas efetuada por esta comissão, decide-se por:

I) CLASSIFICAR em primeiro lugar as propostas das empresas abaixo relacionadas, para os itens mencionados, com os respectivos preços unitários entre parênteses, no valor total, conforme segue:

- IDEAL RUPOLO MÓVEIS LTDA., para os itens 01 (R\$ 53,60), 02 (R\$ 53,60), 03 (R\$ 95,80), 04 (R\$ 142,00), 08 (R\$ 268,00), 11 (R\$ 96,00), 12 (R\$ 212,00), 13 (R\$ 127,00), 14 (R\$ 97,00), 15 (R\$ 96,00) e 17 (R\$ 212,00) no valor total de R\$ 65.951,00 (sessenta e cinco mil, novecentos e cinquenta e um reais);

- DAMARIS COMÉRCIO DE MÓVEIS E ELETRO-ELETRÔNICOS LTDA., para os itens 05 (R\$ 424,00) e 06 (R\$ 424,00) no valor total de R\$ 18.656,00 (dezoito mil, seiscentos e cinquenta e seis reais);

- DESK MÓVEIS ESCOLARES E PRODUTOS PLÁSTICOS LTDA., para os itens 07 (R\$ 61,60), 09 (R\$ 283,00) e 10 (R\$ 122,00) no valor total de R\$ 424,00 (quarenta e dois mil, duzentos e dois reais).

II) CLASSIFICAR em segundo lugar a proposta da empresa **DESK MÓVEIS ESCOLARES E PRODUTOS PLÁSTICOS LTDA.**, para o item 08, com o preço unitário de R\$ 656,00.

III) DESCLASSIFICAR a proposta da empresa **DESK MÓVEIS ESCOLARES E PRODUTOS PLÁSTICOS LTDA.**, para os itens 01 e 02, por apresentarem preços excessivos quando comparados com os preços praticados no mercado e pesquisados por esta Fundação, incorrendo nos subitens 10.5 e 10.5.5 do Edital Licitatório.

IV) DECLARAR DESERTO o item 16 por não lograr interessados na apresentação de propostas.

V) FIXAR prazo de 05 (cinco) dias úteis para interposição de recursos, nos termos do artigo 109, inciso I, alínea "b" da Lei Federal nº 8.666/93.

Os autos do processo estão com vista franqueada aos interessados na Coordenadoria Administrativa e Financeira da FUMEC, localizada na Rua Dr. Quirino, 1562, 1º andar, Edifício Aquarius, Centro, Campinas (SP), no horário das 8h30min às 12h00min e das 14h00min às 16h30min.

Campinas, 07 de julho de 2010

COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES DA FUMEC**SECRETARIA DE FINANÇAS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

DEPARTAMENTO DE RECEITAS MOBILIÁRIAS**COORDENADORIA SETORIAL DE FISCALIZAÇÃO MOBILIÁRIA**

Fica **NOTIFICADO o Sujeito Passivo**, na condição de Responsável Tributário, do lançamento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN, incidente sobre os Serviços de Construção Civil e congêneres, apurado a partir do protocolo abaixo identificado, com fundamento na Legislação Municipal pertinente e suas alterações, especialmente o art. 2º, - subitens 7.02, 7.04 e 7.05 - da Lista de Serviços, o art. 14 - inciso II, e §1º, - inciso XV, o art. 21 e o art. 25 - inciso IX, todos da Lei Municipal nº. 11.829/03; o art. 2º, - subitens 7.02, 7.04 e 7.05 - da Lista de Serviços, o art. 14 - incisos II e V, art. 22, art. 27 - inciso II, todos da Lei Municipal nº. 12.392/05; e a Resolução SMF nº. 001/08.

Nº. GUIA	Nº. PROTOCOLO	SUJEITO PASSIVO	VALOR (R\$)
010688/2010	2000/010279	EDVALDO MARTINS COSTA	3.457,96
010689/2010	1997/079473	MARCIA APARECIDA DOS SANTOS MENDONÇA	4.685,89
010691/2010	1963/01615	DELVINO APARECIDO DA SILVA	911,99
010692/2010	1988/041922	JOAO ARAUJO	2.184,88
010693/2010	2003/11726	LUIS AUGUSTO BARBOSA CORTEZ	4.749,73
010695/2010	2001/073462	AMERICO PEREIRA RITO	3.866,96
010696/2010	2004/115737	HELIO MARTINS DOS SANTOS	1.175,74
010697/2010	2005/1112109	FERNANDO ANTONIO BRANQUINHO	9.286,44

HELIO PATRÍCIO DOS SANTOS

Respondendo Pela CSFM/DRM

JUNTA DE RECURSOS TRIBUTÁRIOS**CONVOCAÇÃO - 3ª CÂMARA**

A Presidência da Junta de Recursos Tributários, com base na sua competência prevista no artigo 20, III e V, da Lei Municipal 8.129/94, convoca os Srs. Relatores da **3ª Câmara** os Srs. Representantes Fiscais, para a reunião (anteriormente agendada para 18/06/2010) de caráter ordinário, a se realizar **ÀS 8H30M DO DIA 16/07/2010**, em primeira convocação, nos termos do seu Regimento Interno, no Palácio dos Jequitibás, localizado na Av. Anchieta, 200 - **8º andar - Sala de Reuniões**, para julgamento dos processos constantes da pauta abaixo:

01) PROTOCOLO 2009/10/22944

Recorrente: COOPERATIVA MÉDICA DE CAMPINAS - COOPERMECA

Recurso Voluntário: Protocolo 2009/10/46390

Tributo/Assunto: ISSQN - AHM Nº 1309/2009

Relator(a): Fernando José Santos de Oliveira

02) PROTOCOLO 2009/10/22939

Recorrente: COOPERATIVA MÉDICA DE CAMPINAS - COOPERMECA

Recurso Voluntário: Protocolo 2009/10/46392

Tributo/Assunto: ISSQN - AHM Nº 1310/2009

Relator(a): Fernando José Santos de Oliveira

03) PROTOCOLO 2009/10/22956

Recorrente: COOPERATIVA MÉDICA DE CAMPINAS - COOPERMECA

Recurso Voluntário: Protocolo 2009/10/46388

Tributo/Assunto: ISSQN - AHM Nº 1307/2009

Relator(a): Adriana de Oliveira Juabre

04) PROTOCOLO 2000/073543

Recorrente: Reinaldo Dario Gonçalves Valente

Recurso Voluntário: Protocolo 2004/10/23680

Tributo/Assunto: IPTU - Revisão de Lançamento

Relator(a): Alexandre Fávoro

05) PROTOCOLO 2000/11488

Recorrente: MAURO RIBEIRO SIMON

Recurso Voluntário: Protocolo 2006/10/12546

Tributo/Assunto: IPTU - Revisão de Lançamento

Relator(a): Alexandre Fávoro

06) PROTOCOLO 2000/73541

Recorrente: MÁRIO MARCUS BALYS

Recurso Voluntário: Protocolo 2004/10/23681

Tributo/Assunto: IPTU - Revisão de Lançamento

ANEXO E – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 217/2012

Ribeirão Preto, 14 de novembro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 14 de novembro de 2012.

Protocolo CAAE: 01726512.0.0000.5393

Projeto: Redes sociais de atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Pesquisadores: Maria das Graças Bomfim de Carvalho
Diene Monique Carlos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Vice-coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes sociais de atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes

Pesquisador: Diene Monique Carlos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01726512.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 146.162

Data da Relatoria: 30/10/2012

Apresentação do Projeto:

sem alterações

Objetivo da Pesquisa:

sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE está adequado as normas da resolução 196/96.

Recomendações:

A autora acatou as orientações do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado pelo Colegiado.

RIBEIRÃO PRETO, 14 de Novembro de 2012

Assinador por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO F – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP), para o desenvolvimento da Pesquisa de Doutorado, nos Centros de Saúde do município.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa em nível de Doutorado, intitulada “**Redes sociais de atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes**”, que tem por objetivo conhecer e analisar as redes sociais estruturadas a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) para o atendimento a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes, sob a ótica dos trabalhadores dos Centros de Saúde do Município de Campinas – SP.

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa será desenvolvido por estudante do Curso de Pós-Graduação - Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, consistindo em análise de dados epidemiológicos e pesquisa junto a uma amostragem de profissionais de saúde, que atuam em Centros de Saúde dos Distritos de Saúde Norte, Sul, Sudoeste, Noroeste e Leste, sob a orientação da Professora Doutora Maria das Graças Bonfim Carvalho.

Campinas, 18 de maio de 2012

Fernando Luiz Brandão do Nascimento
Secretário Municipal de Saúde