UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERESA CHRISTINE PEREIRA MORAIS

Violência Infantil e processos de trabalho na Atenção Primária: potencialidades para atuação em rede

SÃO PAULO
2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERESA CHRISTINE PEREIRA MORAIS

Violência Infantil e processos de trabalho na Atenção Primária: potencialidades para atuação em rede

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profª. Dra. 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
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Catalogação na Publicação (CIP)
BIBLIOTECA "WANDA DE AGUIAR HORTA"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Morais, Teresa Christine Pereira.

Violência Infantil e processos de trabalho na Atenção Primária: potencialidades para atuação em rede [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016. / Teresa Christine Pereira Morais. – São Paulo, 2016. 153 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Emiko Yoshikawa Egry.
Área de Concentração: Saúde Coletiva

1. Enfermagem 2. Violência Infantil.. 3.Enfrentamento.
4. Processo de Trabalho. 5. Atenção Primária à Saúde.
6. Assistência à Saúde.

TERESA CHRISTINE PEREIRA MORAIS

VIOLÊNCIA INFANTIL E PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POTENCIALIDADES PARA ATUAÇÃO EM REDE

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências.

Aprovado em: _____/ _____/ _____

BANCA EXAMINADORA

Profª.Dra._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª.Dra._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª.Dra._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª.Dra._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª.Dra._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª. Drª. Emiko Yoshikawa Egry, pelo incentivo, paciência, respeito e confiança com que me conduziu neste processo e pelos ensinamentos que sempre me proporciona.

Às Profªs. Drªs. Paula Miura e Maíra Rosa Apostolico pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação e nas fases seguintes da pesquisa.

À Profª. Drª. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, pelo constante aprendizado que tem me proporcionado.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e todos os docentes e funcionários

Aos profissionais das UBS Parque Fernanda, Jardim Maracá e Germânia do município de São Paulo e do Jardim Boa Vista e Bairro Novo de Curitiba pela generosidade em conceder as entrevistas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP, Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal ao CNPq, pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

À Maria Cecilia, pelo incentivo para prosseguir, pela paciência, pelo amor que me proporciona no cotidiano de nossa convivência, pela valiosa contribuição na estruturação e finalização deste estudo.

O Meu Guri - Chico Buarque

Quando, seu moço, nasceu meu rebento
Não era o momento dele rebentar
Já foi nascendo com cara de fome
E eu não tinha nem nome pra lhe dar
Como fui levando não sei lhe explicar
Fui assim levando ele a me levar
E na sua meninice, ele um dia me disse
Que chegava lá

Olha aí! Olha aí! Olha aí!
Ai, o meu guri, olha aí!
Olha aí! É o meu guri e ele chega

Chega suado e veloz do batente
Traz sempre um presente pra me encabular
Tanta corrente de ouro, seu moço
Que haja pescoço pra enfiar
Me trouxe uma bolsa já com tudo dentro
Chave, caderneta, terço e patuá
Um lenço e uma penca de documentos
Pra finalmente eu me identificar
Olha aí!

Olha aí! Ai, o meu guri, olha aí!
Olha aí! É o meu guri e ele chega!

Chega no morro com carregamento
Pulseira, cimento, relógio, pneu, gravador
Rezo até ele chegar cá no alto
Essa onda de assaltos está um horror
Eu consolo ele, ele me consola
Boto ele no colo pra ele me ninar
De repente acordo, olho pro lado
E o danado já foi trabalhar
Olha aí!

Olha aí! Ai o meu guri, olha aí!
Olha aí! É o meu guri e ele chega!

Chega estampado, manchete, retrato
Com venda nos olhos, legenda e as iniciais
Eu não entendo essa gente, seu moço
Fazendo alvoroço demais
O guri no mato, acho que tá rindo
Acho que tá lindo de papo pro ar
Desde o começo eu não disse, seu moço!
Ele disse que chegava lá

Olha aí! Olha aí!
Olha aí! Ai, o meu guri, olha aí
Olha aí! É o meu guri!

Olha aí! Ai, o meu guri, olha aí
Olha aí!
É o meu guri!

Morais TCPM. Violência Infantil e processos de trabalho na Atenção Primária: potencialidades para atuação em rede [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A violência contra a criança tem aumentado progressivamente no mundo, requerendo todos os esforços para a intervenção. As crianças constituem a parcela mais vulnerável e por extensão mais propensa a sofrerem todo tipo de violência, desde a menor negligência até o extremo da agressão física. O enfrentamento da violência contra a criança requer o desenvolvimento de processos de trabalho que considerem o processo saúde-doença na sua interface social, a partir do contexto em que ocorrem as situações de violência, sendo a Atenção Básica o *locus* privilegiado para a visibilização e enfrentamento do fenômeno. **Objetivos:** analisar as diferenças e semelhanças nos modos de enfrentamento da violência infantil nos municípios de Curitiba e São Paulo, por meio das redes de proteção, dos processos de trabalho e dos significados atribuídos pelos profissionais da Atenção Básica. **Método**: o estudo se pautou pela metodologia de natureza qualitativa, dado o seu caráter descritivo e exploratório. A base teórica está fundamentada na Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, proposta por Egry, que busca a intervenção da Enfermagem através de uma metodologia dinâmica e participativa. Os cenários de pesquisa foram distritos de saúde dos municípios de Curitiba e São Paulo, onde realizou-se entrevistas semi-estruturadas junto aos profissionais da Atenção Básica. Utilizou-se do WebQDA ((Web Qualitative Data Analysis) para tratamento dos dados oriundos das entrevistas, da hermenêutica dialética para a análise dos discursos e do Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção para investigar os processos de trabalho no enfrentamento da violência infantil na perspectiva da rede de atenção e proteção. **Resultados:** os significados da violência infantil emergiram vinculados a quatro núcleos de sentido principais: ambientes familiares desestruturados, drogadição e álcool, precárias condições de existência material das famílias e o despreparo para os cuidados parentais. Foram apontadas dificuldades, facilidades e fragilidades da rede assistencial para o enfrentamento, a necessidade de ações intersetoriais e de capacitação dos profissionais para o atendimento às situações de violência no âmbito da Atenção Básica. **Conclusões**: as diferenças e semelhanças nos modos de enfrentamento da violência infantil pelos profissionais da Atenção Básica ocorrem no âmbito das políticas de enfrentamento e das redes de atenção e proteção, onde há necessidade de adotar estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados; no âmbito dos serviços, processos de trabalho e profissionais, onde há necessidade de formação qualificada dos trabalhadores e organização da rede de saúde para oferta de serviços assistenciais em quantidade e qualidade, além do aporte de profissionais para o enfrentamento da violência infantil.

Palavras-chave: Enfermagem. Violência Infantil. Enfrentamento. Processo de Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde.

Morais TCPM. Violence against children and Work Processes in Primary Health Care: potential for performance in network [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Violence against children has gradually increased in the world, requiring all efforts for intervention. Children are the most vulnerable part and so more likely to suffer all kinds of violence, since the minor negligence to the point of physical aggression. Coping violence against children requires the development of work processes that consider the health-disease process in its social interface, from the context in which situations of violence occur, being the Primary Care the privileged locus for the visualization and coping of the phenomenon. **Objectives:** To analyze the differences and similarities in the coping modes of violence against children in the cities of Curitiba and São Paulo, through the safety networks, the work processes and the meanings attributed by the professionals of Primary Care. **Method:** The study was guided by qualitative methodology, given its descriptive and exploratory nature. The theoretical basis is founded on the Theory of Praxis Intervention of Community Health Nursing (TIPESC, in Portuguese), proposed by Egry, that seeks the intervention of Nursing through a dynamic and participatory methodology. The research scenarios were health districts of the cities of Curitiba and São Paulo, where semi-structured interviews with professionals of primary care were conducted. The WebQDA (Web Qualitative Data Analysis) for processing the data from the interviews, the dialectic hermeneutics to analyze the discourses and Analysis Fluxogram of the Healthcare Attention Model to investigate the work processes in coping violence against children in the context of network of care and protection were used. **Results:** The meanings of violence against children emerged linked to four main units of meaning: unstructured family environments, drug addiction and alcohol, poor conditions of material existence of families, and the lack of preparation for parenting. Difficulties, facilities and weaknesses of the health care network to face the need for intersectoral action and training of professionals to attend to situations of violence in the context of Primary Care were identified. **Conclusions:** Differences and similarities in coping modes of violence against children by Primary Care professionals occur in the context of coping policies and care and protection networks, where there is need to adopt expansion strategies of monitoring capacity and monitoring of notified cases; and in the scope of the services, work processes and professionals, where there is need for qualified training of workers and organization of the health network for the provision of care services in quantity and quality, in addition to professional contribution to combat the violence against children.

Keywords: Nursing. Violence against Children. Coping. Work Processes. Primary Health Care. Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Pirâmide etária da população do Município de São Paulo	64
Figura 2	-	Mapa da Distribuição Territorial do Município de São Paulo - Subprefeituras e Distritos	65
Figura 3	-	Pirâmide populacional da Subprefeitura de Capão Redondo e Campo Limpo	67
Figura 4	-	Regiões Metropolitanas do Estado do Paraná	71
Figura 5	-	Pirâmide etária, projeção populacional para Curitiba	72
Figura 6	-	Divisão administrativa do município de Curitiba em Regionais e Bairros	73
Figura 7	-	Pirâmide etária do Distrito/Regional de Boa Vista	74
Figura 8	-	Pirâmide etária do Distrito/Regional de Bairro Novo	76
Figura 9	-	Fluxograma síntese de atenção às situações de violência. Curitiba	106
Figura 10	-	Fluxograma síntese de atenção às situações de violência. São Paulo/Distrito de Capão Redondo	107
Figura 11	-	Fluxograma síntese de notificação das situações de violência, a partir dos fluxogramas presentes no protocolo da Rede de Proteção – Curitiba	110
Figura 12	-	Fluxograma síntese de atenção às situações de violência, a partir dos fluxogramas presentes no documento norteador da Rede de Proteção. São Paulo/Distrito de Capão Redondo	112

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CR ST	Centros de Referência Saúde do Trabalhador
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPV	Núcleo de Prevenção à Violência
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PSF	Programa de Saúde da Família
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

LISTA DE SIGLAS

SIVVA	Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes
SMSP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TIPESC	Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSI	Unidades de Referência Saúde do Idoso
WEBQDA	Web Qualitative Data Analysis

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**15**
1.1	O CONCEITO DE VIOLÊNCIA E A TIPOLOGIA PROPOSTA PELA OMS	15
1.2	VIOLÊNCIA, SAÚDE E ATUAÇÃO EM REDE	18
2	**JUSTIFICATIVA**	**25**
3	**OBJETIVOS**	**34**
3.1	GERAL	34
3.2	ESPECÍFICOS	34
4	**MARCOS TEÓRICO - CONCEITUAIS**	**36**
4.1	VIOLÊNCIA INFANTIL	36
4.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	43
4.3	REDES DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO	47
5	**CAMINHO METODOLÓGICO**	**54**
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	54
5.2	FONTES DE DADOS	58
5.2.1	Caracterização dos Entrevistados	61
5.3	OS MUNICÍPIOS CENÁRIOS DO ESTUDO	63
5.3.1	Município de São Paulo	63
5.3.2	Município de Curitiba	70
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	77
5.4.1	Hermenêutica dialética	77
5.4.2	O Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção em Saúde	79
5.4.3	O uso do WebQDA como ferramenta para análise das entrevistas coletadas	81
6	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	**85**
6.1	OS SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA INFANTIL	85
6.1.1	Os significados da Violência Infantil: desestruturação familiar e despreparo para os cuidados paternais	87
6.1.2	Os significados da Violência Infantil: álcool, drogadição e precárias condições de existência material da família	93
6.2	ENFRENTAMENTO: MODOS DE ATENDIMENTO, NOTIFICAÇÃO, DIFICULDADES E FACILIDADES	100
6.2.1	Os enfrentamentos e as notificações em nível local	100
6.2.2	Os enfrentamentos e as notificações em nível regional e central	108

6.3 AS POTENCIALIDADES PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL 113
6.3.1 As fragilidades da atuação em rede 113
6.3.2 Carência de pessoas e de estrutura material para atuar frente às situações de violência 115
6.3.3 Necessidade de capacitação para atuar frente às situações de violência 117
6.3.4 Notificação: compreensões, obrigatoriedade e temores. 119
6.3.5 Facilidades para o enfrentamento em rede 121
7 CONCLUSÕES 125
REFERÊNCIAS 130
APÊNDICE 142
Caracterização dos Profissionais da Saúde Nível Local, Regional e Central 142
Roteiro para Entrevista - Profissional da Saúde Nível Local 143
Roteiro para Entrevista - Profissionais da Saúde Nível Regional e Central 144
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 145
ANEXO 147
Parecer consubstanciado do CEP 147

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 O CONCEITO DE VIOLÊNCIA E A TIPOLOGIA PROPOSTA PELA OMS

No ano de 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus Estados-membros aprovaram, durante a realização da 49ª Assembleia Mundial da Saúde, a Resolução WHA49.25. Por meio desse documento, afirma-se que a violência é um problema de saúde pública importante e crescente em todo o mundo. Nessa resolução, a Assembleia chamou a atenção para as consequências graves da violência, tanto em curto quanto em longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países, e salientou os efeitos nocivos da violência nos serviços de saúde. Além disso, a Assembleia convocou os Estados membros a considerar urgentemente o problema da violência dentro de suas próprias fronteiras, e estabelecer atividades de saúde pública para resolver o problema[1].

Dentre as principais preocupações dos membros da Assembleia, estava o aumento mundial e dramático da incidência de lesões intencionais que acometiam pessoas de todas as idades e ambos os sexos, mas especialmente mulheres e crianças. Ao declarar a violência um problema de saúde pública em todo o mundo, a OMS apontou para a necessidade de caracterizar os diferentes tipos de violência, definir sua magnitude, avaliar as suas causas e impactos sobre a saúde pública. Sinalizou, ainda, a necessidade de incorporar na análise uma visão geral das diferenças entre os sexos; determinar medidas e programas para prevenir a violência e atenuar os seus efeitos, com especial atenção às orientadas para a comunidade[1].

As atividades propostas para resolver ou aplacar o problema da violência incluíam medidas como melhorar o reconhecimento, a comunicação e gestão das suas consequências, promover um maior envolvimento intersetorial na prevenção e gestão da violência, e promover a investigação sobre a violência como uma investigação prioritária de saúde pública. Também se indicava preparar e difundir recomendações sobre prevenção da violência em nações, estados e comunidades ao redor do mundo, reforçar a cooperação entre a Organização e os governos, autoridades locais e outras organizações vinculadas às Nações Unidas no planejamento, implementação e monitoramento do programa de prevenção e mitigação da violência[1].

Em 2002, a OMS publicou o primeiro relatório mundial sobre Violência e Saúde, no qual estabelece o conceito de violência:

> [...] como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação[1].

O conceito tomado pela OMS associa intencionalidade com a prática do ato, independentemente das consequências que venha a produzir, sendo excluídos da definição os incidentes não intencionais, tais como lesões decorrentes de acidentes de trânsito e de queimaduras.

Nesse mesmo documento, atendendo a uma das recomendações da 49ª Assembleia Mundial da Saúde, estabelece-se uma tipologia para a violência dividindo-a em três categorias, segundo as características daqueles que cometem os atos, a saber:

- *Violência autoinfligida:* compreende os comportamentos suicidas (pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e

suicídios consumados) e as autoagressões (como exemplo, as automutilações);

- *Violência interpessoal:* dividida em duas subcategorias. A primeira relaciona-se à violência entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares (abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos). A segunda refere-se à violência na comunidade, ou seja, violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem; ocorre geralmente fora dos lares (estupro ou ataque sexual por desconhecidos, violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos);
- *Violência coletiva:* subdividida em violência social, política e econômica. Diversamente das categorias anteriores, as subdivisões da violência coletiva apontam prováveis motivos para a violência cometida por grandes grupos ou por países. A violência coletiva social inclui, por exemplo, crimes de ódio, atos terroristas e violência entre torcidas organizadas em estádios de futebol. A violência política inclui guerras, conflitos armados, violências praticadas pelo estado (torturas, genocídios). A violência econômica inclui ataques de grupos motivados pelo lucro econômico, impedindo o acesso aos serviços essenciais, ou criando divisão e fragmentação econômica.

Ao se tratar da natureza dos atos violentos, estes podem ser categorizados em de natureza física, psíquica, sexual e relacionados ao abandono ou privação. Excepcionando-se a violência autoinfligida, os

quatros tipos de atos violentos ocorrem nas categorias e subcategorias anteriormente citadas[1]. A violência infantil, por exemplo, pode ser cometida por meio de agressões físicas, abuso sexual, negligência e abandono. A violência comunitária ocorre na presença de abusos sexuais em ambiente de trabalho, abandono de idosos, agressões entre jovens. A violência política inclui estupros em situações de conflitos armados, assim como guerra física e psicológica.

A OMS, ao defender a classificação de violência proposta, argumenta que ainda que não consiga abranger toda a complexidade que envolve o fenômeno, constitui-se em importante alternativa para compreender as diversas situações que ocorrem em todo o mundo, sejam elas no âmbito dos indivíduos, das famílias ou comunidades. Além disso, permite captar a natureza dos atos violentos, considerando para tanto os cenários onde ocorrem, a relação entre agressores e vítimas e, no caso da violência coletiva, as possíveis causas, ainda que os limites entre um e outro tipo não sejam estejam bem delimitados[1].

1.2 VIOLÊNCIA, SAÚDE E ATUAÇÃO EM REDE

No Brasil, somente na década de 1980 as mortes por acidentes e violências começaram a ser tratadas como um grave problema de saúde pública, visto que passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral. Minayo[2], em artigo que descreve sobre a historicidade da inclusão da violência na agenda da saúde, afirma que, consideradas a sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Sendo assim, transforma-se em problema porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de

serviços peculiares ao setor. A sensibilização em relação à relevância do tema como pauta para ação de saúde se inicia pioneiramente com a questão da violência contra crianças.

A autora aponta que ainda na década de 60 do século passado, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias de modo sistemático sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, assim como sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento destas, fazendo surgir a expressão "síndrome do bebê espancado". Por volta de uma década após, ou seja, nos anos de 1970, profissionais da saúde passaram a reconhecer e a diagnosticar este tipo de agravo como um problema de saúde, desencadeando na pauta de serviços de instituições públicas, privadas e ONGs, programas de prevenção primária e secundária e intervenções, principalmente nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões[2].

No Brasil, a inclusão do tema dos acidentes e violências na pauta da área da saúde culminou com a publicação da Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)[3]. O principal objetivo da PNRMAV é a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população. Assim, foram priorizadas as medidas preventivas, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas. Tais medidas compreendem as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a esses eventos violentos.

Em relação aos segmentos que constituem o foco da política, este recai sobre adolescentes e adultos jovens, devido à elevada frequência de acidentes e violências neste grupo etário. Isso evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa. As diretrizes estabelecidas pela PNRMAV incluem grupos que possuem maior vulnerabilidade, como idosos e crianças, e outros segmentos, como homens e mulheres nas várias faixas etárias, visto que a violência apresenta outras formas de manifestação, como agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência[3].

No que concerne às crianças e adolescentes, a Organização Mundial de Saúde define a violência que envolve este segmento como todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração, com possibilidade de resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder[4]. Segundo Sanchez e Minayo[5], no Brasil, a preocupação com os maus-tratos na infância sob a ótica da epidemiologia, a prevenção dos fatores de risco e o atendimento especializado tiveram origem na década de 1980, coincidindo com a colocação do tema da violência na pauta da saúde pública. Consideradas as suas consequências para o pleno crescimento e desenvolvimento infantil, a violência contra crianças e adolescentes apresenta-se como um relevante problema de saúde pública[4].

No Brasil, em 1990 ocorreu a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA[6], por meio do qual crianças e adolescentes

passam a ser concebidos como sujeitos de direito, instituindo-se um novo paradigma de proteção a este segmento, denominado Doutrina da Proteção Integral[6]. Diante de tal perspectiva, esta parcela da população brasileira passa a ser priorizada no campo da formulação de políticas públicas, pois prevenir a ameaça ou violação de direitos contra crianças e adolescentes se tornou um dever de cada um e de toda a sociedade[7].

As situações de violência podem ser bastante deletérias à saúde das pessoas ao longo dos anos, o que aumenta a importância de orientar ações e pactuar estratégias para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, articuladas com as políticas sociais e de direitos humanos. A rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui num espaço privilegiado para identificação, acolhimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, assim como para orientação às famílias. Entretanto, convive com o desafio de lidar com complexas questões relacionadas à violência de ordens moral, ética, ideológicas e culturais[8].

O enfrentamento da violência contra a criança requer um sistema de saúde articulado em rede, centrado no usuário e que possa responder às necessidades de saúde dessa parcela da população. Nesta direção, enfrentar as situações de violência implica no enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, cuja articulação dos diversos setores e políticas públicas é condição imprescindível para a atuação intersetorial. O Sistema Único de Saúde tem na Atenção Básica à Saúde (ABS) a porta de entrada preferencial das necessidades de saúde que acometem os usuários, organizada por meio da Estratégia Saúde de Família (ESF).

As equipes da Estratégia Saúde da família, por se encontrarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo envolvimento dos

profissionais com as ações de saúde individual e coletiva, têm maior possibilidade de identificar as situações de violências em crianças e adolescentes, por meio do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação dos casos e encaminhamento para a rede de cuidados e de proteção social. Destaca-se que a articulação entre vários tipos de profissionais, de serviços e de setores é uma condição necessária para o desenvolvimento de ações de proteção integral das crianças e dos adolescentes, porém os serviços de saúde têm marcado um lugar de protagonismo, tanto na participação de redes, como na articulação das mesmas[9].

Em termos de violência, considerada na atualidade como um dos graves problemas de saúde pública, o trabalho em rede se configura uma exigência. Deve ocorrer de forma articulada, "baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades"[8], e cujas decisões devem ser adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade[8]. Contudo, em que pesem os serviços de saúde serem um espaço privilegiado para a identificação de situações de violência contra a criança, a atuação em rede para o enfrentamento deste fenômeno persiste fragilizada, carecendo de fortalecimento e sustentabilidade.

Na área da saúde, entende-se que a questão deveria ser abordada focalizando o olhar sobre as pessoas que sofrem violência, com vistas a prestar tanto o atendimento adequado e alívio do sofrimento quanto a pensar nos modos de prevenir as ocorrências. Assim se construiria uma forma ampliada de trabalhar em saúde e promover uma sociedade saudável[10].

Considerando que a violência contra as crianças é um fenômeno complexo, cujo estudo é indispensável para o planejamento de intervenções e mudança nas práticas de enfrentamento no contexto do SUS, partiu-se dos seguintes questionamentos para a elaboração do estudo:

- Existem diferenças entre os significados atribuídos à violência infantil pelos profissionais da atenção básica dos municípios onde há rede de proteção e combate à violência infantil implementada e em funcionamento?
- Que fatores relacionados à rede de proteção têm maior ou menor impacto nos modos como os profissionais da atenção básica enfrentam as situações de violência infantil?
- Como se organiza o processo de produção do enfrentamento da violência no trabalho assistencial das equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família dos municípios de São Paulo e Curitiba?

Considerando tais questionamentos, e com base nos conceitos apresentados anteriormente, a investigação adota como pressuposto que determinadas características da rede de proteção propiciam formas diferenciadas de enfrentamento da violência infantil. Tal pressuposto, além de perpassar todo o desenvolvimento do estudo, vem a se constituir a principal questão de pesquisa.

Justificativa

2. JUSTIFICATIVA

A atuação como Enfermeira Assistencial numa unidade de Pediatria tem colocado esta pesquisadora, de forma sistemática, há mais de vinte anos, diante de situações de violência que envolvem crianças e, por várias vezes, as mulheres suas mães. A natureza assistencial da unidade é o atendimento especializado a pacientes pediátricos que apresentam doenças crônicas não transmissíveis, inclusos neste grupo aqueles com agravos e sequelas causados por violência, como perda da locomoção, lesões oculares, nasais, esofágicas, dentre outras.

As situações que mais incomodavam a equipe de saúde da unidade eram as de violência sexual, dado o horror e a repulsa que causavam nos profissionais, o que encobria as outras formas de violência, como a negligência e as agressões físicas. No primeiro caso confirmado de Síndrome de Münchausen por Procuração[11] discutido em equipe, percebeu-se que a enfermagem não dispunha do conhecimento necessário para a identificação de outras formas de violência, embora estivesse, a maioria do tempo, em contato direto com os pacientes e suas famílias.

Ao conhecer as histórias e contextos familiares nos quais se inseriam as crianças atendidas, era possível perceber a presença de fatores potencializadores da vulnerabilidade para a violência. Esses fatores podem ser listados como uso abusivo de álcool e/ou drogas por um dos familiares, agressão física como forma de resolução de conflitos e disciplinamento, violência intrafamiliar, perda de emprego e renda, rede de apoio familiar frágil, descontinuidade no acompanhamento das famílias notificadas pelo Conselho Tutelar por ausência de rede de proteção na localidade, dentre outros. Assim, a pesquisadora estava

diante de um cenário do qual pouco sabia, tanto em nível de conhecimento teórico quanto de possibilidades de atuação.

Desde os estudos realizados no Mestrado, no qual foram abordados o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde no âmbito dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, tem-se como foco de estudo a Atenção Básica (AB). Compreende-se a AB como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, além de ter como desígnio atuar no território buscando o cuidado dos indivíduos e famílias e o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Assim, quando do ingresso no Doutorado na linha de pesquisa "Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra criança", despertou-se a atenção para o trabalho em rede no enfrentamento da violência. Embora o atendimento à criança em situação de violência possa perpassar todos os espaços onde ocorre a produção em saúde, a Atenção Básica assume papel preponderante por ser a responsável pelas ações em um dado território, especialmente no acesso e acolhimento das famílias e crianças[12].

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou no ano de 2014 o relatório por meio do qual apresenta análises estatísticas da violência contra as crianças, elaborado a partir de dados coletados em 190 países. Seu objetivo é aumentar a visibilidade das questões que envolvem tais violências. Segundo o relatório, duas em cada três crianças no mundo, dentre os estimados um bilhão na faixa compreendida entre 02 a 14 anos, estão sujeitas a maus-tratos físicos perpetrados pelos cuidadores parentais, mesmo que apenas um terço destes cuidadores adultos acredite que o castigo físico é necessário na criação e educação

das crianças[13]. Outros dados incluem que, em 2014, cerca de 15 milhões de crianças morreram em conflitos em países como Ucrânia, Síria, Iraque, República Centro-Africana e Sudão do Sul, sendo que a UNICEF[14] estima que 230 milhões de crianças vivam em regiões acometidas por confrontos armados.

O relatório do UNICEF[14], além de apresentar dados sobre violência física, emocional e sexual cometidas em espaços onde, presumivelmente, as crianças deveriam estar em segurança, como os lares e as escolas, traz números relativos à violência denominada disciplinar, sendo essa a forma mais recorrente de violência contra as crianças. A violência contra a criança, compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos a seu desenvolvimento, apresenta distribuição e prevalência universal. É densamente arraigada nas sociedades e comumente aceita como norma, o que prejudica sobremaneira o reconhecimento dos prejuízos que causa aos vitimados.

No Brasil, a população infantil está estimada em 21,8% da população total ou 45.066.652 do total de 206.034.966 projetados para junho de 2016. Deste total, 9,2% (19.055.301) estão na faixa etária entre 0 a 06 anos e 12,6% (26.011.351) na faixa compreendida entre 7 a 14 anos[15]. Segundo o Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância[14] sobre a situação no Brasil, cujo foco recaiu sobre as crianças de até 06 anos, acidentes e agressões, quando somados um ao outro, são a primeira causa de morte de crianças nessa faixa etária.

O atendimento a violências no Sistema Único de Saúde relativo a 2014, registrado por meio do preenchimento da ficha de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apresenta o total de 162.276 situações notificadas. São 14.382 atendimentos relativos à faixa etária compreendida entre menores de 01 ano a 04 anos de

idade, perfazendo 8,8%. Ao somar a faixa etária de menores de 01 a 4 nos com a faixa etária de 5 a 9 anos, este percentual aumenta para 13,9%, perfazendo um total de 22.669 atendimentos. De acordo com o Mapa da Violência – Crianças e adolescentes[16], que analisou dados do SINAN de 2011, no Brasil a violência infantil apresenta as seguintes características: predomínio do sexo feminino em relação ao acometimento; em todas as faixas etárias, as violências acontecem principalmente nos lares onde as vítimas vivem; o tipo de violência mais praticado é a física; a violência sexual apresenta maior concentração na faixa de 05 a 14 anos de idade; a negligência foi motivo de atendimento em 16% dos casos, com maior concentração na faixa etária da criança abaixo de 01 a 04 anos; os pais são os principais responsáveis, cujos percentuais são bem acentuados no primeiro ano de vida.

Embora ainda se viva um cenário de muitos abusos, desproteção e desrespeito às necessidades infantis, ao longo das últimas décadas do século passado houve importantes avanços do ponto de vista legal no que se refere ao trato com as crianças. A Assembleia Geral das Nações Unidas adotou, no ano de 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança. Essa Convenção definiu padrões internacionais para os cuidados, o tratamento e a proteção de todos os indivíduos com menos de 18 anos de idade, e foi ratificada por 193 de seus países membros. Seus termos influenciaram amplamente as legislações nacionais e internacionais, culminando em políticas e programas adotados por diversos países em todo o mundo. No Brasil, a maior influência recaiu sobre a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente[6], que se constitui numa das principais balizas legais do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, sendo reconhecido pela "coerência com os direitos humanos, com o respeito ao desenvolvimento de

crianças e adolescentes e pelo compromisso em tratar a infância com prioridade absoluta"[17].

No intuito de melhor embasar a presente proposta de pesquisa, realizou-se uma busca nas bases de dados nacionais que tomassem a violência infantil como objeto na perspectiva da formulação, implementação e atuação das redes de proteção e os seus desdobramentos nas formas de enfrentamento adotadas no âmbito da Atenção Básica. Deste modo, partiu-se dos questionamentos sobre qual o conhecimento produzido na área da saúde "violência infantil e enfrentamento", e em quais periódicos estão disponíveis na forma de artigos publicados, para a realização da busca anteriormente mencionada.

A busca foi realizada na base de dados da BVS, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), sem delimitação do período de publicação. Pretendia-se identificar artigos e estudos que retratassem a discussão da violência infantil, na perspectiva da formulação, implementação e atuação em rede (social, de saúde e de proteção), assim como dos desdobramentos nas formas de enfrentamento adotadas no âmbito da Atenção Básica. Essa busca apontou para lacunas a serem preenchidas.

Utilizou-se na busca os seguintes descritores disparadores combinados entre si: criança, violência, rede, rede social, maus-tratos, proteção, rede, saúde, infância, atenção básica, enfrentamento. Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos disponíveis na íntegra, por acesso online e serem escritos em português, cujos conteúdos deveriam abranger os tipos, causas e consequências da violência infantil, modos de enfrentamento, organização e atuação em rede de proteção, social e de saúde e a atuação da Atenção Básica. Os critérios de exclusão

abarcaram publicações em formato diferente de artigo, como editoriais, cartas ao editor, anais de eventos, teses e dissertações, e artigos em outra língua que não a portuguesa.

A combinação dos descritores resultou em uma lista com 73 artigos, sendo 39 artigos oriundos da base SCIELO e 34 da base LILACS. Após exclusão dos textos repetidos, realizou-se a primeira etapa seletiva dos artigos: os resumos foram lidos para identificar o atendimento aos critérios de inclusão relacionados ao conteúdo, resultando em 27 artigos, cujo período de publicação se encontra entre os anos de 1992 a 2015.

Nos anos decorridos entre 1992 e 1999, obteve-se o quantitativo de 03 artigos publicados cujos objetivos envolviam violência contra a criança nos seguintes aspectos: políticas de atendimento e agenda de investigação estratégica (1992), análise de um serviço de atendimento a crianças vítimas de violência (1994), prevenção da violência contra a criança e propostas de ação para o enfrentamento da violência familiar (1999).

Entre os anos de 2000 a 2009, o total de artigos chega a 06. São textos que versam sobre violência infantil e redes de proteção, notificação obrigatória da violência, estudo de programa de intervenção, concepção de familiares, educadores e profissionais de saúde sobre violência e maus-tratos infantis, e políticas públicas de intervenção e de proteção.

O período decorrido entre os anos de 2010 a 2015 apresenta um total de 18 artigos. Esses trabalhos abordam a violência infantil nas seguintes perspectivas: enfrentamento, notificação de maus-tratos, medidas protetivas adotadas pela rede de apoio, conhecimento da realidade de maus-tratos, atuação das equipes no âmbito da Atenção

Básica/Equipes de Saúde da Família (estratégias de atuação, abordagem, notificação, intervenção, acolhimento), interdisciplinaridade no enfrentamento das violências contra a criança, rede de garantia de direitos e o SUS, desafios do trabalho em rede, atuação de enfermeiros e enfermagem no enfrentamento da violência infantil.

Em relação aos periódicos nos quais os artigos foram publicados, constata-se que, do total de 27 artigos selecionados: 25 são da área da saúde, sendo 07 publicados em 05 revistas de Enfermagem, 07 publicados em 03 periódicos destinados às áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva, 04 em revistas de Psicologia, 02 artigos publicados em revistas de Pediatria. Os outros 07 artigos restantes foram publicados em periódicos que abordam temas como Educação, Saúde e Sociologia, de modo multidisciplinar.

Na segunda etapa de seleção dos artigos, após leitura dos 27 artigos, 13 permaneceram como atendendo a todos os critérios, especialmente aqueles que abordaram a violência infantil na perspectiva da formulação, implementação e atuação em rede (social, de saúde e de proteção). Dentre os 13 artigos finais, 02 foram publicados em diferentes periódicos da enfermagem, 04 nas revistas de Saúde Pública e Saúde Coletiva, 03 em revistas de Psicologia, 03 em revistas multidisciplinares e 01 em revista de Educação. O levantamento realizado nos permite concluir pela necessidade de expandir e fortalecer a discussão do enfrentamento da violência infantil numa perspectiva de rede no campo da saúde, especialmente na Atenção Primária, cuja lógica de atendimento ainda está pautada na identificação de agravos numa perspectiva individual, influenciando a forma como os profissionais compreendem e atendem às situações de violência.

A revisão da base de dados indica que a presente pesquisa objeto desta tese possibilitará apresentar elementos que ampliem, fortaleçam e mantenham na pauta da área da saúde, a partir das lacunas e potencialidades dos serviços, a discussão sobre a organização de redes intersetoriais. A finalidade de tais redes é contribuir para o fortalecimento das políticas de enfrentamento da violência infantil. Outrossim, o estudo permitirá ampliar a compreensão dos modos de atuação da rede de proteção a partir da Atenção Básica, possibilitando um olhar diferenciado sobre as estruturas instituídas e instituintes, na busca de uma atuação menos fragmentada e mais intersetorial. Poderá, ainda, colaborar para o estabelecimento de outras formas de pensar e agir sobre os modos como operam as redes de proteção.

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

- Analisar as diferenças e semelhanças nos modos de enfrentamento da violência infantil pelos profissionais da Atenção Básica nos municípios de Curitiba e São Paulo.

3.2. ESPECÍFICOS

- Analisar a rede de proteção no seu potencial para apoiar o enfrentamento da violência infantil pelos profissionais da Atenção Básica;
- Identificar os significados atribuídos à violência infantil pelos profissionais da Atenção Básica nos municípios de Curitiba e São Paulo;
- Identificar nos processos de trabalho dos profissionais da Atenção Básica os limites e possibilidades para o enfrentamento da violência infantil;
- Caracterizar e diferenciar a configuração das redes de proteção em Curitiba e São Paulo.

Marcos teórico-conceituais

4. MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

O marco teórico a seguir apresentado abordará as categorias analíticas violência infantil e processo de trabalho em saúde, incluindo conceitos sobre as redes de atenção. A pesquisa foi balizada pelo materialismo histórico e dialético (MHD), referencial teórico-filosófico da Saúde Coletiva e fundamento da Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC [(18)] cujas bases teóricas e conceituais se encontram descritas adiante.

4.1 VIOLÊNCIA INFANTIL

Desde a década de 1990 do século passado, com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente[6] o debate sobre os maus tratos infantis vêm sendo abordado com maior visibilidade no âmbito das pesquisas científicas, com grande influência sobre a formulação de políticas públicas para a infância e adolescência**.** Os maus tratos infantis, ou melhor, a violência infantil não ocorre apartada dos condicionantes sóciohistóricos em que estão inseridas as crianças acometidas e suas famílias, esta última independente de sua configuração.

As crianças estão presentes nas sociedades desde os mais remotos tempos, e constituem a parcela mais vulnerável e por extensão mais propensa a sofrerem todo tipo de violência, desde a menor negligência até o extremo da agressão física. Em termos etários, o ECA[6] estabelece que devam ser considerados crianças todos os indivíduos até 12 anos de idade incompletos (11 anos e 29 dias) e adolescentes aqueles entre 12 e 18 anos. Até meados do século XIX, no Brasil, a palavra menor era utilizada como sinônimo de criança, adolescente ou jovem, bem como para assinalar limites etários, que eram utilizados como impeditivos para

o direito à emancipação paterna ou assumir responsabilidades civis, como o casamento[19].

O conceito de criança de acordo com o Dicionário Michaelis[20], diz do ser humano no período da infância, filho ou filha ainda pequeno e jovem; já a infância, do latim *infantia,* refere-se ao período da vida que vai desde o nascimento até o início da adolescência; em sentido figurado, a infância refere-se também ao primeiro período da existência de uma sociedade ou de uma instituição. No Dicionário Houaiss[21], infância se refere ao conjunto de crianças, e no sentido etimológico, relaciona-se à dificuldade ou incapacidade de falar, mudez, meninice, primeira idade dos animais. Assim, percebe-se que somente a idade cronológica não basta para caracterizar a infância, dado que a sua compreensão ultrapassa a faixa etária. No entender de Khulmann[22] a infância apresenta um significado genérico, como qualquer outra fase da vida e é fruto das transformações sociais, posto que toda sociedade tem seus sistemas de classes e a cada uma delas associa-se um sistema de status e de papel, inclusive na perspectiva geracional.

Para Ariés[23], a infância é uma categoria social construída recentemente na história da humanidade, cujo sentimento de infância decorre de um longo processo histórico, e não um legado natural. O autor aponta que nos séculos XVI e XVII as concepções de infância vigentes estavam atreladas à idéia de inocência e fragilidade infantil e somente no século XVIII, quando a sua história passa a fazer algum sentido para a sociedade e suas famílias, tem início a construção do pensamento voltado para uma infância na perspectiva da autonomia, liberdade e independência, que vieram a influenciar os estudos da era moderna.

Em estudo sobre as características da violência contra a criança no município de Curitiba, Apostolico et al.[24] identificaram ser o espaço familiar o local onde ocorrem a maioria dos atos violentos praticados na infância, muito semelhante com a violência praticada contra mulheres, ocasionada em grande medida pelas relações desiguais de poder que perpassam os ambientes familiares. A propósito, a violência infantil, ao que tudo indica, ocorre em ambientes onde existem situações de violência conjugal, e por conseguinte, de violência intrafamiliar, atingindo os membros familiares de maior vulnerabilidade como crianças, idosos e deficientes.

O relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS[1] sobre a prevenção de maus tratos infantis, destaca que a mortalidade ocasionada por maus tratos em crianças que se encontram na primeira (zero a 3 anos) e segunda infância (03 a 07 anos) se devem à sua dependência, vulnerabilidade e carência de atenção e segurança da qual necessitam, sendo a causa mais comum as lesões de cabeça, seguidas das leões abdominais e asfixia intencional. Além disso, as taxas de mortalidade também são mais altas nas sociedades com grandes desigualdades econômicas em comparação a outras em que há distribuição de riqueza mais equitativa[1].

No âmbito das políticas nacionais, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência[3] e Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes[25] adotou as seguintes conceituações relacionadas à violência:

> Violência social: refere-se a todas as formas de relações, de ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprios ou aos outros, que se manifesta nas discriminações e preconceitos em relação a determinados grupos que se distinguem por sua faixa etária, raça, etnia,

> gênero, necessidades especiais, condição de portadores de doenças e de pobreza. Violência intrafamiliar e institucional: são formas agressivas e cruéis de se relacionar no interior das famílias, na escola e em instituições como albergues e internatos, produzindo danos físicos, emocionais, sexuais e, por vezes, até a morte. A violência intrafamiliar e a violência institucional são produzidas frequentemente tendo como justificativa educar e corrigir erros de comportamentos de crianças e adolescentes.[25]

Ainda sobre a violência intrafamiliar, Saffiotti[26] afirma que estão contidas neste conceito as que ocorrem entre parceiros íntimos, também chamada violência conjugal, e as violências ou maus tratos praticados por cuidadores/adultos em relação à criança e ao adolescente, entendimento com o qual coadunamos no âmbito deste trabalho.

Tanto a violência intrafamiliar quanto a institucional, quando relacionadas às crianças e adolescentes, é comumente classificada como negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico. Negligência é o termo internacionalmente adotado para nomear as omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança ou adolescente, quando esses adultos deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

O abuso físico é a forma de violência mais frequentemente identificada pelos serviços de atendimento à saúde, sendo conceituado como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou por outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes em seus corpos e, muitas vezes, provocando a morte. O abuso sexual constitui todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, ou visando a utilizá-los para obter satisfação sexual.

Abuso psicológico consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto. Além destas formas, cabe citar a Síndrome de Munchausen por Procuração, definida como a situação na qual a criança é conduzida para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis.

Fonseca et al.[27] apontam o caráter repetitivo da violência, a relação conflituosa de poder intergeracional e as questões de gênero que envolvem o fenômeno, ao analisarem as notificações de violência contra a criança realizadas na Rede de Proteção à Criança e Adolescente em situação de risco para violência de Curitiba (PR). Constataram que embora não se possa identificar um padrão rígido de repetição dos casos de violência, apontam que as manifestações leves de negligência podem com o tempo tornarem-se mais graves, tal como ocorre na violência física e sexual. Identificaram ainda que as relações de gênero determinam o fenômeno no que se refere ao tipo de violência predominante praticado contra meninos ou meninas. Em outro sentido, Reichenheim e Moraes[28] afirmam que os atos violentos utilizados para o disciplinamento vão sendo progressivamente trivializados ao longo do tempo, e seu uso passa a ser equivocadamente justificado e considerado necessário.

A família, enquanto instituição social básica que determina o desenvolvimento do indivíduo pode, ao mesmo tempo, ser fator protetor ou de risco, desde que considerados os modos como estrutura o processo de socialização e educação[29]. Neste sentido, é possível falar em violência intergeracional, visto como não foram aprendidos outros modelos de relações familiares, homens e mulheres tendem a reproduzir

a história de violência vivenciada ainda quando crianças ou adolescentes[30].

Em estudo que buscou identificar padrões intergeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, Tondowski et al.[31], constataram que na maioria dos casos investigados a repetição intergeracional não apareceu apenas em relação à existência de violência e uso de álcool, mas também aos seus padrões de ocorrência. No estudo, os entrevistados relataram a ocorrência de violência psicológica ou física em mais de uma geração e outros referiram que momentos críticos da vivência familiar estimulavam a fases de maior consumo de álcool, como desemprego, gestação e nascimento de filhos. As autoras afirmam que as semelhanças puderam ser observadas tanto em famílias nas quais a repetição intergeracional ocorreu de uma geração para outra, quanto naquelas em que a repetição se deu por meio do casamento.

As crianças que crescem em ambiente familiar onde são submetidas a maus tratos tendem a sentir-se desorientadas visto que não compreendem as razões daqueles que os deveriam proteger colocarem-nos em situações abusivas. Isto é, a mensagem que as crianças recebem é se aqueles que os amam podem maltratá-los, aqueles a quem amamos também podem ser maltratados, portanto, a violência se torna o meio pelo qual as situações de conflitos podem ser resolvidas (Osofsky[32]). Estudo longitudinal desenvolvido por Ehrensaft et al.[33] , no qual foram seguidos por duas décadas uma geração de crianças, concluiu que aquelas que foram expostas à violência entre os pais durante a infância têm mais chance de se tornar um adulto agressivo, o que permite corroborar a importância de compreender a transmissão intergeracional dos estilos e práticas dos cuidadores parentais, no que concerne às situações de violência infantil, visto que há grande

possibilidade das dinâmicas de relacionamentos agressivas vivenciadas em uma geração serem recriadas na geração seguinte.

A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes é assinalada por relações interpessoais assimétricas e hierárquicas[34] e, na maioria das vezes, a violência física é justificada como medida de disciplinamento, ou seja, no intuito de educar e corrigir erros de comportamentos. No entanto, pais que utilizam a punição como medida disciplinar mostram para seus filhos que a violência representa uma forma adequada para resolver os conflitos[35].

Considerando que a violência contra a criança representa transgressão do poder de proteção do adulto e, por conseguinte, coisificação da infância, pode-se dizer que esta se configura enquanto um processo de dominação e demonstração de poder que emerge da dinâmica familiar, trazendo repercussão para toda família que a compartilha. Neste sentido, estudos que tenham por objeto as famílias podem revelar o caráter intergeracional da violência intrafamiliar[30].

A violência e suas consequências negativas sobre a saúde são, antes de tudo, uma violação dos direitos humanos, não escolhendo classe social, raça, credo, etnia, sexo e idade[36]. No entanto, embora ocorra em todas as faixas etárias, as crianças e os adolescentes, por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento, se apresentam em situação de maior vulnerabilidade e sofrem maiores repercussões sobre sua saúde[5].

Segundo as autoras, embora o tema da violência contra crianças e adolescentes esteja assumindo maior visibilidade nos estudos, pesquisas, publicações, campanhas, nas iniciativas dos Ministérios da Saúde, Justiça, Assistência Social e outros, ainda se observam o despreparo dos

profissionais das diferentes áreas que lidam com a problemática. Sendo assim, e considerando o impacto dos maus-tratos e abusos sobre a saúde de crianças e adolescentes, "é fundamental que os profissionais da área estejam capacitados para o enfrentamento dos agravos que, cada vez mais, aparecem nas unidades de saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência"[5].

Apostólico et al.[24] apontam que o caminho de superação das relações desiguais que resultam em violência está na promoção de políticas capazes de articular diferentes setores sociais e que atuem na cultura de subordinação, promovendo uma práxis transformadora. Sendo a infância uma etapa cuja construção se inscreve no sistema cultural, imaginário e simbólico a partir de processos históricos, assim como produto das relações sociais vigentes em um período determinado torna-se necessário caminhar na direção de defesa dos direitos desse segmento populacional, na oposição à submissão da criança e do adolescente enquanto objeto de decisão dos adultos[37].

4.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Marx citado por Egry[18] afirma que o trabalho é um processo no qual o homem transforma a natureza e, ao transformá-la, acaba por transformar-se a si mesmo. Assim, o trabalho humano diferencia-se dos demais porque ao seu final tem-se um resultado que já estava idealmente no pensamento, sendo sempre orientado a um fim (caráter teleológico). A mesma autora aponta que Marx distingue três elementos constitutivos do processo trabalho: a finalidade, que vem a ser antevisão do objeto transformado; o objeto, que é a matéria a ser transformada e; os meios e instrumentos, que são as coisas ou complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho. De tal modo, o

homem, na sua necessidade histórica e social de transformar a natureza, se utiliza dos instrumentos para transformação do objeto.

Mendes-Gonçalves[38], ao se referir à categoria trabalho no campo da saúde, concebeu a dimensão do trabalho e a dimensão do conhecimento científico como intrinsecamente históricas e com compromissos sociais. Segundo o autor, os saberes que conformam o conhecimento científico na área da saúde, juntamente com os demais instrumentos do trabalho, recortam da realidade os elementos que virão a constituir o objeto da intervenção em saúde. O autor defende que o processo de trabalho, tanto em sua forma comunitária quanto em qualquer outra, contém a reprodução das relações desiguais dos homens entre si, visto que se trata, em síntese, das relações dos homens com as condições objetivas de produção. Neste sentido, entende ser necessário compreender os processos de trabalho e os carecimentos como estruturas reciprocamente relacionadas que recobrem o conjunto da vida social[38].

Faria, Werneck e Santos[39] entendem que o processo trabalho remete ao modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais ou realizamos um trabalho, visto se tratar de um conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, "por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade". Para os autores, são componentes do processo de trabalho:

> [...] as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a

> transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos. [39]

No que tange à discussão do processo de trabalho em saúde,[39] afirmam que este se trata, necessariamente, da discussão da prestação de serviços, do qual faz parte o setor saúde. Esta prestação de serviços apresenta como principal objeto outro sujeito que não somente fornece informações, mas é ele mesmo objeto desta. Para os autores:

> O trabalho em saúde, como qualquer outro, tenta alcançar objetivos e metas (ou modificar uma situação não desejada). Para isso, utiliza-se e dispõe de recursos, sejam eles cognitivos, tecnológicos, organizativos, políticos, financeiros, etc. E, como em qualquer trabalho, busca-se alcançar os objetivos com o mínimo custo possível. Para se alcançarem objetivos de forma eficiente, é necessário ter clareza destes e saber explorar os recursos existentes.[39]

Malta, Merhy[40] entendem o trabalho em saúde diferente do consumo de serviços em geral, pois o usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, visto que não dispõe de conhecimentos técnicos ou das informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Além disso, trata-se de um processo que envolve a atuação de um conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos, cuja produção depende do trabalho coletivo. Desta forma, constitui-se em ação bastante complexa, por envolver tanto a articulação de diferentes processos quanto os saberes e instrumentos específicos dos profissionais que nele atuam.

Os autores compreendem o processo de trabalho como lugar estratégico de mudança do modelo assistencial, porém, desde que pautado pela ética do compromisso com a vida, por uma postura acolhedora, pelo estabelecimento de vínculos e pela busca da resolutividade e a criação de autonomia dos usuários, sem, contudo, negligenciar a necessária combinação entre a autonomia profissional

com certo grau de definição de responsabilidade dos trabalhadores com os usuários[40].

Ao tratarmos do enfrentamento da violência contra a criança, pode-se dizer que requer o desenvolvimento de processos de trabalho que considerem o processo saúde-doença na sua interface social, a partir do contexto em que ocorrem as situações de violência. Assim, percebe-se como necessário a compreensão do processo saúde-doença na perspectiva da sua determinação social, cujo conceito inclui a compreensão sobre as influências que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com suas formas de adoecer e estar saudável. Segundo Fonseca et al.[41], a teoria da determinação do processo saúde-doença, ancorada nos pressupostos teóricos do materialismo histórico e dialético, concebe os fenômenos saúde-doença numa perspectiva processual, que abarca aspectos tanto biológicos como sociais, na tentativa de compreender as situações de fortalecimento e desgaste que os atinge.

Destarte, investigar o fenômeno da violência infantil implica, necessariamente, atentar para os contextos de sua produção no âmbito intra e extrafamiliares, assim como para a organização dos serviços e processos de trabalho e das políticas direcionadas ao seu enfrentamento.

4.3 REDES DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279[42], de 30/12/2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito de rede que perpassa o documento deriva dos estudos de Mendes (2010)[43], segundo o qual redes de atenção são:

> [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação

> cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.[43]

As redes de atenção são constituídas por três elementos principais, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, no entanto a principal razão para sua existência é a população. Neste sentido, estabelecer processos de atenção baseados na população diz da habilidade que um sistema possui em identificar e estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, com vistas a prover o cuidado no contexto de sua cultura e de suas preferências.

Deslandes[9] aponta que ao se falar de redes, deve-se constantemente recorrer à noção de vinculação, seja ela psíquica, comunitária, familiar, institucional, de causas ou de fenômenos. Esta vinculação apresenta um caráter dinâmico, que mutuamente afeta e é também afetada e que, definitivamente, não constitui um todo a partir da soma de suas partes, mas, antes de tudo, constrói dinamicamente novas totalidades. A autora adota as seguintes premissas para um trabalho em rede: negociação para tomada de decisões, respeitadas a identidade, a autonomia e a vocação de cada participante; a criação de espaços de conversação e expressão coletiva; consciência de que a atuação deve ser constantemente reavaliada para se ajustarem seus rumos e; relações de poder horizontais e democráticas.

A Política Nacional de Atenção Básica[44] aponta a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como a principal estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Para tanto, as RAS são conceituadas como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde que possuem diferentes

configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, de base territorial, cujos principais atributos são a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema e equipe multidisciplinar. Esta última, além de ter a missão de realizar a cobertura assistencial de toda a população adstrita, seria responsável pela integração e coordenação do cuidado e atendimento às necessidades de saúde da população.

Ao se tratar da Atenção Básica, não se pode deixar de mencionar que a Estratégia Saúde da Família é marcadamente a principal forma para sua reorganização no âmbito das políticas de saúde no País, em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de sua expansão, qualificação e consolidação. Isto porque além de favorecer a reorientação dos processos de trabalho por meio do maior aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família apresenta potencial para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Em termos de violência, considerada na atualidade como um dos graves problemas de saúde pública, o trabalho em rede se configura uma exigência, devendo ocorrer de forma articulada, "baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades"[8], cujas decisões devem ser adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade[8].

No entender de Meirelles e Silva[45], o método de trabalho em rede tanto permite a troca de informações e a articulação institucional, como

a formulação de políticas públicas para a implementação de projetos comuns, que contribuem para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, dos adolescentes e suas famílias em situação de violência [42].

No âmbito da atual política de saúde, as equipes das unidades básicas, por se encontrarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva, têm maior possibilidade de identificar as situações de violências em crianças e adolescentes, por meio do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação dos casos e encaminhamento para rede de cuidados e de proteção social. Destaca-se que a articulação entre vários tipos de profissionais, de serviços e de setores é uma condição necessária para o desenvolvimento de ações de proteção integral das crianças e dos adolescentes, porém os serviços de saúde têm marcado um lugar de protagonismo, tanto na participação de redes, como na articulação das mesmas[9].

O ambiente intrafamiliar tem sido o espaço das violências praticadas contra mulheres, adolescentes e crianças. Além de causar danos físicos e psicológicos para as mulheres, a violência intrafamiiar pode influenciar negativamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes, uma vez que além da possibilidade de se tornarem vítimas nas situações, também podem reproduzir comportamentos e atitudes violentos em suas relações sociais.

Segundo Cano[46], compreender e atuar frente à violência doméstica na infância e na adolescência representa uma realidade que tem exigido, cada vez mais, um posicionamento dos profissionais da saúde, colocando em pauta a necessidade de construir um referencial teórico-

analítico capaz de permitir sua compreensão, considerando para tanto sua complexidade e diferentes formas de manifestação.

Para Motti e Santos[47] rede é um conceito muito antigo, visto que está presente na história da humanidade desde tempos remotos, podendo ser percebida na forma como a natureza se organiza. Partindo desde pressuposto, os autores definem Rede de Proteção Social como a articulação de pessoas, organizações e instituições com o objetivo de compartilhar causas e projetos, de modo igualitário, democrático e solidário, cuja forma de organização está baseada na cooperação, na conectividade e na divisão de responsabilidades e competências.

Embora a rede não seja algo novo, diz respeito a uma concepção de trabalho coletivo, que exige ações conjuntas, como se fosse uma teia com múltiplos fios e conexões. Porém, cabe ressaltar que a rede é:

> [...] antes de tudo, uma articulação política, uma aliança estratégica entre atores sociais (pessoas) e forças (instituições), não hierárquica, que tem na horizontalidade das decisões, e no exercício do poder, os princípios norteadores mais importantes.[47]

No enfrentamento da violência infantil, o fortalecimento da rede de atenção e proteção é condição essencial, e não pode prescindir dos diversos atores e organizações envolvidas, cuja integração deverá ocorrer não apenas para a troca de experiências, "mas principalmente para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução não está ao alcance de um isoladamente"[8]. Desta forma, os municípios de Curitiba e São Paulo com seus respectivos distritos que foram cenários do presente estudo, elaboraram documentos norteadores de suas respectivas redes de atenção e proteção, no âmbito das secretarias municipais de saúde, cuja intenção é subsidiar as equipes da Estratégia Saúde da Família no atendimento e enfrentamento das situações de violência.

No município de Curitiba o documento denominado "Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência"[48] , com data de publicação em 2008 , resulta da experiência de implantação da Rede de Proteção desde o ano de 2002, numa perspectiva intersetorial, posto que agregue as secretarias municipais de Saúde e Educação, Fundação de Assistência Social e Instituto Municipal de Administração Pública. O documento apresenta os objetivos da rede de proteção, sua estrutura, conceitos relacionados à doutrina integral, gestão e trabalho em rede, sistema de garantia de direitos e resiliência, além dos fluxos de encaminhamento e responsabilidades e orientações para evidências clínicas no âmbito das instâncias que o compõe.

No município de São Paulo, quando do início do trabalho de pesquisa, estava vigente o protocolo denominado "Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo"[49], com data de publicação em 2012, elaborado no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, pela Coordenação de Atenção Básica, Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania. O documento apresentava como principal objetivo orientar os profissionais de saúde no cuidado às pessoas em situação de violência, assim como os princípios e diretrizes, organização da rede de cuidados e constituição dos núcleos de prevenção e violência, competências das instâncias envolvidas na organização das políticas para superação da violência e fluxos de encaminhamento de tais situações. Embora indicasse a possibilidade de atuação intersetorial, a produção do documento ocorreu somente no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. O documento acima mencionado foi substituído pela Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo, publicado em 2015[50], que contou com a

colaboração de diversas áreas técnicas dos diferentes níveis de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Embora o documento apresente uma discussão na perspectiva da intersetorialidade, a sua produção também ocorreu somente no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Caminho Metodológico

5. CAMINHO METODOLÓGICO

5. 1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo se pautou pela metodologia de natureza qualitativa, dado o seu caráter descritivo e exploratório, que buscou compreender o fenômeno da violência infantil segundo os significados atribuídos pelos profissionais da Atenção Básica e o enfrentamento na perspectiva da rede de proteção e atenção. A base teórica está fundamentada na Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), criada por Egry[18], que propõe a intervenção da Enfermagem através de uma metodologia dinâmica e participativa. A Teoria apresenta como bases filosóficas a historicidade e a dinamicidade, em conformidade com a compreensão do materialismo-histórico e dialético, e consideram a mobilidade constante da história e o vir-a-ser contínuo das transformações sociais.

A TIPESC, do ponto de vista da construção teórica, constitui-se num instrumental teórico-metodológico mais proximal da intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade. Enquanto método, apresenta a possibilidade de uma sistematização dinâmica capaz de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade.

A TIPESC propõe a aproximação dos fenômenos por meio de cinco etapas: captação da realidade objetiva, interpretação da realidade objetiva, construção do projeto de intervenção na realidade objetiva, intervenção na realidade objetiva e reinterpretação da realidade objetiva. Tendo por base uma visão de mundo histórica e dialética, o escopo teórico da TIPESC apresenta categorias conceituais e dimensionais, por

meio das quais é possível estabelecer a compreensão dos fenômenos de uma dada coletividade.

Segundo Egry[18], "a categoria conceitual representa um conjunto totalizante de noções e ideias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado". Na TIPESC, os principais conceitos desta categoria são: *sociedade*, *homem*, *processo saúde-doença*, *saúde coletiva*, *assistência à saúde coletiva*, *trabalho*, *necessidade*, *vulnerabilidade*, *educação e enfermagem*.

As categorias dimensionais referem-se "ao conjunto de noções que lidam com o processo de desenvolvimento da teoria, no seu prisma operacional. Por não possuírem bordas rigidamente definidas, atravessam-se umas às outras"[18]. Elas são representadas pela totalidade, práxis e a interdependência do estrutural, do particular e do singular.

Para a finalidade de se aplicar a TIPESC em investigação científica, recorre-se às categorias interpretativas que representam a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional, no sentido da operacionalização metodológica da teoria. Ela define eixos de recorte operacional do processo total de intervenção, ou seja, são orientadoras para o recorte do fenômeno das dimensões estrutural, particular e singular. Representam, também, o movimento dialético entre quantidade *versus* qualidade, situacionalidade *versus* historicidade, necessidade *versus* casualidade, conteúdo *versus* forma.

Sob o ponto de vista da TIPESC, a dimensão estrutural é constituída pelas políticas de enfrentamento da violência desenvolvidas no âmbito dos municípios de São Paulo e Curitiba. A dimensão particular refere-se à organização dos serviços em rede para fazer frente às

situações de violência infantil. A dimensão singular refere-se às lógicas utilizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família no processo de enfrentamento cotidiano das violências que acometem as crianças. Neste estudo, o enfoque recairá sobre a dimensão particular e a singular do fenômeno da violência infantil, visto que se tratará tanto da organização dos serviços em rede para fazer frente à violência infantil quanto dos significados e processos de trabalho que permeiam as práticas dos profissionais da Atenção Básica.

A TIPESC se insere no rol dos instrumentos teórico-metodológicos que podem possibilitar aos profissionais de enfermagem o exercício de uma prática crítica e preocupada com a mudança do atual modo de organização da sociedade, das políticas de enfrentamento da violência e das práticas para a intervenção no fenômeno. Considerando que o marco teórico deste trabalho de pesquisa funda-se no materialismo histórico e dialético, buscou-se a hermenêutica dialética como método para interpretação dos discursos e respostas oriundas das entrevistas, conforme proposto por Minayo[51].

A abordagem dialética é mais fecunda para analisar os fenômenos históricos, visto que privilegia a contradição e o conflito, o fenômeno da transição e da mudança, o movimento histórico, a totalidade e a unidade dos contrários[51]. Partindo do ponto de vista marxista, a dialética se constitui num processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações, numa incessante busca de aprofundamento do conhecimento humano e num movimento de encontro da coexistência da causalidade com formas mais complexas de interdependência, de reprodução e de passagem da quantidade para a qualidade. A articulação entre a hermenêutica e a dialética constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, que permite cobrir

o que chamou de uma "quase ausência" de pesquisas de fundamentação marxista que levem em conta a subjetividade[51].

A hermenêutica é considerada a disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos, sejam eles na forma de biografias, narrativas, entrevistas, documentos, livros e artigos, dentre outros. Enquanto práxis interpretativa, busca diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador. O parâmetro da análise é o mundo das cotidianidades onde se produz o discurso, indagando-se por que e em que condições os sujeitos investigados se expressam e se posicionam de tal maneira e não de outra. Ela apoia a reflexão sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o pesquisador e suas situações de pesquisa são momentos expressivos de seu tempo e de seu espaço cultural[52].

Numa perspectiva metodológica, Minayo[51] refere que a hermenêutica e a dialética não devem ser reduzidas a uma simples teoria de tratamento de dados, pois, ao possibilitarem reflexões que se fundam na práxis, apresentam potencial inventivo e criador na condução do processo de análise e ao mesmo tempo compreensivo e crítico no estudo da realidade social. Enquanto a hermenêutica realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, a orientação dialética considera fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos textos e instituições. Assim, busca, a partir de sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e, nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações[51].

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos e atendendo aos dispositivos legais contidos na Resolução nº 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde[53], vigente quando da aprovação do projeto, em São Paulo a aprovação ocorreu nos comitês de ética da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob CAEE 02153012.9.0000.5392. Em Curitiba, o projeto foi aprovado no comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde, sob o número 75/2012. No intuito de atingir o rigor metodológico necessário, foram observados os critérios estabelecidos para o Reporting Pesquisa Qualitativa (COREQ), tanto na elaboração quanto no desenvolvimento e implementação da pesquisa.

5.2. FONTES DOS DADOS

O estudo tem origem num dos subprojetos do projeto *Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra criança*. Os dados de fonte primária desse projeto foram obtidos por meio de entrevistas semidiretivas realizadas, no período de maio de 2013 a maio de 2014, com os profissionais da Atenção Básica que atuam nas unidades básicas de saúde dos municípios de Curitiba e São Paulo. Os documentos norteadores que subsidiam a implementação das redes assistenciais e de proteção, com seus decretos, portarias, protocolos e fluxos, tanto em nível municipal como federal, foram as fontes de dados secundários, constituindo a pesquisa documental.

As entrevistas foram realizadas por membros do grupo de pesquisa, alunos de mestrado, doutorado e pós-doutorado, dentre esses, a presente pesquisadora. Alguns membros do grupo de pesquisa residiam no município de Curitiba, portanto coube a estes a realização das entrevistas nesse cenário. O restante do grupo estava baseado em São Paulo, portanto conduziram as entrevistas, sendo a maioria delas

realizada pela pesquisadora. Anteriormente às entrevistas, foi realizado teste-piloto do instrumento junto a 02 profissionais de outros locais que não os cenários de estudo (Curitiba e São Paulo). Os critérios de inclusão foram atuar na Atenção Primária há mais de seis meses em nível local, regional ou central; atuar em local que tivesse contato com as situações de violência infantil; e se dispor a responder às questões da entrevista. Além disso, o local deveria dispor de programa de atendimento a tais situações.

As entrevistas, realizadas em unidades básicas dos municípios de São Paulo e Curitiba, incluíram ao todo 41 profissionais, sendo 16 de Curitiba e 25 de São Paulo. Utilizaram-se como critérios para inclusão: atuar há mais de seis meses na Atenção Básica em nível local ou regional ou central e se dispor a responder às questões da entrevista. Não houve critérios de exclusão. No nível local, os entrevistados foram profissionais que compunham equipes de Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras), gerentes das Unidades de Saúde e pessoas consideradas como referências para questões de violência ou membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em nível regional (Distritos do Capão Redondo – SP, Boa Vista e Bairro Novo – Curitiba) e central (Secretarias Municipais de Saúde), foram entrevistados membros da coordenação que atuavam como referência para as questões relacionadas à violência. A duração das entrevistas variou em função do nível de atuação dos entrevistados: aquelas realizadas nas Unidades Básicas tiveram duração de 18 minutos em média; as realizadas em nível regional e central tiveram duração de 36 minutos, em média.

Conforme Minayo[51], a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas. A primeira está relacionada aos fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis e outros. Já a segunda, diz respeito àqueles dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. A entrevista pode trazer informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, constituindo uma representação da realidade no que concerne às ideias, crenças, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinada atitude ou comportamento.

A pesquisa documental é definida por Gil[54] como o levantamento de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, que podem ser decretos, leis, portarias, relatórios e documentos institucionais relacionados ao tema de estudo. O autor aponta que a diferença entre pesquisa bibliográfica e documental está na natureza das fontes: uma se utiliza da contribuição de diversos autores sobre determinado tema (bibliográfica); e a outra, além de não ter recebido tratamento analítico, pode ser reelaborada de acordo com os objetivos da pesquisa (documental).

A análise das fontes documentais foi guiada pelas categorias analíticas – processo de trabalho em rede e violência infantil –, com vistas a estabelecer comparações entre as realidades de enfrentamento no âmbito dos processos de trabalho na Atenção Básica à criança vítima de violência. Esta opção deve-se ao pressuposto de que diferentes formas e características da rede de proteção desencadeiam diferentes modos de significar e enfrentar a violência nos serviços e práticas de saúde.

No andamento do trabalho de análise, os núcleos de sentido extraídos do *corpus* foram reorganizados em três grupos. No primeiro analisou-se o significado da violência contra a criança, no segundo as ações para o seu enfrentamento, e no terceiro a potencialidade das redes de proteção para apoiar esse enfrentamento.

Em relação ao significado, os profissionais que atuavam em nível local (Unidades Básicas) foram solicitados a descrever uma situação de violência contra a criança que tivessem atendido ou da qual tivessem tomado conhecimento. Logo após a descrição, foram perguntados sobre o significado da violência e por que ocorria (Apêndice B). Aos profissionais que atuavam em nível regional (Distritos Sanitários/Supervisão Técnica) e central (Secretarias Municipais de Saúde), foi solicitado que expusessem a compreensão sobre o significado da violência e por que ocorria (Apêndice C). Considerando o objetivo de apreender as dimensões dos significados da violência contra a criança, o método hermenêutico foi aplicado na análise das respostas dos profissionais.

Quanto às ações para o enfrentamento da violência infantil, os profissionais do nível local foram perguntados se eles ou o serviço notificavam as situações de violência, e se no serviço de saúde onde trabalhavam existia algum programa/grupo de atendimento às crianças em situação de violência e suas famílias e como eram desenvolvidas as atividades. Aos profissionais do nível regional e central perguntou-se como a coordenação da qual faziam parte se organizava para o enfrentamento da violência contra a criança nas ações de notificação, intervenção e monitoramento. Entendendo que as formas de enfrentamento apontam para ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, seja em nível local, regional ou central, a análise foi

realizada a partir da construção de Fluxogramas Analisadores. Considerou-se a possibilidade de explicitar os modos como se constroem tais ações em seus cotidianos de trabalho, associado ao método hermenêutico.

Sobre as potencialidades das redes de proteção, os profissionais do nível local responderam ao seguinte questionamento: quais as dificuldades e as facilidades apresentadas pela Unidade de Saúde na qual atuavam para o enfrentamento da violência infantil. Aos profissionais do nível regional e central perguntaram-se quais as dificuldades e as facilidades apresentadas pela área que coordenavam, para o enfrentamento da violência contra a criança. Considerando a necessária articulação entre os conteúdos expressos pelos profissionais e as configurações das redes de proteção em cada cenário pesquisado, buscou-se a análise deste bloco pelo método hermenêutico.

5.2.1 Caracterização dos Entrevistados

As características dos profissionais entrevistados estão apresentadas na tabela a seguir, sendo agrupados em sua totalidade, sem distinção dos municípios. Assim, do total de 41 sujeitos da pesquisa, 15 possuem graduação em Enfermagem, 07 em Medicina, 04 em Psicologia, 01 em Odontologia, 01 em Nutrição, 01 em Farmácia, 02 em Assistência Social, 01 em Fonoaudiologia e 01 em Pedagogia; 03 atuam como Agentes Comunitários de Saúde e possuem ensino médio completo, 05 são Técnicas de Enfermagem. No que diz respeito ao sexo, predomina o feminino; no que se refere à atuação no atendimento às situações de violência, 31 participantes atuam em nível local, 05 em nível regional e 02 em nível central.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde entrevistados nas UBS. Maio/2013 a maio/2014.

Características (41 pessoas)	Profissionais nº	%
Sexo		
Feminino	37	90,2
Masculino	04	9,7
Idade (anos)		
20 a 30	7	17,0
30 a 40	20	48,7
40 a 50	9	21,9
50 e mais	5	12,1
Estado Civil		
Solteira (o)	10	24,3
Casada (o)	26	63,4
Viúva (o)	--	--
Separada (o)	05	12,1
Nº Filhos		
Nenhum	16	39,0
1	11	26,8
2	8	19,5
3	5	12,1
4	1	2,4
Sexo dos Filhos		
Feminino	11	26,8
Masculino	7	17,0
Ambos	7	17,0
Escolaridade		
Fundamental	--	--
Médio	7	17,0
Superior	34	82,9
Formação Complementar		
Nenhuma	08	19,5
Cursos complementares	--	--
Especialização *lato sensu*	32	78,0
Especialização *stricto sensu*	1	2,4

Na tabela 2 abaixo, apresenta-se o tempo de atuação profissional dos entrevistados na atividade vinculada à formação principal e na Estratégia Saúde da Família, assim como a informação se haviam ou não recebido treinamento para lidar com a violência contra a criança.

Tabela 2 - Tempo de experiência profissional dos entrevistados nas UBS, vinculado à formação principal e de atuação na estratégia Saúde da Família. Maio/2013 a maio/2014.

Características	Profissionais Nº	%
Atividade de formação (anos)		
1 a 5	13	31,7
6 a 10	10	24,3
11 a 15	10	24,3
16 a 20	01	2,4
21 a 25	03	7,3
Na ESF		
1 a 5	35	85,3
6 a 10	4	9,7
11 a 15	2	4,8
Treinamento sobre violência contra a criança		
Receberam treinamento	20	48,7
Não receberam	21	51,2

Dados sociodemográficos são importantes nas questões de enfrentamento, pois dizem respeito à inserção dos sujeitos na dinâmica do processo de trabalho; e no caso deste estudo, aos fatores que influenciam a forma como conduzem os atendimentos às situações de violência e o maior ou menor envolvimento com a dinâmica da rede.

5.3 OS MUNICÍPIOS CENÁRIOS DO ESTUDO

5.3.1 Município de São Paulo

O município de São Paulo é a maior cidade do Brasil em termos populacionais, concentrando 6% da população do país e 27% do estado de São Paulo[55], apresentando Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) calculado em 0,805. A área da unidade territorial do município corresponde a 1.521,110 km², com densidade demográfica (hab/km²) em 7.398,26 e população estimada no ano de 2015 em 11.967.825 pessoas. Deste total, 47,3% são pessoas do sexo masculino e

52,7% do sexo feminino[56], conforme pode ser visualizado na pirâmide etária do município apresentada abaixo.

Figura 1-Pirâmide etária da população do Município de São Paulo.

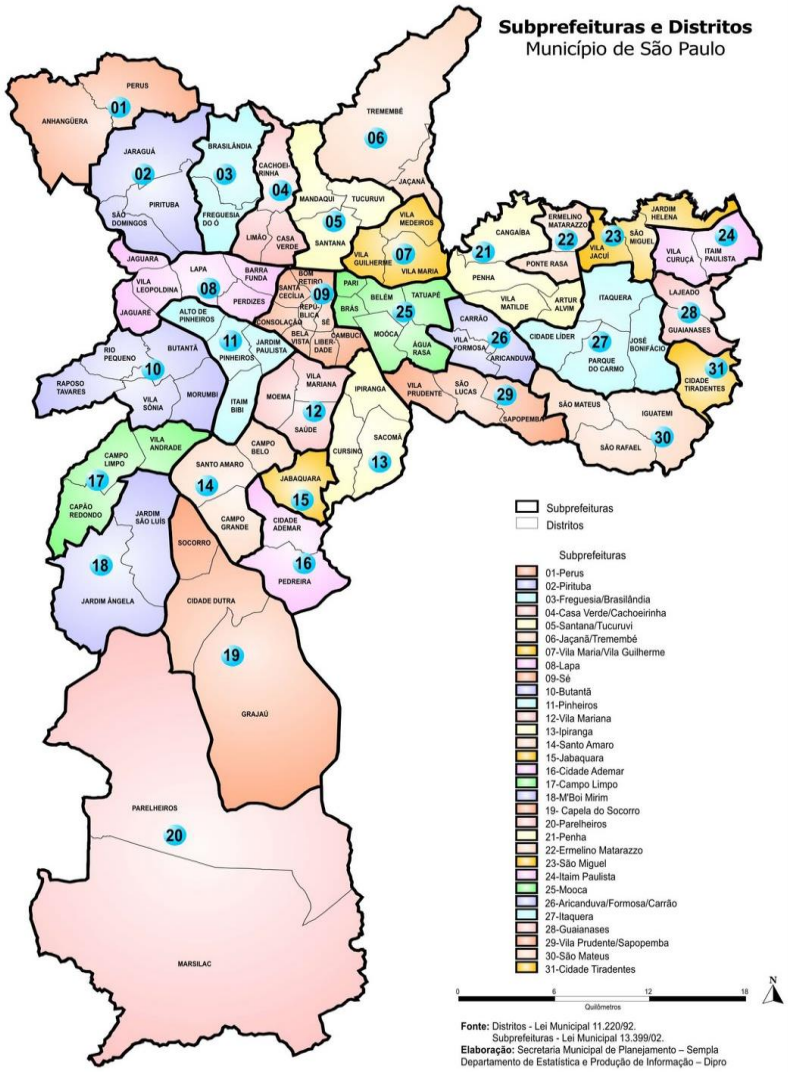
Fonte: IBGE[24].

Em estudo de 2014 sobre as perspectivas demográficas para os distritos do Município de São Paulo, considerando o período de 2014 a 2030, a Fundação Seade[55] aponta que são aguardadas importantes mudanças na estrutura etária da população para os próximos anos. Em termos percentuais, nos dias de hoje, 20% da população é formada por jovens, porém em 2030 esta participação corresponderá àqueles com mais de 60 anos. A população deverá apresentar crescimento em torno de 0,38%, podendo chegar a 12.242.972 habitantes.

Do total de 96 distritos que compõem o Município de São Paulo, estima-se que 29 deverão apresentar decréscimo populacional, como Alto de Pinheiros (-0,64%) e Santana (-0,52%), que apresentam as maiores taxas negativas. Por outro lado, são esperadas taxas de crescimento em sete distritos, como Vila Andrade (1,68%) e Anhanguera (1,67%), que apresentam maiores percentuais de elevação.

Em termos de divisão administrativa, desde o ano de 2003 o território do município é dividido em 31 subprefeituras, com 96 distritos vinculados, além do próprio município. O mapa a seguir ilustra a divisão administrativa.

Figura 2-Mapa da Distribuição Territorial do Município de São Paulo – Subprefeituras e Distritos



Fonte Centro de Estudo da Metrópole – CEM – SP/FFLCH.[57]

Quanto aos estabelecimentos de saúde, o município conta com 369 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 82 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) com UBS integrada, 41 unidades da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial, 145 Unidades de Saúde Mental, 25

Unidades de Atenção às Urgências e Emergências, 18 Hospitais Municipais (HM), 42 Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), 07 Unidades de Referência Saúde do Idoso (URSI), 06 Centros de Referência Saúde do Trabalhador (CR ST) e 08 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia, dentre outros.

A coleta de dados das entrevistas ocorreu em 03 Unidades Básicas do Distrito de Capão Redondo, que junto à Vila Andrade e Campo Limpo compõem os distritos da Subprefeitura de Campo Limpo. A Subprefeitura dispõe, atualmente, de 28 UBS, 05 AMAs, 02 AMAs com UBS integrada, 02 AMAs Especializadas e 05 Centros de Atenção Psicossocial, 01 deles Infantil. O Distrito de Capão Redondo apresenta área de 13,9 km², população de 278.472 habitantes, densidade demográfica de 19,549 habitantes/ km^2, taxa de crescimento estimado de 1 a 3,0% ao ano[58] e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,782[56].

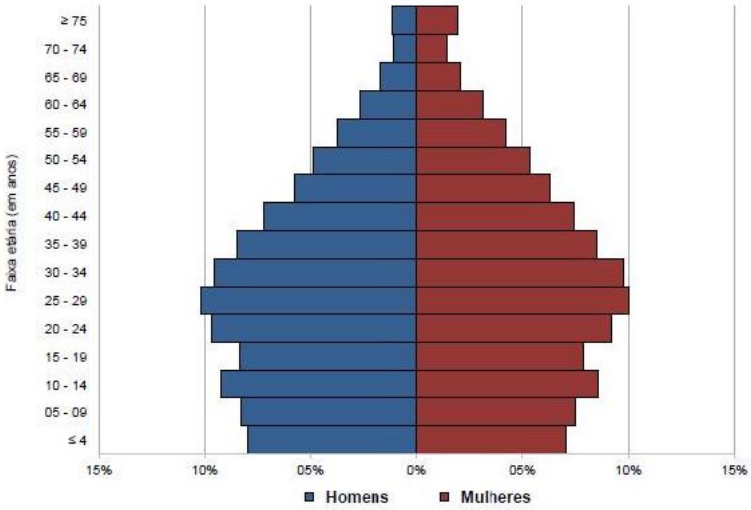
O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) – indicador construído a partir de fatores que influenciam as situações de vulnerabilidade, como escolaridade, saúde, arranjo familiar, possibilidades de inserção no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços públicos – classifica os municípios, e distritos, do Estado de São Paulo, em grupos de vulnerabilidade social a partir da combinação entre as dimensões demográfica e socioeconômica[29]. Neste sentido, aponta que das famílias do Capão Redondo, 22,4% apresenta vulnerabilidade muito baixa, 34,6% vulnerabilidade baixa, 15,2% vulnerabilidade média, e 27,9% de alta a muito alta vulnerabilidade[55].

Quanto à faixa etária, a distribuição da população assim se caracteriza: 20.542 menores de 5 anos, 47.809 entre 5 e 14 anos, 48.878 entre 15 e 29 anos, 68.912 entre 30 e 44 anos, 42.039 entre 45 e 59 anos

e 20.971 entre 60 e 75 anos ou mais. Em relação à renda familiar, considerando as pessoas responsáveis pelo domicílio, 18,65% não apresentam renda, 50,22% recebem entre 1 e 3 salários mínimos, 9,14% recebem entre 3 a 5, 4,24% entre 5 a 10, e 0,72% informaram renda superior a 10 salários mínimos[58].

Segundo o agrupamento dos territórios de saúde realizado pelo CEInfo[27], a partir das características socioambientais, o Distrito de Capão Redondo se situa entre aqueles que apresentam níveis de condições de renda, de escolaridade, de estrutura familiar e de acesso considerados de ruim a péssimo. A taxa de mortalidade por homicídio da população masculina de 15 a 19 anos é 298.3 jovens para cada 100 mil habitantes; e a porcentagem de adolescentes que se tornam mães, entre 14 e 17 anos, é de 14,7% no total de nascidos vivos[59]. A pirâmide populacional da região mostra uma concentração de população na faixa etária de 20 a 35 anos, porém é possível observar um importante quantitativo de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos.

Figura 3-Pirâmide populacional da Subprefeitura de Capão Redondo e Campo Limpo.



Fonte: SEADE[23].

O município de São Paulo, no período compreendido entre os anos de 2008 e 2015, apresentou um total de 102.486 notificações de acidentes na faixa etária que vai de menor de 01 ano a 10 anos, sendo que destes 79.009 correspondem a quedas, assim distribuídas: 11.057 notificações em menores de 01 ano; 30.171 notificações entre 01 e 03 anos, 13.582 notificações entre 04 a 05 anos e; 24.199 notificações para a faixa de 06 a 10 anos.

Os dados são disponibilizados pelo Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA), gerenciado pela Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-COVISA) em conjunto com as Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS)[60]. As fontes que alimentam o SIVVA derivam dos atendimentos de vítimas de violências e acidentes por profissionais de saúde, cuja notificação se faz por meio de um instrumento específico, de acordo com a Portaria 1328/07 – SMS[61]. Sendo assim, o banco de dados do SIVVA não expressa a totalidade das violências e acidentes, mas daqueles que chegam aos serviços de saúde.

Os dados levantados pelo SIVVA estão divididos em 05 grupos: agressões por terceiros, autoagressões e tentativa de suicídio, acidentes de trânsito, quedas e outros acidentes e eventos de intenção indeterminada. A violência física, psicológica, negligência e sexual consta no grupo de agressões por terceiros, cujos dados do município de São Paulo encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 3 - Total de agressões notificadas em relação às crianças de menores de 01 ano até 10 anos no período de 2008-2015. Município de São Paulo. (SIVVA-COVISA-SMS).

Tipo de agressão	Faixa Etária			
	Menor de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 5 anos	6 a 10 anos
Agressão física	429	938	860	3.465
Agressão psicológica	23	393	748	2.720
Negligência	740	783	407	905
Agressão sexual	97	1156	956	1562
TOTAL	1.289	3.270	2.971	8.652

Os dados referentes ao Distrito de Capão Redondo apontam que no mesmo período, de 2008 a 2015, ocorreram 343 notificações de quedas, assim distribuídas: 57 em menores de 01 ano; 141 entre 01 e 03 anos; 51 entre 04 a 05 anos; e 94 entre 06 e 10 anos. Em relação às agressões, ocorreram duas notificações de agressão física em menores de 01 ano e nenhuma sexual, psicológica e de negligência; na faixa entre 01 a 03 anos, 01 notificação de agressão e nenhuma sexual, psicológica e de negligência; na faixa etária de 4 a 5 anos, 01 notificação de agressão sexual, e nenhuma física, psicológica e de negligência; e na faixa etária de 6 a 10 anos, ocorreram 02 notificações de agressão física, 01 psicológica e nenhuma sexual e de negligência[60].

Nesse Distrito, a diversidade de situações de violência relatadas nas entrevistas e os dados que constam do SIVVA apontam para a necessidade tanto de qualificar os trabalhadores para o enfrentamento quanto instituir e melhorar a coleta sistemática de dados de violência infantil. Isto porque erros de digitação na data de nascimento ou

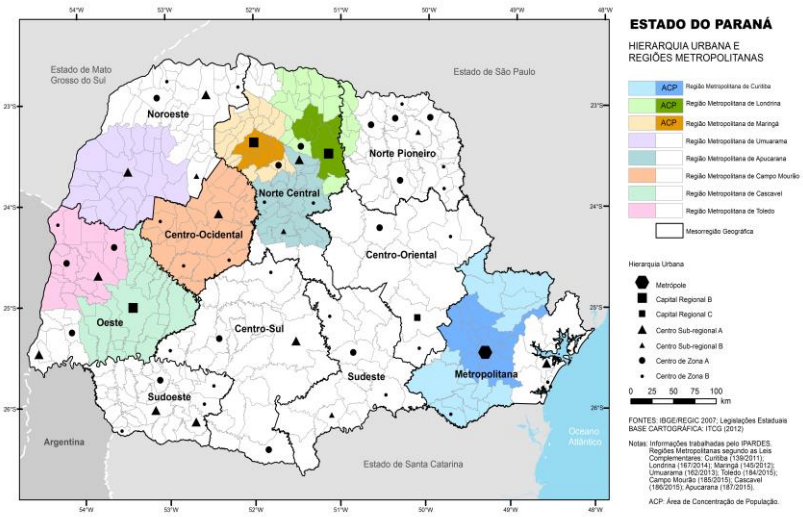
códigos mal digitados, inexistentes ou que remetam a outros agravos que não sejam causas externas podem comprometer a qualidade da notificação.

5.3.2. Município de Curitiba

O estado do Paraná apresenta sua divisão geográfica em 10 Mesorregiões e 39 Microrregiões, onde estão distribuídos os 399 municípios que as compõem, de acordo com as similaridades geográficas e sociodemográficas. No âmbito da gestão e planejamento, o estado apresenta uma divisão em 22 Regiões Administrativas. Em termos de centros populacionais, o estado está dividido em 08 regiões metropolitanas.

O município de Curitiba, onde foram coletadas as entrevistas, está situado na Mesorregião 10 e Microrregião 37, Região Administrativa 2 e na Região Metropolitana que leva seu nome, conforme ilustrado no mapa abaixo.

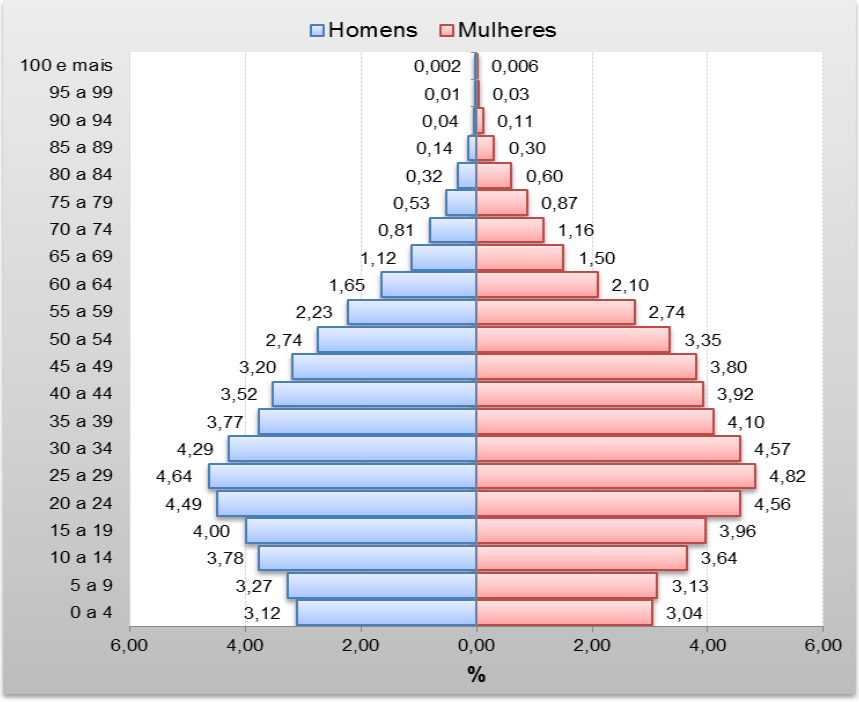
Figura 4-Regiões Metropolitanas do Estado do Paraná.



Fonte – IPPUC [62]

Curitiba apresenta área territorial de 435.495 km^2 e densidade demográfica em 4.024,84 hab/Km^2, sendo o maior município da região metropolitana da qual faz parte, dentre os 29 que a compõem. A população foi estimada para o ano de 2015 em 1.879.355, porém dados de 2010 do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social–IPARDES[63] apontam uma população censitária em 1.701.907 habitantes, perfazendo 52,3% de mulheres e 47,6% de homens. O total de crianças de 0 a 9 anos soma 385.452, o que representa 22% da população, evidenciando um aumento quando comparado aos últimos sete anos. A pirâmide populacional da região mostra uma concentração de população na faixa etária de 20 a 39 anos, porém é possível observar um importante quantitativo de crianças, adolescentes e adultos jovens na faixa etária de 10 a 19 anos.

Figura 5-Pirâmide etária, projeção populacional para Curitiba



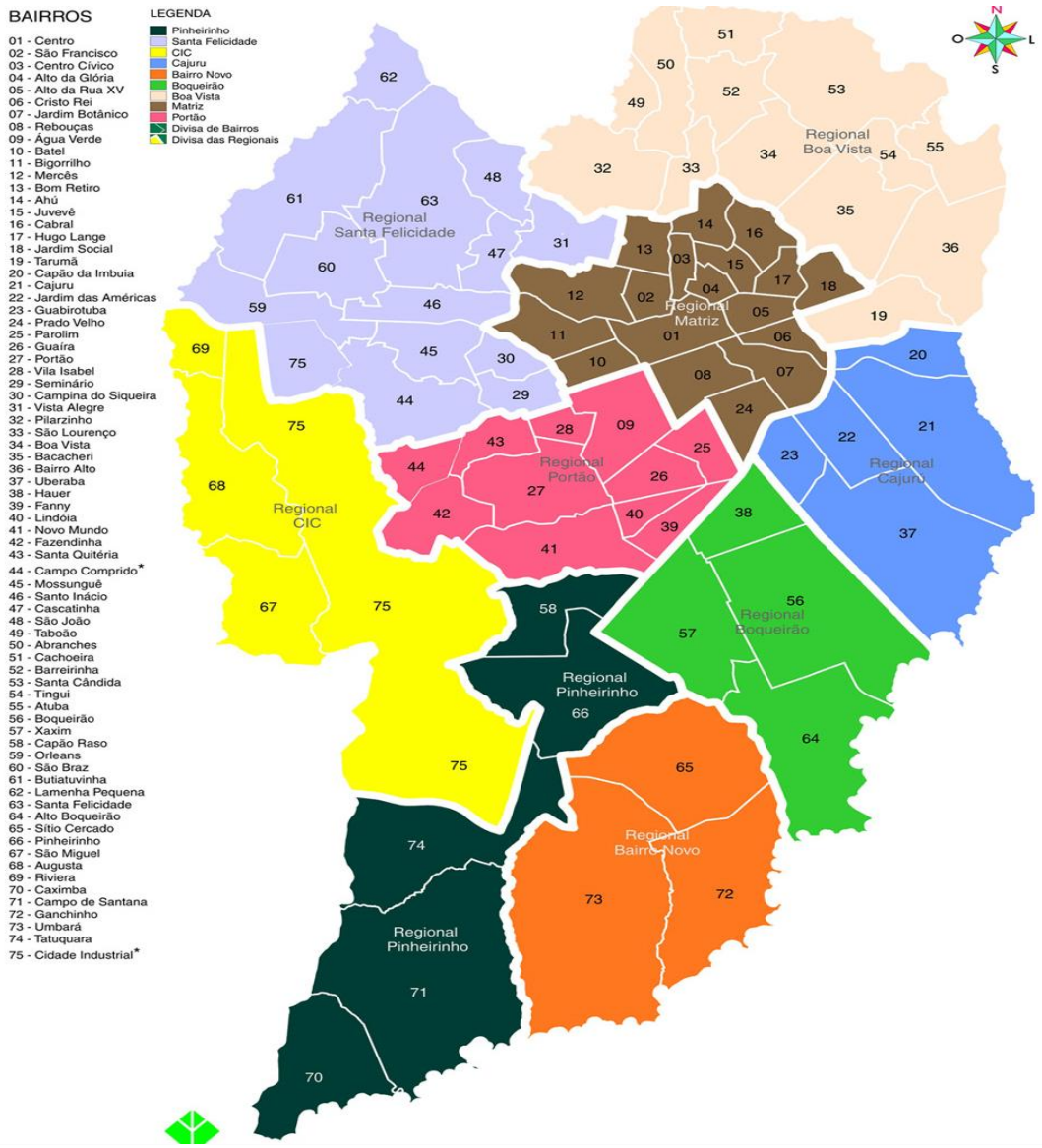
Fonte – IPPUC [62]

Essa população está distribuída em 75 bairros, que contam com os seguintes serviços de saúde: 65 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e 241 Equipes de Saúde da Família, 42 Unidades de Saúde, 9 Unidades de Pronto Atendimento, 12 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 06 Centros de Especialidades (Mãe Curitibana, Santa Felicidade, Matriz, Ouvidor Pardinho, Vila Hauer e Salgado Filho), 02 Centros de Especialidades Odontológicas, 1 Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS – COA, 108 Clínicas Odontológicas (integradas às US), 02 Hospitais Municipais, 01 Laboratório Municipal. Em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), dados de 2014 da Secretaria Municipal de Saúde apontam 52% da população com cobertura, sendo 17,1% correspondente ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 31,9% ao PSF.

O Índice IPARDES de Desenvolvimento Social (IPDM) que no estado do Paraná avalia a situação dos municípios paranaenses em três principais áreas de desenvolvimento econômico e social – educação; saúde; emprego, renda e produção agropecuária – aponta o município de Curitiba com alto desempenho, situando-o dentre os quatro melhores colocados, visto que seu índice perfaz 0,823. O índice IPARDES é expresso em números entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1, melhor é o desempenho do município.

Abaixo a divisão administrativa do município de Curitiba em suas 09 Regionais, nas quais se encontram distribuídos os 75 bairros.

Figura 6-Divisão administrativa do município de Curitiba em Regionais e Bairros

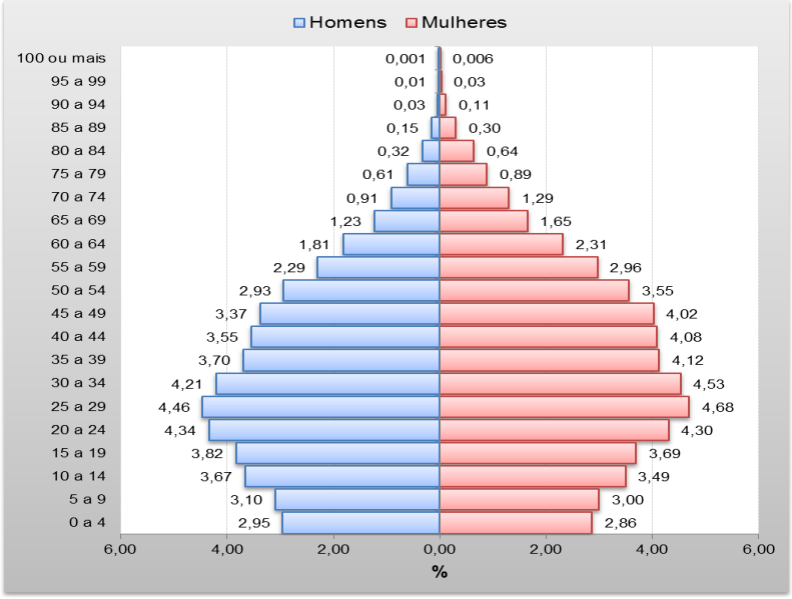


Fonte – IPPUC [62]

A coleta de dados ocorreu em 02 Unidades Básicas (Vila Leonice e Pilarzinho) do Distrito de Saúde de Boa Vista e em 03 Unidades (Aparecida, Umbará e Osternak) do Distrito de Bairro Novo. Localizado no extremo norte do município, o Distrito de Boa Vista apresenta uma população de 248.698 habitantes[63], 14,20% da população absoluta do município. O Distrito Sanitário situa-se na Regional de mesmo nome, constituída por 13 bairros, e considerada a mais populosa, onde 19,07% da população possui de 0 a 14 anos; 25,30% têm de 15 a 29 anos,

24,19% de 30 a 44 anos, 19,14% de 45 a 60 anos e 12,30% acima de 64 anos. A pirâmide etária do Distrito de Boa Vista em muito se assemelha à do município de Curitiba, conforme pode ser observado na figura 7, a seguir.

Figura 7-Pirâmide etária do Distrito/Regional de Boa Vista.



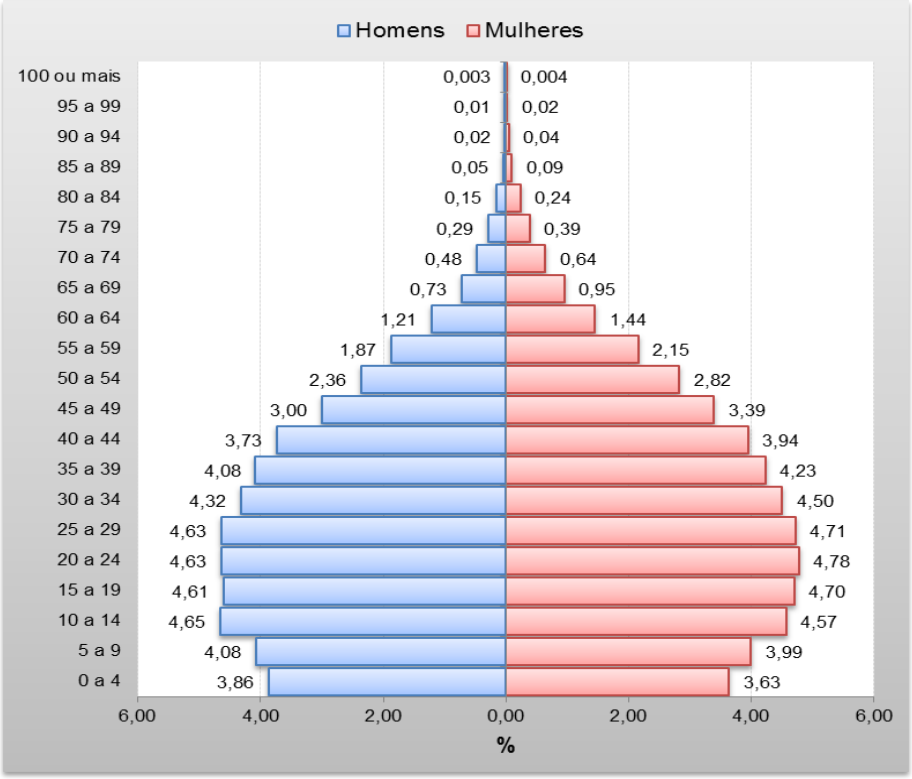
Fonte – IPPUC [62]

A rede municipal de saúde do Distrito de Boa Vista compõe-se de 18 Unidades Básicas e 3 Unidades PSF, todas com Clínica Odontológica, 2 Unidades Básicas sem Clínica Odontológica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O Distrito de Saúde Boa Vista faz parte da Rede de Proteção à Criança e Adolescente, contando com uma base de dados epidemiológicos desde 2001.

O Distrito de Bairro Novo localiza-se ao sul de Curitiba na Regional de mesmo nome, e é constituído pelos bairros Sítio Cercado, Ganchinho e Umbará. Sua rede de saúde está constituída por 12 Unidades Básicas, 01 CAPs III, 01 Hospital Maternidade e 01 UPA.

A Regional apresenta-se como a menos populosa, com 145.433 habitantes ou 8,30% do total do Município. Em termos de distribuição da faixa etária da população, 24,7% estão na faixa de 0 a 14 anos, 28% entre 15 a 29 anos, 24% entre 30 e 44 anos, 15% entre 45 a 59 anos e 7% igual e acima de 60 anos. A pirâmide etária do Bairro Novo apresenta maior concentração populacional nas faixas de 0 a 14 anos e de 15 a 29 anos, em quantitativos superiores aos do município e do Distrito de Boa Vista, conforme pode ser observado a seguir, na figura 8.

Figura 8-Pirâmide etária do Distrito/Regional de Bairro Novo



Fonte – IPPUC [62]

O município de Curitiba apresenta coleta sistemática de dados sobre violência infantil desde o ano de 2002, a partir da mobilização e investimento nos serviços e profissionais que compõem a rede de

proteção sobre a obrigatoriedade e necessidade da notificação das situações de violência infantil.

Segundo relatório produzido pela Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, vinculada ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, as notificações realizadas entre os anos de 2002 e 2014 atingiram o total de 45.945 [64]. Em relação ao ano de 2014, do total de 5.612 notificações, os serviços de saúde realizaram 58,8%, seguidos pela área de educação (32,3%) e depois assistência social (7,1%). Em relação à natureza das violências notificadas, 89,3% foram identificadas como violência intrafamiliar, 7,9% referentes à violência extrafamiliar (urbana, *bullying*, sexual cometida por terceiros), 1,9% autoinfligida (suicídio, mutilações), e 0,8% institucional [64].

No que concerne às faixas etárias, menores de 01 ano corresponderam a 14,7% das notificações, 01 a 04 anos 15,7%, 05 a 09 anos 24,7% , 10 a 14 anos 28,4%, e de 15 a 17 anos 16,4%. A negligência apresenta-se como o principal motivo de notificação, independente da faixa etária, porém com maior incidência entre crianças menores de 01 ano, totalizando 93,0% das notificações. No caso da violência física, os dados apontam que surge desde o primeiro ano de vida e apresenta distribuição equilibrada em todos os grupos etários.

Excetuando a violência sexual, em que os maiores perpetradores foram os pais (25,9%), padrastos (21,55) e tios (14,3%), a mãe é a principal autora nas demais situações de violência. Os dados produzidos pelos 800 serviços notificadores permitem à rede proteção conhecer o perfil da violência cometida contra crianças e adolescentes e propiciar a possibilidade de auxiliar no fortalecimento das políticas intersetoriais voltadas para o seu enfrentamento e prevenção.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

5.4.1 Hermenêutica Dialética

A análise das informações coletadas nas entrevistas considerou as três finalidades apontadas por Minayo[51], que são: primeira, a heurística, ou seja, insere-se no contexto de descoberta a que a pesquisa se propõe, a partir do material coletado; segunda, a de "administração de provas", que se realiza por meio do balizamento entre os achados, as hipóteses ou os pressupostos; e terceira, a de ampliação de compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassem o nível espontâneo das mensagens.

A hermenêutica-dialética foi o método escolhido para interpretação dos discursos e respostas oriundas das entrevistas, a partir da proposta operativa para a análise dos dados sugerida por Minayo[51]. Desta forma, as etapas a seguir conduziram a organização do trabalho de análise:

- Campo das determinações fundamentais: estabelecido na fase exploratória da investigação. Refere-se ao contexto sócio-histórico dos grupos sociais, mapeamento do sistema local de saúde, dos profissionais, dos serviços.

- Encontro com os fatos empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica. No presente estudo, esse nível de interpretação se deu por meio da análise das questões respondidas pelos profissionais, relacionada às situações de violência infantil, assim como da organização das redes de proteção.

- Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados recolhidos. Nessa direção, fez-se tanto a transcrição quanto a síntese das entrevistas realizadas durante a coleta de dados. Os dados referentes aos entrevistados (caracterização) foram organizados em planilhas; e o texto das entrevistas inseridos no WeBQDA (Web Qualitative Data Analysis), descrito logo a seguir.

- Classificação dos dados: nesta etapa, os dados são construídos a partir do questionamento que se fazem sobre eles, ancorados nos conceitos e pressupostos teóricos adotados.

- Análise final: momento em que se estabelece a articulação entre os dados coletados e os conceitos e pressupostos teóricos adotados na pesquisa, com vistas a buscar a melhor interpretação aos objetivos formulados.

A opção pelo método hermenêutico se deve à possibilidade de apreender as dimensões dos significados da violência contra a criança e das suas formas de enfrentamento, a partir dos sujeitos que realizam os atendimentos na Atenção Básica. Isto porque não se concebe a atuação em rede sem a presença daqueles que identificam e encaminham as situações de violência. Além disso, busca-se, por meio dos discursos, estabelecer a relação entre as práticas dos profissionais e a rede de proteção formalmente constituída pelas políticas municipais.

5.4.2 O Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção em Saúde

O Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde foi proposto por Merhy[65] a partir de estudos sobre o processo de trabalho em saúde. Trata-se de uma ferramenta de análise que se

propõe a investigar o cotidiano dos processos de trabalho, de forma a caracterizar o que é próprio deste, quem e como se trabalha, para que, por que e a quem se direcionam as práticas de saúde.

De acordo com o autor,

> [...] o fluxograma é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de desenhar certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção[32].

Enquanto ferramenta analisadora do processo de trabalho em saúde, o fluxograma apresenta potencialidade para revelar o modo de operar, no cotidiano, a construção de um modelo de atenção em serviços concretos, mostrar os produtos e resultados desse modo de operar, assim como revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços[65].

No que concerne a este estudo, o uso do fluxograma se deve à possibilidade de identificar as formas de enfrentamento da violência infantil nas ações de notificação, intervenção e monitoramento no âmbito das práticas dos profissionais de saúde e nos fluxos da rede de proteção preconizados em cada município analisado, a partir do discurso dos profissionais e dos documentos institucionais que norteiam a rede de proteção. As formas de enfrentamento da violência infantil descritas pelos profissionais apontam para as ações que desenvolvem no atendimento a tais situações em seus ambientes de práticas, que podem ser desenhadas por meio do Fluxograma Analisador, na forma de uma representação gráfica.

Os símbolos utilizados para construção do fluxograma apresentam padronização universal, como a elipse, o retângulo e o losango. Assim,

com uma elipse, tem-se tanto o começo quanto o fim da cadeia produtiva, configurando-se a entrada e a saída do processo de produção em análise. Com o retângulo, é possível demonstrar os momentos nos quais se realizam etapas importantes da cadeia produtiva, onde ocorre tanto o consumo de recursos quanto a produção de produtos, possibilitando abrir novas etapas na cadeia, até o seu término. Por meio do losango, é possível representar os momentos em que a cadeia produtiva enfrenta os processos de decisão que, além de indicar caminhos a serem seguidos, apresentam possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas. Abaixo podem ser visualizados os símbolos que compõem o Fluxograma Analisador e os elementos que o interligam.

5.4.3 O uso do WebQDA como ferramenta para análise das entrevistas coletadas

O WebQDA é um *software* destinado à investigação qualitativa em geral, utilizado no tratamento de dados não numéricos e não estruturados provenientes de entrevistas, documentos oficiais, observações, notas de campo, relatórios clínicos, dentre outros. Pode ser configurado de acordo com as necessidades do investigador, visto que

não apresenta conteúdo e estrutura teórica[66]. O *software* está configurado para ser utilizado em todos os tipos de desenhos de investigação, desde os mais convencionais até os mais específicos e oferece ao investigador a possibilidade de testar teorizações sobre as relações entre dados, descobrir e explorar novos relacionamentos de dados enquanto se desenvolve a análise de dados, criar mapas de relações, completar a análise de dados e registrar e guardar os resultados de pesquisa[67].

A estrutura do WebQDA é constituída por três partes: *Fontes*, onde o pesquisador pode inserir textos, áudio, vídeo e imagens, provenientes das diversas fontes de dados recolhidas durante todo o processo; *Codificação*, local onde são disponibilizadas as ferramentas para a codificação dos dados, ou seja, onde podem ser criadas as dimensões, os indicadores ou as categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas, a partir do quadro teórico, contextual e relacional utilizado na pesquisa; e *Questionamento*, que corresponde a um conjunto de ferramentas para fazer busca, cruzar e sintetizar os dados inseridos a fim de identificar padrões e/ou respostas a perguntas feitas quando da codificação dos dados[66]. No WebQDA, a categorização dos conteúdos apresenta uma disposição de nós em árvore, na qual o nó principal é a categoria, que se subdivide em outros nós (subcategorias ou categorias secundárias), às quais são vinculadas as unidades de texto provenientes do *corpus*.

No presente estudo, a escolha pelo WebQDA deu-se em função do volume de dados oriundos das entrevistas, permitindo o tratamento destes de forma mais sistematizada, interligada e em menor tempo, além da definição de categorias e subcategorias por meio das codificações realizadas. Igualmente, pode-se contar com o armazenamento dos dados

de forma segura, permitindo o acesso sempre que necessário. Os seguintes passos foram seguidos na utilização do WebQDA: inserção, na área das Fontes, do *corpus* referente às 41 entrevistas; codificação das categorias temáticas Enfrentamento e Violência na área da Codificação, que foram desmembradas em subcategorias, ou nós, de acordo com a terminologia do WebQDA; por último, codificação das unidades de texto do *corpus* às categorias e subcategorias previamente definidas, buscando identificar e estabelecer a relação destas últimas com o discurso dos entrevistados.

Resultados e Discussão

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material originário das entrevistas e dos documentos institucionais foi precedida de ordenação das informações contidas nas respostas, sendo organizadas primeiramente por município e em seguida por nível de atuação dos entrevistados, ou seja, local, regional e central. Após a leitura dos subconjuntos *município* e *nível de atuação*, as partes semelhantes foram agrupadas, constituindo um conjunto ou *corpus* de análise, do qual se extraíram os núcleos de sentido relacionados ao enfrentamento e à violência, com auxílio do WebQDA. Buscou-se, assim, compreender o universo dos significados e das ações relacionados ao campo de realidade e em concordância com o objeto de estudo.

6.1 OS SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA INFANTIL

As respostas emitidas pelos profissionais apontam para significados da violência infantil relacionados às razões para sua ocorrência, que assim se expressam: existência de uma cultura de violência que permeia as relações familiares; despreparo para a maternidade e paternidade, uma vez que os pais não sabem lidar com as fases do desenvolvimento infantil; ambientes familiares desestruturados, disfuncionais e, por conseguinte, violentos; uso de drogas e álcool; ausência do Estado na proteção às crianças, implicando em violação de direitos destas; demonstração de poder dos adultos sobre as crianças; problemas sociais, como pobreza, desemprego, analfabetismo; violência repassada de geração a geração; ausência de religiosidade; ausência de proteção pelos pais; e distúrbios psiquiátricos.

Em termos quantitativos, no município de Curitiba foram mais frequentes os significados da violência infantil relacionados ao uso de drogas e álcool; sequencialmente, considerando o número de vezes em

que foram mencionados, aqueles referentes à cultura de violência nas relações familiares, em seguida o despreparo para a maternidade e paternidade, os ambientes familiares desestruturados e violentos e os relacionados aos denominados problemas sociais (pobreza, desemprego, analfabetismo). No município de São Paulo, os significados relacionados aos problemas sociais e ambientes familiares desestruturados e violentos foram os que mais se fizeram presentes nas falas dos entrevistados. Logo após, veio o uso de drogas e álcool, o despreparo para a maternidade e paternidade e aquele relacionado à relação de poder do maior para o menor.

Após este primeiro ordenamento dos significados e considerando a totalidade de entrevistas realizadas, estabeleceram-se as dimensões do significado da violência infantil a partir do quantitativo de vezes em que tais temáticas estiveram presentes nos discursos dos profissionais, sem separação por cenários, conforme será descrito a seguir.

Os significados da violência infantil emergem vinculados a quatro núcleos de sentido principais, visto a frequência com que foram mencionados nas entrevistas: ambientes familiares desestruturados, o uso de drogas e álcool, precárias condições de existência material das famílias e o despreparo para lidar com as situações que envolvem a maternidade e a paternidade. Os temas relacionados à cultura de violência nas relações familiares e assimetria de poder (submissão do mais fraco pelo mais forte) também foram mencionados nas entrevistas, porém em frequência muito inferior aos aspectos elencados acima, o que, inferimos, deriva da ainda incipiente percepção dos profissionais relativas às influências da intergeracionalidade e das questões de gênero nas situações de violência intrafamiliar.

6.1.1 Os significados da Violência Infantil: desestruturação familiar e despreparo para os cuidados parentais

Os núcleos de sentido relacionados aos ambientes familiares desestruturados, ao despreparo para lidar com as situações que envolvem a maternidade e a paternidade, precárias condições de existência material e o uso de drogas e álcool serão abordados em sequência. Contudo, entende-se que eles estão interligados em termos de produção e potencialização das situações de violência infantil, além de trazerem no seu bojo a direta vinculação com o conceito de família.

As temáticas relacionadas à família passaram a compor a agenda das políticas públicas no âmbito do setor da saúde com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 1990. A incorporação do tema da violência na agenda da saúde, dada a preocupação com o seu crescimento, contribuiu para solidificar o conceito de famílias de risco e para uma pauta de discussão mais ampliada relacionada aos problemas ditos familiares[68] .

Considerando os dois cenários onde ocorreram as entrevistas, constata-se, no discurso dos profissionais entrevistados, semelhante distribuição do significado da violência infantil vinculado à desestruturação de ambientes familiares. Assim, em relação a esta dimensão, assim os profissionais se pronunciaram:

> *"Vai do ambiente intrafamiliar,* [...] *uma família disfuncional".*
>
> *"Quando os pais são separados ou então eles sofrem isso dentro do lar, falta estrutura familiar".*
>
> *"Ou então o pai está separado e quando chega em casa desconta no filho quando vai fazer as visitas".*
>
> *"Falta de dinheiro e tudo acaba virando motivo para os pais descontarem nos filhos".*
>
> *"Não tem uma família nuclear forte, então a criança acaba não tendo a atenção que deveria*".

> *"Eu percebo que o principal é a família. Normalmente, principalmente criança tão pequena tem algum problema na família. A família é desajustada. Muitas vezes os pais são separados, já tem um novo companheiro".*
>
> *"Uma desestrutura familiar que esta pessoa foi criada* [...]".
>
> *"Às vezes, eu acredito que pode ser um relacionamento mal resolvido, um relacionamento onde os dois, o homem e a mulher, às vezes não têm aquele, está querendo se separar e não se relaciona bem e desconta num ser que é frágil, um ser que é indefeso".*
>
> *"A gente observando a realidade das pessoas que a gente atende aqui a gente percebe a falta de uma estrutura familiar muito grande".*
>
> *"Então eu atribuo à falta de equilíbrio emocional, despreparo, essa vulnerabilidade, essa coisa de troca de parceiros muito constante, falta de estrutura familiar".*

As respostas apresentadas pelos profissionais nos levam a compreender as concepções de família que subjazem ao conteúdo de suas falas, ainda que estas não tenham sido parte do questionamento. Nesta direção, infere-se que os profissionais entendem a família como responsável por transmitir os valores e costumes que irão desenvolver as personalidades e a bagagem emocional dos membros que a compõem, em especial, as crianças. Assim, ela se conforma como o primeiro espaço para socialização e aprendizagem dos indivíduos[69].

Para Elsen[70], família é um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, cujas crenças são manifestadas em um espaço cultural. Sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, sejam eles sadios ou doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar, assim como seu inverso. A autora também define cultura familiar como um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se configuram a partir das relações internas e externas à família, determinando tanto seu modo de funcionamento como as experiências e interações com o mundo externo.

Algumas das falas dos profissionais vinculam a desestruturação familiar às separações dos casais, o que sinaliza para a compreensão de

família nuclear como o ideal de estrutura familiar. Ocorre que tal idealização dificulta o entendimento de que as estruturas familiares estão intimamente atreladas aos contextos sociais, culturais e históricos, e que, portanto, a sua dinâmica não se restringe a um único modelo, ainda que se verifique a existência, no imaginário social, de uma idealização a partir do modelo de família nuclear, em detrimento das diferentes disposições existentes na sociedade brasileira. Sarti[71], ao tratar dos novos desafios e configurações da família do século XXI, assinala como ultrapassada a ideia de familiar nuclear, ressaltando que a configuração das famílias ocorre em redes de relações nas quais interagem os sujeitos e onde se busca prover os recursos materiais e afetivos.

Outro aspecto que pode ser percebido nos trechos dos discursos dos profissionais entrevistados é a responsabilização das famílias sobre as situações de violência infantil. A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências[3], editada pelo Ministério da Saúde, revela que o ambiente doméstico é o local principal onde são gerados os agravos decorrentes da violência infantil. Afirma, ainda, que a violência contra crianças é passível de prevenção por meio da orientação familiar. Neste sentido, as políticas nacionais de saúde, assim como as que integram o Sistema de Atendimento e Garantia de Direitos, consideram a família o eixo central da atenção no que concerne à violência intrafamiliar, não somente na perspectiva de sua responsabilização, mas "[...] principalmente sob o prisma do estímulo ao seu potencial como cuidadora, baseando-se em estratégias de promoção de "ambientes familiares saudáveis", influenciadas pelo campo da promoção em saúde"[69].

Deslandes e Barcinski[72], no artigo em que discutem a maneira como as iniciativas e os serviços de atendimento têm abordado as famílias que vivenciam dinâmicas violentas, mostram a necessidade de evitar a naturalização de um modelo de família. Isso para que não se produzam estigmas em relação às formas diferenciadas como as famílias atualmente se organizam e reorganizam. As autoras apontam que

> o modelo de família ocidental, branca, anglo-saxã, predominante até as décadas de 1960 e 70, era baseado em um casamento monogâmico estável e em papéis sexuais rigorosamente definidos entre os cônjuges. Este modelo de família nuclear, no entanto, nunca foi o mais característico entre as classes populares brasileiras. Assim, as famílias de origens étnicas distintas, sem propriedades e organizadas a partir de outros desenhos e estratégias seriam classificadas como "desestruturadas" ou "disfuncionais"[72].

Ao perceber o significado da violência contra crianças como resultante do despreparo para lidar com as situações que envolvem a maternidade e a paternidade, os profissionais assim se expressam:

> *"E o despreparo, por ser mãe e pai muito cedo ou ser mãe e pai muito tardio, que traz também alguns complicadores. E essa própria questão do modelo social que a gente está hoje, pai e mãe".*
>
> *"Porque a violência ocorre acho que já vem desde antes da gravidez, falta de preparo destes adultos em se tornarem pais".*
>
> *"Acho que são pais despreparados* [...] *porque muitas vezes a criança não foi planejada, nasce de uma mãe que já tem vários filhos".*
>
> *"A mãe, o pai, que são pessoas que podem proteger, deveria ter uma proteção grande com relação a quem é vulnerável e falta proteção, falta da parte dos pais, uma educação para visualizar um problema que é muito comum".*
>
> *"Ocorre porque existem muitas famílias que não estão preparadas para o recebimento destas crianças".*
>
> *"A mãe não tem o entendimento da responsabilidade que tem sobre esta criança, estas coisas são mais corriqueiras".*
>
> *"Às vezes os pais só se preocupam em trabalhar e colocar alimentação em casa, mas não se preocupa com o bem estar da criança".*
>
> *"Primeiro de tudo um despreparo. Uma falta de preparo psicológico, emocional, de equilíbrio emocional dos pais".*
>
> *"Má estrutura psicológica das crianças e às vezes dos próprios pais".*

O despreparo para o exercício da paternidade e maternidade a que se referem os profissionais se relaciona, na maioria das falas, aos cuidados parentais necessários para o desenvolvimento das crianças,

especialmente aqueles voltados ao conforto e proteção afetivos, entendidos como inerentes às funções de pai e mãe a serem cumpridas.

Em relação aos cuidados parentais, a Convenção dos Direitos da Criança, promulgada pela ONU/UNICEF[73] em 1990, preconizou que é da responsabilidade parental e de outros cuidadores assegurar, de acordo com suas competências e capacidades financeiras, as condições necessárias para o desenvolvimento das crianças. Assim, a partir de tal normativa, passou-se a adotar o conceito de parentalidade nas investigações científicas relacionadas ao desenvolvimento infantil, assim como naquelas que se relacionam às famílias. De acordo com Barroso e Machado[74], o conceito de parentalidade é definido como:

> [...] o conjunto de atividades realizadas para assegurar o desenvolvimento e a sobrevivência da criança, em ambiente seguro, de modo a socializá-la e torná-la mais autônoma, constituindo-se "numa das tarefas mais complexas, difíceis e com maiores desafios e responsabilidades para o ser humano.[74]

A forma como homens e mulheres concebem os cuidados parentais no ambiente familiar decorre dos referenciais de masculinidade e de feminilidade presentes desde o surgimento da família nuclear ou moderna, cujos efeitos podem ser percebidos na forma como desempenham os papéis de pai e mãe. Entendendo o exercício da parentalidade atrelado aos papéis sociais, os cuidados parentais estão fortemente vinculados aos cuidados maternos. Isto porque persiste a compreensão de que os homens se vinculam à esfera da produção ou se voltam para a vida pública, enquanto as mulheres permanecem ligadas à esfera doméstica, encarregada dos filhos e da casa[72]. Conforme indicam Schraiber, Gomes e Couto[75], apesar desta mudança no cenário doméstico, onde se pode perceber uma visão mais igualitária quanto à divisão sexual do trabalho, a maioria das famílias mantém uma organização tradicional, pautada na complementaridade das funções.

Segundo Barroso e Machado[74], compreender porque alguns indivíduos tendem a desenvolver de forma mais efetiva a parentalidade, enquanto outros têm maiores dificuldades, é uma questão que merece maior aprofundamento. No entanto, existe uma concordância entre estudiosos de família sobre as múltiplas situações que interferem nos comportamentos dos pais para o exercício da parentalidade, de ordem individual, histórica e social, combinadas ou não entre si. Neste sentido, os maus-tratos infantis ou a violência contra a criança pode ser encarada o ponto mais extremo e mais negativo da fragilidade de cuidados parentais.

Apoiados em estudos desenvolvidos por Belsky e Vondra[76] sobre os determinantes da parentalidade, Barroso e Machado[74] indicam que a parentalidade pode ser influenciada por três fatores principais: aqueles relacionados individualmente aos pais, os relacionados às características individuais da criança e aqueles do contexto social no qual a relação familiar se encontra estabelecida. Deste modo, as histórias de vida dos pais, o seu relacionamento conjugal, as situações de ocupação e emprego, a ausência ou existência de redes de suporte social afetam o processo de parentalidade e, por conseguinte, as situações de cuidado às crianças. Os discursos dos profissionais, naquilo que compreendem como significados da violência infantil relacionados aos cuidados parentais, expressam a extrema fragilidade com que tais famílias conduzem os cuidados às crianças pelas quais são responsáveis.

6.1.2 Os significados da Violência Infantil: álcool, drogadição e precárias condições de existência material das famílias

Segundo o Dicionário Aurélio século XXI[77], *drogadição* significa adição a drogas, cuja etimologia vem do latim *addictu* (adjetivo), relacionado a adjunto, adstrito, dependente, aquele que não consegue

abandonar um hábito nocivo, principalmente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos. Schenker e Minayo[78] referem-se à drogadição "como um estado de submissão e dependência do indivíduo, com restrita vontade", que, por se tratar de um conceito relacional, refere-se a comportamentos que se expressam como pouca ou nenhuma consciência de seus atos. A realidade de famílias que possuem situações de drogadição apresenta uma série de agravos que incluem violência física e psicológica, negligência, perda de empregos, rupturas familiares, instabilidade financeira, além dos prejuízos para a saúde individual e coletiva dos seus membros.

Portanto, as expressões relacionadas abaixo mostram os significados da violência infantil relacionados ao uso de álcool e drogadição, conforme expuseram os profissionais:

> *"[...] a droga, esse é um dos fatores. Mas não dá para gente associar que toda violência está ligada ao consumo de droga, isso também a gente não pode generalizar".*
>
> *"[...] Basicamente tudo envolve drogadição. Inúmeros casos, mas o foco sempre é drogadição dos pais, digamos assim".*
>
> *"Uma das coisas é que a droga, pode ter certeza, é transmitida através do leite. Então as crianças estão recebendo, o organismo delas estão sendo já viciados à droga".*
>
> *"Às vezes, em outros territórios, a gente identifica que a mãe é drogadicta e isso acaba repercutindo na relação que a mãe tem com a criança, na possibilidade de cuidado. Você acaba identificando o descuidado da mãe".*
>
> *"Envolve em alguns casos o uso de drogas e álcool ou de uma mãe drogadicta que não queria a criança".*
>
> *"Mas na maioria das vezes, os pais eles usam drogas, usam álcool, por isso que às vezes ocorre".*
>
> *"Os casos normalmente estão associados aos pais drogadictos".*

As expressões acima expostas indicam a associação entre o uso de drogas e álcool e o significado da violência na perspectiva da causalidade, presente na maioria dos discursos apresentados. Minayo e Deslandes[79], em texto no qual discutem a associação de drogas e violência de modo mais amplo, apontam que é falaciosa a ideia de que o

uso de substâncias ilegais e a pobreza sejam responsáveis por situações de violência. Essa concepção determinista do biológico, social e econômico deixa de reconhecer as normas culturais historicamente construídas, a dinâmica das comunidades e os fatores de personalidade e individualidade dos indivíduos que fazem parte do contexto investigado.

No entanto, expressões como *"[...] não dá para gente associar que toda violência está ligada ao consumo de droga, isso também a gente não pode generalizar*", presente no discurso de um dos entrevistados, indicam a possibilidade de compreender a complexidade do contexto social e histórico que envolve as famílias em situações de violência. Afinal, antes de propor medidas de prevenção e assistência centradas na família no que se refere ao combate às drogas, deve-se tentar compreender quais as suas potencialidades e de que forma está organizada a teia de relações que a envolve.

O significado da violência infantil vinculado a precárias condições de existência material das famílias, presente nos discursos dos profissionais abaixo elencados, anuncia a compreensão de que as famílias em situação de vulnerabilidade e risco social são extremamente prejudicadas quanto ao cumprimento de possibilitar ambiente que garanta o pleno desenvolvimento das crianças sob seus cuidados. Deste modo, os significados da violência infantil assim estão expressos:

> *"Acho que tem uma forte influencia social. O meio social é de maior risco, nossa área tem muitas famílias desintegradas".*
>
> *"Não sei, eu acho que é uma questão social mesmo. Eu acho que é muito uma questão social".*
>
> *"A gente vê que é uma doença social, da questão da cidade, do crescimento grande".*
>
> *"Então muitas famílias são muito empobrecidas, falta muito recurso e a violência acaba chegando ali".*

> *"E acho que acontece por falta de estrutura, orientação, analfabetismo, falta de ter alguém lá atrás na infância que chegue e que oriente a educação".*
>
> *"Pelo menos na nossa área a gente vê que as pessoas são dependentes do Estado. Elas são pessoas com programa bolsa família e casinhas de programa minha casa minha vida".*
>
> *"Por muitos motivos, o descaso, situação financeira, não tem um motivo definido, pela falta de recurso financeiro; a vida financeira, um desequilíbrio emocional".*
>
> *"O crescimento desacelerado, que está levando ao desemprego, à fome, à miséria, tudo isto em conjunto acho que está fortalecendo isto".*
>
> *"Uma situação social tão desesperadora é uma falta tão de tudo, que ela não consegue oferecer o que ela precisa oferecer para essa criança segurança, carinho, alimento, abrigo".*
>
> *"Mas eu entendo que existe uma interferência muito grande da condição social da nossa região que leva à violência".*
>
> *"Ocorre por algum fato que aconteceu com familiar, ou que continua acontecendo, às vezes os pais têm muita necessidade de algumas coisas e acaba fazendo a violência como um desabafo, ou não têm perspectiva de vida e acaba fazendo isso".*
>
> *"Então o problema social gravíssimo, que ela já nasceu inserida nesse projeto social falido. Acho que os problemas sociais, mais a falta de perspectiva.* [...] *A perspectiva de vida é muito ruim individualmente, ai você não tolera nada então você é gerador de violência".*

O Estatuto da Criança e do Adolescente[6], promulgado em 1990, determina que crianças e adolescentes sejam sujeitos de direitos, sendo o grupo prioritário da doutrina de proteção integral. No que concerne à convivência familiar e comunitária, o ECA estabelece no Artigo 19 que a criança e o adolescente têm direito de serem criados no interior da família de origem "e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral"[6], anunciando a centralidade da família na consecução de promover os direitos de crianças e adolescentes. Ocorre que também a família, não importando a configuração que apresenta, é portadora de direitos, entre eles o de ser provida das condições e dos meios materiais para exercer e cumprir o seu papel de cuidar e educar seus filhos.

No âmbito da Política Nacional de Assistência Social[80], o conceito de vulnerabilidade e risco social está pautado nos estudos de Castel[81] , elaborado a partir de investigações sobre o desgaste dos sistemas de proteção social na sociedade salarial na França, ocorrido por volta dos anos 1980. Para esse autor, tanto os setores pobres como os empobrecidos da sociedade apresentam zonas de vulnerabilidade, onde a própria vulnerabilidade se apresenta como uma zona intermediária instável, que associa precariedade do trabalho e fragilidade dos denominados suportes de proximidade.

Para Castel[81], as zonas de vulnerabilidades são uma espécie de indicador para avaliar o grau de coesão de um conjunto social num dado momento de crise econômica. Podem ser classificadas, de acordo com o grau da dinâmica de exclusão, em três estágios: *zona de integração*, um conjunto de relações de trabalho e inserção relacional estável; *zona de vulnerabilidade*, que se refere ao trabalho precário e fragilidade de apoio relacional; e *zona de desfiliação*, que é a conjugação dos processos de exclusão, ausência de trabalho e isolamento relacional[81]. Em situações de crise econômica, com consequente aumento do desemprego e generalização do subemprego, a zona de vulnerabilidade se alarga, avança sobre a zona de integração e debilita o que o autor chamou de desfiliação.

Segundo a Política Nacional de Assistência Social[80], as transformações de ordem econômica, relacionadas à organização do trabalho e à mudança de valores, hábitos e costumes, ocorrida na sociedade contemporânea, resultaram em profundas mudanças também nas organizações familiares. Neste sentido, as transformações, dados os aspectos positivos e negativos que comportam,

> [...] desencadearam um processo de fragilização dos vínculos familiares e comunitários e tornaram as famílias mais vulneráveis. A vulnerabilidade à pobreza está relacionada não apenas aos fatores da conjuntura econômica e das qualificações específicas dos indivíduos, mas também às tipologias ou arranjos familiares e aos ciclos de vida das famílias. Portanto, as condições de vida de cada indivíduo dependem menos de sua situação específica que daquela que caracteriza sua família. No entanto, percebe-se que na sociedade brasileira, dada as desigualdades características de sua estrutura social, o grau de vulnerabilidade vem aumentando e com isso aumenta a exigência das famílias desenvolverem complexas estratégias de relações entre seus membros para sobreviverem[79].

Cronemberger e Teixeira[82] defendem que o conceito de *vulnerabilidade* é o mais adequado para captar as situações de risco localizadas entre extremos de inclusão e exclusão, pois conferem um sentido dinâmico para o estudo das desigualdades. As autoras afirmam que

> [...] a pobreza e as situações de grave miséria econômica trazem, em seu bojo, situações de extrema vulnerabilidade social caracterizada pela vida em condições adversas, esfacelando ou ainda impedindo laços de convivência social e familiar, levando ao abandono, ausência de cuidados e dos vínculos relacionais, devido ao cotidiano de luta pela sobrevivência[82].

Hayeck [83], em texto que trata da questão da violência como uma prática corrente desde a Antiguidade, ressalta a necessidade de evitar argumentos que indiquem a pobreza como causa exclusiva da violência, sem analisar a relação de forma cuidadosa. Esta associação "é decorrente do desenvolvimento do capitalismo nas sociedades ocidentais modernas onde as classes menos favorecidas passaram a serem consideradas perigosas", não sendo correto estabelecer uma relação direta entre tais argumentos.

As significações da violência infantil apresentada pelos profissionais – relacionadas a ambientes familiares desestruturados, despreparo para lidar com as situações que envolvem a maternidade e a paternidade, famílias em precárias condições de existência material e o uso de drogas e álcool – apontam para o reconhecimento da violência

na vertente interpessoal/intrafamiliar e estrutural. A violência intrafamiliar, conforme a tipologia proposta pelo Relatório Mundial da OMS[1], é entendida como aquela que ocorre entre os membros da família no ambiente da casa. Essa modalidade inclui várias formas de agressão contra crianças, mulheres ou homens e contra os idosos, ou seja, trata-se da violência como consequência das relações e conflitos familiares traduzidos em intolerância, abusos e opressão. Saffioti[26] descreve a violência intrafamiliar como "aquela que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consanguinidade e a afinidade", que pode ocorrer tanto no domicilio como fora dele, pois extrapola os limites deste.

Minayo[84] acrescenta à tipologia proposta pela OMS o que denominou de violência estrutural, referente aos processos de ordem social, política e econômica "que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes". A autora assevera que a violência estrutural é a base da maioria das outras formas de violência, porém ainda é de difícil quantificação, posto que "se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação".

Embora se tenha realizado as categorizações dos significados da violência infantil atribuídos pelos profissionais, constata-se que a família foi o eixo central das falas, muito por se configurar como objeto de trabalho das práticas de atendimento no campo da Atenção Primária. Neste sentido, afirma-se a importância de se discutirem as representações culturais dos profissionais que lidam com essas famílias nos diversos serviços onde são atendidas, no que concerne ao papel da família, às suas competências e ao grau de responsabilização perante a

situação de violência intrafamiliar. Conforme expõem Deslandes e Barcinski[72], as teorias que tratam do papel social da família influenciam a atuação dos serviços, podendo resultar em abordagens inclusivas ou não, por vezes impedindo o reconhecimento das potencialidades daquelas famílias vistas como desorganizadas e incapazes.

6.2 ENFRENTAMENTO: MODOS DE ATENDIMENTO, NOTIFICAÇÃO, DIFICULDADES E FACILIDADES

As questões formuladas aos profissionais sobre enfrentamento, assim como a atuação em rede tiveram diferenciações de acordo com o nível de atuação em que se encontravam, ou seja, local (Unidades Básicas), regional (Distritos Sanitários/Supervisão Técnica) e central (Secretarias Municipais de Saúde). Deste modo, primeiramente serão elencados os aspectos relacionadas ao enfrentamento em nível local, para, a seguir, serem tratados aqueles referidos ao nível regional e central.

6.2.1 Os enfrentamentos e as notificações em nível local

Iniciando pelos profissionais de nível local, nos questionamentos referentes ao enfrentamento, foi solicitado que respondessem se no serviço onde trabalhavam existia algum programa/grupo de atendimento às crianças em situação de violência intrafamiliar e suas famílias e como eram desenvolvidos, e se ele ou o serviço notificavam as situações de violência.

No cenário Curitiba, do total de 16 entrevistados, 12 atuavam em nível local; e destes últimos, 09 informaram desconhecer a existência de grupos ou programas de apoio a vítimas de violência na unidade onde trabalhavam. Outros 03 informaram que não havia grupo de apoio, mas que contavam com a rede de proteção caso necessitassem. No cenário

São Paulo, 22 dos entrevistados atuavam em nível local e assim se manifestaram: 14 informaram desconhecer a existência de grupos ou programas de apoio a vítimas de violência na unidade onde trabalhavam; 03 informaram não haver grupo de apoio, mas que contavam com a rede de proteção caso necessitassem; e 05 informaram existir e reconheceram o Núcleo de Prevenção à Violência (NPV) como grupo ou programa de apoio a vítimas de violência na unidade. Abaixo são apresentados trechos dos discursos dos profissionais tanto do cenário Curitiba (Cur) quanto de São Paulo/Distrito de Capão Redondo (Cap), para exemplificar a explanação anterior:

> *"Olha, como aqui nessa unidade de saúde eu tô há um mês eu ainda não reconheci grupos oficiais para atendimento nessa unidade de saúde. Eles acabam participando da Rede. E atendimento médico e enfermagem conforme essas condutas. Um grupo de apoio não, até onde eu sei ainda não". (Cur)*
>
> *"Temos grupo de gestantes que procura abordar a relação com o bebê, com a criança. Mas focado, específico na violência contra a criança, não tem". (Cur)*
>
> *"Na verdade aqui na unidade de saúde não tem.* [...] *Hoje a gente não tem nenhum trabalho desse tipo aqui na unidade de saúde. A gente tem as referências, em todos os equipamentos que a gente pode estar contando, até a hora que vocês chegaram eu estava ligando para um dos casos da rede de proteção". (Cur)*
>
> *"Mas um grupo específico de violência, pelo menos eu nunca tive nem a ideia de montar aqui". (Cur)*
>
> *"Não tenho conhecimento, como falei no caso se acontecer alguma coisa e for trazido este problema para a equipe, gera visita domiciliária pela equipe multidisciplinar junto com o Conselho Tutelar. Isto é que sei que o fluxo funciona assim." (Cap)*
>
> *"Não, na UBS não temos não. Nessa unidade que eu tenho duas semanas que estou aqui, eu desconheço. Em outras unidades que eu trabalhei também não tinha". (Cap)*
>
> *"Não, acho que não. Específico não. É o grupo que a gente tem mesmo da NASF e aí se faz o aconselhamento, chama e se não der, aí é o Conselho Tutelar que a gente aciona." (Cap)*
>
> *"O que eu conheço é o núcleo de proteção à violência que acontece aqui na unidade de saúde do Parque Fernanda, tem em todas as unidades daqui da região, e acaba se estendendo para as crianças também, não somente as menores de 3 anos, mas para as outras também as maiores, adolescentes e adultos". (Cap)*
>
> *"Não que eu saiba. Porque o que temos aqui na região é o Conselho Tutelar, fiquei sabendo também que existe um grupo de apoio às vitimas de violência sexual no hospital do Campo Limpo. Mas aqui da região especificamente não tem nada, a não ser o Conselho Tutelar". (Cap)*

Os discursos dos profissionais relacionados ao não reconhecimento da existência de grupos de apoio e programas as vítimas de violência na unidade onde trabalham refletem um dos grandes gargalos das políticas nacionais de prevenção da violência, que é a necessidade de ampliação dos saberes e preparo dos profissionais que se encontram no cotidiano dos atendimentos em saúde relacionados a estas.

Dentre as políticas nacionais de prevenção à violência, que norteiam as possibilidades de atuação dos profissionais, destaca-se a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, estabelecida pela Portaria nº 936 de 19 de Maio de 2004[85], e a Política de Promoção da Saúde, aprovada por meio da Portaria GM nº 687, de 30 de março de 2006[86] . A portaria que aprova e estrutura a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde apresenta como principal objetivo articular a gestão e as ações do Ministério da Saúde com os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde em âmbito Estadual e Municipal e com instituições acadêmicas e organizações não governamentais que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência.

A Política de Promoção da Saúde apresenta item específico voltado à prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, destinando-se a contribuir para a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, investir na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e adequado encaminhamento das situações de violência intrafamiliar e sexual, assim como em ações que culminem na definitiva implementação da ficha de notificação de violência interpessoal e articulação

intersetorial. Diante do cenário em que se encontra a situação do sistema de saúde nacional, constata-se que as normativas acima elencadas demandam efetiva implementação, pois, seja na esfera federal, estadual ou municipal, a rede de saúde carece de serviços assistenciais em quantidade e organização, recursos financeiros e pessoas capacitadas para lidar com as situações de violência.

Retomando a discussão sobre a necessidade de ampliação dos saberes dos profissionais para o enfrentamento da violência infantil, Martins[87], em estudo que objetivou compreender os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil na Atenção Primária em Saúde, assevera que embora a Atenção Primária seja o espaço privilegiado para o enfrentamento da violência infantil, é necessário o desenvolvimento de saberes e das dimensões das competências relacionadas ao saber-saber, saber-fazer e saber ser. Esse desenvolvimento se funda em processos de trabalho cujo horizonte vislumbrado seja o da superação das contradições da realidade objetiva nas dimensões do singular, do particular e do estrutural.

Tratando-se do questionamento sobre a notificação, também ocorreram diferenciações entre os cenários estudados. No cenário Curitiba foram identificados os seguintes temas nas respostas dos profissionais: a situação de violência notificada pelo profissional que realizou o atendimento e encaminhada para a rede de proteção, conforme indicado por 04 dos 12 profissionais entrevistados; e a situação de violência repassada pelo profissional que realizou o atendimento para a unidade de saúde, que notifica e encaminha para a rede de proteção, apontado por 09 dentre os 12 entrevistados. Seguem-se os trechos dos discursos que ilustram a situação acima mencionada:

> *"Então notifiquei negligência familiar e envolveu conselho tutelar, a mãe ficou preocupada e começou a ter um olhar mais diferente.* [...] *E depois a*

> *gente leva esse caso notificado para reunião da rede de proteção local que é mensal". (Cur)*
>
> *"No ano passado notifiquei um caso de negligência familiar. Não foi abandono, foi negligência. A carteira de vacina tava toda atrasada, quem trouxe foi a cuidadora e a criança estava numa situação mal de saúde". (Cur)*
>
> *"As notificações, quando é caso de violência tipo de espancamento elas não são notificadas diretamente na unidade de saúde. A criança, os pais ou algum familiar leva até o hospital, o hospital notifica e a notificação vai para o distrito sanitário e chega até nós. A gente faz aqui a busca ativa".(Cur)*

No cenário São Paulo, os discursos dos profissionais apresentaram um único tema: o profissional que realiza o atendimento reporta a situação para profissionais da Unidade (Assistente Social) e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que procedem à notificação e encaminham para o Conselho Tutelar, conforme apontado por 20 dos 22 entrevistados. Nos outros dois discursos, os profissionais afirmaram desconhecer o procedimento a ser adotado, dado o pouco tempo em que atuavam na unidade. Os trechos dos discursos a seguir ilustram o tema apresentado:

> *"Normalmente a primeira conduta que tomo é acionar algum tipo de Assistente Social, porque às vezes foge da gente entender para qual, e sinto falta disto, como não temos reuniões frequentes com o conselho tutelar, não sabemos qual o melhor caminho que vai resolver esta questão, então normalmente a primeira pessoa que aciono é uma Assistente Social da minha confiança, ou do NASF ou da região do Campo Limpo que são nossas referencias, e através do direcionamento do que vão dizer que damos seguimento ao caso". (Cap)*
>
> *"Aqui no PSF a gente tem a equipe NASF. Então todo caso a gente tem que matriciar. A gente não faz o enfrentamento sozinho. A gente tem que matriciar e a equipe NASF então, ela é composta de Assistente Social, de psicólogo, de psiquiatra, terapeuta, então ele envolve toda a equipe pra poder a gente fazer enfrentamento até pra acionar o Ministério Público, o Conselho Tutelar. É a equipe toda". (Cap)*
>
> *"Quando acontece sim. Isso era feito via matriciamento. Aí os próprios profissionais responsáveis por isso davam os devidos encaminhamentos. No matriciamento, a equipe de saúde da família, junto com a equipe NASF, levam o caso, discutem o caso e ali direcionam o que acham ser o melhor. Buscam soluções, buscam respostas e soluções para cada caso. Elas são notificadas, essa é a orientação. Não posso garantir que haja notificação de todas, mas a orientação é notificar". (Cap)*

A obrigatoriedade de notificação das situações de violência encontra-se instituída por atos normativos e legais, como o Estatuto da

Criança e do Adolescente[6], a Lei nº 10.778/2003[88], que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e a Lei nº 10.741/2003[89], que cria o Estatuto do Idoso. No âmbito das ações de vigilância do Ministério da Saúde, somente em 2011, com a publicação da Portaria 104 de 25/01/2011[90], as situações de violência foram incluídas na lista de agravos, e por consequência, de notificação obrigatória. Embora a Portaria 104 de 25/01/2011 tenha sido revogada pela Portaria 1.271 de 06/06/2014[91], a obrigatoriedade da notificação foi mantida.

Os agravos de notificação compulsória são aqueles que necessitam ser comunicados, obrigatoriamente, à autoridade de saúde local. As notificações devem ser realizadas pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, na ocorrência de suspeita ou confirmação, cuja comunicação poderá ser imediata ou semanal. As situações de violência, e, por conseguinte, as de violência infantil se inserem no item sobre violência doméstica e/ou outras violências. São consideradas como agravos, pois representam dano à integridade física ou mental dos indivíduos, visto que são provocados por circunstâncias nocivas, como as lesões decorrentes de violências interpessoais, agressões e maus-tratos.

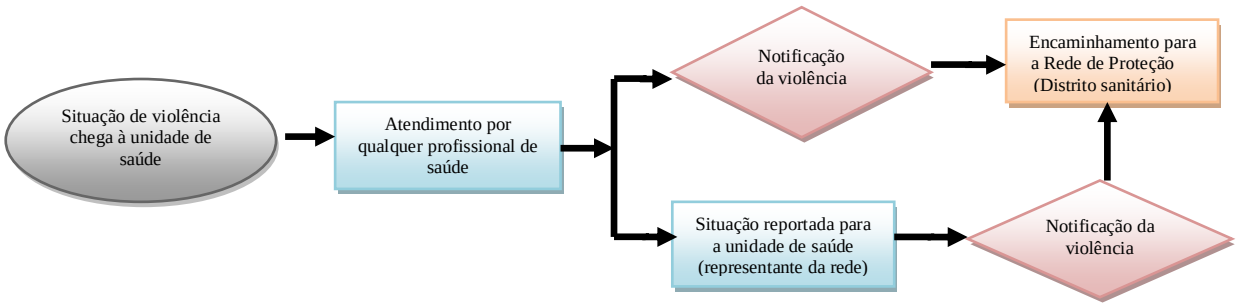
As situações relacionadas aos encaminhamentos da notificação de violência contra crianças, na forma exposta pelos profissionais tanto do cenário Curitiba quanto de São Paulo, apresentam consonância com as normativas colocadas pela Portaria 1.271 de 06/06/2014[91]. Essa Portaria determina no artigo 3º que a "notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente". Neste sentido, em ambos os cenários, os profissionais procedem à

notificação, tanto individualmente quanto repassando a situação para outro profissional ou grupo e por meio da unidade de saúde.

As formas de encaminhamento das notificações descritas nos documentos norteadores que cada município estabeleceu também se fazem presentes nos discursos dos profissionais entrevistados, o que possibilitou a construção dos fluxogramas de atenção. Neste sentido, utilizou-se a ferramenta Fluxograma Analisador[65] para construir fluxogramas-síntese para a atenção e notificação de violência nos dois cenários, a partir das falas dos profissionais.

No cenário Curitiba, os profissionais apontaram que as situações de violência podem ser notificadas de duas formas: na primeira, o profissional que realizou o atendimento notifica e encaminha para a rede de proteção; na segunda o profissional realiza o atendimento, mas repassa para a unidade de saúde a função de notificar, encaminhando a seguir para a rede de proteção. Diante disso, assim pode ser sintetizado o fluxograma de atenção às situações de violência:

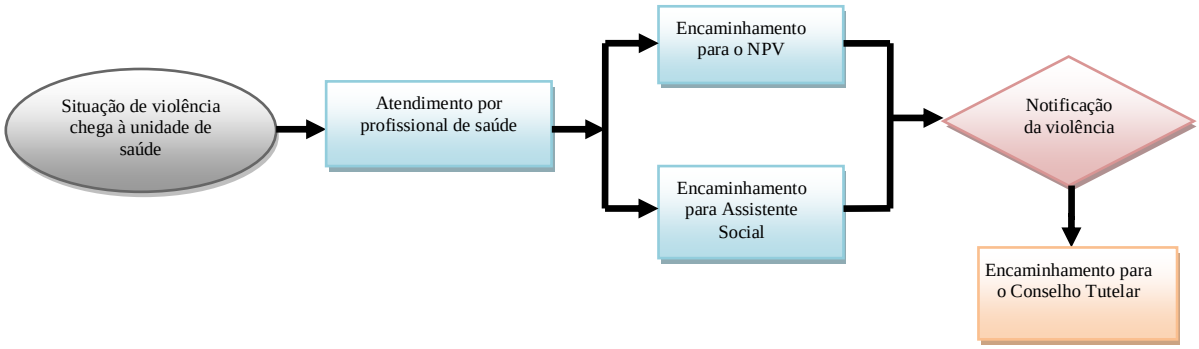
Figura 9 - Fluxograma-síntese de atenção às situações de violência. Curitiba.



No município de São Paulo/Distrito de Capão Redondo, os profissionais que realizam o atendimento das situações de violência reportam a situação a outros profissionais da Unidade (Assistente Social) e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que procedem à notificação e

encaminham para o Conselho Tutelar. Portanto, este fluxo de atenção às notificações assim pode ser sintetizado:

Figura 10 - Fluxograma-síntese de atenção às situações de violência. São Paulo/Distrito de Capão Redondo.



Os fluxogramas acima descritos representam os modos como estão estruturados os processos de trabalho nas Unidades Básicas investigadas para o atendimento e encaminhamento das situações de violência em relação à notificação. A cadeia produtiva deste processo de trabalho tem início com a elipse, que representa a entrada da situação de violência na UBS; e o retângulo, que informa a produção dos atendimentos; e culmina com a decisão pela notificação, representada no losango. Observa-se que não há saída da cadeia produtiva em nenhum dos cenários, que seria representada pela elipse no final do fluxograma, posto que uma vez realizada a notificação, tanto crianças quanto as suas famílias necessitam de acompanhamento para combater e prevenir as reincidências.

Conforme abordado no item referente à metodologia, o Fluxograma Analisador[65] é uma ferramenta que possibilita olhar um serviço de saúde, independentemente de sua natureza, na tentativa de perceber as suas situações e características mais importantes, com o

intuito de refletir sobre o cotidiano dos processos de trabalho em saúde[39]. Assim, no tocante ao cenário de Curitiba, entende-se que a ação de notificação tanto está incorporada aos discursos quanto às práticas profissionais de atendimento às situações de violência. No entanto, ainda existem lacunas a serem preenchidas quanto ao como, quando e para quem encaminhar, derivadas de uma compreensão ainda muito embrionária da necessidade do trabalho em rede no cenário de São Paulo (Distrito de Capão Redondo).

6.2.2 Os enfrentamentos e as notificações em nível regional e central

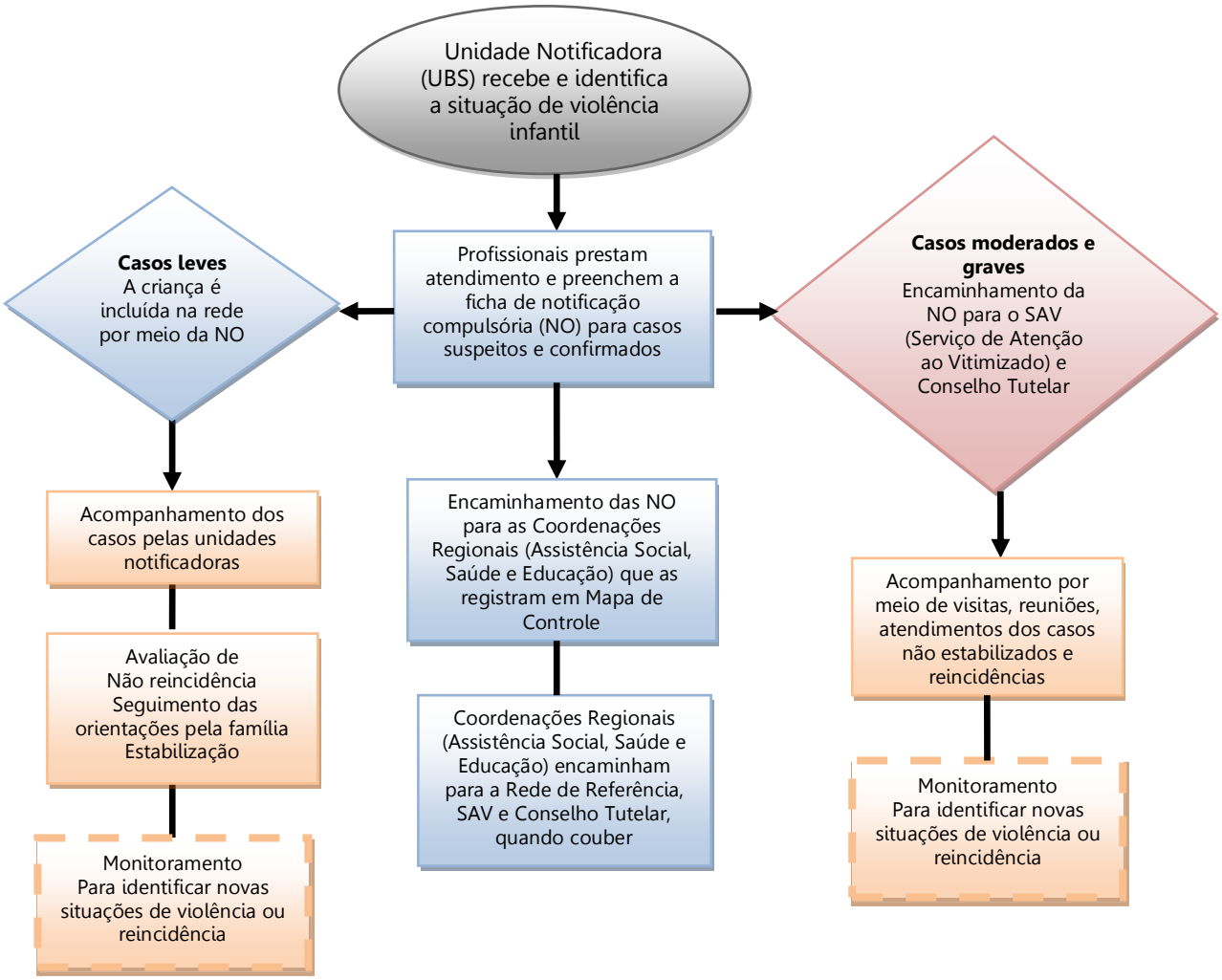
Os profissionais em nível regional e central, dois do cenário Curitiba e três do cenário São Paulo, naquilo que se refere ao enfrentamento, responderam como a coordenação sob a sua responsabilidade ou da qual faziam parte, se organizava para o enfrentamento da violência contra a criança nas ações de notificação, intervenção e monitoramento. No cenário Curitiba, os entrevistados apontaram que a organização ocorre a partir da notificação, com o encaminhamento dentro das instâncias municipais da rede de proteção, seguindo o protocolo previsto em documento norteador. Além disso, foram ressaltados tanto a importância da unidade de saúde, enquanto instância notificadora, quanto o papel das outras instâncias que compõem o sistema de garantias de direitos:

> *"Uma vez evidenciado o problema* [...] *a rede vai mobilizar esforços protocolares, alguém vai notificar, este alguém pode ser alguém da família, um vizinho, alguém do ambiente escolar, uma professora, uma pedagoga, diretora, pode ser alguém do serviço de saúde, seja no âmbito hospitalar, pronto socorro, unidade de saúde".*
>
> *"E o proteger é encaminhar dentro dos serviços municipais e quando a gente vem com o número a gente vê aquilo que a gente precisa implementar".*
>
> "[...] *leva a discussão em rede, se delineiam situações ou responsabilidades, mas quem tem toda a história desse acompanhamento é a unidade de saúde. Se por ventura essa criança for notificada pela unidade de saúde, mas*

> *ela frequenta um centro de educação infantil, a responsabilidade passa a ser do centro de educação infantil".*
>
> *"A facilidade eu acho que ela vai agindo progressivamente. Então a gente vê o progresso. Chegou aqui com a notificação, com uma negligência, a saúde é uma teia a gente vê o progresso da condição social, a atuação dos outros equipamentos. Essa é uma outra facilidade, garantindo o direito dessa criança".*
>
> *"Nós temos a nossa rede. Toda equipe é uma rede. Então o ACS traz as notícias, os casos e aí eu vou atrás, vou ver.* [...] *Se não eu vou fazer uma visita domiciliária, vou ver como é e faço a notificação".*

O Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência[48] do município de Curitiba apresenta as orientações para as condutas a serem adotadas nos casos de suspeita e confirmação das situações de violências infantil. São estabelecidos o fluxo de atenção e mais seis fluxos para as notificações obrigatórias, indicando os encaminhamentos necessários no âmbito da rede de proteção, a depender das características da situação de violência. Deste modo, tendo por referência os fluxos que constam no documento norteador, utilizou-se a ferramenta Fluxograma Analisador para construir um fluxograma síntese para a atenção e notificação de violência contra a criança no município de Curitiba, abaixo apresentado:

Figura 11 – Fluxograma síntese de notificação das situações de violência, a partir dos fluxogramas presentes no protocolo da Rede de Proteção - Curitiba.



No âmbito regional e central, no cenário Curitiba, percebe-se que a ação de notificação, além de incorporada aos discursos, conduz todo o trabalho desenvolvido pela rede de proteção. Contudo, embora esteja mais fortemente consolidada e seja mais bem compreendida, a rede de proteção também apresenta lacunas na forma como opera no cotidiano das unidades notificadoras, especialmente no que concerne ao fluxo de encaminhamento e suas especificidades.

As falas das profissionais entrevistadas no cenário São Paulo apontam para o fluxo de atenção seguido, quando da notificação de

violência, assim como dos encaminhamentos devidos, conforme descrito a seguir:

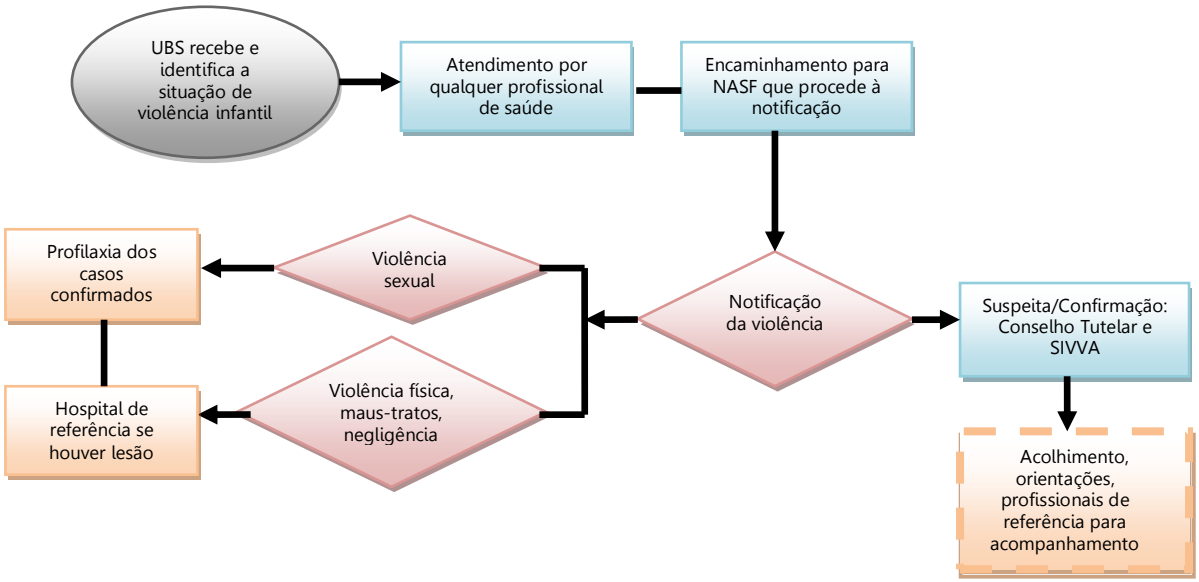
> *"Em termos de notificação, o próprio núcleo já faz essa notificação e já encaminha esse fluxo, são três vias, uma fica no prontuário, uma vem para o sistema nosso de monitoramento e a outra vai para o Conselho Tutelar, então esse é o fluxo do papel, da dinâmica do conhecimento do fato, nossa existe uma situação de violência naquele território".*
>
> *"Os fluxos, dependendo da violência eles são encaminhados de formas diferentes. Temos as retaguardas hospitalares, nos territórios a possibilidade de já na rede, dependendo da região se for estratégia acionar o NASF para ajudar na discussão daquele caso e encaminhamento".*
>
> *"No caso, hoje ainda a porta de entrada é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que na verdade vem uma demanda do ACS que passa para o enfermeiro, o enfermeiro leva na reunião de equipe que leva para o apoio matricial* [...] *a partir disso a pessoa recebe uma visita domiciliária. A intervenção é a partir do momento que o caso chega, ou chama essa pessoa para algum grupo existente na unidade.* [...] *Temos o documento norteador e temos essa planilha que nos precisamos preenchê-las esse é o nosso material".*

Antes de prosseguir, cabe ressaltar que quando da realização das entrevistas, estava vigente o Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo[49]. Esse documento orientava as ações dos profissionais da Atenção Primária na atenção às situações de violência, constituindo assim a referência para as respostas dos entrevistados. A Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo[50] é o documento norteador recentemente publicado que pretende orientar e sistematizar o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais relacionados às situações de violência que envolvem idosos, mulheres e crianças.

Os discursos dos representantes do nível regional e central do município de São Paulo evidenciam a compreensão da dinâmica da rede de proteção, mas com dificuldade para descrever o fluxo de atenção conforme previsto no documento norteador. Ocorre o inverso em

relação aos discursos dos profissionais das Unidades Básicas, cujo teor sugeria pouco conhecimento sobre a rede de proteção, mas com maior apropriação do fluxo de atenção a ser seguido. O fluxo de atenção, portanto, que derivou dos discursos, considerando o documento norteador anterior, poderia assim ser representado por meio do fluxograma-síntese:

Figura 12 - Fluxograma-síntese de atenção às situações de violência, a partir dos fluxogramas presentes no documento norteador da Rede de Proteção. São Paulo/Distrito de Capão Redondo.



Os fluxogramas de atenção apresentados retratam a forma como os profissionais lidam com as situações de violência a partir das situações que atendem. Informam, por conseguinte, como se organiza o processo de trabalho no qual estão inseridos, tendo por referência as orientações normativas e protocolares que existem em cada cenário. De certo, pode-se inferir que existe, ainda, um distanciamento entre a rede preconizada pelos documentos institucionais e a forma como os serviços atuam no atendimento às situações de violência infantil.

6.3 AS POTENCIALIDADES PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL

Os profissionais entrevistados, tanto em nível local quanto regional e central, foram indagados a respeito das dificuldades e facilidades que os serviços e espaços onde atuavam teriam para o enfrentamento da violência infantil. As dificuldades relatadas por eles foram categorizadas de acordo com a temática apresentada. Realizou-se a análise dessas categorias pelo método hermenêutico, dadas as possibilidades de compreender os discursos dos profissionais a partir do contexto em que são produzidos, no caso, a realidade de suas vivências de atendimento às situações de violência infantil. As temáticas que emergiram dos discursos são apresentadas a seguir.

6.3.1 As fragilidades da atuação em rede

Foram encontradas diferenciações entre os cenários investigados no que se refere a esta temática. As citações atinentes à rede de proteção foram mais recorrentes nos discursos dos profissionais do cenário Curitiba, especialmente no que se refere às estruturas e entraves para seu funcionamento. Deste modo, os profissionais, tanto em nível local quanto regional e central, assim se colocaram:

> *"Também trabalhando essa questão da responsabilização de todos na reunião, a corresponsabilidade pelos casos para a rede não ser de um local, ela ser de todos. Cada qual responsável por todos, mas não responsável só por aquilo que eu notifiquei".*
>
> *"[...] a gente hoje espera uma organização institucional para poder amarrar fluxos internos para que a rede também se construa internamente diante das nossas demandas. Fora deste espaço com a articulação com os distritos, eu vejo que a gente tenta acolher e dar retaguarda do que precisa, até porque eu sempre digo assim, quanto às mudanças organizacionais, as situações cotidianas acontecem independentes de mudanças estruturais, mudanças de pessoas, as situações acontecem".*
>
> *"As pessoas avaliam como um trabalho que muitas vezes não funciona. As pessoas não se colocam como rede. Elas não se enxergam dentro desse processo, como eu faço parte como indivíduo, como membro da sociedade civil. E se eu sou um profissional também, até que ponto esse profissional se vê como fazendo parte".*

> *"A rede atua como um enxugador de gelo, que apaga fogo com gasolina,* [...] *a rede adquire um caráter meio que burocrático".*
>
> *"Maior dificuldade para gente como unidade saúde, que eu já participei de seminário assim, que eu vejo, quando eu sento perto de alguém no curso eu já começo a investigar, e é a resistência das pessoas com relação à rede de proteção".*
>
> *"A rede de proteção vem mas a gente sente pouquíssima resolutividade".*
>
> *"Mas definir que seja uma rede de proteção mesmo, que a proteção comece pelos profissionais, pela base, para depois a gente estender. Porque se o próprio profissional não se sente seguro em notificar, em denunciar uma situação, como é que vai ser, como ele vai estender isso".*

No Distrito de Capão Redondo de São Paulo, não houve alusão à fragilidades da rede de modo direto, mas foram mencionadas as dificuldades nas etapas de encaminhamento e a ausência de trabalho em equipe e de serviços que possam dar suporte às unidades nas situações de violência, como a seguir:

> *"A dificuldade maior, eu acho que no encaminhamento mesmo. Pra encaminhar, não tem muito pra onde encaminhar".*
>
> *"Dificuldades porque a gente não tem um serviço, realmente, na própria unidade, que vai acompanhar".*
>
> *"A questão da dificuldade da gente saber trabalhar como equipe, porque acho que todo mundo ainda tem dificuldade nisso, de você compartilhar ações, de você se responsabilizar".*
>
> *"As dificuldades são, muitas vezes você se depara com questões sociais que estão intimamente ligadas com a questão da violência, e que você não consegue mudar algumas daquelas situações sociais são muito difíceis de serem mudadas mesmo você implementando outras políticas de governo".*

O documento norteador[48] do cenário Curitiba aborda o conceito de rede na perspectiva da intersetorialidade, como o resultado do processo de associação de diferentes organizações em torno de um interesse comum, tanto para a prestação de serviços, quanto para a produção de bens. Em se tratando de crianças e adolescentes, o documento adota o conceito de rede na perspectiva de um conjunto integrado de instituições governamentais, não governamentais e informais, assim como ações, informações, profissionais, serviços e

programas que priorizem o atendimento integral a essa população. Desta forma, o conceito de rede está presente tanto nas formas como os profissionais deste cenário atuam nos serviços no atendimento às situações de violência infantil, como na identificação dos limites e dificuldades para a consolidação do trabalho em rede. Infere-se que tais aspectos evidenciados nos discursos derivam do trabalho intersetorial realizado no município desde o ano 2000, na concepção e implementação da rede de proteção à criança e adolescente em situação de violência.

Em relação ao cenário São Paulo, embora o documento norteador tenha a pretensão de estabelecer orientações em âmbito municipal e faça menção à intersetorialidade, o conceito de rede que o perpassa é o defendido por Mendes[43], como um "conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população". Os discursos dos profissionais, além de revelar a fragilidade com que atuam nos serviços, expressam a necessidade de implementar ações que fomentem a discussão do trabalho em rede numa perspectiva intersetorial.

6.3.2 Carência de pessoas e de estrutura material para atuar frente às situações de violência

Os profissionais relataram, como uma das grandes dificuldades, a insuficiência de profissionais para atuar nas unidades de saúde e dos demais equipamentos que compõem a rede de proteção para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento das situações violência que notificam e evidenciam. Tanto no cenário de Curitiba (Cur)

quanto no de São Paulo (Cap). Abaixo, exemplos das falas dos profissionais:

> *"Quer dizer, você carece de recursos humanos, recursos materiais, recursos motivacionais, treinamentos.* [...] *rede, ela veio assumindo responsabilidades crescentes e veio perdendo recursos ou capacidade de enfrentamento de forma inversamente proporcional". (Cur)*
>
> *"Uma equipe multiprofissional mais voltada para esse serviço. Não só eu como enfermeira. Que tivesse mais gente, tipo a unidade de saúde deveria também ter uma referência de uma pediatra, de uma psicóloga". (Cur)*
>
> *"Então precisa de mais gente atuando na rede". (Cur)*
>
> *"Mas a intenção do projeto é muito boa, só que falta um pouco mais de estrutura, mais pessoas trabalhando". (Cur)*
>
> *"Acho que as dificuldades é uma demanda grande, tem uma área grande de risco.* [...] *Talvez precisaria fazer um acompanhamento mais frequente e não consegue porque a demanda é grande". (Cur)*
>
> *"Foi um pouco diferente, mas essa morosidade, por falta de recurso, de profissionais, de lugares, de equipamentos que estejam disponíveis, isso teria que ser regionalizado". (Cur)*
>
> *"Precisamos de mais assistência, mais pessoas para trabalhar, ficamos muito sem saber o que fazer, sem opção nestes casos de violência à criança". (Cap)*
>
> *"As dificuldades é que como a gente tem que fazer com o matriciamento, matriciar os casos, os profissionais são poucos". (Cap)*
>
> *"A primeira dificuldade que eu tenho é do contingente de pessoas". (Cap)*
>
> *"A dificuldade hoje é gerenciar essa atividade com todas as outras que nós temos". (Cap)*

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSP), em documento que discute a formação de rede integrada de cuidado às pessoas em situação de violência[92], indica a constante transferência de profissionais capacitados e a desarticulação das equipes e dos serviços de saúde como uma das principais dificuldades para a formação e consolidação da rede. Em algumas regiões do município, revela o documento, o trabalho dos profissionais é solitário, com pouca possibilidade de troca com outros saberes, o que ocasiona sentimentos de impotência em relação ao desempenho de funções assumidas.

Em texto que apresenta estudo sobre as potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância no município de Colombo (PR), Fernandes e Mazza[93]

identificaram como uma das fragilidades a mudança constante de profissionais, bem como a demanda excessiva de trabalho como um dificultador para o retorno das informações sobre os casos enviados, o que também pode influenciar na subnotificação dos casos.

6.3.3 Necessidade de capacitação para atuar frente às situações de violência

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade desde os tempos mais remotos, porém ainda se configura como um "fenômeno de difícil apreensão pelo grau de subjetividade, polissemia, polêmica e controvérsia que contém"[94]. Os profissionais entrevistados assinalaram em seus discursos a incapacidade e impotência de que são tomados no trato com a violência contra a criança, visto que se ressentem da ausência de aportes conceituais e orientações que possam nortear as condutas que adotam. Os trechos abaixo ilustram a presente colocação:

> *"Não, nunca tive treinamento para enfrentar a violência* [...] *vamos nos virando". (Cur)*
>
> *"Então isso é um dificultador e a gente não é preparado nesses treinamentos para isso, resolver as questões que vem com outras questões junto. A gente acaba dando o nosso jeito e às vezes o nosso jeito é segmentado". (Cur)*
>
> *"Na verdade a gente não tem, a gente não é aparelhado para enfrentar a violência". (Cur)*
>
> *'As dificuldades entendo que ainda é capacitar estes profissionais e sensibilizar para que estejam atentos a estes casos de violência que muitas vezes passa desapercebido, principalmente os ACS que às vezes convivem ou cresceram em situações de violência, então nem sempre está apto a enxergar que tem situações que fogem da normalidade, não só os ACS, mas também outros profissionais". (Cap)*
>
> *"Eu acho que mais dificuldade porque a gente não tem muito treinamento disso. Os enfermeiros das equipes não são treinados muito em relação a crianças que são vítima.* [...] *A gente trabalha mesmo com a experiência do dia a dia, do jeito que a gente vai vendo a situação, a gente procura trabalhar assim". (Cap)*
>
> *"A formação acadêmica é deficiente então faz com que o profissional muitas vezes negligencie, não consiga identificar, ou porque ele às vezes acha que é responsabilidade do vizinho que tem mais contato". (Cap)*

> *"E a dificuldade é a falta de treinamento para sabermos lidar com esses casos, ter mais apoio para podermos ter mais cuidado e ao mesmo tempo resguardar, poder notificar e não ter medo". (Cap)*
>
> *"As dificuldades são as dúvidas, porque tudo aquilo que é novo causa uma insegurança". (Cap)*
>
> *"Outra questão, em relação às questões de violência infantil, sinto a necessidade de capacitações e treinamentos, que venham da Secretaria ou que venham de outras entidades, específicos para isso, que nos ajudem a entender, a identificar, a olhar, a saber ter uma sensibilidade". (Cap)*
>
> *"Eu acho que hoje para a identificação seria um ponto muito fraco da nossa equipe". (Cap)*

As menções à ausência de capacitação foram mais recorrentes nos discursos dos entrevistados de São Paulo, cujo incômodo pareceu bem maior visto do que os do cenário Curitiba. Atreve-se a deduzir que isto seja ocasionado pela maior presença da rede de proteção de Curitiba, tanto institucional quanto no interior dos serviços, o que não ocorre no cenário paulistano.

Não restam dúvidas de que uma rede fortalecida e implementada requer a realização de investimentos na capacitação dos profissionais e também na organização dos serviços de saúde. Caso contrário, a capacidade de estabelecer processos de trabalhos a partir da escuta e acolhimento, com vistas a melhor orientação, tratamento e encaminhamento das situações de violência contra a criança ficará comprometida, assim como os processos comunicacionais e parcerias institucionais na perspectiva da intersetorialidade. Assim, os profissionais têm suas razões para se ressentirem de capacitações que possam subsidiá-los no exercício de suas práticas de saúde, de modo que possam compreender a importância do trabalho que executam no enfrentamento das situações de violência infantil.

6.3.4 Notificação: compreensões, obrigatoriedade e temores

A notificação é uma das principais etapas no processo de enfrentamento da violência infantil, visto que a partir dela derivam ações

no âmbito das redes de atenção e proteção, voltadas para a promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado às pessoas em situação de violência. Além disso, possibilita a produção de dados para a tomada de decisões no âmbito das políticas locais e nacionais. Os profissionais, ao mesmo tempo em que assinalam dificuldades quanto à notificação, reconhecem sua importância e a necessidade que outros profissionais a compreendam, conforme mostram os trechos abaixo:

> *"Então, eu acredito que um dos piores nós que a gente tem para enfrentar esse tipo de situação é a questão da ética mesmo. Dos profissionais reconhecerem que é necessário fazer a notificação". (Cur)*
>
> *"As pessoas não têm muita noção ainda de como essa ficha de notificação é importante". (Cur)*
>
> *"E quando a pessoa não notifica, ela acha que não vai dar nada ou não dá aquele valor, uma coisa que a gente frisa muito é a ficha de notificação para notificar caso de suspeita, você não precisa ter certeza". (Cur)*
>
> *"As dificuldades ainda, o desafio é a notificação. Notificar, todas as equipes. Quando a gente ia assim, eu acho que trabalhar mais a parte da visão, criar sensibilidade pra atender todos os casos porque as vezes nós mesmos somos violentos". (Cap)*
>
> *"Eu vejo o problema da adesão, então talvez nós tenhamos que repensar essas estratégias de como fazer esse encantamento dessas pessoas". (Cap)*

Dentre os entraves à notificação, conforme apontado por Gonçalves e Ferreira[95], encontra-se a dificuldade para identificar a violência. Isso se deve à ausência de conhecimentos específicos que os habilitem a reconhecê-la, ao receio de quebrar os sigilos profissionais e às especificidades dos casos atendidos, que podem causar impedimentos ao ato de notificar. Além disso, ressaltam as autoras, questões como a falta de estrutura de Conselhos Tutelares, que se reflete na precariedade dos serviços para execução de medidas aplicadas, e a grande demanda atendida influenciam os profissionais na minimização dos benefícios gerados pela notificação.

A notificação, além de ser uma ação necessária, também corresponde a um ato de cuidado. A intenção é proteger não somente as pessoas em situação de violência mas também suas famílias, contribuindo assim na definição de medidas mais adequadas de proteção, tanto do profissional de saúde como das pessoas envolvidas[94].

Outro aspecto relatado pelos profissionais como impeditivo à notificação é o receio e a insegurança com os quais convivem em seus espaços de trabalho. Sentem-se inseguros com as possíveis repercussões e consequências das notificações, dado que a maioria deles é conhecida nas localidades onde atuam. Sobre este temor, alguns dos profissionais assim relataram:

> *"As dificuldades, a primeira eu acho que é a básica, é receio". (Cur)*
>
> *"A gente não vai às vezes. Por exemplo, tem lugares que não tem como ir* [...] *São duas irmãs e três irmãos, eles são traficantes, são drogadicto e são assassinos na verdade". (Cur)*
>
> *"Tem a parte boa, mas tem a parte ruim dessa questão de medo, de saber fui eu que notifiquei e que eles descubram que fui eu que notifiquei e vem alguém ainda atrás". (Cur)*
>
> *"Então isto é uma dificuldade, de conhecer eles tão bem que se acontece alguma coisa, entendido por eles como um malefício, nem que seja uma intervenção para proteger uma criança, já acusam a equipe de saúde da família, tanto que tenho ACS que se negou a fazer visita domiciliária para um caso de violência porque era chefe do tráfico e depois todo mundo ficou com medo". (Cap)*
>
> *"Por ser uma área que abriga muita violência, pode ser que haja receio de dar a cara a tapa por conta de retaliações". (Cap)*
>
> *"A dificuldade é também a violência contra nós mesmos porque a partir do momento que você toma iniciativa de fazer uma acusação, você é o próximo a sofrer as consequências disso. Acho que isso é um imbróglio que todo profissional de saúde tem um pouco de receio". (Cap)*
>
> *"Outra questão que é uma dificuldade dos profissionais como eles estão na área, muitos residem na área eles têm muito medo de enfrentar a questão da violência de apontar algumas coisas". (Cap)*

Segundo Melman e Figueira[96], a cultura do medo prevalece em nossa sociedade como uma reação ao fenômeno da violência, afetando também os trabalhadores da saúde. Muitas vezes esses profissionais se sentem incomodados e impotentes quando têm que lidar com o tema,

pois existe a possibilidade de uma reação desfavorável por parte daqueles que cometeram o ato violento. Os autores apontam que os profissionais, em sua maioria, desconhecem como será utilizada a informação que produziram na forma da notificação, bem como a possibilidade que carreia na garantia da visibilidade e informação necessárias para a organização dos recursos assistenciais. Em alguns serviços, continuam os autores, para atenuar o receio do profissional em ser identificado ao notificar, a gerência responsável pela unidade assina a ficha de notificação, porém esse procedimento não exclui a responsabilidade do profissional de saúde na medida em que ele é quem identifica a violência.

6.3.5 Facilidades para o enfrentamento em rede?

Pronunciarem-se a respeito das facilidades para atuar frente às situações de violência contra a criança não foi fácil para os entrevistados, pois o cenário até então desenhado era no mínimo desalentador, visto que muito foi comentado em termos de dificuldades. No entanto, no desenrolar das falas, foi possível compreender que tanto as dificuldades quanto as facilidades descritas carreavam as potencialidades para atuação frente às situações de violência.

Assim, após discorrerem sobre as fragilidades da rede de proteção, em várias entrevistas no cenário de Curitiba, ela própria foi mencionada como um dos elementos facilitadores para o enfrentamento da violência infantil. Isso se explica tanto a partir da forma como está organizada quanto pelo desempenho dos profissionais que a integram, conforme se pode observar abaixo:

> *"E facilidade porque também a nossa Secretaria Municipal de Saúde é uma que se importa com a rede de proteção, está sempre dando cursos, treinamentos e se a gente liga, eles dão as orientações".*

> *"A rede de proteção é uma coisa boa, só que falta muito para que funcione como é a proposta. Não conseguimos alcançar isso ainda, mas não podemos desistir, ainda que seja difícil, tem que continuar".*
>
> *"E há uma troca constante, sendo feito constantemente com os outros parceiros dentro de uma articulação municipal como a gente fala, que sejam colegas da educação ou da assistência social".*
>
> *"A facilidade é assim, a gente é uma unidade de saúde que temos profissionais que se interessam por esse trabalho; que não é fácil trabalhar com esse tipo de atividade porque gera um incômodo muito grande em nós seres humanos".*
>
> *"Nós temos a nossa rede. Toda equipe é uma rede. Então o ACS traz as notícias, os casos e aí eu vou atrás, vou ver.* [...] *Se não eu vou fazer uma visita domiciliária, vou ver como é e faço a notificação".*

Em se tratando do cenário São Paulo, a perspectiva de trabalho em rede está baseada no trabalho desenvolvido com a equipe NASF, conforme expresso abaixo:

> *"Uma facilidade que enxergo é a mobilização para implantação dos núcleos de prevenção à violência que não se tinha antes, só deste inicio começamos a ter mais casos notificados, não necessariamente de criança, mas despertou".*
>
> *"Mas eu vejo que a facilidade é que eu estou vendo apoio do NASF trabalhando em prol disso. Existe uma profissional do NASF".*
>
> *"Facilidades, não é muito fácil. A que temos tentado fazer é compor o máximo possível a rede, tentar, sabe, tentar alinhar o máximo possível.* [...] *é tentar articular ao máximo essa rede para tentar dar um pouco de suporte".*
>
> *"Uma facilidade que vejo é quando dentro do NASF é trazido para nós, podemos ir até eles e começar a dar um suporte".*

No que diz respeito à rede de proteção, os discursos dos profissionais, tanto no cenário Curitiba quanto no cenário São Paulo, apontam para uma noção de vinculação em torno do fenômeno da violência infantil. O intuito é agregar propostas para melhor responder às necessidades, tanto para a garantia dos direitos e da atenção global a crianças e adolescentes quanto para a resolutividade dos problemas individuais e coletivos[9].

Outra perspectiva facilitadora para o enfrentamento da violência que perpassou os discursos dos profissionais igualmente nos dois

cenários foi a formação de vínculo com as famílias de suas áreas de abrangência.

> *"A nossa questão também de ser ESF facilita muito, essa questão de ter os ACS, os auxiliares, os enfermeiros, os médicos terem esse vínculo maior com a comunidade".*
>
> *"E uma questão importantíssima é o vínculo".*
>
> *"Facilidade é o vínculo que desenvolve com a família e a criança".*
>
> *"Nesse caso que eu contei, a mãe veio porque ela nos conhecia, ela já sabia que a gente atendia porque ela falou do caso dela para gente antes. Então ela já veio com a referência de onde pedir ajuda".*
>
> *"A facilidade é que conseguimos ter acesso a casa destas pessoas, temos um contato muito direto e isto ajuda muito".*
>
> *"Facilidade com familiar é que estamos inseridos dentro da casa dele, por ser Estratégia Saúde da Família".*
>
> *"A nossa facilidade é o acesso, porque nós como profissionais da saúde, a gente entra na vida das pessoas, a gente pergunta".*

A formação de vínculo com os usuários no âmbito dos processos de trabalho das Unidades Básicas ocorre pela aproximação entre trabalhadores e usuários, ambos com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos. Contudo, apresentam-se em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade[97]. O conceito de vínculo, portanto, envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a autonomia e cidadania, visando à identificação das necessidades, e não somente o conhecimento das pessoas e seus problemas, o que ocorre de forma bastante corriqueira nas práticas desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família.

Em estudo sobre acolhimento e vínculo no Programa Saúde da Família, Schimith e Lima[98] afirmam que o vínculo com os usuários facilita a ampliação das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Todavia,

> [..] esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.[97]

No atendimento às situações de violência, seja na unidade de saúde ou nas visitas domiciliárias, os profissionais têm a possibilidade tanto de criar quanto de fortalecer as relações de vínculo com as famílias, de forma que se identifiquem os sofrimentos causados por tais situações para, a seguir, prestar o necessário atendimento que implique no enfrentamento da situação.

Segundo Inoue e Ristum[99], enfrentamento refere-se à adaptação a uma situação difícil, ao surgimento de um problema ou uma mudança no estilo de vida que provoca emoções negativas e que exige novos comportamentos dos indivíduos. As autoras afirmam que o enfrentamento, visto como um processo, não se refere a uma ação isolada, específica e momentânea, mas se trata de um conjunto de respostas desenvolvidas na interação com o ambiente ao longo de um período de tempo. No entanto, mesmo que em seus cotidianos as pessoas utilizem comportamentos rotineiros em situações estressoras e diversas, novas estratégias e recursos melhores e mais eficazes podem e devem ser aprendidos para o enfrentamento de tais situações.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

A violência infantil é um fenômeno de múltiplas determinações, de origem secular, que atinge as crianças de todas as partes do mundo, cuja frequência e intensidade destroem seus direitos, dizimam a integridade e trazem sequelas tanto físicas quanto emocionais.

Este estudo buscou analisar as diferenças e semelhanças nos modos de enfrentamento da violência infantil pelos profissionais da Atenção Básica nos municípios de Curitiba e São Paulo, por meio da identificação dos significados atribuídos por estes profissionais à violência infantil e dos limites e possibilidades dos processos de trabalho desenvolvidos no cotidiano de suas práticas de atendimento às situações de violência. Além disso, buscou analisar e caracterizar as redes de atenção e proteção existente nos cenários pesquisados tanto em suas similitudes, quanto nas potencialidades e fragilidades para o enfrentamento.

Assim, os significados atribuídos pelos profissionais à violência infantil remontam às razões para sua ocorrência, relacionadas à desestruturação familiar, precariedade dos cuidados parentais, uso de alcool, drogadição, precárias condições para existência material das famílias, cultura de violência nas relações familiares e assimetria de poder na relação interparental.

Os significados apontados pelos profissionais alinharam-se às concepções e modos como percebem e entendem os arranjos e dinâmicas familiares, cujos discursos demonstram a persistência do ideal de família nuclear, apartada dos condicionantes sócio históricos e dinamismo da sociedade. Além disso, entendem os profissionais que aquelas famílias que não cumprem com este protótipo são

disfuncionais, desestruturadas, mais propensas a desenvolver relações violentas, cujos cuidados parentais expressam a extrema fragilidade com que tais famílias conduzem os cuidados às crianças pelas quais são responsáveis.

A drogadição e uso de alcool foram apontados como responsáveis pela violência infantil, posto que, na compreensão dos profissionais , as famílias que vivenciam tal realidade tendem a apresentar uma série de agravos que incluem violência física e psicológica, negligência, perda de empregos, rupturas familiares, instabilidade financeira, além dos prejuízos para a saúde individual e coletiva dos seus membros. Nesta direção, foi anunciada a compreensão que famílias em situação de vulnerabilidade e risco social são extremamente prejudicadas no cumprimento de possibilitar ambiente que garanta o pleno desenvolvimento das crianças sob seus cuidados.

As situações de violência infantil relacionada à cultura de violência nas relações familiares e assimetria de poder intergeracional apresentou baixa expressão nas falas dos profissionais, o que nos sinaliza para uma naturalização de atos violentos nos modos de disciplinamento e condução da educação infantil, assim como na forma de relacionamento dos membros de algumas famílias.

A família foi o eixo central das falas por se configurar como objeto de trabalho das práticas de atendimento no campo da Atenção Primária e por essa razão, assevera-se a importância de discutir as representações culturais dos profissionais que lidam com essas famílias nos diversos serviços onde são atendidas, tanto que concerne ao papel da família, quanto às suas competências e a responsabilização perante a situação de violência intrafamiliar.

Destaca-se que os proifissionais, ao mesmo tempo em que reconhecem no espaço intrafamiliar as dificuldades para o enfrentamento da violência infantil, também buscam compreender a forma como estão organizadas as teias de relações que o envolve e as suas potencialidades para a minimização dos efeitos nocivos das situações de violência.

No que diz respeito ao enfrentamento e processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais, as práticas de atendimento às situações de violência são perpassadas pelos arcabouços técnicos científicos e institucionais de que dispõem. Dentre as dificuldades mencionadas houve predomínio daquela relacionada à ausência de capacitação para atendimento às situações de violência, cuja ampliação de saberes que os habilitem a atuar em tais situações foi interpretada como urgente e necessária, dado que a maioria informou não ter tido acesso a alguma forma de capacitação.

Em termos institucionais, os fluxos das redes de proteção ainda que sejam reconhecidos e ratificados nos discursos, especialmente no que se refere à obrigatoriedade da notificação, ainda não se fazem perceber na forma como os profissionais atuam. Ou seja, as redes existem em documentos norteadores e protocolos, mas ainda se expressam de forma bastante claudicante nas práticas de atendimento às situações de violência, especialmente onde não existe uma acumulação institucional da discussão do trabalho em rede no âmbito da Atenção Primária.

A notificação das violências também foi outro aspecto bastante mencionado pelos profissionais, tanto no que diz de sua importância quanto dos temores que possuem, posto que por atuar em áreas de extrema vulnerabilidade para a violência, vêem-se desprotegidos e

temem represálias por parte das pessoas que residem nas áreas que atendem. Além disso, foi dada ênfase ao reduzido número de profissionais que atuam nos serviços de Atenção Primária, posto que os atendimentos às situações demandam empenho e tempo.

Ainda que diante de tais mazelas, foram colocadas como aspectos facilitadores para o desenvolvimento de suas práticas de atendimento o vínculo que estabelecem com as famílias em suas áreas de atuação, assim como o trabalho desenvolvido com apoio da rede de proteção, conquanto representada pelo empenho dos profissionais que a representam.

Diante do apresentado, pode-se afirmar que tanto as dificuldades quanto as facilidades apontadas carreiam potencialidades para atuação frente às situações de violência infantil, a partir da exposição das lacunas das políticas de enfrentamento, das redes de atenção e proteção, dos serviços e processos de trabalho, dos profissionais e das famílias atendidas.

No âmbito das políticas de enfrentamento e das redes de atenção as lacunas se referem à necessidade de adotar estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados; no âmbito dos serviços, processos de trabalho e profissionais, implementar capacitações sistemáticas que coloquem ênfase na proposta de rede de atenção e proteção e seus pressopostos; junto às famílias, buscar fortalecer a estrutura de cuidados parentais. Entende-se que as ferramentas para se implementar existem, mas carecem de investimento e empenho para sua implementação no âmbito das políticas, das instituições e profissionais, afinal, *"a lição já sabemos de cor, só nos resta aprender".*

Referências

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2002 [citado 2016 Maio 10]. Disponível em: http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/.

2. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Online Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 [Citado 2016 Jun. 02] ; 11(Suppl). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Diário Oficial da União, Brasília, 16 Maio 2001.

4. Dahlberg LL, Krug EG, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde; 2002.

5. Sanchez RN, Minayo MCS.Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In: Lima CA, organizadora. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.29-38.

6. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. 1990 [acesso 2016 Fev. 23]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

7. Bezerra SC. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Lima CA, organizador. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.17-22.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

9. Deslandes S. Redes de Proteção Social e Redes Sociais: uma Práxis Integradora. In: Lima CA, organizadora.Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.135-41.

10. Souza ER, Jorge MHP. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima, CA (Coord.) et al. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.23-28.

11. Menezes AP T; Holanda EM, Silveira VAL, Oliveira KCS, Oliveira FGM. Síndrome de Munchausen: relato de caso e revisão da literatura. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(2): p.83-5.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Caderno de Atenção Básica, nº33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

13. UNRIC. Relatório da UNICEF: provas de violência generalizada contra as crianças "obrigam-nos a agir"[Internet]. [citado 2016 Abr. 19].Disponível em: http://www.unric.org/pt/actualidade/31600-relatorio-da-unicef-provas-de-violencia-generalizada-contra-as-criancas-obrigam-nos-a-agir.

14. UNICEF. La Eliminación de la Violencia contra los Niños. [Internet].[citado 2016 Abr.19]. Disponível em: http://www.unicef.org/spanish/endviolence/

15. Brasil. IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. [Internet]. [citado 2016 Abr.20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/

16 .Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO, 2012.

17. UNICEF. Relatório Unicef ECA 25 anos: Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. [Internet]. [citado 2016 Abr 20]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/ECA25anosUNICEF.pdf

18. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

19. Londono F. A origem do conceito menor. In: Priore MD, organizadora História da criança, no Brasil. São Paulo: Contexto, 1991.

20. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. Melhoramentos; 2106. [citado 2016 Mar. 13]. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/.

21. Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa [Internet]. Houaiss; 2106. [citado 2016 Mar. 13]. Disponível em: http://www.dicio.com.br/houaiss/.

22. Kuhlmann JR.M. Infância e educação infantil: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 1998.

23. Ariés P. A História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

24. Apostolico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. Online Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2012 [citado Mar 16]; 20(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

26. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo em Perspectiva. 1999; 13(4): 82-91

27. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostolico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero.Online Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [citado Mar. 16] ; 25(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext .

28. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. Cad Saúde Pública. 2003;19:1701-12.

29. Poletto M, Wagner T M C, Koller S H. Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: Uma visão de perspectiva. Online Psic.Teor. e Pesq. [Internet]. 2004 [citado em 2016 Mar. 20]; 20(3). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000300005.

30. Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. Acta paul. enferm 2007; 20(4): 504-8.

31. Tondowski CS, Feijó MR, Silva EA, Gebara, CFP, Sanche Z M, Noto A. Padrões Intergeracionais de Violência Familiar Associada ao Abuso de Bebidas Alcoólicas: Um Estudo Baseado em Genogramas. Online Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica [Internet]. 2014 [citado 2016 Abr. 19];27(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n4/0102-7972-prc-27-04-00806.pdf.

32. Osofsky JD. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications of prevention and intervention. Online Clinical Child and Family Pstchology Review [Internet]. 2003 [citado Mar. 09]; 6(3). Disponível em: http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1024958332093#page-2.

33. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Online Journal of Consulting and clinical Psychology [Internet]. 2003 [citado Mar. 09]; 71(4). Disponível em: http://www.apa.org/pubs/journals/releases/ccp-714741.pdf.

34. Antoni C, Koller SH. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. Online Temas em Psicologia [Internet]. 2010 [citado Abr. 19];18(1).Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a03.pdf.

35. Maldonado DPA, Willians LCA. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. Online Psicologia em Estudo. 2005[citado Abr. 19];10(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a02.pdf.

36. Sanchez RN. O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. São Paulo: Fundação Petrópolis; 2003. Pacto pela paz: uma construção possível; p.39-46.

37. Faleiros, VP. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In Leal MF, César MA organizadores. Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes . Brasília: CECRIA; p. 9-28.

38. Mendes GRB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

39. Faria H, Werneck M, Santos MA. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

40. Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. Revista Mineira de Enfermagem. 2003;7(1):61-66.

41. Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadoras. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn-PR; 2006. p.19-61.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Diário Oficial da União, Brasília, 30 dez.2010.

43. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Online Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [citado 2016 Jun. 29]; 15(5). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde; 2012.

45. Meirelles ZV, Silva CA. Redes de apoio a saúde da mulher adolescente/jovem vitima de violência. In: Stella RT organizadora. Violência contra a mulher adolescente/Jovem. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2007. P.208.

46. Cano MAT. Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica. Online Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2009. [citado 2016 Abr. 02]; 14(5). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500038.

47. Motti AJA, Santos JV. Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades. In: Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude. Fortalecimento da rede de proteção e assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. [Internet]. Brasília: 2008 [citado Mar. 19].Disponível em: http://www.portalasbrad.org.br.

48. Paraná. Prefeitura Municipal de Curitiba. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. 3ª Ed. Curitiba. 2008.

49. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica. Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo. São Paulo. 2012.

50. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica. A Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo. São Paulo. 2015.

51. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9ª Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2006.

52. Stein E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: Habermas J. Dialética e Hermenêutica. São Paulo: L&PM Editora; 1987.

53 . Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. [citado 2015 Ago. 20]. Disponivel em http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf.

54. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª ed. São Paulo: Editora ATLAS; 2008.

55. São Paulo (Estado). Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. SP Demográfico – Estatística Vitais do Estado de São Paulo. [Internet]. [citado 2016 Abr. 25]. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spdemog/

56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [Internet]. [citado 2015 mar 09]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang

57. São Paulo (Estado). Universidade de São Paulo. Centro de estudos da Metrópole. [Internet]. [citado 2016 Mai. 21]. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/594

58. São Paulo (Município). Infocidade.Taxas Geométrica de crescimento anual. [Internet]. [citado 2016 mar 13]. Disponível em: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/mapas/7_taxas_de_crescimento_populacional_anual_1980_10315.pdf

59. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim CEInfo em dados. [Internet]. [citado 2016 Mar. 09]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf

60. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. [Internet]. [citado 2016 Mar. 09]. Disponível em : http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/violencias_e_acidentes/index.php?p=12819

61. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 1.328 de 28 de agosto de 2007. Implanta o Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA. Diário Oficial do Município, São Paulo, 28 de agosto de 2007.

62. Paraná (Estado). Secretaria do Planejamento e Coordenação Geral. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba em dados. [Internet] [citado 2016 Mar. 01]. Disponível em: http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm

63. Brasil. IBGE, Censo Demográfico 2010. Sinopse do Censo Demográfico 2010. [Internet] [citado 2016 mar 09]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse_tab_subdistrito_zip.shtm Figura 5,7

64. Curitiba (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. Violência contra a crianças e adolescentes: perfil dos casos notificados. [Internet] [citado 2016 jul 01]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Viol%C3%AAncia%20Contra%20Crian%C3%A7as%20e%20Adolescentes%20-%202015.pdf

65. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Testa M. et al, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997. p.71-112.

66. Souza FN, Costa AP, Moreira, A. Questionamento no Processo de Análise de Dados Qualitativos com apoio do *software* WebQDA. Online EduSer Revista de Educação [Internet].2011 [citado 2015 Abr. 23];3(1). Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5996

67. Given LM. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods . London: SAGE; 2008.

68. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latino-Am. 2004; 12 (4):658-64.

69. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

70. Elsen, I. Cuidado familial: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen, I; Marcon, SS.; Santos, MR, organizadores. O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p.200-20.

71. Sarti, CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez Editora; 2003.

72. Deslandes SF, Barcinski M. Família Contemporânea e Violência: significados e práticas de atendimento. In Trad LAB, organizadora. Família Contemporânea e saúde: Significados, práticas e políticas públicas. [Internet].Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 320p. [citado 2016 Mar. 13] Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=nOPpAgAAQBAJ

73. UNICEF. Convenção sobre os Direitos da Criança [Internet]. [citado 2016 Abr. 10]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm.

74. Barroso RG., Machado C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. PSYCHOLOGICA. 2010; 52(1): 211-229.

75. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva . 2005; 10(1): 7-17.

76. Belsky J, Vondra J. Lessons from child abuse: the determinants of parenting. In: Cicchetti D, Carlson V, editors. Current research and theoretical advances in child maltreatment. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1989. p. 153-202.

77. Dicionário Aurélio Século XXI [Internet]. Nova Fronteira; 1999. [citado 2016 Mar 13]. Disponível em: http://www.radardownloads.com/download/dicionario-aurelio-seculo-xxi

78. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Online Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 [citado 2016 Jun. 27]; 10(3). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027.

79. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Online Cad. Saúde Pública [Internet]. 1998 [citado 2016 Jun. 27]; 14(1). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100011.

80. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, Novembro 2005. [Internet]. [citado 2016 Mar. 14]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.

81. Castel R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à "desfiliação".Rev.Cadernos CRH. 1997; nº 26 e 27: 19-40.

82. Cronemberger IHGM, Teixeira SM. Famílias vulneráveis e a questão social. Online Informe Econômico [Internet]. 2013 [citado 2016 Mar. 9]; 14. Disponível em:http://www.ojs.ufpi.br/index.php/economiaufpi/article/view/1267

83. Hayeck CM. Refletindo sobre a violência. Online Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. [Internet]. 2009 [citado 2016 Abr. 23]:1(1). Disponível em: https://www.rbhcs.com/rbhcs/issue/view/1 .

84. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9.

85. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 936 de 19 de Maio de 2004 Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, 19 Mai. 2004.

86. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. [citado 2016 mai 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf

87. Martins LR. Atenção Primária Em Saúde e Enfrentamento da Violência Infantil: Saberes Necessários à Formação e Qualificação Profissional. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem,Universidade de São Paulo. 2016.

88. Brasil. Ministério de Saúde. Lei nº 10.778/2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, 25 Nov. 2003.

89. Brasil. Ministério de Saúde. LEI 10.741/2003, Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 Out. 2003.

90. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília Jan. 2011.

91. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados

em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília Jun. 2014.

92. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Tecendo Redes de Paz. São Paulo. 2007.

93. Fernandes APP, Mazza VA. Identificando potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância. Enfrentamento da violência pela Saúde. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo.14(3); 2013.

94. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2001 [citado 2016 Abr. 19]; 1(2): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.

95. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2002 [citado 2016 Jul. 15]; 18(1): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

96. Melman J, Figueira Júnior N. Um compromisso ético: quebrar o silencio. In: São Paulo (Município). Tecendo Rede de Paz [Internet]. 2007. 14-15p.[citado 2016 Mar. 09]. Disponível em : http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/culturapaz/TecendoRedesPaz.pdf.

97. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento Básico para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

98. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2016 Jul. 01]; 20 (6).Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

99. Inoue SRV, Ristum M. Violência Sexual Contra a Criança: Estratégias de Enfrentamento Adotadas pelas Mães. Online Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2010 [citado 2016 Mar. 11]; 44(3). Disponível em: http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04459.pdf.

Apêndices

APÊNDICE A
Caracterização dos Profissionais da Saúde
Nível Local, Regional e Central

I – CARACTERIZAÇÃO:

- Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
- Idade: ( ) 20 a 30 ( ) 30 a 40 ( ) 40 a 50 ( )50 e mais
- Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( )Separado
- Filhos: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )5 e +
- Idade dos filhos: ___ anos/ ____ anos/ ____ anos/ ____ anos/ ____ anos.
- Sexo dos filhos: ( ) Feminino ( ) Masculino
- Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( )Superior
- Formação técnica ou superior: _____
- Formação complementar: _____
- Cargo ou Função: _____
- Tempo de experiência profissional:

( ) na atividade ____ anos / ( ) ESF ____ anos

- Recebeu treinamento específico para lidar com a violência doméstica contra crianças: ( ) Sim ( ) Não
- Há quanto tempo? ____ anos ____ meses
- Como foi (descrever carga horária, metodologia, local)?
- Descrição da responsabilidade e da atividade na função:
- Descrição de quantas e quais instituições/pessoas/crianças estão sob sua responsabilidade:

APÊNDICE B

Roteiro para Entrevista - Profissional da Saúde Nível Local

1. Em seu cotidiano de profissional de saúde, você se defrontou com casos de violência doméstica contra a criança. Você poderia descrever, com o máximo de detalhes que se lembrar, um caso que tenha atendido ou tomado conhecimento de uma criança em situação de violência?

Questões para detalhamento:

Qual a idade da criança, sexo, quem é o agressor, quem notificou ou quem reportou o caso, duração da situação de violência, natureza da violência?

Que outros profissionais, da ESF ou não, participaram do enfrentamento desta situação?

O que você e os demais profissionais da unidade de saúde fizeram em relação a esta violência e em relação a outros casos de violência? O que mais poderia ter sido feito?

2. Para você, qual é o significado da violência contra a criança? Por que ela ocorre?

3. Você considera que a violência contra a criança menor de três anos tem ou terá repercussões no seu desenvolvimento? Quais?

4. Você ou a Unidade de Saúde notificam a violência e acionam ou contatam a Rede de Proteção para crianças em situação de violência?

5. No serviço de saúde onde você trabalha existe algum programa/grupo de atendimento às crianças situação de violência doméstica e suas famílias? Como são desenvolvidos?

6. Do seu ponto de vista, quais são as dificuldades e as facilidades que esta Unidade de Saúde tem para o enfrentamento da violência contra a criança? *(Adicionar pergunta em relação aos familiares da criança, se o entrevistado responder apenas sobre a criança)*

7. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE C
Roteiro para Entrevista
Profissionais da Saúde Nível Regional e Central

1. Em seu cotidiano de trabalho, você se defrontou com casos de violência doméstica contra a criança menor de três anos. Para você, qual é o significado da violência contra a criança? Por que ela ocorre?
2. Como a sua Coordenação se organiza para o enfrentamento da violência contra a criança menor de três anos nas ações de notificação, intervenção e monitoramento? (Coletar documentos, formulários, fluxos, manuais, diretrizes, caso disponível).
3. Como o trabalho do setor sobre sua responsabilidade é avaliado e se autoavalia em termos das ações de enfrentamento?
4. Do seu ponto de vista, quais são as dificuldades e as facilidades que a área que você coordena tem para o enfrentamento da violência contra a criança? *(Adicionar pergunta em relação aos familiares da criança, se o entrevistado responder apenas sobre a criança).*
5. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Integramos um grupo de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, coordenado pela Professora Dra Emiko Yoshikawa Egry, docente da Escola de Enfermagem e pesquisadora do CNPq.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra crianças, que tem como objetivo geral "Criar e avaliar um modelo pedagógico para qualificação dos profissionais da Atenção Básica no enfrentamento do fenômeno da violência contra a criança". Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (edipesq@usp.br).

Você está sendo convidada(o) a participar desta pesquisa e sua participação é de fundamental importância para a realização deste trabalho.

Nesse momento, sua participação específica será conceder uma entrevista semi-diretiva, para atender ao objetivo específico de conhecer as metodologias e instrumentos de avaliação de necessidades e vulnerabilidades de grupos especiais utilizadas, para o enfrentamento da violência intra-familiar em crianças (Sub-projeto A: Avaliação das necessidades em saúde e vulnerabilidades das famílias e das crianças em situação de violência intra-familiar)

A sua participação é voluntária. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Pela sua participação, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua confidencialidade e privacidade estarão mantidas e caso qualquer informação que seja divulgada, será feita de forma codificada. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o TCLE será preenchido e assinado em 2 vias, permanecendo uma delas com o participante do estudo.

Caso sinta necessidade de contatar as pesquisadoras, durante ou após a pesquisa, os contatos poderão ser feitos por:

Profa Dra Emiko Yoshikawa Egry. emiyegry@usp.br Dra Paula Hino. paulahino@yahoo.com.br

Dra Maíra Rosa Apostolico. mairaapostolico@usp.br Contato por telefone no número: (11) 3061-7652

Comitê de Ética em Pesquisa EEUSP - Fone: 3061-7548 e-mail: edipesq@usp.br

Eu, _____

afirmo que fui devidamente orientada(o) sobre a pesquisa da qual fui convidada(o) a participar. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar a minha decisão. Autorizo a realização da entrevista e a gravação da minha fala. Declaro que concordo com a utilização de todos os dados desta pesquisa para fins científicos.

São Paulo/Curitiba, ___ de _____ de 20__.

_____ _____

Pesquisadora Participante da Pesquisa

Anexo

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra crianças

Pesquisador: Emiko Yoshikawa Egry

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02153012.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 252.905

Data da Relatoria: 09/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que busca o enfrentamento da viole¿ncia contra a crianc¿a no sentido de buscar formas de reconhecer, intervir, proteger a crianc¿a para promover o crescimento e desenvolvimento adequados resguardando, portanto, os direitos dela prescritos na Constituição Brasileira e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Sera¿ desdobrado em tres subprojetos que estão descritos, cada um com metodologia especi¿fica em congrue¿ncia com o objeto: explorato¿rio, descritivo e transversal; pesquisa-ac¿a¿o para a qualificac¿a¿o dos profissionais.

Subprojeto A: Avaliac¿a¿o das necessidades em sau¿de e vulnerabilidades das fami¿lias e das crianças em situac¿a¿ode viole¿ncia intrafamiliar. Tipo de estudo: descritivo e exploratorio. Fontes de dados secunda¿rios: relato¿rios e bases de dados de viole¿ncia intrafamiliar de crianças nos cenarios do Distrito Boa Vista de Curitiba e Distrito Capa¿o Redondo de Sa¿o Paulo, o banco de dados de notificação da violência contra a criança da Rede de Proteção a¿ Infância e Adolescencia de Curitiba; dados epidemiolo¿gicos e de poli¿ticas municipais de saude dos Municipios. Fonte de dados prima¿rios: discurso dos profissionais da Atenção Básica acerca do enfrentamento da viole¿ncia contra crianças,obtidos por meio de entrevistas semidiretivas, pertencentes aos Distritos mencionados. Criterios de inclusa¿o: profissionais da Atenc¿a¿o Ba¿sica ha¿ no mi¿nimo seis meses e que atuem na assistencia a crianças ou familias que vivenciaram situac¿a¿o de violencia. Amostra: estima-se para cada Distrito, um total de 20 sujeitos, a depender da saturação dos dados. Tratamento dos dados: recursos estatisticos, do MapInfo e de decodificac¿a¿o de discurso,

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O TCLE está de acordo com as recomendações da resolução 196/96.

Recomendações:
não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Em atenção à solicitação de emendas, avaliou-se que os adendos ao projeto em nada alteram a aprovação anterior do projeto original, por este CEP. Não há óbices éticos para as modificações solicitadas.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Este parecer não substitui a aprovação da instituição co-participante previamente ao início da coleta de dados.

Reitera-se a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 23 de Abril de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra crianças

Pesquisador: Emiko Yoshikawa Egry

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 02153012.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 509.162

Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo para o enfrentamento da violência contra a criança, estruturado em três subprojetos (A, B, C) com objetivos e metodologias próprios. O estudo é coordenado pela pesquisadora Emiko Yoshikawa Egry da Escola de Enfermagem da USP com previsão de apoio financeiro da FAPESP.

Sub projeto A

Estudo descritivo e exploratório.

Fontes de dados secundários: relatórios e bases de dados de violência intra-familiar de crianças nos cenários do Distrito Boa Vista de Curitiba e Distrito Capão Redondo de São Paulo, o banco de dados de notificação da violência contra a criança da Rede de Proteção à Infância e Adolescência de Curitiba; dados epidemiológicos e de políticas

municipais de saúde dos Municípios.

Fonte de dados primários: discurso dos profissionais da Atenção Básica acerca do enfrentamento da violência contra crianças, obtidos por meio de entrevistas semi-diretivas, pertencentes aos Distritos mencionados.

Instrumento: entrevista semi-diretiva.

Participantes: 20 profissionais da Atenção Básica de cada Distrito há no mínimo seis meses e que

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

atuem na assistência a crianças ou famílias que vivenciaram situação de violência.

Sub projeto B
Tipo de estudo: exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.
Instrumento de coleta de dados: webquestionário.
Participantes: todos enfermeiros e enfermeiras da rede
de Atenção Básica que atuem na assistência de crianças e famílias há pelo menos seis meses e com conhecimentos teórico ou prático sobre a CIPESC®, no Distrito Capão Redondo de São Paulo.

Sub projeto C
Tipo de estudo: pesquisa aplicada, apoiada nas diretrizes da pesquisa social, utilizando-se da modalidade da pesquisa-ação.
Estudo dividido em quatro fases, a seguir.
Fase 1
Análise: definição do público-alvo, estratégias instrucionais e conteúdos.
Participantes: 10 a 12 especialistas e pesquisadores nos temas de violência doméstica e violência contra a criança, necessidades em saúde, assistência à saúde da criança.
Fase 2
Projeto: desenvolvimento do modelo.
Fase 3
Implementação: construção do ambiente virtual.
Fase 4
Validação: testes e avaliação.
Participantes: no mínimo 10 profissionais que atuem na Atenção Básica, e no mínimo 10 graduandos do último ano de Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo geral
Criar e avaliar um modelo pedagógico para qualificação dos profissionais da Atenção Básica no enfrentamento do fenômeno da
violência contra a criança.

Objetivo do sub projeto A

Conhecer as metodologias e instrumentos de avaliação de necessidades e vulnerabilidades de grupos especiais, utilizadas para o enfrentamento da violência intra-familiar em crianças.

Objetivo do sub projeto B
Interrogar quais fenômenos podem ser descritos ao lidar com a violência infantil e que se utilizam da base CIPESC®.

Objetivo do sub projeto C
Construir uma ferramenta e-learning para aprendizado à distância tratando do tema da violência e suas formas de
reconhecimento e enfrentamento, utilizando-se de tecnologia de informação e comunicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos
Mínimos aos participantes da pesquisa.

Benefícios
Diretos e a curto prazo, para o aprimoramento do conhecimento formal e acadêmico da violência contra a criança, bem como para os participantes da pesquisa que terão a oportunidade de reflexão profunda desta questão.
Indiretos e a médio e longo prazos, para o estabelecimento de políticas públicas e para às crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Relevante no contexto de saúde coletiva e individual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Folha de rosto e TCLEs para os participantes dos tres subprojetos, de acordo com a Resolução CNS 466/2012.
Parecer de aprovação do CEP da EEUSP, instituição proponente, de 13/11/2013.
Parecer favorável de participação no protocolo de pesquisa, pela inclusão do Distrito de Capão Redondo em São Paulo, da Coordenadoria Regional de Saúde Sul/SMS/PM São Paulo de 12/03/13, assinado por Maria Laura Deorsola, ratificada em 27/11/12.

Recomendações:
1.Indicar as instituições co-participantes no protocolo submetido na Plataforma Brasil em

próximas edições.

2. Nos TCLES, o texto de indicação de consentimento pós informado não é sujeito à análise ética. Retirar a parte citada acima ao aplicar os TCLES.

3. Nas próximas edições incluir documentos de comprovação de participação do Distrito de Boas Vista de Curitiba/PR.

4.Incluir nos TCLEs os contatos dos CEPS da EEUSP e da SMS São Paulo.

5. Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Nada a declarar.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenação Regional de Saúde Sul).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP

Continuação do Parecer: 509.162

implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 10 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Luís Gracindo Costa Bastos
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com