**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELINE PEREIRA DOS SANTOS

**POTENCIALIDADES E LIMITES DOS DOCUMENTOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**SÃO PAULO
2018**

ELINE PEREIRA DOS SANTOS

**POTENCIALIDADES E LIMITES DOS DOCUMENTOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2018

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.

Assinatura: _____

Data: 31 / 08 / 2018

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Eline Pereira dos

Potencialidades e limites dos documentos municipais de saúde para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes / Eline Pereira dos Santos. São Paulo, 2018.

88 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Políticas públicas. 2. Planejamento em saúde.
3. Violência doméstica. 4. Crianças. 5. Adolescentes.
6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Eline Pereira dos Santos

Título: Potencialidades e limites dos documentos municipais de saúde para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 02 / 07 / 2018

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A todas as crianças e adolescentes que vivenciaram
ou vivenciam algum tipo de violência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço todas as oportunidades, o aprendizado, cuidado e proteção.

À Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry, a orientação necessária a meu amadurecimento acadêmico e pessoal.

À Prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves, da Universidade Federal do Paraná, o carinho, atenção e incentivo.

À Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza, da Universidade Federal do Paraná, a amizade e interlocução na elucidação das dúvidas.

À Prof.^a Dr.^a Alexandra Bulgareli Nascimento, a amizade e os ensinamentos.

À Mestra Melissa Mafra, o auxílio valioso.

À Mestra Sandra Mosello, todo apoio, compreensão, dedicação e carinho.

A minha mãe, Eunice, amiga, parceira, companheira, que sempre lutou para que eu tivesse condições de realizar meus sonhos, agradeço a conquista de mais uma etapa de minha vida, todo amor, carinho e apoio. Sem Você, nada disso seria possível.

A meu pai, Manoel, agradeço me ensinar a importância de estudar e nunca desistir de meus sonhos.

A minha irmã, Emmanuelle, agradeço ser esta mulher guerreira, um exemplo de determinação a ser seguido, que me inspira a nunca desistir.

A meu namorado Ronaldo, todo carinho, compreensão e paciência durante o processo de construção deste trabalho.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo agradeço a simpatia e atenção que dispensaram a mim.

À Socorro e Valéria do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo, as conversas, os conselhos, apoio e carinho. Vocês são maravilhosas.

Ao Manoel Miranda e sua mãe, o acolhimento e carinho nos momentos de dificuldades.

Ao Bonde SA – Luiza e João, amigos mais que especiais – agradeço tornarem esta caminhada mais divertida, alegre e agradável.

À Cibele, sua amizade, atenção, carinho, conselhos e afeto.

Aos colegas da pós-graduação, Aline, Giovanna, Danila, Magali, Ercília, Luciana, Renata, Ricardo, Vinicius, Estela, Daniel, Lucimara e Rafaela, agradeço fazerem parte desta construção acadêmica e pessoal.

A meus amigos de Curitiba, Vanessa Comasseto, Danilo Simião, Marlise Brandão, Matusalém Andrade, Lívia Wagner, Vanessa Melo, Camila Luz, Velize Rocha e Michele Iores, a amizade e o companheirismo durante esta trajetória.

Ao amigo do coração Daniel Brasil, as conversas construtivas, incentivadoras e divertidas.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) agradeço a concessão da bolsa de mestrado, sem a qual não haveria a possibilidade de realizar esta pós-graduação.

Tenho aprendido que a dificuldade me fortalece e que um sonho não se desfaz; o ontem não muda o meu hoje, mas o meu hoje faz o meu amanhã. Tenho aprendido que minha força não está em minhas mãos, e sim quando eu me ajoelho diante de Deus, e da determinação que tenho quando busco um sonho e não desisto dele.

Autor desconhecido

Santos EP. Potencialidades e limites dos documentos municipais de saúde para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: Ao se considerar o fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCA) como sendo social e historicamente determinado, presente em todas as sociedades, independentemente do credo, etnia, cultura ou classe social, é relevante e necessário que haja discussões sobre suas consequências e formas de enfrentamento. O uso de instrumentos de gestão pública que sistematizam o planejamento municipal, visando a identificar as necessidades em saúde da população e responder a elas, torna-se potente prática de combate e enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Objetivo:** Compreender as potencialidades e os limites dos documentos municipais de gestão em saúde, como instrumentos para o enfrentamento da VDCA. **Método:** Estudo qualitativo dos planos municipais de saúde dos períodos de 2010-2013 e 2014-2017; dos relatórios anuais de gestão municipal dos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, disponíveis no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARG-SUS); e dos relatórios de notificação da rede de proteção: violência contra crianças e adolescentes, perfil dos casos notificados nos anos de 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015 e 2015-2016, disponíveis no *síte* da Secretaria de Saúde de Curitiba/PR. O *software* WebQDA® foi utilizado para a organização dos dados, os quais foram analisados por meio da Teoria da Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva e da análise de conteúdo de Bardin. O cenário escolhido foi Curitiba, devido à disponibilização *online* dos documentos de gestão em saúde e por ser uma capital referência no combate à violência contra crianças e adolescentes. **Resultado:** Com base na análise dos documentos municipais de saúde, apresentam-se como potencialidade e limite: a epidemiologia da VDCA, superficialização do perfil da VDCA, intersetorialidade, fortalecimento da APS, estratégias de enfrentamento e a valorização do profissional. Os documentos permitem vislumbrar a magnitude do fenômeno da VDCA e descrevem ações intersetoriais e setoriais, no entanto, não descrevem como elas seriam realizadas e efetivadas na prática. A visão de mundo em que baseiam tais documentos e, conseqüentemente, suas ações não considera dados sobre a reprodução social das crianças e adolescentes em situação de violência, logo, não permite a captação das necessidades em saúde desse grupo populacional em sua totalidade. **Conclusão:** Novas formas de captação das necessidades em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica devem ser repensadas pelos gestores em saúde, bem como novas discussões sobre os modos de viver e adoecer da população que exponham a necessidade de capacitar os diferentes setores e profissionais que atuam nesses casos, de forma que estes percebam a importância de realizar um atendimento efetivo, humanizado e acolhedor a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Planejamento em saúde. Violência doméstica. Crianças. Adolescentes. Enfermagem.

Santos EP. Potentialities and limitations of the municipal documents health to confronting domestic violence against children and adolescents [dissertation]. São Paulo: School of Nursing. University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: When considering the phenomenon of domestic violence against children and adolescents (VDCA) as socially and historically determined, present in all societies, regardless of creed, ethnicity, culture or social class, it is relevant and necessary that there be discussions about their consequences and ways of coping. The use of public management tools that systematize municipal planning, aiming to identify the population's health needs and respond to them, becomes a potent practice of combating and coping with domestic violence against children and adolescents. **Objective:** To understand the potentialities and limits of municipal health management documents, as instruments for confronting VDCA. **Method:** Qualitative study of the municipal health plans for the periods 2010-2013 and 2014-2017; of the annual municipal management reports for the years 2013, 2014, 2015 and 2016, available in the Support System for the Construction of the Management Report (SARG-SUS); and reporting of the protection network: violence against children and adolescents, profile of cases reported in the years 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015 and 2015-2016, available on the website of the Health Secretariat of Curitiba / PR . The WebQDA® software was used to organize the data, which were analyzed through the Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing and the content analysis of Bardin. The chosen scenario was Curitiba, due to the online availability of health management documents and for being a reference capital in the fight against violence against children and adolescents. **Result:** Based on the analysis of the municipal health documents, the potentialities and limits are as follows: the epidemiology of VDCA, superficiality of the VDCA profile, intersectoriality, strengthening of PHC, coping strategies and professional valuation. The documents allow us to glimpse the magnitude of the VDCA phenomenon and describe intersectoral and sectoral actions, however, do not describe how they would be realized and carried out in practice. The world view on which these documents are based, and consequently their actions, does not consider data on the social reproduction of children and adolescents in situations of violence, thus, it does not allow the capture of the health needs of this population group in its totality. **Conclusion:** New ways of capturing the health needs of children and adolescents victims of domestic violence need to be rethought by health managers, as well as new discussions about the ways of living and getting sick of the population that expose the need to empower the different sectors and professionals that work in such cases, so that they perceive the importance of providing effective, humane and welcoming care for children and adolescents who are victims of domestic violence.

KEYWORDS: Public Policies. Health Planning. Domestic Violence. Child. Adolescent. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - A processualidade da transformação da realidade objetiva (RO) fundamentado na TIPESC.....34
- Figura 2** - Mapa do município de Curitiba com as nove regionais administrativas vigentes em 2015, destacando a regional Pinheirinho..41
- Figura 3** - Quantitativo da população de Curitiba segundo faixa etária no período de 2000 a 2010.....43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População do município de Curitiba.....	42
Gráfico 2 - Bairros com o maior número de crianças e adolescentes da região de Curitiba... ..	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos municipais de gestão em saúde de Curitiba, organizados por ano de publicação e se abordam a temática da VDCA.. **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIC	Cidade Industrial de Curitiba
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RAGM	Relatório Anual de Gestão Municipal
RNRP	Relatório de Notificação da Rede de Proteção
RO	Realidade Objetiva
SARG-SUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDCA	Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes
WEBQDA	Web Qualitative Data Analysis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 JUSTIFICATIVA	28
4 MÉTODO	32
4.1 MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO	32
4.2 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	36
4.4 FONTES E ANÁLISE DOS DADOS	36
4.5 CENÁRIO	40
4.6 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	42
4.7 ASPECTOS RELATIVOS À ÉTICA EM PESQUISA.....	45
5 RESULTADOS	47
5.1 POTENCIALIDADES E LIMITES	47
5.2 CONTRADIÇÕES.....	58
6 DISCUSSÃO	62
7 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS.....	76
ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, há uma população de aproximadamente 60 milhões de crianças e adolescentes (IBGE, 2016), cujas necessidades se relacionam à provisão do direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à convivência familiar e comunitária, o qual deve oportunizar um crescimento e desenvolvimento saudável (Brasil, 2017). Assim, é fundamental que os sistemas de saúde, por meio das políticas públicas, assegurem a essas crianças e adolescentes o acesso a condições sociais favoráveis a seu desenvolvimento físico, emocional e mental (Ferreira, 2017).

Aspectos relacionados à vulnerabilidade social impactam o desenvolvimento saudável das crianças e dos adolescentes, tendo em vista as diferentes realidades presentes no extenso território brasileiro, como as diferenças econômicas, políticas, culturais, sociais e regionais, propriamente ditas (Sevalho, 2018).

Segundo Sevalho (2018), o termo vulnerabilidade remete ao sentido de fragilidade. Já de acordo com Ayres et al. (2006), esse termo está ligado à garantia de acesso a um conjunto de direitos, como o de ir e vir, o de habitação, o de alimentação, o de acesso à saúde e à educação pelos indivíduos socialmente fragilizados.

A vulnerabilidade é um indicador das desigualdades sociais, e articula elementos individuais, sociais e programáticos, que, quando interligados, possibilitam a interpretação do processo saúde-doença, das ações de enfrentamento e intervenções sociais, relacionadas à violência doméstica (Bertolozzi et al., 2009).

Ao considerar o fenômeno da violência doméstica como social e historicamente determinado, presente em todas as sociedades, independentemente de credo, etnia, cultura ou classe social, é relevante que haja discussões sobre suas consequências e formas de enfrentamento (Silva, 2015). Desse modo, faz-se necessário compreender os tipos de violência, ou seja, no caso, a violência intrafamiliar e doméstica, bem como suas diferenças, para tratar o tema.

A violência intrafamiliar caracteriza-se por ser praticada por pessoas do círculo familiar da criança ou adolescente, porém, que podem ou não residir no mesmo domicílio. Já a violência doméstica tem como característica acontecer dentro do domicílio em que a criança ou adolescente mora, sendo o agressor alguém da família ou do círculo afetivo (Brasil, 2002).

A principal diferença entre a violência intrafamiliar e a doméstica é o local em que a violação acontece e quem perpetra a violência. Para este estudo, o objeto de pesquisa centra-se na violência doméstica, por estar ligada à natureza totalitária dos pais, que enxergam a criança ou o adolescente como sua propriedade, por residirem no mesmo local (Minayo, 2001).

Segundo a ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos do Brasil, em 2016, 57% das denúncias recebidas, as quais equivaleram a 76 mil ligações, foram referentes a violações de direitos de crianças e adolescentes, e apenas 4% dessas denúncias, cerca de 5 mil, não estavam relacionadas com violência doméstica (Brasil, 2017a).

A exposição à violência doméstica na infância está fortemente associada à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde durante a adolescência e a idade adulta, como aquelas relacionadas ao tabagismo, drogadição, etilismo e ingestão de alimentos com alto teor calórico, dentre outros (Bellis et al., 2017).

A partir disso, como apontam Azevedo e Guerra (1995), para analisar esse tipo específico de violência, é necessário também saber diferenciá-lo em relação a sua natureza. Segundo essas autoras, em relação a isso, há:

- *Violência física*, em que o agressor faz uso da força como ato intencional de agressão, o que se traduz em lesões visíveis ou não – evidenciadas por meio de beliscões, tapas, empurrões, queimaduras e outros ferimentos;
- *Violência psicológica*, que é toda relação de poder imposta pelo agressor, com abuso exagerado de autoridade, punições humilhantes, depreciação, rejeição, qualquer forma inadequada de comunicação, com excesso ou descaso, causando malefícios à autoestima ou ao desenvolvimento da vítima;
- *Negligência*, que se caracteriza pelo abandono, descuido, desamparo, falta de responsabilidade e descompromisso com o cuidado ao indivíduo, sem necessariamente estar relacionada à dificuldade socioeconômica;
- *Violência sexual*, que implica a utilização de poder e força para práticas sexuais, mediada por imposição física ou uso de armas, coerção ou influência psicológica.

A família tem uma importante função no enfrentamento à violência doméstica, sendo responsável pela construção de valores éticos, morais, hábitos e costumes,

além de possibilitar o acesso à educação e a um ambiente seguro, o que contribui para a construção da personalidade e do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Cavalcante, Schenker, 2009). Contudo, não se pode esquecer que a família não é um fenômeno natural que simplesmente acontece. Ela configura-se como uma instituição social, que se adapta e se reorganiza conforme as mudanças sociais e culturais, principalmente de acordo com o país e os costumes que são adotados (Prado, 2017).

De acordo com Prado (2017), não há um conceito universal de família. Existem diferentes conformações familiares, como as monogâmicas, poligâmicas, as que são compostas somente por mãe e o filho, ou aquelas em que moram mãe, filho e avós, ou aquelas em que não existe a figura materna, apenas pai e filhos, casais homoafetivos e existem famílias compostas por pessoas sem laços consanguíneos.

O conceito de formação familiar dominante ainda é o patriarcal, em que o homem é do domínio público, provedor do lar, com poder supremo dentro da esfera familiar. Nesse conceito, a ideologia familiar é baseada na valorização do homem. À mulher, nesse cenário, cabe a provisão dos cuidados domésticos, a obrigação por zelar pela saúde, alimentação e bem-estar dos filhos e do marido, ficando responsável pelo domínio privado (Egry, Fonseca, 2000).

As psicólogas Viviane Guerra e Maria Amélia Azevedo (1989), pesquisadoras renomadas do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, referências no estudo do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCA), analisam como a expressão “bater para educar” foi legitimada e naturalizada durante muitos anos pela sociedade, e ainda é um assunto complexo. A agressão é tomada como uma forma de educar que impacta negativamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes (Moreira et al., 2014).

A violência é reiterada como uma solução para os conflitos na esfera familiar, e aponta-se a mãe como principal perpetradora da VDCA, pois, na maioria dos casos, ela é a responsável pelos cuidados e educação aos filhos (Egry et al., 2015).

Devido a essa responsabilidade dos cuidados domésticos e dos filhos ser da mãe, os casos registrados de VDCA têm alto grau de reincidência, não sendo determinados apenas como ato único, mas de repetição e que pode acontecer durante um longo período de tempo (Moreira et al., 2014), causando vários prejuízos para o desenvolvimento e crescimento dessas crianças e adolescentes.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, reconhecido pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação como hospital de ensino e Centro Nacional de Referência ao Enfrentamento da Violência Doméstica, no Brasil, por dia, são registrados, em média, 129 casos de violência infanto-juvenil. Isso significa que, por hora, são denunciados cinco novos casos de violência física, sexual, psicológica ou por negligência (Brasil, 2016a).

Quando o próprio lar torna-se inseguro para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, deixando-os vulneráveis e desassistidos de qualquer forma de proteção familiar, as consequências a longo prazo são danosas. Esses traumas podem acompanhá-los até a idade adulta (Minayo, 2009; Delfino et al., 2005).

Estudos apontam que as experiências na infância, causadas pela violência doméstica, podem alterar o desenvolvimento precoce do cérebro, incluindo o centro do prazer e da recompensa, o que compromete o papel do córtex pré-frontal no controle de impulsos (Barros et al., 2015; Hildebrand et al., 2015; Bellis et al., 2017).

Devido a essas mudanças fisiológicas que acontecem durante o desenvolvimento infantil, a exposição à violência pode resultar em menor tolerância ao estresse e, conseqüentemente, em distúrbios alimentares, dificuldade de convívio, agressividade, baixa autoestima, isolamento social e propensão à violência. Assim, faz-se necessário qualificar os profissionais que realizarão atendimento a essas crianças (Bellis et al., 2017; Sumner et al., 2015).

É importante ressaltar que, durante muitos anos, a violência doméstica foi entendida apenas como responsabilidade das áreas sociais e jurídicas. Nesse contexto, os profissionais da saúde não intervinham enquanto ela ocorria, nem desempenhavam papel na prevenção e detecção desse fenômeno (Leite et al., 2016).

Diferentemente da prática da segurança pública, cujo objetivo é coibir os crimes e os contraventores, a área da Saúde tem como base o cuidado e a prevenção, sendo a Enfermagem vista como um potente elo entre as vítimas de violência. Já o principal objeto de trabalho dos profissionais da equipe de Enfermagem seria o cuidado e acolhimento àqueles que demandam ter suas necessidades respondidas, devido às fragilidades impostas pela violência vivenciada (Santos, 2015).

Mesmo exercendo uma função tão importante no reconhecimento e intervenção no contexto da VDCA, os enfermeiros enfrentam dificuldades para realizar esse tipo

de atendimento, devido à sobrecarga de trabalho e a metas excessivas que dificultam o atendimento qualificado às vítimas de VDCA (Moreira et al., 2014).

Soma-se a isso a medicalização do fenômeno da violência doméstica infanto-juvenil, em que se buscam diagnósticos que justifiquem as “dificuldades” de aprendizagem, concentração, conduta e relacionamento, sendo a abstenção e omissão as saídas encontradas pela equipe de Saúde para não reconhecer esse fenômeno como seu objeto de trabalho (Lima et al., 2015). Mesmo as notificações compulsórias acabam comprometidas, pois somente acontecem em casos graves de violência contra crianças e adolescentes, e a justificativa usada é o sentimento de insegurança vivenciado por esses profissionais no ambiente de trabalho, que acaba se tornando mais forte do que o dever ético de notificar (Moreira et al., 2014).

Existem outros pontos que devem ser discutidos e problematizados no enfrentamento da VDCA. Silveira, Iwamoto e Miranzi (2009) discutem a consequência do excesso de trabalho, ou seja, o desgaste físico e mental dos profissionais da Enfermagem envolvidos no cuidado às vítimas de violência. Em contrapartida, as metas que priorizam os atendimentos rápidos, em detrimento da prestação humanizada de cuidados, são apresentadas como justificativas para que o enfrentamento da violência doméstica infanto-juvenil não seja realizado.

Assim, existe urgência de discutir a saúde mental daqueles que trabalham diretamente com a violência. A sobrecarga emocional e física e o medo de represálias dos familiares e da comunidade, devido às notificações de violência, deixam o profissional exposto a um ambiente insalubre para desenvolver seu trabalho, e podem acarretar, inclusive, doenças futuras, como depressão, ansiedade, síndrome do pânico, dentre outras (Apostólico et al., 2013 apud Nunes, 2009).

Quando o enfermeiro adoece, é necessário o afastamento do ambiente de trabalho, o que provoca a quebra do elo de confiança que havia sido construído com a vítima da violência doméstica e com a família. Por conta disso, para contribuir com o trabalho do enfermeiro e melhorar suas condições de trabalho frente à VDCA, foram desenvolvidos diagnósticos de Enfermagem específicos para subsidiar a prática profissional do enfermeiro na descrição, assistência, reconhecimento e criação de estratégias de enfrentamento da VDCA (Albuquerque, 2014; Egry et al., 2010; Egry, Cubas, 2006).

Nesse sentido, fez-se necessário pensar em como atualizar os diagnósticos de Enfermagem, a fim de oportunizar um atendimento que possibilitasse revisar as

práticas e melhorar a captação da pluralidade das atividades de Enfermagem para o enfrentamento da VDCA (Albuquerque, 2014).

Assim, Leda Maria Albuquerque, em sua tese de doutorado, realizou uma atualização dos diagnósticos de Enfermagem que poderiam ser usados para auxiliar o reconhecimento e o enfrentamento da VDCA, com o propósito de que tais diagnósticos fossem utilizados pelos enfermeiros para subsidiar a identificação da realidade vivenciada por crianças e adolescentes que sofrem algum tipo de violência doméstica e a intervenção nessa realidade (Albuquerque, 2014).

Tendo em vista a VDCA ser um fenômeno complexo, as intervenções e contribuições da Enfermagem não são suficientes para realizar tal enfrentamento, o que remete à necessidade de ações intersetoriais que direcionem as ações e estratégias nesse sentido, visando a alcançar a interrupção do ciclo da VDCA com maior efetividade e eficiência (Ferreira, 2010).

O uso de instrumentos de gestão que sistematizam o planejamento municipal, com o objetivo de identificar as necessidades em saúde da população e responder a elas, torna-se ação potente de combate e enfrentamento à VDCA (Garcia, Reis, 2016).

Nesse contexto, destaca-se o Pacto pela Saúde como um instrumento dessa natureza. Trata-se de um acordo entre o Ministério Público, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os quais se propõem a implementar melhorias nos processos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aspirando à efetividade, eficiência e qualidade na assistência prestada à população, na tentativa de minimizar as iniquidades sociais (Brasil, 2012b).

Ainda, para efetivar essas melhorias nos processos gerenciais do SUS e atender às necessidades em saúde da população – inclusive quanto à VDCA –, os municípios elaboram o Plano Municipal de Saúde (PMS) e os Relatórios Anuais de Gestão em Saúde (RAGS), os quais se caracterizam pelo planejamento de diretrizes, de estratégias e de ações que captem as necessidades em saúde da população e diminuam as iniquidades sociais (Brasil, 2013b).

O PMS, que realiza uma análise situacional da região, criando estratégias, metas e ações coerentes com a realidade financeira e operacional do município, mostra-se como uma influente ferramenta para a identificação dos grupos sociais vulneráveis à violência doméstica. Assim, permite subsidiar ações que intervenham na realidade do município (Brasil, 2013b).

A Portaria n.º 2.135/2013 do Ministério da Saúde institui diretrizes para o delineamento do planejamento na esfera do SUS. Segundo essa portaria, é preciso haver harmonia entre o PMS e os instrumentos de elaboração orçamentária do governo, como: o Plano Plurianual (PPA), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (Brasil, 2013a).

Dessa forma, no ano de 2002, para dar maior visibilidade ao assunto da VDCA, o município de Curitiba teve a iniciativa de implementar o Relatório de Notificação da Rede de Proteção: Violência contra Crianças e Adolescentes, Perfil dos Casos Notificados. Com essa atitude, os gestores municipais que elaboram o PMS teriam maiores subsídios para a elaboração de estratégias e ações de prevenção e combate à VDCA (Curitiba, 2010).

Esse relatório apresenta casos de violência contra crianças e adolescentes, com enfoque no perfil da violência doméstica, no número de casos, na faixa etária mais atingida, na correlação do sexo da vítima com o tipo de violência sofrida, dentre outros (Curitiba, 2010).

Mesmo assim, é importante ressaltar que, além dos dados epidemiológicos sobre VDCA, é necessário um instrumento que faça a apreciação do que foi exposto no PMS, já que este é estruturado para o quadriênio, e isso representa um longo período de tempo para aqueles que estão na gestão (Garcia, Reis, 2016).

Os gestores apresentam uma importante atribuição na equação de prover a saúde ao indivíduo ou a um determinado grupo populacional e nos custos para o fornecimento desses serviços, com o propósito de alcançar o maior número possível de pessoas que necessitem da infraestrutura de saúde. Os gestores têm a tarefa de otimizar os recursos existentes para a saúde, assegurando que o acesso aos equipamentos sociais seja realizado de maneira equitativa, integral e universal, atendendo às necessidades em saúde da população (Burmester, 2017).

Por isso, fez-se necessária a criação de uma ferramenta, o Relatório Anual de Gestão Municipal (RAGM), normatizado pela Lei n.º 8.142/90 e pela Portaria n.º 2.135/13, que determina instruções para o processo de planejamento na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), para que auxilie no monitoramento e na prestação de contas dos municípios. Com o objetivo de fiscalizar a execução do PMS, foi gasta a verba do Fundo Nacional de Saúde para redirecionar o orçamento e, quando necessário, realizar ajustes no planejamento municipal, visando a melhorar o uso dos investimentos na área da saúde (Brasil, 2013; Garcia, Reis, 2016).

Especificamente para a área da saúde que atende a crianças e adolescentes, pela determinação legal, deve ser destinada uma verba específica para a implementação, o desenvolvimento e a manutenção de programas que desenvolvam a promoção à saúde e que financiem intervenções e serviços que respondam às demandas do desenvolvimento físico, pessoal, emocional e comunitário de crianças e adolescentes (Almeida, 2014).

Tendo em vista as novas perspectivas sobre proteger crianças e adolescentes das diferentes formas de violência, foi discutida e incluída no texto constitucional de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 a garantia do reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, conforme a teoria da proteção integral descrita no Art. 227 da Constituição Federal, que conceitua que deve ser dada preferência a crianças e adolescentes no atendimento às necessidades, criando estratégias e ações que assegurem seus direitos em relação à família, à sociedade e ao Estado (Brasil, 1988; Brasil 1990; Vendruscolo, 2007; Childhood, 2012).

Espera-se que, por meio dos documentos de gestão municipal em saúde – PMS e RAGM – implementem-se ações e destinem-se verbas para viabilizar a assistência humanizada e acolhedora de que crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica necessitam para seu desenvolvimento saudável. Diante do exposto, questiona-se: Quais são as potencialidades e os limites dos documentos municipais de gestão em saúde, para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo pretende compreender as potencialidades e os limites dos documentos municipais de gestão em saúde, como instrumentos para o enfrentamento da VDCA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as formas de captação e descrição das necessidades em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica nos documentos municipais de gestão em saúde;
- Verificar se as ações propostas respondem às necessidades em saúde das vítimas de VDCA.

3 JUSTIFICATIVA

3 JUSTIFICATIVA

Os aspectos sociais e culturais que circundam a VDCA são complexos, pois não se trata de um ato único e isolado de violência, mas de um ato que pode perdurar anos, se não houver a quebra do ciclo da violência (Moreira et al., 2014).

Minayo (2007) aponta que esse fenômeno somente foi considerado um problema de saúde pública quando começou a impactar diretamente a saúde individual e coletiva das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

A literatura científica indica claramente que a prevenção da violência doméstica é estratégica na perspectiva da saúde e da economia, devido ao impacto econômico e social associado às doenças desenvolvidas por adultos que vivenciaram a violência quando eram crianças ou adolescentes (Sumner et al., 2015).

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno multifacetado e de natureza social, que deve prezar as necessidades em saúde dessa parcela da população para a elaboração de estratégias que lhes respondam (Minayo, 2007), já que, mais do que apenas ferimentos aparentes, também pode gerar consequências como: transtornos de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), depressão, bipolaridade, síndrome do pânico, transtornos emocionais, agressividade, baixa autoestima, insegurança, disfunções alimentares e transtornos sociais, como a dificuldade de inserção nos meios de produção e isolamento social, dentre outros agravos que afetam o convívio social (Sumner et al., 2015).

As políticas públicas disponíveis são baseadas no arcabouço teórico da Epidemiologia Clássica, que não necessariamente considera as formas de viver e adoecer dos diferentes grupos sociais. As discussões e proposição de ações são baseadas em fatores de risco e agravos associados à VDCA (Vendruscolo, 2007). Entretanto, tal abordagem é limitante, pois as formas de viver e adoecer estão diretamente relacionadas às formas de violência e de enfrentamento mais efetivo e que garantam segurança e desenvolvimento saudável para crianças e adolescentes que vivenciam a violência doméstica (Souza, Santana, 2009).

As formas de viver estão diretamente relacionadas às diferentes formas como ocorre o processo de adoecimento do indivíduo. Parte-se do pressuposto de que a saúde é um fenômeno social e histórico, na manifestação das relações entre as pessoas e dessas com a natureza e a coletividade.

Hoje, existe a frequente associação da violência com pobreza, desestruturação familiar e consumo de álcool e outras drogas. Para além da existência dos fatores de risco para a violência, há situações de produção e reprodução social que agravam a ocorrência de eventos violentos de repetição, principalmente, em grupos sociais com maior vulnerabilidade (Moreira et al., 2014). Nesse contexto, no Brasil, as políticas neoliberais apresentam-se como um conjunto de diretrizes e princípios que diminuem o comprometimento do Estado com a população. As políticas públicas deveriam nortear as condutas do poder público, garantindo os direitos previstos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para melhorar as condições de saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (Borges, 2013; Mendes, 2015).

O sistema capitalista influencia negativamente a atuação dos sistemas de Saúde, já que se baseia na lógica da mais-valia, pois o ganho monetário está acima da garantia do bem-estar das pessoas e da resposta às necessidades em saúde da população (Vendruscolo, 2007; Mendes, 2015).

Nota-se, então, divergência entre a captação das necessidades em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e a descrição das estratégias e ações sugeridas por meio das políticas públicas. Essa descrição é realizada pelos modelos funcionalistas de compreensão do processo de saúde propostos para a intervenção, detecção e controle dos fatores de risco que causam a VDCA. Apesar dos avanços alcançados no campo da detecção e do controle dos fatores de risco, essa estratégia mostra-se limitada para responder às necessidades em saúde específicas da população relacionadas às necessidades sociais (Czeresnia, 2009).

É evidente a dificuldade na captação das informações dos dados relacionados à VDCA. Esses casos acontecem no meio privado do lar e muitas vezes não são denunciados por medo do perpetrador da violência ou receio de que as crianças sejam retiradas do domicílio. Esse fenômeno ganha maior dimensão quando os casos são mais graves e envolvem a polícia ou instituições, por meio da Ficha de Notificação Compulsória, em que o caso se torna público e necessita de intervenções dos equipamentos sociais (Espinosa, 2008).

Apesar da difícil detecção das situações relativas à VDCA, suas manifestações podem acontecer nas diferentes fases do desenvolvimento infanto-juvenil até a vida adulta. Os equipamentos sociais – escola, Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Fundação de Ação Social (FAS) – devem ser capazes de identificar a vulnerabilidade,

estar organizados e atentos a qualquer mudança de atitude (como mudança de comportamento ou dificuldade de se relacionar com os colegas) ou presença de lesões físicas (como um hematoma). O trabalho integrado entre a escola, a saúde e a ação social é eficaz para o reconhecimento dos sinais dados pelas crianças ou adolescentes vítimas de violência doméstica e oferece condições de realizar uma investigação do caso ou, se necessário, intervir para proteger a vítima (Leite et al., 2016; Galindo et al., 2017).

Nesse sentido, destaca-se a promoção da saúde como um campo teórico, prático e político, que se consolidou como uma política, perpassou, concomitantemente, todos os níveis de atenção à saúde, considerando a intersectorialidade e a articulação dos profissionais da saúde, usuários e comunidade (Costa, Vieira, 2013). É importante ressaltar a criação de estratégias e ações educacionais que qualifiquem e instrumentalizem os profissionais para reconhecer as manifestações apresentadas pelas vítimas de violência. O enfrentamento deve acontecer de forma multidisciplinar, intersectorial e integrada, para que as ações sejam mais efetivas e garantam a proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (Leite et al., 2016; Galindo et al., 2017).

Dessa forma, com base nos dados apresentados, este estudo faz-se importante, pois busca compreender as potencialidades e os limites dos documentos municipais de gestão em Saúde, como instrumentos para o enfrentamento da VDCA. Ainda, analisa a urgência de se discutirem estratégias e ações que captem as necessidades em saúde da população para que as políticas de enfrentamento da VDCA sejam mais efetivas e como as respostas oferecidas pelos gestores impactam a saúde de crianças e adolescentes que vivenciam a violência doméstica.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO

Como marco teórico-filosófico deste trabalho, foram adotadas as bases da Saúde Coletiva: o Materialismo Histórico e Dialético (MHD) e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

A Saúde Coletiva nasceu no Brasil na década de 1970, como fruto de discussões originadas na Medicina Social, na Medicina Preventiva e na Saúde Pública. Observou-se que essas áreas de conhecimento compreendiam o processo de adoecer apenas como um desgaste biopsíquico do indivíduo, em que as relações sociais não influenciavam o processo de adoecimento. Assim, a Saúde Pública tratava apenas a doença, e não sua determinação, por esse motivo, a população continuava a adoecer sem resposta a suas necessidades de saúde (Regis, Batista, 2015).

Nesse contexto, a Saúde Coletiva explica o processo de saúde-doença como um fenômeno social e historicamente determinado, ligado aos diferentes modos de produção e reprodução social, processos de trabalho e das diferentes classes sociais que emergiram devido ao sistema capitalista (Nascimento, 2017). Esse entendimento tem base nas discussões do Materialismo Histórico e Dialético (MHD), arquitetado por Marx e Engels, no século XIX, que fez críticas ao modo capitalista de produção e reprodução social. As relações de causa e efeito decorrentes dos modos de produção e inserção nos meios de trabalho favorecem a criação de um sistema de necessidades que reforça as desigualdades sociais (Perna, Chaves, 2008).

Na enfermagem, o MHD foi apropriado, em 1986, pela Professora Doutora Emiko Yoshikawa Egry, que, por meio de suas reflexões, foi pioneira na aproximação do MHD dentro da área de conhecimento da Enfermagem. Como resultado disso, criou-se a Teoria da Intervenção Prática em Saúde Coletiva (TIPESC), que oferece subsídios para analisar e interpretar o processo de saúde, fundamentada em uma visão de mundo que se vale das categorias marxistas (Perna, Chaves, 2008).

Tendo em vista que as constantes mudanças e transformações históricas e sociais influenciam de forma direta ou indireta o processo de adoecer, interpretar a saúde sob a ótica do MHD significa entender que a determinação do processo saúde-doença está para além da racionalidade que trabalha com o conceito de fatores de

risco, em que se consideram as questões sociais apenas como pano de fundo no processo de adoecimento da população (Queiroz, Egry, 1988). Dessa forma, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, que também está fundamentada no MHD, é descrita por um modelo histórico-social, que procura descrever os diferentes perfis de saúde e doença populacional, por meio da relação entre as circunstâncias históricas e os modos de produção e reprodução das diferentes classes sociais, e se opõe à fatalidade do “natural”, dando destaque à influência do modelo socioeconômico vivenciado pela população, para explicar as diferentes formas históricas do processo saúde-doença dos indivíduos (Bastos, 2013; Borghi, 2015).

A partir disso, é importante salientar que o processo saúde-doença não pode ser restrito apenas aos processos sociais, já que há necessidades biológicas que devem ser saciadas, a exemplo da fome; porém, a forma como se saciará a fome é social, devido à qualidade e quantidade do que é ingerido, bem como à oportunidade de acesso ao alimento, pois tal acesso é determinado socialmente (Bastos, 2013).

Há uma hierarquia entre o modo de produção e modo de vida (momento da produção e momento de consumo), já que existem grandes desigualdades sociais, como o acesso a bens de consumo, que se diferencia devido às desiguais maneiras como se produz riqueza, e à má distribuição do que é produzido socialmente (Bastos, 2013; Borghi, 2015).

4.2 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para iluminar o caminho a ser percorrido, este estudo utiliza o referencial da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPEsc), a qual é definida como “a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno, articulado aos processos de produção e reprodução social, referentes à saúde-doença de uma dada coletividade” e tem como base o MHD (Egry, 1996, p.34). Por meio deste referencial metodológico, é possível realizar a captação, a interpretação, a construção de um projeto de intervenção, a intervenção e a reinterpretação da Realidade Objetiva (RO), baseada na historicidade e na dinamicidade, que tem como potencial propor mudanças e superar contradições da realidade (Egry, 1996).

Nesse sentido, a historicidade pode ser entendida pela mobilidade da história, pela transformação social, de costumes, de valores, de crenças e de perspectivas, em

que as pessoas permanecem em constante aprendizado e a sociedade, em constante mudança. Já a dinamicidade está relacionada à contradição de dois polos opostos, que pode oportunizar novos métodos de transformação da realidade objetiva, em que, por meio de discussões, exposições e sugestões de estratégias, mudanças podem ser realizadas. Dessa maneira, a realidade social pode ser modificada, permanecendo em constante movimento (Egry, 1996). Como exemplificado na Figura 1, a espiral dialética demonstra o constante movimento e a transformação da Realidade Objetiva (RO) conforme as intervenções realizadas.

Figura 1 - A processualidade da transformação da realidade objetiva (RO) fundamentada na TIPEsc.

Fonte: Baseado em Egry, 1986.

Dessa forma, foi proposta para este estudo a utilização das duas primeiras etapas da TIPEsc: a captação e a interpretação da RO. Por meio delas, foram vislumbradas novas perspectivas crítico-reflexivas sobre as potencialidades e os limites dos documentos de gestão municipal em saúde para o enfrentamento da VDCA. Porém, para colocar em prática essas etapas, é necessário compreender que a TIPEsc é sustentada por duas bases teóricas: as categorias conceituais e as categorias dimensionais (Egry, 1996).

As categorias conceituais "são conjuntos totalizantes de noções e ideias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado" (Egry, 1986, p.51). As categorias conceituais utilizadas para

o entendimento das potencialidades e dos limites dos documentos municipais de gestão para o enfrentamento da VDCA compreendem como bases para as políticas de saúde: a sociedade, os modelos de organização social, o processo de saúde e as formas de adoecer, a Saúde Coletiva e a determinação do processo saúde-doença, a assistência à Saúde Coletiva, o processo de ensino-aprendizagem e a Enfermagem. Assim, foi realizada por meio dessas categorias conceituais a explicação histórica, que reflete a potencialização da intervenção de Enfermagem em relação à VDCA (Egry, 1996; Egry, Fonseca, 2000).

As categorias dimensionais “são um conjunto de noções que lidam com o processo de desenvolvimento da teoria no seu prisma operacional” (Egry, 1986, p.80), e que auxiliam na trajetória de análise, iluminando o objeto de pesquisa, para que se possa compreender a RO em um determinado momento histórico e social. Assim, a RO é constituída pela totalidade, pela práxis e pela interdependência entre a dimensão estrutural, a dimensão particular e a dimensão singular (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

Ainda, a Totalidade não deve expressar o conjunto de todos os acontecimentos, mas o entendimento da associação do todo estruturado e as partes que o compõem, e que cada acontecimento só pode ser compreendido em um determinado momento histórico e social, a partir da junção da totalidade-parte, o que facilita o entendimento da totalidade da RO, fazendo com que qualquer fato possa ser facilmente compreendido (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

A Práxis é um elemento estrutural da TIPESC. Trata-se da prática reflexiva, constituída pelo saber e pelo fazer – que são priorizados na metodologia de intervenção em Saúde Coletiva – e que demanda movimentações e modificações contínuas da RO. Isso não permite que tais modificações e movimentações se tornem limitadas, restritas, confinadas, algo que siga uma única direção, mas sim que estejam em constante movimento (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013). A interdependência entre a dimensão estrutural, a dimensão particular e a dimensão singular possibilita melhor entendimento das potencialidades e dos limites dos documentos de gestão em saúde para o enfrentamento da VDCA, evidenciando as contradições entre elas e nelas próprias.

A dimensão estrutural possibilita iluminar o objeto de pesquisa, que está relacionado ao SUS e às políticas sociais e econômicas em âmbito federal, regidas pelo modo de produção capitalista.

A dimensão particular que se refere ao âmbito estadual permite compreender como as políticas influenciadas pelo capitalismo reforçam a inserção desigual nos meios de produção e os modos de trabalho, que estão associados às diferentes formas de adoecer e morrer (Egry, 1996).

Já a dimensão singular proporciona maior entendimento das políticas públicas que se concretizam nos documentos municipais de gestão em saúde.

Com isso, deve ser ressaltado que, ao se intervir em uma dimensão, as outras igualmente se modificam, levando em consideração a historicidade e a dinamicidade das relações sociais presentes, quando é realizada a captação e interpretação da RO (Egry, 2010).

4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo pauta-se em pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva e documental, em que se busca compreender as potencialidades e os limites dos documentos da gestão municipal em saúde para o enfrentamento da VDCA. Os estudos exploratórios com abordagem qualitativa destacam-se pela possibilidade de pesquisar temas pouco investigados, que visam a compreender o fenômeno observado, sugerindo novas perspectivas sociais relacionadas ao reconhecimento das necessidades em saúde da população (Fontelles et al., 2009; Minayo, 2015).

Já a análise documental possibilita a organização da informação, ampliação do conhecimento, assim, resulta em uma contextualização histórica e sociocultural, o que é de grande relevância para esta pesquisa, uma vez que esses dois aspectos são as bases investigativas para reconhecer as potencialidades e os limites dos documentos municipais de gestão em saúde para o enfrentamento da VDCA (Severino, 2007; Sá-Silva, Almeida, Guindani, 2009).

4.4 FONTES E ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se como método para tratamento dos dados a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2009), a partir da hermenêutica crítica, bem como construções ideológicas, legais e culturais. Tal análise apresenta uma ancoragem consistente no rigor metodológico, ao mesmo tempo, traz um caminho multifacetado

que a caracteriza como um método que, histórica e cotidianamente, produz sentidos e significados, na diversidade de amostragem, presentes no mundo acadêmico (Bardin, 2009).

Após a leitura dos documentos municipais de saúde, foram realizadas anotações e observações para que os dados pertinentes não se perdessem. Posteriormente, passou-se à releitura dos documentos, a fim de identificar os temas sob o enfoque das categorias analíticas: limites, potencialidades e contradições dos PMSs, dos RAGMs e dos RNRPs. Os temas identificados permitiram a organização dos núcleos de sentido pelo agrupamento dos subtemas.

Seguindo a orientação metodológica de análise, emergiram as seguintes categorias empíricas: epidemiologia da VDCA, intersetorialidade, estratégias de enfrentamento, superficialização do perfil da VDCA, fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e valorização do profissional na APS.

A coleta de dados deu-se no período de março a julho de 2017. Foram analisados os RAGMs do período de 2013-2016, os PMSs de 2010-2013 e 2014-2017 e os Relatórios de Notificação da Rede de Proteção: Violência contra crianças e adolescentes, perfil dos casos notificados (RNRP), do período de 2013 a 2016, totalizando 10 documentos. Tais dados estão dispostos a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 – Documentos municipais de gestão em saúde de Curitiba (2018), organizados por ano de publicação e se abordam a temática da VDCA.

	PMS 2010 a 2013	RAGM 2013	RNRP 2012/2013
Aborda aspectos referentes à VDCA?	SIM	SIM	SIM
	PMS 2014 a 2017	RAGM 2014	RNRP 2013/2014
Aborda aspectos referentes à VDCA?	SIM	SIM	SIM
		RAGM 2015	RNRP 2014/2015
Aborda aspectos referentes à VDCA?		SIM	SIM
		RAGM 2016	RNRP 2015/2016
Aborda aspectos referentes à VDCA?		SIM	SIM

A Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000 estabelece que os estados e municípios devem destinar entre 12% e 15%, respectivamente, de seus recursos financeiros à saúde (Brasil, 2000).

Para tanto, houve a necessidade de criar ferramentas que auxiliassem os gestores na organização das prioridades e prestação de contas em saúde, a fim de favorecer a transparência na administração pública, permitir aos cidadãos acompanhar a alocação dos recursos em saúde e, posteriormente, verificar se os estados e municípios cumpriram as metas estabelecidas (Brasil, 2000).

Após sua elaboração, o RAGM deve ser encaminhado para aprovação no respectivo Conselho de Saúde Municipal, no máximo, até dia 30 de março do ano subsequente (Brasil, 2016).

Outro documento analisado, o Relatório de Notificação da Rede de Proteção: Violência contra Crianças e Adolescentes, Perfil dos Casos notificados (RNPR), produzido anualmente, apresenta dados epidemiológicos da violência doméstica no município de Curitiba. Por intermédio desses documentos, os gestores municipais de Saúde elaboram ações para o enfrentamento da violência no município (Curitiba, 2010).

Os documentos apresentam as regiões que necessitam de maior atenção e os locais com altos níveis de vulnerabilidade e que precisam de intervenções sociais com maior urgência (Curitiba, 2010). Esses registros ficam armazenados no SargSUS-DataSUS e no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Brasil, 2016; Curitiba, 2016).

O SargSUS (Anexo 1) é um instrumento que auxilia o gestor a legitimar e organizar os dados dos últimos 12 meses de administração pública, sendo uma ferramenta imprescindível para o planejamento e ações do governo em relação à saúde (Brasil, 2016).

Esse instrumento tem a função de dar suporte à construção do RAGM e a seu encaminhamento ao Conselho Municipal de Saúde. Armazena os PMS, resoluções, Plano Anual de Metas (PAM), PPA e avaliação de desempenho dos contratos com prestadores de serviços (Anexo 2) (Brasil, 2016).

Quanto aos RNPRs, apenas os documentos dos anos de 2009 e 2010 estavam disponíveis *online* no *site* da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Anexo 3). Após solicitação aos Distritos Sanitários, foram disponibilizados, dentre outros, os referentes documentos aos anos de 2012/13, 2013/14, 2014/15 e 2015/16.

Após a seleção e organização dos documentos de gestão municipal em Saúde (PMS, RAGM e RNRP), as informações foram inseridas em uma tabela do editor de textos Word®, para melhor visualização e sistematização dos dados coletados, contendo o ano e se aborda aspectos referentes ao enfrentamento da VDCA (Quadro 1).

Nesse sentido, devido à complexidade inerente à análise de dados qualitativos, foi utilizado o Web Qualitative Data Analysis (WebQDA), um *software* que auxilia na organização e análise dos dados coletados, assim, facilita a compreensão do fenômeno e ilumina as ideias contidas nos documentos (Souza, Costa, Moreira, 2011).

O grande diferencial desse *software* é a possibilidade de o pesquisador acessar seu projeto em qualquer computador com conexão à Internet, sem a necessidade de fazer *download* para seu uso. Além disso, o WebQDA disponibiliza outros tipos de ferramentas e aplicações que facilitam a organização dos dados, como diário de bordo, lista de tarefas, atualização do sistema de análise, construção de matrizes, criação da nuvem de palavras. Isso proporciona numerosos benefícios, como editar, visualizar, interligar e organizar os dados que serão analisados (Souza et al., 2017).

4.5 CENÁRIO

O local do estudo foi o município de Curitiba, capital do Estado do Paraná. Com estimativa de 1.751.907 habitantes, é o município mais populoso da região Sul do Brasil, além de ser o 8.º município mais populoso do país (IBGE, 2010).

Curitiba é dividida em nove regionais administrativas: Bairro Novo; Boa Vista; Boqueirão; Cajuru; Cidade Industrial de Curitiba (CIC); Matriz; Pinheirinho; Portão e Santa Felicidade. Os distritos agregam números de bairros diferentes e tamanhos diferentes de seus territórios (IPPUC, 2017).

A ocupação do território do município deu-se a partir da região central para as áreas periféricas, com os bairros Bairro Novo e Pinheirinho. Localizadas na parte sul de Curitiba, essas áreas são de urbanização mais recente e possuem maior quantidade de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, o que demonstra a necessidade de o município atender às demandas em saúde desse grupo social (IPPUC, 2017).

Para promover a melhoria na administração do município e, sobretudo, realizar uma aproximação entre os equipamentos públicos de saúde, educação e segurança, para melhorar a qualidade no atendimento à população, no ano de 2015, fez-se necessária a criação de um novo distrito, a Regional Pinheirinho, que antes era composta por oito bairros, os quais foram desmembrados, passando a ter cinco distritos, e a nova Regional Administrativa do Tatuquara, que passou a ser composta por três bairros (IPPUC, 2017).

Considerando a recente criação da Regional Administrativa do Tatuquara, e a indisponibilidade de dados sobre essa Regional, neste trabalho, são apresentadas as informações disponíveis das nove Regionais Administrativas presentes na conformação do Município de Curitiba, conforme a Figura 2 (IPPUC, 2017).

Figura 2 - Mapa do município de Curitiba com as nove regionais administrativas vigentes em 2015, destacando a regional Pinheirinho.

Fonte: IPPUC, 2000.

Desse modo, as regionais administrativas têm como objetivo possibilitar a presença do governo municipal em todos os bairros da cidade, viabilizando, por meio de ações e serviços, a conexão entre as secretarias e órgãos que constituem a gestão, os interesses e as necessidades da comunidade (Curitiba, 2017).

Essas estruturas, em sua maioria, estão localizadas nas Ruas da Cidadania, são de fácil acesso à população e ficam próximas a terminais ou a pontos de parada de ônibus. Nelas são “ofertados os serviços de infraestrutura urbana, ambiental, econômica e de caráter social” (Curitiba, 2017, s.p.).

4.6 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A partir de 2002, o município de Curitiba teve diminuição de aproximadamente 50% de sua população mais jovem (0 a 29 anos) e aumento da população com mais de 30 anos (IBGE, 2010), conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - População do município de Curitiba.

Fonte: Curitiba. Departamento de Planejamento e Informações, 2017.

Figura 3 – Quantitativo da população de Curitiba segundo faixa etária no período de 2000 a 2010.

Faixa etária	N.º	%	Crescimento 2000/2010
0 a 3 anos	85.836	4,9%	-15%
4 a 5 anos	44.220	2,5%	-19%
6 a 10 anos	115.620	6,6%	-11%
11 a 14 anos	104.542	5,9%	- 5%
15 a 29 anos	462.958	26,5%	2%
30 a 59 anos	740.401	42,2%	23%
60 anos ou +	198.330	11,3%	48%

Fonte: Curitiba. Departamento de Planejamento e Informações, 2017.

Ao analisar o Gráfico 1, observa-se que houve uma redução no número de crianças e adolescentes na idade de 0 a 14 anos, já na Figura 3 fica explícito que, segundo o censo de 2010, havia um quantitativo de quase 350 mil crianças e adolescentes no município, o que representa aproximadamente 20% da população total de 1.751.907 do município (IBGE, 2010).

Outra característica relevante desse grupo populacional refere-se aos locais de moradia que estão concentrados nas regiões periféricas ao sul da cidade, nos distritos da Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Bairro Novo, Boqueirão e Pinheirinho (IPPUC, 2017).

Gráfico 2 - Bairros com o maior número de crianças e adolescentes da região de Curitiba.

Fonte: IBGE. Censo demográfico 2010, 2011.

Curitiba possui uma boa colocação no *ranking* nacional das melhores cidades para se viver, com IDH de 0,855¹, considerado muito alto (IBGE, 2010; IPEA, 2008), e índice GINI de 0,55² (IPPUC, 2017).

Esse município foi escolhido para local de pesquisa devido a seu destaque no trabalho de combate e enfrentamento à violência vivenciada por crianças e adolescentes. Desde 1998, engajou-se essa cidade em unir esforços de diversos setores e programas para a formulação de uma ficha única e padronizada para notificação e acompanhamento de crianças e adolescentes que vivenciavam alguma situação de risco de violência.

Em 2002, o município destacou-se por idealizar um banco de dados, em que todas essas fichas de notificação eram analisadas e armazenadas. Como resultado disso, instituiu-se o Programa Rede de Proteção das Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência (Pfeiffer et al., 2011).

¹ O IDH é constituído pelos itens educação (alfabetização, frequência escolar, média de anos de estudo), saúde (expectativa de vida, longevidade e natalidade), renda (medida pelo poder de compra por habitante e a renda nacional bruta). O IDH pode variar de 0 (nenhum desenvolvimento humano) e 1 (desenvolvimento humano total), e, quanto mais próximo do número 1, mais desenvolvido o município será.

² O coeficiente de Gini é um índice que mensura a concentração de renda de um determinado grupo social, apontando o grau de desigualdade nos rendimentos dos 20% mais ricos e dos 20% mais pobres, ou seja, a distribuição de renda domiciliar *per capita* de uma determinada população. Numericamente, varia de 0 a 1, em que 0 representa a situação de total igualdade de renda, e o valor 1, completa desigualdade de renda.

4.7 ASPECTOS RELATIVOS À ÉTICA EM PESQUISA

Para a coleta de dados, este estudo utiliza uma base de dados de natureza documental, disponível em *sítes* públicos.

De acordo com a Resolução n.º 510/2016 do Ministério da Saúde, que institui os preceitos éticos que envolvem a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, não é necessária a apresentação deste estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa, já que não se realizará pesquisa com seres humanos (Brasil, 2016b).

Contudo, visando à integridade da pesquisa e do propósito da pesquisadora, os resultados deste estudo serão disponibilizados, formalmente, em formato eletrônico e impresso, para todos aqueles que tenham interesse no tema, bem como ao município estudado. Além disso, os resultados serão divulgados em formato de artigo e apresentação estruturada, ao término da pesquisa.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 POTENCIALIDADES E LIMITES

Após a realização das análises, encontraram-se, como limites e potencialidades dos documentos municipais de saúde para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, as seguintes categorias empíricas:

- A epidemiologia da VDCA;
- Superficialização do perfil da VDCA;
- Intersetorialidade;
- Fortalecimento da APS;
- Estratégias de enfrentamento;
- Valorização do profissional.

Nas referências a seguir, ou seja, trechos dos documentos analisados, as partes destacadas em negrito exemplificam essas categorias empíricas.

No que tange à potencialidade da **análise epidemiológica da VDCA**, as referências podem ser percebidas nos trechos abaixo, extraídos após a leitura dos documentos municipais de saúde, em que os dados divididos quanto a: faixa etária mais atingida, natureza, perfil, tipo e natureza da violência tornam-se potentes ferramentas para o enfrentamento da violência doméstica. Isso contribui para a visibilização da magnitude desse fenômeno.

PMS (2010/2013):

Referência 1 [...] **A negligência foi a forma de violência com maior número de notificações**, considerando-se a **natureza da violência**, demonstrando que esta modalidade tem sido identificada pelos profissionais e considerada igualmente prejudicial ao desenvolvimento infanto-juvenil.

Referência 2 [...] A **faixa etária de maior coeficiente de notificação de violência** foi a **de menores de 1 ano**, apontando para a necessidade de se intensificar a atenção multiprofissional para gestantes e lactentes.

PMS (2014/2017):

Referência 1 [...] Na **violência intrafamiliar prevalece a negligência** (74,1%), seguida da **violência física** (12,6%) e da **sexual** (7,4%).

Referência 2 [...] Das 5.107 notificações de violência contra crianças e adolescentes ocorridas, 743 foram de **violência sexual** (14,5%) e 400 casos (53,8%) foram atendidos nos hospitais de referência.

RNRP (2013/2014)

Referência 1 [...] No ano de 2013, do total de 4.380 crianças e adolescentes notificados residentes em Curitiba, 3.882 (88,6%) **sofreram violência intrafamiliar**, ou seja, a que acontece no ambiente doméstico, no **âmbito das relações familiares**.

Referência 2 [...] Nas situações em que a criança e ou adolescente tem mais de uma notificação, independentemente do intervalo de tempo entre elas e do tipo de violência, a partir da segunda notificação estas são denominadas **notificações reincidentes** ou **reincidências**. Do total de 4.380 notificações de residentes em Curitiba, **o número de reincidências foi de 604 casos** (13,8%).

Referência 3 [...] Ao analisar **o tipo e a natureza da violência**, observa-se que na violência intrafamiliar **a negligência prevalece** com 64,3%, seguida da **violência psicológica** (14,8%) e da **física** (13,4%). A **violência sexual** representou 5,8% das notificações com 300 casos.

Referência 4 [...] Houve **redução da população analfabeta, aumento dos níveis de instrução e da taxa de escolarização, bem como da taxa de alfabetização**. Entretanto, embora tenhamos avançado na garantia de direitos relativos ao acesso à educação, **isso não significa que houve redução nas iniquidades sociais**, entre os que têm mais ou menos oportunidades de estudo. **A baixa escolaridade tem efeitos sobre outros aspectos da vida do indivíduo, entre eles a saúde**.

Referência 5 [...] Quanto ao **tipo de negligência (de educação, de proteção, de saúde e a estrutural)**, {ressaltasse} que uma mesma notificação pode apresentar mais de um tipo de negligência.

Referência 6 [...] A **negligência e a violência física são praticadas especialmente pelos pais**, se analisadas em seu conjunto; 86,5% das negligências e 68,2% das violências físicas notificadas **tiveram a mãe, o pai ou ambos como autores**. O pai foi o maior responsável pela violência sexual intrafamiliar, com 28,4% das notificações, seguido do padrasto (20,8%) e do tio com 11,1%.

Referência 7 [...] **Em 11 dos 300 casos de violência sexual notificados, o autor está como ignorado (3,6%).**

RNRP (2014/2015):

Referência 1 [...] Nas situações em que a criança e ou adolescente tem mais de uma notificação, caracterizando **episódios diferentes de violência**, independentemente do intervalo de tempo entre elas e do tipo de violência, **a partir da segunda notificação, estas são denominadas notificações reincidentes ou reincidências**. Das 4.465 notificações de residentes em Curitiba, **o número de reincidências foi de 514 casos (11,5%).**

Referência 2 [...] A faixa etária de **maior número de notificações de violência foi a de menores de um ano de idade**, considerando-se que está corresponde a um intervalo de um ano, enquanto as outras correspondem de três a cinco anos. **Crianças de 10 a 14 anos são o segundo grupo mais notificado, seguido das crianças de 5 a 9 anos.**

Referência 3 [...] **Em todas as faixas etárias, a negligência representa o principal motivo de notificação e entre crianças menores de 1 ano aparece de forma mais acentuada**, representando 93,0% do total das notificações. **A violência psicológica apresenta expressiva ocorrência nas faixas etárias a partir de 1 ano de idade. A violência sexual assume maior importância entre crianças as de 1 a 4 anos (11,7%) reduzindo seu peso com o aumento da idade. A violência física se evidencia a partir de 1 ano de idade e apresenta peso [importância] semelhante em todos os grupos etários.**

Referência 4 [...] Considerando-se o **tipo de violência e o sexo das vítimas**, observa-se que **a violência sexual é significativamente maior no sexo feminino, que também é mais vitimado pela violência psicológica. O trabalho infantil e a negligência são mais incidentes no sexo masculino.**

Referência 5 [...] Avaliando o tipo e o autor da violência, observa-se que, **excluindo a violência sexual, isoladamente a mãe é a principal autora nos demais tipos de violência.**

Referência 6 [...] **A negligência e a violência física são praticadas especialmente pelos pais**, se analisados em seu conjunto; **83,9% das negligências e 65,3% das violências físicas notificadas tiveram a mãe, o pai ou ambos como autores. O pai foi o maior responsável pela violência sexual intrafamiliar**, com 25,9% das notificações, seguido do padrasto (21,5%) e do tio com 14,3%.

Na apresentação dos dados epidemiológicos, ao longo dos anos foi identificada a **superficialização do perfil da VDCA**. Pautados na epidemiologia clássica, esses dados não levam em consideração a reprodução social, o que acarreta compreensão limitada das necessidades de saúde.

RAGM (2015):

Referência 1 [...] Notificar os casos suspeitos e ou confirmados de pessoas atendidas **nos serviços de saúde, nas escolas municipais e estaduais e centros de educação infantil, nos serviços da FAS e Hospitais.**

Referência 2 [...] Manter fluxo de **atendimento integrado às pessoas em situação de risco para a violência**, bem como às famílias e ao agressor, consolidando parcerias.

Referência 3 [...] **Participar de campanhas de mobilização social de prevenção da violência em grupos de maior vulnerabilidade.**

RAGM (2016):

Referência 1 [...] Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (**criança, adolescente**, jovem, adultos e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Referência 2 [...] Organizar um modelo de VeS, que viabilize o fortalecimento das ações de saúde coletiva desenvolvidas de maneira integrada **voltadas para redução de riscos.**

Referência 3 [...] Atender a 100% da demanda de vítimas de **violência sexual** que procurarem os serviços de saúde conforme o protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual.

A **intersetorialidade aparece como a base fundamental** da rede de notificação, uma vez que envolve os diferentes setores do município, como a educação, saúde e ação social. A preocupação em articular diferentes políticas para subsidiar ações setoriais e intersetoriais está explicitada em todos os documentos analisados.

PMS (2014/2017):

Referência 1 [...] Notificar os casos suspeitos e ou confirmados de pessoas atendidas **nos serviços de saúde, nas escolas municipais, escolas estaduais, centro de educação infantil, nos serviços da fundação de ação social e hospitais de referência.**

Referência 2 [...] Manter **fluxo de atendimento integrado** às pessoas em situação de risco para violência, bem como às famílias e ao agressor, **consolidando parcerias.**

RAGM (2013):

Referência 1 [...] **Contribuir de forma intersetorial e integrada** para a redução da violência contra a criança e o adolescente em Curitiba, principalmente no que se refere à violência doméstica/Intrafamiliar e sexual.

Referência 2 [...] Notificar os casos de violência suspeita ou comprovada **atendidos nas unidades de saúde, nas escolas e centros de educação infantil – CEIs, nos serviços da Fundação de Ação Social – FAS e nos hospitais de referência.**

Referência 3 [...] A análise do banco de dados de violência contra crianças e adolescentes notificados pela Rede de Proteção permite conhecer o perfil da violência cometida contra crianças e adolescentes, principalmente a intrafamiliar, **o perfil das vítimas e dos autores da violência, além de subsidiar ações setoriais e intersetoriais voltadas à atenção e prevenção da violência.**

RAGM (2014):

Referência 1 [...] **Articular políticas intersetoriais** na Prefeitura Municipal de Curitiba, para o atendimento aos diversos ciclos de vida, com especial atenção às populações de mais vulnerabilidade.

Referência 2 [...] **Desenvolver política institucional e intersetorial de promoção da saúde**, com enfoque nos determinantes da saúde e incorporando os conceitos de sustentabilidade e qualidade de vida, contribuindo com as ações voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população.

RNRP (2014/2015):

Referência 1 [...] O mesmo foi elaborado a partir do banco de dados das **notificações obrigatórias preenchidas por técnicos da área da saúde, da educação e da assistência social** que trabalham em mais de 800 serviços notificadores de violência contra crianças adolescentes.

Referência 2 [...] Notificações de residentes em outros municípios são encaminhadas ao **Conselho Tutelar e/ou ao juiz da comarca da cidade de origem** da criança e do adolescente.

Referência 3 [...] Do total de notificações no ano de 2014, **os serviços de saúde realizaram o maior número (58,8%)**, seguidos pelos **serviços de educação (32,3%)** e pelos **serviços da assistência social (7,1%)**. Entre os tipos de serviços, os **hospitais** foram os responsáveis pelo maior número de notificações (72,7%), seguidos pelas escolas municipais.

RNRP (2015/2016):

Referência 1 [...] Em 2015, **os serviços de saúde realizaram o maior número de notificações (62,2%)**, seguidos pelos **serviços de educação (27,5%)** e pelos **serviços da assistência social (8,4%)**. **Entre os serviços de saúde, os hospitais foram os responsáveis pelo maior número de notificações (72,4%)** e entre os serviços de educação, **destacam-se as escolas municipais (64,8%)**.

Destaca-se como potencialidade a preocupação do município em **fortalecer a atenção primária** como estratégia para captar as necessidades em saúde da população, bem como e responder a elas. No entanto, não foram encontradas nos documentos **ações no âmbito da APS específicas para o enfrentamento da VDCA**.

PMS (2010/2013):

Referência 1 [...] **Implantação de ações de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde** com a expansão da **estratégia saúde da família**, a **ampliação da carteira de serviços ofertados**, além da **organização das redes de atenção** de forma estruturante, e a implantando novos métodos e técnicas de gestão, garantindo **o acesso qualificado aos serviços de saúde do município**.

Referência 2 [...] **Para melhor qualificar a atenção primária à saúde e padronizar o processo de trabalho**, a Secretaria Municipal da Saúde estabeleceu como estratégia de gestão a utilização de protocolos clínicos, validados pelas sociedades científicas, órgãos de classe e universidades. São instrumentos de normatização da atenção à saúde, que têm como **objetivos: organizar a atenção de acordo com a condição de risco identificado; auxiliar na tomada de decisão na clínica e gestão; capacitar os profissionais na promoção, prevenção e no tratamento dos agravos; estabelecer indicadores a serem monitorados**.

Referência 3 [...] Em 2002, foi implantado o **Contrato de Gestão na Atenção Primária** com o **objetivo de aumentar a participação, negociação e responsabilidade mútua entre gestores, equipes das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e comunidade**.

PMS (2014/2017):

Referência 1 [...] **Organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, humanização, integralidade e resolutividade, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema**.

Referência 2 [...] **Fortalecer o vínculo da população com sua equipe de APS** e territorializar os outros níveis de atenção.

Referência 3 [...] **Integrar os serviços em rede de atenção por meio de referências, regulação e apoio matricial, intensificando e estruturando o acesso de qualidade em todos os níveis do sistema, a partir das necessidades dos usuários.**

Referência 4 [...] **Ampliar e melhorar o acesso das pessoas à APS.**

RAGM (2014):

Referência 1 [...] **Organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, humanização, integralidade e resolutividade, tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema.**

PMS (2010/2013):

Referência 1 [...] **O prontuário eletrônico *on-line* permite o monitoramento *on-line* do fluxo de investigação na rede e as notificações dos agravos podem ser efetuadas por ele também.**

Referência 2 [...] Os pontos de atenção (os serviços de saúde – unidades, ambulatorios, hospitais, laboratórios etc.) **devem ser organizados e integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas**, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

Referência 3 [...] a Atenção Primária em Saúde (APS) é [entendida ainda] como locais onde se atua diretamente no processo saúde-doença e que têm **potencial transformador social**, pela elevação do vínculo, o estabelecimento do cuidado longitudinal dos **indivíduos-famílias-comunidade**, da **co-reponsabilização dos cidadãos com o viver, adoecer e morrer.**

Foi possível identificar **ações de enfrentamento da VDCA que envolvem diferentes setores e articulam ações diversas**, como a realização de campanhas, o desenvolvimento de módulos de instrumentalização e capacitação dos profissionais das secretarias municipais, das unidades de saúde, escolas e de Centro de Educação Infantil (CEI), de serviços da Fundação de Ação Social (FAS) e de hospitais de referência.

RAGM (2013):

Referência 1 [...] **Tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes** é um dos objetivos da Rede de Proteção.

Referência 2 [...] análise do banco de dados de violência contra crianças e adolescentes notificados **permite conhecer o perfil da violência cometida contra crianças e adolescentes, principalmente a intrafamiliar**, o perfil das vítimas e dos autores da violência, além de subsidiar **ações setoriais e intersetoriais voltadas à atenção e prevenção da violência**.

Referência 3 [...] **notificar os casos de violência suspeita ou comprovada atendidos nas unidades de saúde, nas escolas e centros de educação infantil - CEIS, nos serviços da fundação de ação social - FAS e nos hospitais de referência**.

Referência 4 [...] manter **capacitação continuada sobre o tema violência para profissionais da secretaria municipal da saúde e parceiros que atendem crianças e adolescentes**.

Referência 5 [...] **manter o fluxo de atendimento integrado a crianças e adolescentes em situação de risco para a violência**, bem como às famílias e ao agressor, consolidando as parcerias.

Referência 6 [...] **Instrumentalizar as redes locais para acompanhamento e monitoramento** (gestão de caso) de 100% dos casos de violência notificados, suspeitos ou confirmados, dos residentes de Curitiba.

Referência 7 [...] **Realizar 2 campanhas anuais de mobilização social visando à prevenção da violência**.

Referência 8 [...] Desenvolver 1 módulo/ano de **educação permanente para estimular a cultura da paz e prevenção das violências para as equipes multiprofissionais**.

RAGM (2014):

Referência1 [...] **Contribuir de forma intersetorial e integrada para a redução da violência contra a criança e ao adolescente em Curitiba, principalmente no que se refere à violência doméstica/Intrafamiliar e sexual**.

Referência 2 [...] **Notificar os casos de violência suspeita ou comprovada atendidos nas unidade de saúde, nas escolas e centros de educação infantil - CEIS, nos serviços da Fundação de Ação Social - FAS e nos hospitais de referência**.

Referência 3 [...] **Manter capacitação continuada sobre o tema violência para profissionais da Secretaria Municipal da Saúde e parceiros que atendem crianças e adolescentes**.

Referência 4 [...] **Manter o fluxo de atendimento integrado a crianças e adolescentes em situação de risco para a violência**, bem como às famílias e ao agressor, consolidando parcerias.

Referência 5 [...] **Instrumentalizar as redes locais para acompanhamento e monitoramento (gestão de casos) de 100% dos casos de violência notificados, suspeitos ou confirmados, dos residentes de Curitiba.**

PMS (2010/2013):

Referência 1 [...] **o prontuário eletrônico on-line permite o monitoramento on-line do fluxo de investigação na rede e as notificações dos agravos podem ser efetuadas por ele também.**

Referência 2 [...] A análise dos dados de violência contra crianças e adolescentes notificados pelos serviços que integram a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência **permite que se compreenda sistematicamente o fenômeno da violência, principalmente a violência intrafamiliar e que se {desencadeiem} as ações de monitoramento, acompanhamento e assistência dessas vítimas, de seus agressores e suas famílias, bem como estabelecer ações de prevenção, que são programadas em conjunto com outros setores públicos.**

PMS (2014/2017):

Referência 1 [...] **Notificar os casos suspeitos e /ou confirmados de pessoas atendidas nos serviços de saúde, nas escolas municipais e estaduais e centro de educação infantil, nos serviços da fundação de ação social e hospitais de referência.**

Referência 2 [...] **Atender 100% das vítimas de violência sexual** que procurarem os serviços de saúde conforme o protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual.

Referência 3 [...] **Manter fluxo de atendimento integrado às pessoas em situação de risco para violência, bem como às famílias e ao agressor, consolidando parcerias.**

Referência 4 [...] Participar de campanhas de mobilização social de prevenção da violência em grupo de maior vulnerabilidade. **Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN).**

A preocupação com a valorização e a capacitação dos profissionais da área da saúde foram explicitadas nos documentos municipais de gestão, porém

quando **relacionadas à VDCA**, foi identificada apenas uma citação específica ao longo dos documentos analisados.

PMS (2010/2013):

Referência 1 [...] Desde 1994, a SMS adotou a Remuneração Variável para os servidores, com valores financeiros variando de 20% a 50% do vencimento básico do servidor. **O objetivo desta remuneração é a melhoria da qualidade da assistência prestada, valorizando a lotação de equipe em unidades de maior complexidade, seja pela distância quanto pelas características do território das áreas das Unidades de Saúde.** Ao longo dos anos, ajustes necessários ao aperfeiçoamento desta sistemática foram regulamentados em Portarias e Decretos, vigorando hoje o Programa de Incentivo à Qualidade, extensivo a todas as unidades administrativas.

Referência 2 [...] A PMC tem como um instrumento forte, de indução da sua Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos, um Plano de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS/2004, tem como princípios básicos: I -mobilidade, nos limites legais vigentes, que permita a prestação de serviços públicos de excelência; II - **desenvolvimento profissional co-responsável que possibilite o estabelecimento de trajetória das carreiras, mediante crescimento horizontal e crescimento vertical por merecimento.** O Plano objetiva oportunizar trajetória profissional de crescimento contínuo aos servidores municipais, visando sua valorização e incentivo, bem como o aumento da efetividade do serviço público.

Referência 3 [...] **Preparar os novos agentes públicos que ingressam no serviço e manter atualizados {os} demais profissionais.**

Referência 4 [...] **Incrementar a qualificação da formação dos profissionais de saúde para atuação no SUS.**

Referência 5 [...] **Capacitar os profissionais para a percepção da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial; oferecer às vítimas, aos autores da violência e às famílias o atendimento necessário para ajudar na superação das condições geradoras de violência, bem como das sequelas dela resultantes.**

PMS (2014/2017):

Referência 1 [...] Desenvolver, junto aos servidores da SMS Curitiba, **programas de Educação Permanente, como forma de ampliar as competências e qualificar as práticas em saúde.**

Referência 2 [...] **Ampliar as competências técnico-relacionais dos trabalhadores da SMS tornando-os sujeitos comprometidos com o cuidado.**

RAGM (2013):

Referência 1 [...] Buscar maior **satisfação e qualificação dos trabalhadores** por meio da discussão e revisão acerca do Plano de Cargos e Carreira e Salários (PCCS), da efetivação da mesa de negociação do SUS, do desenvolvimento de programas de educação permanente que buscam **ampliar competências técnicas e qualificação das práticas em saúde**, e do fortalecimento da política de integração ensino-serviço.

Referência 2 [...] Investir em **qualificação e fixação de profissionais** para o SUS.

Referência 3 [...] **Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.**

Referência 4 [...] Estabelecer espaços de **negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.**

RAGM (2014):

Referência 1 [...] Contribuição à adequada **formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.**

RAGM (2015):

Referência 1 [...] Articular parcerias intra e interinstitucionais para proposição de políticas e procedimentos voltados para **prevenção de doença e promoção de saúde dos trabalhadores em saúde da SMS.**

RAGM (2016):

Referência 1 [...] Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, **a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.** Tudo isso, considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecida pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

5.2 CONTRADIÇÕES

Embora seja reconhecido o avanço para o enfrentamento da VDCA nos documentos de gestão municipal em saúde – PMS, RAGM, RNRP –, observou-se que há limitações quanto à captação da realidade.

Os documentos demonstram que modificações na descrição da VDCA foram realizadas no decorrer dos anos e conforme o processo de troca de gestão. A descrição detalhada do perfil da VDCA acaba ficando superficial ao longo dos anos, baseando-se apenas no perfil de morbimortalidade da população. Isso pode ser percebido nos trechos analisados dos documentos municipais de Saúde a seguir:

PMS (2014/2017)

Referência 1 [...] **Notificar os casos suspeitos e ou confirmados de pessoas** atendidas nos serviços de saúde, nas escolas municipais e estaduais e centro de educação infantil, nos serviços da fundação de ação social e hospitais de referência.

Referência 2 [...] **Manter fluxo de atendimento integrado às pessoas em situação de risco para violência, bem como às famílias e ao agressor, consolidando parcerias.**

Referência 3 [...] **Participar de campanhas de mobilização social de prevenção da violência em grupo de maior vulnerabilidade.**

Referência 4 [...] **Manter a vigilância de acidentes e violências através da notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (SINAN).**

Referência 5 [...] **A proporção de população infantil diminuiu e a dos grupos jovens e idosos aumentou.**

Referência 6 [...] **As transformações na estrutura etária de Curitiba são reflexos do declínio da natalidade e da fecundidade, bem como da redução da mortalidade**, que resultam no aumento da expectativa de vida e consequentemente no incremento das parcelas mais idosas da população.

RAGM (2015):

Referência 1 [...] Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), **considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as**

especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Referência 2 [...] **Atender a 100% da demanda vítimas de violência sexual** que procurarem os serviços de saúde conforme o Protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual.

Referência 3 [...] Em Curitiba, a segunda causa de internamentos hospitalares [...] adolescentes e adultos de 15 a 39 anos concentram 41,56% do total de internamentos [...] Isso evidencia a gravidade da situação devido à influência significativa que este fato tem na diminuição da esperança de vida do município. **Sabe-se que o grupo de mortalidade e morbidade por causas externas está composto por diversas situações que apontam determinantes e necessidades de abordagens preventivas diferentes e intensificadas.**

A análise dos documentos de gestão municipal em saúde demonstrou que existe uma compreensão limitada do conceito da determinação social do processo saúde-doença. Nas ações e estratégias voltadas à captação de necessidades de saúde de crianças e adolescentes em situação de violência, a influência da inserção social nos meios de produção e reprodução social que contribui para o aumento dos índices de VDCA não está presente nas estratégias de enfrentamento. Além disso, ao longo dos anos, as ações de enfrentamento tornam-se genéricas, mais abrangentes e fatorizadas, o que demonstra a necessidade de discussões que considerem a violência doméstica como um processo histórico e social.

PMS (2010/2013):

Referência 1 [...] Programa de Atenção à Saúde da Criança tem como objetivo **promover o crescimento e desenvolvimento saudável, prevenir os principais agravos da criança, especialmente as mais vulneráveis.**

Referência 2 [...] Numa visão ampliada, **saúde-doença tem sido trabalhada como um conceito indissociável, seu equilíbrio é determinado por diferentes fatores** como: **hereditários, biológicos (etiológicos), ambientais, sociais, estruturais (acesso e garantia a serviços e cuidados em saúde), culturais, religiosos etc.**

Referência 3 [...] Desenvolver política institucional e intersetorial de promoção da saúde, com enfoque nos **determinantes da saúde e incorporando os conceitos de sustentabilidade e qualidade de vida**, contribuindo com as ações voltadas para **a redução de riscos e agravos** à saúde da população.

PMS (2014/2017):

Referência 1 [...] diz respeito a condições de moradia que, provavelmente, além de concentrarem problemas de infraestrutura urbana, abrigam população com menor poder aquisitivo e maior dependência em relação a políticas sociais do estado, que exigem convergência de esforços de vários setores para o **enfrentamento dos determinantes e condicionantes da situação de saúde.**

Referência 2 [...] desta forma, um importante **determinante social** e os **efeitos da educação sobre a saúde do indivíduo** são maiores para as mulheres, para os grupos de maior renda e maior idade, e, em todos os casos, **a melhor condição de educação associa-se a uma melhor condição de saúde.**

Tendo em vista o conteúdo apresentado, a discussão será baseada nos blocos temáticos e relacionará as potencialidades, os limites e as contradições dos documentos municipais de saúde para o enfrentamento da violência doméstica com a literatura atual, para assim responder aos objetivos propostos e apoiar as categorias empíricas encontradas.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Estudos têm destacado a potencialidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro aporte para o reconhecimento das necessidades em saúde da população, permitindo, assim, que diretrizes sejam criadas para a identificação das demandas expostas nos atendimentos (Starfield, 2002; Dias et al., 2014).

Durante a análise dos PMSs, RAGMs e RNRPs realizada neste trabalho, verificou-se que a atenção primária se destaca pelos investimentos relacionados ao fortalecimento das relações de expansão dos serviços ofertados à comunidade. O reconhecimento das necessidades em saúde da população é evidenciado nos documentos de gestão municipal em saúde, porém, de forma superficial, o que denota a relevância de haver mudança quanto ao reconhecimento da APS como gestora do cuidado à população conforme aponta Nascimento (2017).

De acordo com o ECA, deve ser assegurado a todas as crianças e adolescentes proteção integral, sem discriminação relacionada a família, classe social, idade, sexo, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento, raça, etnia, cor, religião ou crença, que lhes garanta desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, assegurando de forma digna e livre que suas necessidades sejam atendidas (Brasil, 2017). No entanto, crianças e adolescentes constituem a população mais vulnerável e nem sempre têm suas necessidades satisfeitas. Quando se trata do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, a faixa etária mais atingida é a dos menores de um ano de idade, seguida das crianças de 10 a 14 anos e das crianças de 5 a 9 anos. O tipo de violência mais perpetrado é a negligência, que está dividida em negligência de educação, de proteção, de saúde e estrutural. Em seguida vem a violência física, sexual e psicológica, respectivamente (Curitiba, 2016).

Os meninos sofrem mais violência física, psicológica e negligência. Quanto à violência sexual, observa-se que ela acomete maior número de meninas, e os perpetradores com maiores notificações são a mãe, o pai, padrasto e avós (Curitiba, 2016). Isso mostra que crianças e adolescentes são as maiores vítimas das violências que ocorrem dentro do ambiente doméstico e familiar.

Quando se fala de crianças e adolescentes, automaticamente se remete ao universo adulto de proteção, por se tratar, os primeiros, de seres que necessitam de segurança para que haja um desenvolvimento saudável e adequado. Porém, quando

essas necessidades não são garantidas e o lar torna-se inseguro para esse desenvolvimento, a recursão impacta diretamente a saúde dessas crianças e adolescentes (Egry, 2018).

Após a leitura e a análise dos documentos de gestão municipal em saúde, constatou-se que todos eles apresentam a mesma linguagem escrita quanto ao uso da Teoria Interpretativa da Multicausalidade – fatores determinantes e condicionantes para o processo saúde-doença –, e, por mais que cite a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, fica evidente que os gestores não compreendiam essa teoria em sua totalidade. Isso corrobora resultado de estudo anterior (Nascimento, 2017), realizado sobre o mesmo tema para o município de São Paulo.

Desse modo, os documentos municipais de gestão em saúde demonstram limitação quanto aos aspectos teóricos e práticos, já que os gestores captam as necessidades em saúde da população por meio da epidemiologia clássica, apresentados nos RNRPs, não conseguindo realizar de forma efetiva a captação das necessidades em saúde das vítimas de violência doméstica. Tais documentos apresentam uma contradição clássica entre o que é escrito e o que deveria ser executado.

Também, a análise confirma os achados de Oliveira (2009), que aponta que a inter-relação entre as necessidades, as demandas e o acolhimento dos serviços é bastante complexa, uma vez que a saúde depende amplamente, dentre outros fatores, da qualidade de vida, do modo de caracterizá-la, da tradição cultural da saúde-doença e cura, do perfil de proteção social presente no setor e dos modos de atenção construídos e direcionados às necessidades humanas. Diante de tal contexto, pode-se dizer que, assim como as necessidades humanas, a necessidade de saúde é social e historicamente determinada.

Isso pode ser confirmado após a leitura dos PMSs e dos RAGMs, em que se apresentam as questões de acesso a saneamento básico, água potável, esgoto, moradia e educação, apontando que houve melhorias nessas áreas, porém estas não foram suficientes para diminuir as iniquidades sociais. Percebe-se que há preocupação quanto às melhorias sociais, contudo, elas não são articuladas aos modos de produção e reprodução social e a como esse processo determina as formas de viver e morrer da população.

O modo como cada grupo social insere-se na produção e a forma como se relaciona com os demais grupos sociais demonstram as características distintas na

articulação entre o processo social e o processo saúde-doença (Laurell, 1983). Isso é evidenciado nos documentos de gestão municipal em saúde analisados, que mostram que crianças e adolescentes com inserções sociais distintas são atingidos pelo fenômeno da violência de formas diferenciadas.

Dessa maneira, o questionamento sobre o modo dominante de como responder às necessidades em saúde das diferentes classes sociais demonstra-se complexo e de difícil resolução, já que os gestores em saúde têm a função de garantir que todos, sem distinção de classes, tenham acesso aos serviços de saúde. Um potente instrumento para a captação dos dados sobre a VDCA é o RNRP, em que é descrito o perfil epidemiológico da violência vivenciada pelas crianças e adolescentes, porém esse documento possui a limitação de não conter uma análise crítica das necessidades em saúde desse grupo populacional, fazendo com que as estratégias e ações para o enfrentamento desse fenômeno se tornem frágeis e pouco resolutivas. Isso é coerente com a realidade descrita nos documentos municipais de saúde, já que os relatórios são baseados na epidemiologia clássica e apresentam as expressões matemáticas do fenômeno do pensamento positivista.

A compreensão sobre o processo saúde-doença de determinada coletividade exige o entendimento da forma como os processos de fortalecimento e desgastes ocorrem nos diferentes grupos. Essa é a compreensão sobre a determinação social do processo saúde-doença, ou seja, as formas de adoecer e morrer em uma dada sociedade estarão de acordo com as diferentes formas de inserção social, as quais estão relacionadas às condições de trabalho e de vida do indivíduo (Laurell, 1983).

Porém, o que foi encontrado após a análise dos documentos municipais de saúde é o oposto do que foi apontado por Laurell (1983). Isso pode ser exemplificado com os trechos abaixo:

[...] Numa visão ampliada, saúde-doença tem sido trabalhada como um conceito indissociável, seu equilíbrio é determinado por diferentes fatores como: hereditários, biológicos (etiológicos), ambientais, sociais, estruturais (acesso e garantia a serviços e cuidados em saúde), culturais, religiosos etc. (PMS, 2010/2013).

[...] Desenvolver política institucional e intersetorial de promoção da saúde, com enfoque nos determinantes da saúde e incorporando os conceitos de sustentabilidade e qualidade de vida, contribuindo com as ações voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população (RAGM, 2014).

Nessa perspectiva, a análise dos documentos de gestão municipal direcionada para as práticas de saúde em sua articulação com as demais práticas sociais é um dos caminhos para compreender os modos como as sociedades identificam suas necessidades e seus problemas de saúde. Consequentemente, saber quais são os tipos de violência doméstica vivenciados por crianças e adolescentes e de que forma vivenciar isso prejudica o desenvolvimento infanto-juvenil e quais são as regiões mais atingidas por esse fenômeno, de acordo com os processos da determinação social do processo de saúde, faz-se fundamental para a identificação e o enfrentamento das necessidades em saúde, porque isso proporcionaria melhor entendimento dos motivos pelos quais esse tipo de violência acontece e de que maneira impacta o desenvolvimento de crianças e adolescentes (Paim, Almeida Filho, 1998).

Segue exemplo dos tipos de violência doméstica vivenciado por crianças e adolescentes descritos nos documentos municipais de saúde analisados:

[...] A faixa etária de maior número de notificações de violência foi a de menores de um ano de idade, considerando-se que está corresponde a um intervalo de um ano, enquanto as outras correspondem de três a cinco anos. Crianças de 10 a 14 anos são o segundo grupo mais notificado, seguido das crianças de 5 a 9 (RNR, 2014/2015).

[...] Em todas as faixas etárias, a negligência representa o principal motivo de notificação e entre crianças menores de 1 ano aparece de forma mais acentuada, representando 93,0% do total das notificações. A violência psicológica apresenta expressiva ocorrência nas faixas etárias a partir de 1 ano de idade. A violência sexual assume maior importância entre crianças a partir de 1 a 4 anos (11,7%) reduzindo seu peso com o aumento da idade. A violência física se evidencia a partir de 1 ano de idade e apresenta peso [importância] semelhante em todos os grupos etários (RNR, 2014/2015).

Para que a captação das necessidades em saúde da população seja reconhecida, é necessário que haja a participação da comunidade. De acordo com a Lei n.º 8.142/90, a participação popular é essencial para a criação de um novo modelo de gestão pública, em que o Estado e a sociedade civil compartilhem o poder de decisão sobre a construção de políticas sociais (Brasil, 1990).

Considerando a concepção de equidade defendida pela Reforma Sanitária, que contempla o conhecimento das necessidades específicas dos grupos sociais, em que as iniquidades devem ser tratadas como desigualdades evitáveis, injustas e

desnecessárias, a “escuta”, no sentido de envolvimento das pessoas que buscam cuidados em saúde na decisão sobre o que são necessidades em saúde é de extrema importância, para evitar que se estabeleçam verticalmente essas necessidades, a partir de um ponto de vista idealista.

Dessa forma, os trechos a seguir mostram que é evidente nos documentos municipais de saúde a preocupação quanto à criação de estratégias que busquem qualificar os atendimentos às vítimas de violência doméstica.

[...] manter capacitação continuada sobre o tema violência para profissionais da secretaria municipal da saúde e parceiros que atendem crianças e adolescentes.

[...] manter o fluxo de atendimento integrado a crianças e adolescentes em situação de risco para a violência, bem como às famílias e ao agressor, consolidando as parcerias.

[...] Instrumentalizar as redes locais para acompanhamento e monitoramento (gestão de caso) de 100% dos casos de violência notificados, suspeitos ou confirmados, dos residentes de Curitiba (RAGM, 2013 e 2014).

Dessa maneira, os Conselhos Municipais de Saúde apresentam-se como potentes locais de discussão e inclusão da população na criação de ações e estratégias para o enfrentamento da VDCA, ampliando a democracia que estaria comprometida por uma cultura política autoritária ainda existente no Estado Brasileiro. Os esforços referentes à superação dessa contradição, gerada pelos princípios de participação e a tradição de subalternidade de nossa cultura política, dão-se por meio de um contínuo processo de informação e formação sociopolítica, capaz de desenvolver um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica no qual está inserido.

Esse fenômeno da VDCA ocorre porque existem programas públicos vigentes que orientam ações integradas entre os setores da educação, da saúde e da fundação de ação social, mas que, contraditoriamente, têm critérios que os levam a atingir apenas uma pequena parcela desse segmento populacional de crianças e adolescentes. As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos têm sido desenvolvidas com número insuficiente de profissionais capacitados, os quais contam com uma infraestrutura limitada para executar as atividades, em que se verifica a existência da precariedade de programas com ações de promoção da saúde e

prevenção de agravos a essa parcela da população, sendo necessário dar maior visibilidade a programas que atendam à real necessidade em saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

O atendimento às vítimas de violência doméstica é complexo e, muitas vezes, de difícil resolução, devido à dificuldade de reconhecimento dos sinais apresentados, ou ao próprio medo daqueles que deveriam zelar pelo bem-estar dessas crianças e adolescentes, como os pais, parentes, amigos ou pessoas que estão em algum serviço da comunidade, mas não realizam as denúncias (Brasil, 2010).

Nos serviços de saúde, as ações profissionais que se relacionam com a VDCA nem sempre se constituem como práticas protetivas, o que colabora para que a violência doméstica vivenciada por crianças e adolescentes siga anônima e silenciosamente. De acordo com Schek (2018, s.p.), “as práticas são expressas por um agir reducionista”, em que os profissionais realizam o atendimento focando apenas nas lesões aparentes, na resolução rápida do caso e deixam de realizar o preenchimento correto das fichas de notificação compulsória, como apresentado no trecho a seguir.

[...] Em 11 dos 300 casos de violência sexual notificados, o autor está como ignorado (3,6%) (RNRP, 2013/2014).

Mesmo que os profissionais reconheçam sua responsabilidade frente à notificação da violência, a temática ainda é pouco discutida dentro dos serviços de saúde. O que chama a atenção nesses casos é a descrença dos profissionais da saúde frente à efetividade das leis de enfrentamento da VDCA e a incredulidade dos profissionais da área quanto aos serviços do Conselho Tutelar e ao funcionamento da intersetorialidade, já que essas deveriam ser as bases para que os serviços da APS pudessem realizar um trabalho em rede. Apenas os serviços da assistente social e das agentes comunitárias de saúde (ACS) são considerados resolutivos quanto às questões da VDCA, uma vez que essas profissionais são efetivamente as responsáveis pelas condutas em relação aos casos de violência (Thomazine et al., 2014).

Tudo isso, até aqui exposto, permite argumentar que, somente ações e estratégias para capacitar esses profissionais da saúde, educação e ação social

quanto à identificação de suas responsabilidades, prestando uma assistência qualificada e reforçando a importância de notificar os casos de VDCA, não são suficientes para se ter mudanças significativas quanto ao enfrentamento desse fenômeno, uma vez que a estrutura governamental não permite um agir diferente. São necessárias ações para melhorar as grades curriculares dos cursos de Saúde e dar maior visibilidade à VDCA e aos programas que captem as reais necessidades em saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e lhes atendam.

Cabe ressaltar que o método de trabalho em rede tona-se uma potencialidade de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. A articulação entre diversas organizações sociais, como educação, saúde, ação social, poder judiciário, segurança, comunidade, melhoram as condições de atendimento, possibilitando ajustar e dividir as responsabilidades frente aos interesses e necessidades coletivas. Esse método permite comunicação mais efetiva, garantindo assim que as trocas de informações, juntamente com a articulação das políticas públicas, contribuam para um desenvolvimento adequado, em que os direitos das vítimas possam ser garantidos (Egry et al., 2018).

A atuação dos profissionais da saúde, juntamente com os equipamentos sociais frente à VDCA, pode se transformar em um potente instrumento para o enfrentamento da violência, já que dessa forma são apresentadas as responsabilidades de cada um, estimulando a intersetorialidade na atenção primária à saúde e promovendo a capacitação profissional e o atendimento qualificado às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (Veloso et al., 2017).

A escola costuma ser o segundo lugar mais frequentado por crianças e adolescentes, o primeiro é o espaço familiar. Assim, a escola constitui-se como um ambiente protetor e seguro, para que crianças e adolescentes expressem o sofrimento que vivenciam em casa e busquem ajuda daqueles em quem sentem confiança. Então, escola é um potente instrumento de investigação e enfrentamento dos casos de violência doméstica, e, dessa forma, um importante participante da rede de proteção às crianças e adolescentes (Elsen, 2017).

Outro instrumento que se faz importante nesse combate à violência é a participação popular, por meio da criação de estratégias e para o enfrentamento da VDCA. Nesse sentido, a Lei n.º 8.142/90 possibilitou um novo modelo de gestão pública, em que o Estado e a sociedade civil compartilham o poder de decisão sobre a construção de políticas sociais (Brasil, 1990).

Após a leitura e análise dos PMSs, RAGMs e RNRPs, identificou-se como potencialidade para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes a intersectorialidade focada principalmente na saúde e educação, e, como limitação, a ausência da participação popular para a construção das estratégias de enfrentamento da VDCA. A análise revelou a limitação dos gestores em relação à estruturação das diretrizes referentes à VDCA, já que ficavam restritos aos dados epidemiológicos, não realizando a captação das reais necessidades em saúde dos afetados pela violência. Para possibilitar melhor captação dessas necessidades, a participação social faz-se necessária à associação das complexidades dos serviços de saúde e as experiências da comunidade, a fim de que haja um diálogo, como forma de encontrar mecanismos de maximização do bem-estar da população e dos profissionais da saúde.

Nesse sentido, existe um grande desafio: mediar a complexidade do fenômeno da VDCA, o conceito de necessidades em saúde e a compreensão e apropriação pelos gestores desse conceito, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada dos profissionais perante as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Entretanto, não se pode desconsiderar que esse assunto desperta sentimentos intensos e de difícil manejo pelos profissionais da área da saúde, que optam por não se envolver, abstendo-se do contato com os casos das crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica, o que demonstra que esses profissionais também precisam ser preparados psicologicamente para o enfrentamento dos casos de violência (Veloso et al., 2017).

São necessárias ações que ampliem as formas de se pensar os casos de VDCA, não focando apenas nos fatores multicausais de enfrentamento, mas levando em consideração a determinação social do processo de saúde, em que seja discutida a integração dos setores e das áreas profissionais da saúde, garantindo a capacitação e assistência psicológica a esses trabalhadores para a realização do enfrentamento, pautadas nas relações coletivas e individuais para a quebra do ciclo da VDCA, atentando-se para a saúde dos profissionais.

O modelo histórico-social é descrito como aquele que procura explicar os diferentes perfis de saúde e suas formas de adoecer. Isso acontece por meio da associação do contexto histórico, do modo de produção em que o indivíduo está inserido, da reprodução da força de trabalho, do desgaste laboral e da disparidade entre as classes sociais (Borghi, 2015).

Nos modelos dos PMSs, RAGMs e RNRPs, os processos de saúde são descritos de forma a considerar os determinantes sociais em que todos os fatores têm o mesmo peso para o processo de adoecimento. Porém, o modelo que melhor responderia às necessidades em saúde da população é o histórico-social, focado na determinação do processo saúde-doença, cuja visão está consolidada na perspectiva de combate do “natural”, em que dá ênfase à pesquisa da estrutura socioeconômica para realizar o enfrentamento das iniquidades sociais relacionadas à saúde da população (Borghi, 2015).

No que tange às políticas sociais relacionadas à saúde, o modelo neoliberal concentra as estratégias e ações do Estado para o atendimento das necessidades sociais básicas dos mais pobres. O resultado da inserção desse modelo na saúde é o desmonte dos sistemas de proteção social e precarização dos serviços públicos de assistência à saúde (Rizzotto, 2009), já que esse sistema é focado no lucro e não no bem-estar social da população. Isso gera má distribuição dos recursos produzidos, ocasiona grandes desigualdades sociais que determinam diretamente os processos de desgaste das diferentes classes sociais (Bastos, 2013).

Com isso, quando se trata das políticas públicas de saúde para o enfrentamento da VDCA e da presença desse tema dentro dos documentos municipais de gestão em saúde, observa-se a carência de densidade teórica. A ideia passada nos documentos é de que o “social” é considerado apenas um “fator” para a prática da VDCA, e não um processo de desgaste social do indivíduo para realizar o enfrentamento e quebra do ciclo da VDCA (Nogueira, 2009), o que demonstra insegurança daqueles que elaboram esses documentos, uma vez que estes apresentam o social desarticulado do processo de saúde. Assim, é necessário repensar como os gestores são preparados para ocupar esses cargos e de que maneira realizam a captação das necessidades em saúde das vítimas de violência doméstica.

A análise corrobora os achados de Valença-Barros (2005), quando o autor diz que as questões das diferentes classes sociais também permeiam a organização dos serviços e a estruturação dos programas de saúde. As variações sociais e a gradativa mudança na conformação das famílias, que se caracterizam devido às distintas camadas sociais, culturais e regionais, colaboraram de diferentes formas para que o abuso e a violência fossem aceitos como conduta normal.

Todavia, as desigualdades sociais não devem ser a base para a existência da VDCA (Vendruscolo, 2007). Existe uma frequente associação das atividades violentas como sendo provenientes das classes sociais mais pobres, o que estabelece uma dupla violência: indivíduos pertencentes a essa classe são penalizados pela violência vivenciada pela própria pobreza e ainda têm de conviver com o estigma de ser considerados como uma “classe perigosa” (Azevedo, Guerra, 1989; Soares, 2004).

Mediante as considerações expostas, dar visibilidade ao tema da VDCA e mostrar que a violência existe em todas as classes sociais e que deve ser combatida é uma estratégia para melhorar a assistência prestada, divulgando as informações que ajudam a elaborar as políticas públicas que realmente promovam a saúde da população e o enfrentamento da VDCA, pois é necessário repensar as ações intersetoriais, as práticas e as estratégias de capacitação, com a garantia de atendimento psicológico aos profissionais da área da saúde sob um novo arcabouço teórico, o que garante a captação das necessidades em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, considerando as circunstâncias sociais, étnicas, culturais, educacionais, psíquicas e individuais para um atendimento mais eficaz, acolhedor e humanizado (Apostólico, Hino, Egry, 2013; Borges, 2013; Veloso et al., 2013).

A análise dos documentos municipais de gestão em saúde permitiu vislumbrar a magnitude do fenômeno da VDCA. No tocante a isso, destaca-se: a dificuldade na captação das necessidades em saúde de crianças e adolescentes, por se basear em dados da epidemiologia clássica, que não responde às necessidades de crianças vítimas de violência doméstica. Tais documentos descrevem ações intersetoriais e setoriais, no entanto, não indicam como elas serão realizadas na prática, deixando uma lacuna para os profissionais que terão de efetivar as ações de enfrentamento com as vítimas de violência doméstica, o que pode provocar a ineficiência dessas ações. Ainda, a visão de mundo em que se baseiam os documentos e, conseqüentemente, as ações que eles indicam não consideram dados sobre a reprodução social das crianças e adolescentes em situação de violência. Logo, não permitem a captação das necessidades em saúde desse grupo populacional em sua totalidade.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Com base na análise das potencialidades e dos limites dos documentos de gestão municipal em saúde – epidemiologia da VDCA, superficialização do perfil da VDCA, intersetorialidade, fortalecimento da APS, estratégias de enfrentamento e a valorização do profissional –, vislumbrou-se a oportunidade de sugerir temas que colaborem para a superação da realidade, oportunizando novos caminhos para a gestão local, por meio da análise situacional da captação das necessidades em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Assim, a partir da análise feita, sugerem-se: oferta de capacitação dos profissionais da área da saúde para o reconhecimento dos sinais apresentados por crianças e adolescentes vítimas de violência; oportunidade de discussões interdisciplinares e multiprofissionais para o enfrentamento à VDCA e o fortalecimento da APS; readequação das estratégias e ações de enfrentamento da VDCA, conforme as necessidades em saúde da comunidade, em que seja considerada a determinação social do processo de saúde para a diminuição das iniquidades; e estímulo à participação social para a estruturação de diretrizes mais eficientes no combate a VDCA.

Dessa forma, quando se fala do enfrentamento à VDCA, a saúde deveria partir do contexto histórico e social num dado momento de seu desenvolvimento, para compreender o processo saúde-doença do indivíduo, tornando-se imperativo ir além dos dados epidemiológicos que o caracterizam.

A limitação dos documentos municipais de saúde para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes refere-se ao trato social igualitário dos indivíduos no que tange a suas necessidades em saúde. Mesmo existindo diferentes classes sociais, diferentes inserções nos meios de produção e reprodução sociais, diferentes formas de desgaste nos processos de trabalho, as políticas consideram que todos são iguais e a forma de tratar as doenças também.

Diante do que foi apresentado, exercer intervenções efetivas em relação às necessidades históricas e socialmente determinadas relacionadas à saúde da população para reconhecer e observar os processos do adoecimento faz-se necessário e importante, como recurso para o enfrentamento da VDCA.

Para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, são necessárias intervenções efetivas em relação à captação das necessidades em saúde desse grupo. Já que tal captação ocorre somente por meio da análise epidemiológica clássica descrita nos RNRPs, não foi encontrada nenhuma outra fonte nos documentos municipais de gestão municipal que captasse as necessidades em saúde das vítimas de violência doméstica.

Embora haja discussões sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes ser um problema de saúde pública presente na realidade dos serviços de Saúde, ela ainda não é reconhecida como um fenômeno social. Mesmo que suas demandas e consequências cheguem aos serviços de saúde, elas são tratadas como agravos “comuns” e “naturais” da rotina de trabalho.

Recomenda-se que novas formas de captação das necessidades em saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica sejam repensadas pelos gestores em saúde. Novas discussões sobre os modos de viver e adoecer da população sejam feitas, expondo a necessidade da capacitação dos diferentes setores e profissionais que atuam nesses casos, de forma a perceberem a importância de se realizar um atendimento efetivo, humanizado e acolhedor para as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014.
- Almeida TN. Políticas públicas e violências infanto-juvenis na cidade de Cascavel: para além da sujeição criminal. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2014.
- Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):320-7.
- Ayres JR, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- Azevedo MA, Guerra VNA, organizadoras. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu; 1989.
- Azevedo MA, Guerra VNA. *Violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Robe; 1995.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.
- Barros AS, Freitas MFQ. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando fam*. [online]. 2015, vol.19, n.2 [citado 2018-05-08], pp. 102-114.
- Bastos J. Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde. *Revista COES em movimento*. Coordenação de Educação em Saúde - DENEM. 2013.
- Bellis MA, Hardcastle K, Ford K, Hughes K, Ashton A, Quigg Z, et al. Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):110. DOI 10.1186/s12888-017-1260-z
- Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1326-30.
- Borges A. Políticas públicas de proteção e repressão à violência doméstica infantil no município de Passo Fundo [monografia]. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo; 2013.

Borghi CMSO. Determinação social do processo saúde-doença: que vozes ecoam no Brasil? [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Instrumento de Gestão e Planejamento. Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS). Como Elaborar o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. 2016.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Faça Bonito. Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília; 2013.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/01/constituicao>.

Brasil. Emenda constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 set. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente Versão Atualizada 2017. Rio de Janeiro: CEDECA. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; 2017.

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Planejamento do SUS. 1ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a, v. 4 (Série articulação interfederativa). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de fevereiro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2013a Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

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 violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Informações para a gestão Interfederativa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 345 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 156 p. (Série Articulação Interfederativa), v.1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p. (Série Cadernos de Atenção Básica nº 8) - (Série A - Normas e Manuais Técnicos; nº 131).

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Ouvidoria recebeu mais de 133 mil denúncias de violações de direitos humanos em 2016. [Internet]. Brasília, 2017a. [citado 2017 set. 05]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/noticias/2017/abrc/disque-100-recebeu-mais-de-131-mil-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos-em-2016>.

Brasil. Resolução CNS n. 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, 24 maio. 2016b, n. 98, Seção 1, p. 44-6.

Burmester H. Gestão em saúde [editorial]. Rev Adm Saúde. 2017;17(66).

Cavalcante FG, Schenker M. Violência, família e sociedade. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadoras. Impactos da Violência na Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 57-79.

Childhood. Pela Proteção da Infância. O lugar da infância nos direitos humanos [internet]. São Paulo, 2012. [citado 2017 dez. 5]. Disponível em: <http://www.childhood.org.br/o-lugar-da-infancia-nos-direitos-humanos#more-6842>

Correia MVC. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 237-71.

Curitiba. Portal da Prefeitura de Curitiba. Administração Regionais e bairros [internet] Curitiba; 2017. [citado 2017 out. 10]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/o-que-sao-administracoes-regionais/80>.

Curitiba. Portal da Prefeitura de Curitiba. Novo Mapa das Regionais. [internet] Curitiba; 2015. [citado 2017 out. 10]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/fotos/album-novo-mapa-regionais/23644>.

Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência Curitiba, 2010. [internet]

- Curitiba; 2010. [citado 2017 out. 10]. Disponível em:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/rede_protecao/RELAT%C3%93RIO%20Rede%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o%202010.pdf.
- Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da Rede de Proteção à Criança e ao adolescente em Situação de Risco para a Violência Curitiba, 2016. [internet] Curitiba; 2016. [citado 2018 jan. 10]
<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/pessoa-em-situacao-de-violencia/pessoa-em-situacao-de-violencia.html>
- Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz; 2009.
- Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sagim MB, Venturini FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais da camada média e popular. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(Esp):38-46.
- Dias MAS, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Cien Saude Colet.* 2014;19(11):4371-82.
- Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*; 2015;49(4):556-63.
- Egry EY, Apostólico MR, Moraes TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):83-92, 2018.
- Egry EY, Cubas MR, organizadoras. O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn-PR; 2006.
- Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(Esp):119-33.
- Egry EY, Oliveira MAC, Fonseca RMGS, Cubas MR. Considerações acerca da saúde coletiva. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 64-69.
- Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2000;34(3):223-9.
- Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- Elsen I et al. Escola: Um espaço de revelação da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia Argumento*, [S.l.], v. 29, n. 66, nov. 2017. ISSN 1980-5942.
- Espinosa R, Gutiérrez MI, Mena-Muñoz JH, Córdoba P. Domestic violence surveillance system: a model. *Salud Publica Mex.* 2008;50(1):S12-S18.

Ferreira ACG. Curso básico de sociologia: geral e jurídica. São Paulo: Editora Clube dos Autores; 2017.

Ferreira AL. A escola e a rede de proteção de crianças e adolescentes. In: Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, organizadoras. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/Editora Fiocruz; 2010. p. 203-34.

Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontenelles RGS. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Rev Para Med. 2009;23(3). Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_Noname.pdf

Galindo NAL, Gonçalves CFG, Galindo Neto, NM, Santos SC, Santana CSC, Alexandre ACS. Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. Rev Enferm UFPE On Line. 2017;11(3):1420-9.

Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. Universidade Federal do Maranhão. UMA-SUS/MA. 1ª ed. São Luís: Eufma; 2016.

Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. 2ª ed. Barcelona: Península; 1986.

Hildebrand A, Celeri NRV, Helena E, Moreno Morcillo AM, Zanolli ML, Violência Doméstica e Risco para Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. Psicologia: Reflexão e Crítica [en línea] 2015, 28 (Enero-Junio)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. 2010 [citado 2017 maio 05]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690&search=parana|curitiba>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. síntese de indicadores 2015. População residente por sexo e grupos de idade. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O que é IDH. Brasil. 2008. Ano 5. Edição 39. 25/01/2008 [Internet]. Brasília; 2008. [citado 2017 jul. 21]. Disponível em: http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2144:catid=28&Itemid=23

IPPUC. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Mapas Regionais 2017 [Internet]. 2017 [citado 2017 maio 05]. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/>

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.

Leite JT, Beserra MA, Scatena LS, Pereira LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(2):e55796.

Lima KMA, Vieira MKM. O controle químico da criança: a infância entre a medicalização e a palavra. *Revista Expressão Católica*, [S.l.], v. 4, n. 1, jun. 2015. ISSN 2357-8483

Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(4):665-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400013>.

Mendes A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde Soc*. 2015. 24(1):66-81.

Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2015.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cienc Saude Colet*. 2007;11:1259-67.

Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis SG de, Constantino P, organizadoras. *Impactos da Violência na Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 21- 42.

Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2001;1(2):91-102.

Moraes TCP. *Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento*. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014;23(3):814-27.

Nascimento AB. *Como as necessidades em saúde do território podem ser acolhidas e monitoradas pelos instrumentos de gestão municipal?* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2017.

Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismos sociais. *Saúde em Debate*. 2009;33(83):397-406.

Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVSO. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(n.esp):903-8.

Oliveira ML, Almeida ES. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde Soc*. 2009;18(1):141-53.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.

Pedron LS. *Entre o coercitivo e o educativo [manuscrito]: uma análise da responsabilização socioeducativa na internação de jovens em conflito com a lei*. [dissertação] Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

- Perna PO, Chaves MMN. O materialismo histórico-dialético e a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do “coletivo” para a Ação da enfermagem. *Rev Trabalho Necessário*. 2008; 6(6).
- Pfeiffer L, Rosário NA. Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):477-82
- Prado D. O que é família. Coleção 50, primeiros passos. São Paulo: Brasiliense; 2017.
- Queiroz VM, Egry EY. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. *Rev Bras Enferm*. 1988;41(1):26-3.
- Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of collective health: conceptions and competencies. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):548-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>.
- Rizzotto MLF. Neoliberalismo e saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>. Acesso em: 16 maio 2017.
- Santos APR. Vulnerabilidade na adolescência: a perspectiva de gestores e líderes do movimento social organizado em um território de Curitiba-PR. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2015.
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciênc Sociais*. 2009;1(1).
- Schek G, Silva MRS, Lacharité C, Cézar-Vaz MR, Bueno MEN, Ventura J. Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e1680016.
- Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface*. 2018;22(64):177-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>.
- Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23ª ed. São Paulo: Cortez; 2007, p. 99-126.
- Silva FNC. Violência sexual doméstica: um estudo do comportamento da mãe desde uma perspectiva ecológica [tese]. Sevilla: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Pablo de Olavide; 2015.
- Silveira RE, Iwamoto HH, Miranzi SSC. Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. *CuidArte, Enferm*. 2009;3(1):19-25.
- Soares LE. Juventude e violência no Brasil contemporâneo. In: Ribeiro JR, Novaes R, Vannuchi P, organizadores. *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Instituto Cidadania; 2004.

Souza FN, Costa AP, Moreira A, Souza DN, Freitas F. WebQDA: Manual de Utilização Rápida. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2017.

Souza FN, Costa AP, Moreira A. Questionamento no Processo de Análise de Dados Qualitativos com apoio do software WebQDA. EDUSER: Revista de Educação. 2011;3(1):19-30.

Souza MK, Santana JSS. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. Cien Saúde Colet. 2009;14(2):547-55.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, Hillis SD, Klevens J, Houry D. Violence in the United States: Status, Challenges, and Opportunities. JAMA. 2015;314(5):478-88. DOI: 10.1001/jama.2015.8371.

Thomazine AM, Toso BRGO, Vieira CS. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2014;14(2):105-12.

Valença-Barros N. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social [tese]. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2005.

Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Agio DD, Cabral IR, Gomes MMD. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Cienc Saude Colet. 2013;18(5):1263-72.

Veloso MMX; Magalhães CMC; Cabral IR. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes. Mudanças - Psicologia da Saúde. 2017;25(1):1-8.

Vendruscolo TS, Ferriani MGC, Silva MAI. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(Esp):812-9.

Wacquant L. As prisões da miséria. Coletivo Sabotagem. 2004. Disponível em: http://files.femadireito102.webnode.com.br/200000039-62f056357d/As%20Prisoas_da_Miseria%20Loic_Wacquant.pdf.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - *Print* do site SARG-SUS, de onde foram selecionados os documentos municipais (RAGM e PMS) que compõem a base empírica do estudo, dos anos de 2013 a 2016.

Fonte: Curitiba. SargSUS. 2017.

ANEXO 2 - Print do site SARG-SUS, de onde foram selecionados os documentos municipais de saúde (RAGM e PMS) que compõe a base empírica do estudo, dos anos de 2013 a 2016.

BRASIL

Acesso à informação

Participe

Serviços

Legislação

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Sexta-feira, 5 de Maio de 2017

Situação do Relatório Anual de Gestão - RAG

Estado:

PARANA

Tipo:

Municipal

Município:

CURITIBA

Ano:

2013

Consultar

Voltar

O RAG foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, conforme Resolução nº 0012014, de 20/03/2014

Pactuado, em 15/12/2011, na Comissão Intersestres Tripartite - CIT, a regulamentação do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituindo a obrigatoriedade deste como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão - RAG, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Relatório Anual de Gestão

Relatório_Gestão_Anual_2013

Baixar Arquivo

Anexos da Gestão

Plano de Saúde/PAS/Resoluções

PMS_2010 a 20113.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 5_CMS aprova PMS 2010_2013.doc	Baixar Arquivo
PAS metas_2013 versão final.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 20_CMS aprova PAS_2013.pdf	Baixar Arquivo
Plano Municipal de Saúde2_Ações e Metas Plurianuais_2014_2014 versão02junho14.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 48_julho 2014_PMS.pdf	Baixar Arquivo
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014_Final_18.06.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 49_julho 2014_PAS 2014_.pdf	Baixar Arquivo

BRASIL

Acesso à informação

Participe

Serviços

Legislação

Canais

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Sexta-feira, 5 de Maio de 2017

O RAG foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, conforme Resolução nº 09, de 31/03/2015

Pactuado, em 15/12/2011, na Comissão Intersestres Tripartite - CIT, a regulamentação do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituindo a obrigatoriedade deste como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão - RAG, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Relatório Anual de Gestão

Relatório_Gestão_Anual_2014

Baixar Arquivo

Anexos da Gestão

Plano de Saúde/PAS/Resoluções

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - parte 5..pdf	Baixar Arquivo
Resolução 48_julho 2014_PMS.pdf	Baixar Arquivo
RAG Considerações_Produção.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 48_julho 2014_PMS.pdf	Baixar Arquivo
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014_Final_18.06.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 49_julho 2014_PAS 2014_.pdf	Baixar Arquivo
PAS metas para 2015_final.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 10 marco 2015_PAS 2015_.pdf	Baixar Arquivo

BRASIL	Acesso à Informação	Participe	Serviços	Legislação	Canais
--	---------------------	-----------	----------	------------	--------

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Sexta-feira, 5 de Maio de 2017

Situação do Relatório Anual de Gestão - RAG

Estado: PARANA

Tipo: Municipal

Município: CURITIBA

Ano: 2016

[Consultar](#) [Voltar](#)

O RAG foi aprovado com ressalva pelo Conselho de Saúde com o devido parecer, conforme Resolução nº 029, de 12/04/2017

Pactuada, em 15/12/2011, na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a regulamentação do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituindo a obrigatoriedade deste como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão - RAG, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Relatório Anual de Gestão

Relatório_Gestão_Anuar_2016 [Baixar Arquivo](#)

Anexos da Gestão

Plano de Saúde/PAS/Resoluções	
Resolução 48.2014 - Plano Municipal 2014.2017.pdf	Baixar Arquivo
PAS_metas para 2016_março16_final 1.pdf	Baixar Arquivo
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - parte 5.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 11.2016 - Programação Anual de Saúde.pdf	Baixar Arquivo
PAS_metas para 2017 aprovadas.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 011.2017 aprova as metas PAS 2017 SMS.pdf	Baixar Arquivo

BRASIL	Acesso à Informação	Participe	Serviços	Legislação	Canais
--	---------------------	-----------	----------	------------	--------

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Sexta-feira, 5 de Maio de 2017

Situação do Relatório Anual de Gestão - RAG

Estado: PARANA

Tipo: Municipal

Município: CURITIBA

Ano: 2015

[Consultar](#) [Voltar](#)

O RAG foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, conforme Resolução nº 10, de 22/03/2016

Pactuada, em 15/12/2011, na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a regulamentação do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituindo a obrigatoriedade deste como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão - RAG, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Relatório Anual de Gestão

Relatório_Gestão_Anuar_2015 [Baixar Arquivo](#)

Anexos da Gestão

Plano de Saúde/PAS/Resoluções	
PLANO MUNICIPAL 2014 FINAL 23.03.15.pdf	Baixar Arquivo
Resolução 48.julho 2014_PMS.pdf	Baixar Arquivo
PAS_metas para 2016_março16.pdf	Baixar Arquivo
Resolução.11.2016 - Programação Anual 2016 SMS.pdf	Baixar Arquivo

Fonte: Curitiba. SargSUS. 2017.

ANEXO 3 – Figura do *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, onde os relatórios de todos os anos da rede de proteção deveriam estar disponíveis.

Fonte: Curitiba. Secretária Municipal de Saúde, 2017.