UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCIANE RÉGIO MARTINS

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE & ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL: SABERES NECESSÁRIOS À FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

SÃO PAULO
2016

LUCIANE RÉGIO MARTINS

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE & ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL: SABERES NECESSÁRIOS À FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Coletiva – PPGE, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtemção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Emiko Yoshikaya Egry

SÃO PAULO
2016

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

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Régio Martins, Luciane
Atenção primária em saúde & enfrentamento da violência infantil: saberes necessários à formação e qualificação profissional. / Luciane Régio Martins. – São Paulo, 2016.
186 p.

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

Orientadora: Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
Área de concentração: Saúde Coletiva

1. Competência profissional. 2. Violência contra o menor. 3. Saúde pública. 4. Atenção primária à saúde. 5. Saúde mental. 6. Enfermagem I. Título.

Nome: Luciane Régio Martins

Título: Atenção primária em saúde & enfrentamento da violência infantil: saberes necessários à formação e qualificação profissional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Coletiva – PPGE, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtemção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este texto para minha mãe,
Terezinha Régio, por sua força e coragem na Vida!

E, in memorian e saudades:
Para meu padrasto Paulo Irceu da Silva.
Rudolph, Gordinha e Wilson, filhos-pets inesquecíveis...

AGRADECIMENTOS

Peço licença para agradecer a possibilidade de trabalhar no bem comum e na construção de conhecimentos no SUS e na Vida: Epà Babá meu pai Oxalá [mudei para São Paulo em 2014, Xangô e Iansã no horizonte]; Odoyá, Yemanjá, asè aqui sua filha! Salve, Sara Kali! Zulmira! E todo meu povo cigano nesta jornada. Meu reconhecimento e fiel trabalho: Saravá! Laroiê, Esù!

Motumbá, querida mãe Iyá Cristina, no seu colo eu cheguei em São Paulo; e, nunca sem ti, Re (Rejani), minha amiga e guia espiritual primeira. Salve, Salve, Leonora!

Agradeço a minha orientadora, a Prof.ª Dr.ª Emiko Yoshikawa Egry, por seu acolhimento, desafiando-me a desenvolver conhecimentos e habilidades, sobretudo, por sua delicadeza, amabilidade e fino trato. Seus conhecimentos e jeitos serão sempre exemplos na minha vida profissional docente: dedicação, ética, disciplina, sensibilidade, paciência, sinceridade e … e… e…

Agradeço à Pós-Doutora Maíra Apostólico pelo seu exemplo de ser-pesquisadora, ensinou-me com afinco, dedicação, mas com paciência, os passos a serem desenvolvidos, melhorados, explorados, também, pela sua pessoa, por ser dotada de amabilidade, ética e disciplina… e… e… e…

Agradeço à Prof.ª Dr.ª Elisabeth Fujimore pelo acolhimento de quem chega sem referências, foi muito importante!

Agradeço à Prof.ª Dr.ª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca pelos empréstimos de livros e por seus ensinamentos nas aulas.

Agradeço à Prof.ª Dr.ª Maria Rita Bertolozi pelos empréstimos de livros e ensinamentos nas aulas.

Agradeço com gratidão à Prof.ª Dr.ª Sônia Barros, pelo primeiro acolhimento na EEUSP, em 2013.

Agradeço com gratidão à Prof.ª Dr.ª Ana Luisa Aranha e Silva, por acreditar em mim!

Agradeço às Prof.ª Dr.ª Ana Lucia Machado e Prof.ª Dr.ª Luciana de Almeida Colvero pelo acolhimento dos meus primeiros sonhos de pós-graduação na EEUSP, em 2010;

Agradeço com carinho à Prof.ª Dr.ª Rita de Cassia Barcellos, da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, pelo apoio e incentivo…

Agradeço às companheiras do grupo de Pesquisa, com as quais compartilhei descobertas, receios, dúvidas, vontades, dificuldades, resultados, sempre em um clima de amizade e cumplicidade: Bianca, Teresa, Cláudia, Karen, Rafaela, Lucimara, Leda, e demais pesquisadores envolvidos.

Agradeço aos colegas da pós-graduação, que foram fundamentais: Jandro Cortes, Camila Borghi, Giovanna Mariah Orlandi, Bianca Brancaglione, Aline Baptista, Ligia Bugelli, Samara Cordeiro, Cláudia Palombo, Lucimara Fornari. Assim como aos funcionários da EEUSP, Terezinha, Socorro, Paulo, Vanderlei, Juliana, Aline, Regina, e demais.

Agradeço aos companheir@s da Rede HumanizaSUS [www.redehumanizasus.net], sem os quais não teria conseguido folego para iniciar tudo isso. Sem dúvida, amizades que favorem a potência de viver!! A todos, obrigada. Amig@s-irm@s: Jacqueline Abrantes, Rejane Guedes, e Shirley Monteiro, nas confabulações; Iza Sardenberg, Erasmo Ruiz… Ricardo Teixeira, no empréstimo dos primeiros livros e ensinamentos espinosanos, Emília Alves de Sousa, Débora Aligieri, Patrícia Silva, André Benedito, Dani Matielo, Cláudia Matthes, Mariana Oliveira, Sabrina Ferigatto, Stella Chebli, Cris Lopérlogo, entre outros querid@s. Obrigada pelo apoio e carinho!

Agradeço a minha mãe, Terezinha Régio, por todo o apoio, amor incondicional, força e incentivo. Sem ti, esta jornada não seria NADA, fico feliz em poder compartilhar esta construção de conhecimento contigo, pois ele se entrelaça com as histórias vividas. És vitoriosa, querida mãe! Mesmo longe, perto…

Agradeço in memoriam ao meu padrasto, Paulo Irceu da Silva, de quem recebi apoio e incentivo para chegar a São Paulo, mas que não tive tempo de retribuir.

Agradeço ao meu pai, Afonso Martins, pela educação recebida e incentivo à independência.

Agradeço a minha irmã duas vezes!! De alma e família, de muitas Vidas: Adriana [Enfermeira!!], sem ti a vida não tem graça e este processo não seria o mesmo. Querida cumplice e amiga de todas as horas…

Agradeço aos meus irmãos Wladimir e Rodrigo, pela companhia e ajuda, incentivo e alegrias compartilhadas.

Aos demais familiares e amigos, muito obrigada, a cada um pela torcida.

Agradeço à amiga Mirtes Scherer e ao Marcelo Prestes pelo apoio, que por diversas vezes, hospedaram-me e apoiando as etapas preparatórias para esta jornada.

Agradeço aos amig@s Leila [com quem tenho mais de 20 anos de amizade, minha grande amiga!], Alessandra e Cristhian pela amizade, apoio afetivo, incentivo e companhia - declaro que, isso foi fundamental para completar as etapas. Agradeço à amiga Jordana, que com seu apoio foi possível realizar a seleção. Demais amig@s, obrigada.

Agradeço à querida Luzia da ANEPS por tantos ensinamentos de Vida, carinho e amizade!

Imran Ahmed, thanks for all your support, Love and Friendship daily around me these last months.

Amauri Ferreira, por suas aulas e socorros filosóficos, obrigada.

Agradeço à CAPES pela bolsa de estudos durante este período.

Os agradecimentos não estão em ordem de importância, estão todos em roda.

"Com sorte existem potenciais zonas de Resistência contra a unidimencionalidade da subjetividade e eu chamo isto de uma pasossivel heterogeneidade da subjetividade. Uma dessas zonas é a infância por exemplo dentro da qual se escapa temporariamente e sucede em ter potenciais de semiotização diversos e substanciais com intuito de produzir existência".
[Felix Guattari, Paris, 1991 in
Agenciamentos: Félix Guattari e o Animismo Maquínico (2012):
https://www.youtube.com/watch?v=4L_m5vPQoaY]

Régio Martins, L. Atenção primária em saúde & enfrentamento da violência infantil: saberes necessários à formação e qualificação profissional [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A violência infantil é um fenômeno de ampla expressão e complexidade que tem preocupado e desafiado pesquisadores, gestores, profissionais e equipes de saúde, e outros atores sociais para seu enfrentamento. **Objetivo:** Identificar os saberes necessários à formação e qualificação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária em Saúde (APS). Os objetivos específicos foram: conhecer a percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência infantil; descrever os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil na APS. **Método:** Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. O referencial teórico e metodológico adotado foi a Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), cuja fundamentação teórica-filosófica provém do Materialismo Histórico e Dialético (MDH). A base empírica do estudo foram as entrevistas realizadas com profissionais da APS em dois distritos em Curitiba (Bairro Novo e Bela Vista); e, no distrito do Capão Redondo em São Paulo (SP). A amostra constitui-se de 41 entrevistas das quais 16 foram realizadas com profissionais de Curitiba e 25, com profissionais do Capão Redondo, SP. As entrevistas foram gravadas, transcritas, e submetidas ao software de análise WebQDA. Como fonte secundária foram utilizados sites dos municípios, e fontes de estatísticas de domínio público. Critérios de inclusão: tempo mínimo de 6 meses de atuação na APS e assistência às crianças ou famílias em situação de violência doméstica infantil. As categorias de análise elencadas para iluminar o fenômeno da violência infantil foram as dimensões dos saberes: saber-saber, saber-fazer, saber ser-ético-profissional. A partir da análise das entrevistas foram criadas sub-categorias empíricas para conformar os saberes necessários à formação e qualificação profissional na APS. **Resultados:** As sub-categorias empíricas que emergiram da percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência infantil foram: Raízes da Violência; Sentimentos que Afloram; Natureza Complexa; e, Formação e Educação Permanente. Na dimensão do Saber-saber as sub-categorias que emergiram foram: Concepções sobre Família; Violência de Gênero; Violência Transgeracional; Concepções sobre a Violência Infantil; Tipologia da Violência Infantil; Sinais e Sintomas [da existência] da Violência; Formas do Enfrentamento da Violência; Raízes da Violência. Na dimensão do Saber-fazer as sub-categorias que emergiram foram: Acolher dentro dos Serviço; Notificar Suspeitas; Investigar a Violência no território; Realizar Busca Ativa no território; Reconhecer Sinais e Sintomas da Violência; Realizar Escuta Qualificada e Saber Conversar; Desenvolver Olhar Integral à Família; Registrar Atividades; Intermediar as Necessidades das Famílias; Saber Delegar; Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações; Enfrentar as Resistências; Preencher Corretamente a Ficha de Notificação; Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos; Intervir para a proteção da Criança; Construir Vínculos com as Famílias; Realizar Visita Domiciliária Multiprofissional; Buscar Conhecimentos acerca do Enfrentamento da Violência Infantil; Construir Redes Intersetoriais; Orientar sobre Locais de Apoio para o Enfrentamento da violência infantil; Reconhecer a Dinâmica Familiar; Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde; Construir Projeto Terapêutico Singular. Na dimensão do Saber Ser-ético-profissional as sub-categorias que emergiram foram: Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil; Construir vínculos; Integralidade, Autonomia,

Comprometimento e Corresponsabilidade; Ter uma Atitude Solidária; Exercício do Saber Ser-ético-profissional do Docente; Intervenção Moral e Racionalização; Ter uma Atitude Pró-enfrentamento; Responsabilização Sanitária. **Conclusão:** A APS como *locus* privilegiado para o enfrentamento da violência infantil não se encontra instrumentalizada para tal. No Brasil, os avanços no aparato legal para proteção da infância, ainda não resultaram na redução dos indicadores. A identificação dos saberes necessários para o enfrentamento do fenômeno contribui para que a formação e qualificação profissional ocorra de maneira efetiva, sistematizada, compartilhando saberes comuns.

PALAVRAS-CHAVE: Competência Profissional. Violência Infantil. Saúde Coletiva. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

Régio Martins, L. Primary health attention & coping with violence against children: the necessary knowlegde for training and professional qualification [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Violence against children is an extensive and complex phenomenon that has been arousing concern and daring researchers, public health managers, professionals and health teams, and other social actors for coping. **Objective:** To identify the necessary knowledge for Training and Professional qualification for coping with violence against children in Primary Health Attention (APS). The specific objectives were: To know the perception of professionals about coping with violence against children; To describe the necessary knowledge for Training and Professional qualification for coping with violence against children in the APS. **Method:** This is an explorative and descriptive study based on qualitative methods. The theoretical-methodological mark adopted was the Theory of Práxis Intervention in Collective Health Nursing (TIPESC in Portuguese), propposed by Egry (1996), whose theoretical-philosophical base comes from Historical and Dialectic Materialism (MHD). The empirical source of the study were the interviews conducted with professionals from APS in two districts of Curitiba city (Bairro Novo e Bela Vista); and from the interviews conducted in the district of Capão Redondo in São Paulo city (SP). The sample consisted of 41 interviews from which 16 were realized with professionals of Curitiba and 25 with professionals of Capão Redondo, SP. The interviews were recorded, transcripted, and submitted to the analysis software WebQDA. Secondary source of data were websites of the two cities, and statistical sources of public domain. Inclusion criteria: minimum of 6 months of working in APS and assistance to children and families involved in domestic violence against children situations. The chosen analyzing categories for highlighting the phenomenon of child abuse were the dimensions of knowledge: Know-Know, Know-How, Know Ethical-professional-Being. After the analysis of the interviews, empirical subcategories were criated for definying the necessary knowledge for Trainging and Professional qualification in APS. **Results:** The empirical subcategories that emerged from the perception of the professionals about coping with violence against children were: Violence Roots; Feelings Outcrop; Complex Nature; Training and Permanent Education. In the Know-Know Dimension the subcategories which emerged were: Conceptions about Family; Gender Violence; Transgenerational Violence; Conceptions about Child Abuse; Tipology of Violence Against Children; Signs and Simptoms [of the existance] of Violence; Ways of Coping with Violence; Violence Roots. In the Know-How Dimension the subcategories which emerged were: Receiving inside health service; Notifying suspicions; Investigating Violence in the territory; Active Research in the territory; Recognizing Signs and Simptoms of Violence; Qualified Hearing and To know how to Talk; Developing of an Integral view upon the Family; Registering Activities; Intermediating Health necessities of the Families; To know how to Delegate; Recognizing Child Abuse, Notify and Understanding notifications; Coping with Resistances; Correctly Filling up Reporting sheet; Building Workflows and Protocols; Interventions for protection of children; Building linkage with familes; Conduct Home Multi-professional Visits; Searching for Knowledge about coping with Child Abuse; Building Intersectorial Nets; Orienting about locals for Support about coping with Child Abuse; Recognizing Familiar Dinamics; Working in the perspective of prevention and health promotion; Building Singular Therapeutical Projects. In the Know Ethical-professional-Being Dimension the subcategories which emerged were: Sensibilization for coping with Child

Abuse; Building Linkage; Integrality, Autonomy, Commitment; Co-responsabilization; Having a Solidary Attitude; Know Ethical-professional-Being of professors; Sanitary Responsabilization. **Conclusion:** Primary Health Attention is the priviliged *locus* for coping with violence against children but is now well prepared for this action. In Brazil, there were several advances in legal protection of childhood, but it has not reduced the number of child abuse cases. The identification of necessary knowledges for coping with the phenomenon contributes so that Training and Professional qualification effectively occur, sistematized, sharing common knowledges.

KEY-WORDS: Competence. Child Abuse. Collective Health. Primary Health Attention. Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das Regiões Administrativas de Curitiba e Bairros. 72

Figura 2 – Cobertura populacional pelo PSF por Distrito Sanitário, PSF/SMS/SP, 2003..... 73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Demonstrativo sobre a mortalidade infantil em Curitiva entre 1998 e 2014. 70

Gráfico 2 – Frequência de Notificações de Violências contra Crianças e Adolescentes – Curitiba entre 2002 e 2012 71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas e estratégias metodológicas. 76

Quadro 2 – Sub-categorias empíricas das percepções dos profissionais de Curitiba e Capão Redondo, SP, acerca do enfrentamento da violência Infantil. 80

Quadro 3 – Sub-categorias empíricas da Dimensão do Saber-Saber 85

Quadro 4 – Sub-categorias empíricas da Dimensão do Saber-Fazer 89

Quadro 5 – Sub-categorias empíricas da Dimensão do Saber Ser-Ético-Profissional 96

Quadro 6 – Quadro dos Saberes e Percepções acerca do Enfrentamento da Violência Infantil 166

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativas
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IPARDES	Instituto Paranaense de Pesquisa e Desenvolvimento
IPPUC	Instituto de Pesquisa de Curitiba
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 31

1 INTRODUÇÃO 37

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA 49

3 FINALIDADE DO ESTUDO 53

4 OBJETIVOS 57

4.1 OBJETIVO GERAL 57
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 57

5 BASE TEÓRICA 61

5.1 TEORIZAÇÃO SOBRE ALGUNS SABERES ENVOLVIDOS NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS 61
5.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, HUMANIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 62

6 MÉTODO 69

6.1 CENÁRIOS DO ESTUDO 70
6.1.1 Cenário 1: Distritos Sanitários Bela Vista e Bairro Novo – Curitiba, PR 70
6.1.2 Cenário 2: Distrito Sanitário do Capão Redondo – São Paulo, SP 73
6.2 FONTE DE DADOS EMPÍRICOS: PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA 74
6.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS 75
6.4 ASPÉCTOS ÉTICOS 76
6.5 ETAPAS DO ESTUDO 76

7 RESULTADOS 79

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS 79
7.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL NA APS 79
7.2.1 Percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência Infantil 80
7.3 DIMENSÃO DO SABER-SABER 84
7.4 DIMENSÃO DO SABER-FAZER 88
7.5 DIMENSÃO DO SABER-SER ÉTICO-PROFISSIONAL 95

8 DISCUSSÃO 105

8.1 PERCEPÇÕES ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL 105

8.2 OS SABERES NECESSÁRIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL 120

8.2.1 Dimensão do Saber-Saber 120

8.2.2 Dimensão do Saber-Fazer 129

8.2.3 Dimensão do Saber Ser-Ético-Profissional 145

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 161

REFERÊNCIAS 169

APÊNDICE 179

ANEXO 185

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Ao ser acolhida no Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em virtude de mudança de orientadora, já existia uma vontade pregressa de saber mais sobre essa ciência, para construir conhecimentos na área de saúde com vistas à integralidade da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde.

Desde a graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), direcionei a atenção, os esforços acadêmicos e os compromissos profissionais e familiares para estudar, pesquisar, trabalhar e adquirir conhecimentos, saberes, acerca da Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental. Trabalhei em um Centro de Atenção Psicossocial – I, no interior daquele Estado, como membro de equipe multiprofissional e coordenação de Enfermagem; e, também em coordenação de Políticas de Atenção Integral na Atenção Primária em Saúde, organizando Grupos de (Educação em) Saúde, sempre agregando saberes dos usuários no seu cuidado cotidiano à saúde, e experimentações profissionais como colocar em movimento saberes adquiridos na formação e prática profissional, pautados na Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Foi um prazer compartilhar as tardes e viagens com "Os Estradeiros: Grupo de Saúde". Essa experiência recebeu premiação do Ministério da Saúde em 2014, sendo destacado entre outras 200, com o 7º. Lugar. Os relatos estão disponíveis na Rede HumanizaSUS: www.redehumanizasus.net.

O ano de 2008 e 2009 foram o "divisor de águas" da minha vida profissional, devido a realização do curso de formação e especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, iniciando a participar da Rede HumanizaSUS (www.redehumanizasus.net). Em 2010, participando também como cuidadora, curadora do site, que continuo até os dias atuais, tem sido uma vivência diferenciadora pelo contato com os blogueir@s da RHS e suas experiências exitosas nos diversos estados no Brasil.

Desde 2010, visitava a EEUSP para viabilizar meios de realizar a pós-graduação, primeiramente, participando do Grupo de Estudos das Subjetividades, com a Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia Machado.

Entre 2011 e 2013, coordenei a Política Regional de Saúde Mental na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde em Santa Maria, RS, com 32 municípios, para a implementação e desenvolvimento da Linha de Cuidado em Saúde Mental com viés na Atenção Primária em Saúde e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nessa oportunidade, vivi

desafios e sobrecargas de trabalho em virtude de incontáveis internações compulsórias e involuntárias naquela Regional, presenciando esforços de equipes de saúde mental em criar dispositivos de Vida para usuários na RAPS; e, de outras que se subjugavam por diversos motivos, ancorados em dificuldades, barreiras administrativas, recursos humanos e vontades políticas, reproduziam a lógica manicomial primando pelas internações como primeira intervenção. Um tempo de grande aprendizado profissional e inquietudes acerca das violências institucionais, familiares [que solicitavam aquelas internações como uma alternativa mais mágica, do que resolutivas], as quais me conduziram à pós-graduação.

Nesse mesmo período, na coordenação da saúde mental na regional de saúde, o incidente da Boate Kiss foi a gota d'água. A experiência profissional mais radical que vivi, e que me fez repensar por que esperamos tanto para buscar os sonhos? O meu era a pós-graduação.

Na seleção, com o projeto vinculado à Saúde Mental, permaneci sem orientadora nessa área por alguns meses [troca de orientação], o que possibilitou permanecer na perspectiva da Saúde Coletiva, dessa vez, vinculada ao enfrentamento da violência infantil na atenção básica. Não para minha surpresa, logo identifiquei interfaces entre a violência contra a criança e questões que despertavam angústia, principalmente, quando há famílias em uso de álcool e outras drogas, ou mesmo com transtornos mentais [muitas vezes, comorbidades, pouco cogitadas em publicações]. Esse foi o ponto principal com o qual me identifiquei e por isso logo despertou meu interesse em pesquisar sobre questões da violência, partindo da violência infantil. No entanto, foi um desafio o exercício de realizar outras leituras e decodificá-las.

A maneira como o problema da violência infantil é entendido e enfrentado pelas equipes, gerando diversos encaminhamentos para as redes de proteção, o abrigamento, as equipes de saúde mental, chamou minha atenção. Por esse motivo, quais os saberes necessários para o enfrentamento da violência infantil, desde a formação e qualificação, são fundamentais para alterar essa realidade? Que conceitos e ferramentas, ou saberes instrumentais e ético-profissionais tem potencial de alcançar as necessidades dos usuários na sua condição social, histórica e cultural, no intuito de melhorar a Vida, a tal ponto que as violências sejam extintas?

Inquietações, dúvidas e dificuldades em aproximar conhecimentos adquiridos nessa minha trajetória, que pouco a pouco são abrandadas pela participação nas discussões do Grupo de Pesquisa, disciplinas e pesquisas [leituras de publicações], e em orientações individuais. Sem dúvida, pelo percurso estou satisfeita. Reconheço que esta contribuição não esgota respostas acerca dos saberes necessários à formação e qualificação profissional no enfrentamento da violência infantil na APS, contudo, estou muito Feliz e satisfeita por ter percorrido toda esta

jornada. Para mim, este é o sentido da pós-graduação: o percurso inteiro da formação, os ensinamentos do caminho, a produção do conhecimento.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Há diversas maneiras de se conceituar a violência, sobretudo como um fenômeno complexo e de ordem múltipla (Minayo, 1999, 2005; Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002; Arendt, 1985). De acordo com Minayo (2005, p.4), a violência envolve conflitos de autoridade, lutas pelo poder e a "vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens".

A origem do vocábulo é latina, sendo que "palavra vis" significa força, referindo-se "às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro" (Minayo, 2005, p.14). Para a autora, deve-se analisar as causas complexas da violência, a partir de componentes sócio-históricos, econômicos, culturais e subjetivos, e o modo como ela afeta a saúde individual e coletiva.

Minayo (1998, p. 514), ao conceituar a violência refere que se trata de "ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual".

Em relação à tipologia da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota os seguintes conceitos: as auto-inflingidas (contra si mesmo), as interpessoais (intrafamiliares, comunitárias) e as coletivas; e, quanto à natureza, a violência pode ser física, psicológica, sexual, de abandono, de negligência ou privação de cuidados. (Krug, Dahlberg, Mercy et al. 2002; Minayo, 2005).

A OMS (Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002) propõe um modelo ecológico baseado em quarto níveis para explicar a violência, sendo eles, os fatores biológicos e pessoais, os relacionais, os comunitários e os fatores sociais.

Para Arendt (2013, p.45), a "violência é, tradicionalmente, a *última ratio* nas relações entre nações e, das ações domésticas, a mais vergonhosa, sendo considerada sempre a característica saliente da tirania". Essa autora constrói fundamentos sobre autonomia e liberdade importantes para elaborar saídas às situações de violência (Arendt, 1985, 2010, 2013).

Arendt (1985) refere que o poder não é apenas agir, é agir em uníssono, ou seja, de comum acordo, e propõe uma distinção terminológica entre as palavras poder, força, autoridade, vigor e violência. Para a autora, o vigor é uma entidade individual de um objeto ou pessoa, ou ainda, de seu caráter. A força, muitas vezes utilizada como sinônimo de violência, deveria ser compreendida como a energia produzida nos movimentos físicos e sociais. Utilizando o exemplo de relações entre pais e filhos, professor e aluno, explica o conceito de

autoridade, sendo essa, o reconhecimento indiscutível com obediência. Por fim, a violência se distingue por seu caráter instrumental, aproximando-se mais do vigor.

A violência é seguidamente associada ao poder, o que para Arendt (1985) não é o mesmo que tomá-los como sinônimos, e dizer apenas isso, na visão dessa autora, é insuficiente, que pondera:

> "O poder e a violência se opõem: onde um domina de forma absoluta, o outro está ausente. A violência aparece onde o poder esteja em perigo, mas se deixar que percorra o seu curso natural, o resultado será o desaparecimento do poder. Tal coisa significa que não é correto pensar na não-violência como o oposto da violência; falar do poder não-violento é uma redundância. A violência pode destruir o poder, mas é incapaz de criá-lo" (Arendt, 1985, p. 30-31)

De acordo com Chauí (1995, p. 73-74), os mecanismos mitológicos para reforçar a violência são: a *exclusão,* o mito da nação não-violenta – a partir da ideia de que "se houver violência, esta é praticada por gente que não faz parte da nação (mesmo que tenha nascido e viva no Brasil)"; a *distinção,* que reforça ser da essência dos brasileiros o não ser violento, "e, portanto, a violência é acidental, um acontecimento efêmero, passageiro, uma *epidemia* ou um *surto* localizado"; o *jurídico,* em que a violência é identificada como delinquência e criminalidade, que determina "quem são os *agentes violentos* (de modo geral, os pobres) e legitima a ação (esta sim, violenta) da polícia contra a população pobre, os negros, as crianças de rua e os favelados"; o *sociológico,* baseado na anomia quando há migração, ou seja, as perdas de formas antigas de sociabilidade, as quais ainda não teriam sido substituídas por novas, sendo assim, "não só a violência é atribuída aos pobres e desadaptados, como ainda é consagrada como algo temporário ou episódico"; a *inversão do real,* "mascaras que permitem dissimular comportamentos, ideias e valores violentos como se fossem não-violentos", a exemplo disso, a autora cita o machismo, o paternalismo branco, a repressão contra os homossexuais, a destruição do meio ambiente em nome do progresso e civilização.

Outrossim, segundo Guerra (1986), Krug, Dahlberg, Mercy et al. (2002), Azevedo e Guerra (2006), Gomes, Diniz, Araújo et al. **(**2007), Fonseca, Egry, Nóbrega et al. (2012), a violência contra a criança é um fenômeno de grande expressão, desigual e endêmico, perpetrado nas relações de poder desigual ou em assimetria, tanto em ambiente intrafamiliar como extrafamiliar (Carvajal e Fernández 2009; Saraiva, Rosas e Valente et al. 2012).

De acordo com Krug, Dahlberg, Mercy et al. (2002), há quatro tipos de violência infantil: abuso sexual, violência física, violência psicológica e negligência. A *violência ou abuso sexual* acontece quando a criança é usada para a satisfação sexual do perpetrador; a *violência física infantil* se define como atos que causem, dano físico ou que tenham dano

potencial; a *violência psicológica*, por sua vez, resulta da não observância dos direitos da criança a um ambiente salutar, e que esse comprometa o desenvolvimento tanto físico como psíquico, ou ancore diversas formas de violência “como prender, denegrir, ridicularizar, ameaçar e intimidar, discriminar, rejeitar"; e, a *negligência* pode ser reconhecida quando não são providos os direitos da criança relativos à "saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida" (Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002, p. 59-60).

Minayo (2005, p. 19) destaca que é imprescindível declarar formas de violência, tais como a negligência e a omissão, pois elas colocam em evidência a ausência de proteção e cuidados que são perpetrados por “hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver”. Azevedo e Guerra (2006) referem que a violência psicológica e de negligência ficam maquiavelicamente ocultas, geralmente, necessitando pesquisas sobre a prevalência e não apenas sobre a incidência.

Para Azevedo e Guerra (2006), a violência doméstica contra a criança são atos e/ou omissões por parte de pais, parentes ou responsáveis que causem dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica. Para as autoras, a violência é um ato de transgressão do poder/dever de proteção do adulto, e a negação do direito das crianças.

Segundo Gomes, Diniz, Araújo et al. (2007), os homens que exercem a violência contra mulheres foram vítimas de violência doméstica infantil também, configurando-se como uma categoria intergeracional de reprodução da violência, que gera um ciclo de reprodução. Para essas autoras, as crianças que sofrem violência tenderiam a se tornar adultos violentos. Além disso, salientam que a maioria das violências perpetradas ocorrem por relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, sendo essas um processo de disciplinamento, no qual os pais demonstram que a violência é uma forma de solução de conflitos.

Em pesquisa realizada por Graziano (2012, p. 64), referente ao município de Curitiba, capital do estado do Paraná, em 66,2% dos casos, o fenômeno da violência sexual contra a criança ocorre no espaço doméstico e, em relação à notificação, a violência tem ganho visibilidade por registros de Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (50%), e da Educação (23,6%).

Para Pfeiffer e Salvagni (2005), há um pacto familiar de silêncio, com destaque às famílias incestuosas, nas quais a violência só é denunciada quando há uma ruptura de um equilíbrio doméstico imposto.

Em resultados de pesquisa realizada junto à Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes vítimas de violência em Curitiba, Fonseca, Egry, Nóbrega et al.(2012) identificaram a mãe como principal agressora, contrapondo-se ao pai como agressor em 12,7%

dos casos, sendo que 59% das vítimas foram do sexo masculino e 41%, feminino. Nessa pesquisa, a negligência foi a violência contra a criança mais frequente (239 – 70,3%), seguida da violência física (62 – 18,3%), sexual (24 – 7,1%), psicológica (12 - 3,6%) e do abandono (1- 0,3%).

Em estudo anterior, Azevedo e Guerra (2006) estudando a violência sexual estimaram que 20% das mulheres e 10% dos homens foram vítimas com idade inferior aos 18 anos; e, ainda nesse estudo, entre 1996 e 2004, a negligência foi o tipo de violência mais frequente, o que chamaram de cultura camuflada do abandono infantil.

A violência contra a criança é um tema transversal no Sistema Único de Saúde (SUS) e precisa ser enfrentada. Por ser um fenômeno que atinge a todos os grupos sociais, o enfrentamento da violência infantil deveria perpassar as políticas de atenção integral à saúde de maneira mais ativa, pois diversas pesquisas concluíram haver limitações para o reconhecimento e enfrentamento. Azevedo e Guerra (2006) afirmam que não basta apenas denunciar a violência, mas que é preciso desenvolver estudos sobre prevalência os quais podem estimar casos ocultos.

As conquistas jurídicas na elaboração de Leis, Portarias e Políticas (Genebra, 1924; WHO, 1946, 1948; Brasil, 1988, 1990, 1991, 2001a, 2001b, 2002, 2010b, Krug, Dahlberg, Mercy et al., 2002) aliadas às pesquisas científicas e vice-ver ainda não tem sido o bastante para refrear a incidência da violência infantil, sendo um fenômeno que requer debates acerca da formação e qualificação da assistência para o enfrentamento.

Para Minayo (2005, p.14), por ser um fenômeno da ordem do vivido, a violência envolve uma “forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre, e de quem a presencia”. A autora salienta que é preciso compreender a projeção da visão de mundo da sociedade, que incide sobre a violência, incluindo-se a filosofia popular e o ponto de vista erudito..

Em resultados de pesquisa realizada junto à Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes vítimas de violência em Curitiba – Paraná, Fonseca, Egry, Nóbrega et al. (2012) identificaram a mãe como principal agressora, contrapondo-se ao pai como aggressor em 12,7% dos casos, sendo que 59% das vítimas foram do sexo masculino e 41%, feminino. Nessa pesquisa, a negligência foi a forma mais frequente (239 – 70,3%) de violência contra a criança, seguida da violência física (62 – 18,3%), sexual (24 – 7,1%), psicológica (12 – 3,6%) e do abandono (1- 0,3%).

Em estudo anterior, Azevedo e Guerra (2006) estudaram a violência sexual, e estimaram que 20% das mulheres e 10% dos homens foram vítimas com idade inferior aos 18 anos; e, ainda nesse estudo, entre 1996 e 2004, a negligência foi o tipo de violência mais frequente, o que chamaram de cultura camuflada do abandono infantil.

Lima (2009), referindo-se à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV, na diretriz de promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, salienta que nesse item há a descrição do papel da saúde, mas que, no entanto, não existe ainda uma expressividade de experiências, senão iniciativas pessoais de gestores e profissionais. Essa mesma autora ressaltou que estudos sobre resiliência, empoderamento dos grupos sociais, papel da família e das redes sociais têm contribuído para mudar a práxis nos serviços de saúde.

Em estudo comparativo entre a PNRMAV e o Informe Mundial sobre a Violência, Sakata, Egry e Narchi (2014) concluíram que a primeira está voltada para a redução da mobimortalidade causada pela violência; e o segundo, para a prevenção de comportamentos violentos. Para as autoras, a PNRMAV agrega políticas internacionais com ênfase às ações de promoção da saúde, porém restritas à dimensão individual (ou seja, comportamentos de indivíduos e comunidades), sem ofertar mudanças estruturais significativas, que incluam investimentos financeiros e materiais, e mudanças nas condições de trabalho.

Segundo Carvajal e Fernández (2009), a expansão da violência infantil está ligada à globalização e afeta crianças sem distinção de cor da pele, sexo, idade ou classe social, contudo, destacam que as mais pobres são em geral mais acometidas.

Estudos realizados (Fonseca, Egry, Nóbrega et al., 2012; Fonseca e Egry, 1997; Egry 1996; Egry, Fonseca e Oliveira, 2013), a partir das categorias sociais de gênero, geração, etnia, raça e classe social, provenientes do arcabouço de estudos em Saúde Coletiva, ampliam a visão de mundo dos profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a criança.

Fonseca (2013) pondera que a percepção da realidade interfere na compreensão dos fenômenos sociais, pois essa depende das visões de mundo que coexistem na sociedade, o que a autora chamou de um sistema de pontos de vista sob o qual o homem age.

As pesquisas realizadas por Fonseca (2008), Egry, Fonseca e Oliveira (2013) definem gênero como a relação entre homens e mulheres, entre homens e entre mulheres, o que diferencia sexo biológico do sexo social, sendo o esse último, os papéis sociais que cada gênero desenvolve na sociedade.

Brasil (2001b, p. 23) refere que a violência intrafamiliar ocorre devido a:

> "distribuição desigual de autoridade e poder, conforme papéis de gênero, sociais ou sexuais, idade, etc., atribuídos a seus membros; famílias cujas relações são centradas em papéis e funções rigidamente definidos; famílias em que não há nenhuma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre seus membros; famílias com nível de tensão permanente, que se manifesta através da dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade".

Para Egry, Fonseca e Oliveira (2013, p.130), explicar e compreender a violência doméstica infantil utilizando categorias de gênero e geração é reconhecer que tanto as mulheres, quanto as crianças "sempre ocuparam posições sociais inferiores, sofrendo injustiça social, em virtude das desigualdades construídas e naturalizadas historicamente".

Além disso, as autoras (Fonseca, 2008; Egry, Fonseca e Oliveira, 2013) concordaram com Castro (1992), que constatou a necessidade de uma alquimia das categorias sociais. O objetivo dessa alquimia, ou seja, a mistura, é alargar a interpretação dos fenômenos incorporando reflexões acerca de gênero, geração, raça e etnia, classe social, realizando uma leitura do território vivo, que também inclui modos de viver, a cultura, as crenças locais. Para Castro (1992), ora uma dessas categorias se destacará sobre as demais; e, ora outra, de acordo com a subjetividade construída.

A notificação da violência impetrada contra as crianças é compulsória (Brasil 2001a, 2001b, 2002a, 2010b) e tornou-se parte das responsabilidades dos profissionais de saúde no SUS. No que tange às dificuldades do não reconhecimento da violência infantil, contruibui para perpetrar o complô do silêncio, ou pacto do silêncio familiar enfatizados por pesquisas de Guerra (1986), Azevedo e Guerra (2006), Pfeiffer e Salvagni (2005), gerando sub-notificação, a qual encobre o problema e, consequentemente, impossibilita intervenções (Albuquerque 2014; Apostólico, Hino, Egry, 2013; Algeri, 2005).

Pesquisas realizadas (Apostólico, Hino, Egry, 2013; Granville-Garcia, Silva, Menezes, 2008; Saraiva, Rosas, Valente et al., 2012; Guerra, 1986) identificaram que o não reconhecimento da violência contra a criança na atenção primária decorre dentre diversos motivos da visão de mundo, cultura, ideologia e devido a insipiente formação e qualificação sobre o problema.

Por isso a importância de enfatizar no currículo discussões acerca da Violência, como tema transversal às disciplinas e vinculadas à educação problematizadora. Para os profissionais de saúde se faz necessária a validação de espaços para reuniões de equipe, encontros para troca de saberes e educação permanente em saúde, para além dos treinamentos, que muitas vezes deixam de produzir mudanças por serem desprovidos discussões e reflexões [a partir das experiências no cotidiano da atenção].

Não obstante, as violências não serem percebidas, ou serem silenciadas nas famílias, essas invisibilidades contribuem para a reincidência e violência intergeracional, bem como para um déficit importante de cuidado (Azevedo, Guerra, 2006; Pfeiffer, Salvagni, 2005; Algeri, 2005; Eguiarte, Antillón, 2005; Guerra, 1986). A violência doméstica infantil por não ser percebida ou ser silenciada nas famílias, torna-se invisível e contribui tanto para a reincidência,

quanto na construção da violência intergeracional, bem como para um déficit importante de cuidado (Azevedo, Guerra, 2006; Pfeiffer, Salvagni, 2005; Algeri, 2005; Eguiarte, Antillón, 2005; Guerra, 1986).

Ademais, sendo um dos princípios do SUS a integralidade do cuidado e tratando-se de uma população que deve ser protegida para que seu desenvolvimento salutogênico ocorra, tal como instituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), pode-se inferir que há um importante déficit de cuidado na APS.

As violências impetradas contra as crianças se agravam quando as equipes identificam famílias que requerem atenção psicossocial, seja por sofrimento psíquico ou por uso e/ou abuso de drogas. Logo, restringem-se apenas a notificar os casos reduzindo ainda mais o cuidado longitudinal, que muitas vezes acaba no encaminhamento aos centros especializados (conselhos tutelares, abrigos, centros de atenção psicossocial), ancorados no discurso de que não há o que possa ser feito na atenção básica.

Fonseca, Egry e Nóbrega et al. (2012) destacaram que sobre a reincidência do fenômeno da violência é necessário estabelecer um processo educativo das crianças e famílias, sobretudo, alguma ação ainda no primeiro evento para evitar a reprodução em ciclo. As autoras atentam que intervenções pontuais não chegam a alterar a dinâmica das relações entre os membros da família, sendo preciso uma intervenção de cunho educativo.

É imprescindível formar e qualificar os profissionais de saúde para uma visão crítica de mundo acerca do enfrentamento da violência contra a criança, para além de uma articulação intersetorial, sobretudo, que seja conformada por saberes, tais como: conhecimentos, habilidades e atitudes. É preciso produzir e acionar conhecimentos, aprimorar saberes calcados na vida em sociedade, nos momentos de produção e reprodução social, submergindo na concretude dos problemas sociais, os quais atualizam sobremaneira a questão sobre qual tipo de sociedade civil queremos, observando-se aspectos subjetivos e culturais que fomentem a conquista da cidadania de direitos.

A existência de lacunas na formação no que tange ao enfrentamento da violência contra a criança é um problema que se agrava no cotidiano da assistência profissional na atenção primária. Portanto, é preciso intervir nessa realidade através da produção de conhecimento sobre o enfrentamento da violência, realizando pesquisas científicas com base em evidências e identificando os diversos saberes que contribuiriam como estratégias na reinvenção das práticas.

É imprescindível formar para o SUS, não apenas alterando os currículos da área da saúde (Brasil, 1990, 2007, 2011a; Costa, Miranda, 2009), fomentando mudanças de posturas

profissionais que incluam perceber o sofrimento humano e trabalhar no sentido da cidadania de direitos, da construção do (bem) comum: a (defesa da) vida. Além disso, intervir no cotidiano dos serviços para mudanças nos processos de trabalho através de educação permanente em saúde (EPS) e humanização da atenção e gestão (Brasil, 2007, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2009g, 2009i, 2010a); e, obter financiamentos para realização e divulgação de pesquisas científicas que registrem, interfiram na realidade, para a desconstrução da expressão histórica da violência contra a criança.

A Política Nacional de Humanização (PNH) destaca a necessidade da constituição e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à transversalidade e a grupalidade, para que enfrentem a violência em todos os âmbitos, e destaca a violência intrafamiliar em geral – crianças, mulheres e idosos, adicionando a violência "realizada por agentes do Estado (populações marginalizadas), a violência urbana e para a questão de preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos" (Brasil, 2010a, p. 39-40).

A PNH (Brasil, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2009g, 2009i, 2010a) tem como princípios: a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia. Esses princípios operam no intuito de atravessar as políticas públicas de saúde, produzir sujeitos e coletivos que sejam capazes de trabalhar em clínica ampliada e gestão compartilhada para superar a cultura sanitária biomédica, no sentido de produzir saúde ancorada na produção social, econômica e cultural.

Costa e Miranda (2009, p. 302-303) destacaram a importância da mudança do paradigma profissional para que seja possível compreender "a atual estrutura dos serviços, os problemas sociais e de saúde da população e a necessidade de competência técnico-política para implementar novas propostas". Além disso, as autoras identificaram inovações em cursos de graduação, em especial, na enfermagem, que enfrentando formas baseadas no ensino tradicional orientadas pelo modelo clínico e biológico nas Instituições de Ensino Superior (IES), constroem projetos político-pedagógicos inovadores com criatividade e flexibilidade, adequando-se às necessidades sociais e ao mercado de trabalho em saúde.

Toda transformação na realidade segue a superação de contradições oriundas da própria realidade. Observando que, embora existam orientações jurídicas, técnicas e de pesquisas realizadas sobre a violência doméstica infantil, ainda não se detalharam os saberes necessários para confrontar, enfrentar e prevenir a violência contra a criança. Apesar do interesse e esforços nas IES e nos territórios para identificar, notificar e agir, sobremaneira, primando pelos direitos humanos e direitos das crianças, a violência doméstica infantil ainda tem expressividade

preocupante.

A partir dessas reflexões com base em macro e micropolíticas constituintes do campo da saúde, no esforço para compreender como enfrentar a violência contra a criança, conformou-se como problema de pesquisa os saberes a serem mobilizados na formação e na qualificação. Saberes esses, não somente tecnológicos, mas também relacionais, solidários e afetivos, capazes de produzir comum na defesa da vida, entendendo saúde como produção social e cidadania.

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Diante do exposto, e das complexidades do estudo do fenômeno da violência contra a criança, a pergunta norteadora deste, é:

Quais saberes são necessários para o enfrentamento da violência infantil, no que tange aos esforços de compreendê-la, preveni-la e agir sobre ela na Atenção Primária?

3 FINALIDADE DO ESTUDO

3 FINALIDADE DO ESTUDO

A presente pesquisa teve por finalidade investigar, delimitar, quais os saberes necessários para o enfrentamento da violência contra a criança, a partir dos discursos dos profissionais da Atenção Primária em Saúde, no intuito de elencá-los a fim de contribuir para a formação crítica de profissionais da saúde, bem como qualificar a assistência sobre o problema para instrumentalizar o enfrentamento.

4 OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os saberes necessários à formação e qualificação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária em Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos profissionais da atenção básica acerca do enfrentamento da violência contra a criança no território;
- Descrever os saberes necessários na formação e na qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil na Atenção Primária em Saúde.

5 BASE TEÓRICA

5 BASE TEÓRICA

5.1 TEORIZAÇÃO SOBRE ALGUNS SABERES ENVOLVIDOS NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Observa-se que o ensino por competências prevê ao profissional a atuação em diferentes áreas mobilizando articuladamente diversos saberes. Para Leonello e Oliveira (2007), em estudo com base em conceitos da Educação Popular e Educação Popular em Saúde, a partir de concepções do trabalho em saúde e saber operante, o desenvolvimento de competências se produz na combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, as quais se modificam frente diferentes contextos da prática profissional. "Discutir desenvolvimento de competências na perspectiva da formação para o trabalho, em grande medida, significa formar para cidadania" (Leonello, Oliveira, 2007, p. 848).

As pesquisadoras definiram utilizando Delors (1998) que o *saber-conhecer* é desenvolvido nas experiências compartilhadas e pressupõem um aprender a aprender contínuo; o *saber-fazer* se conforma no preparo técnico combinado de aptidões pessoais e relacionais, e de primazia para o trabalho em equipe; o *saber-conviver* envolve produzir projetos comuns e relações de alteridade, de reconhecimento do outro como sujeito; o *saber-ser* está ligado ao comprometimento e compromisso social, ou seja, o reconhecimento de si como sujeito transformador (Delors, 1998; Leonello, Oliveira, 2007).

Na ação educativa da Enfermagem, a partir da Educação Popular, a construção de um perfil por competências "deveria ser feita ouvindo os sujeitos envolvidos no seu processo assistencial" (Leonello, Oliveira, 2007, p. 851). Delors (1998) refere haver quatro categorias que sustentam os pilares do conhecimento: "*aprender a conhecer*, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente; *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente, *aprender a ser*, que é uma via [de junção, interpenetração] essencial que integra as três precedentes" (Delors,1998, p. 90).

Nessa linha de pensamento, torna-se essencial superar o conceito de especialidade taylorista que antevê o trabalho como uma mera tarefa a ser cumprida, fragmentada e alienada, para ser possível produzir tanto o cuidado de si (Foucault, 1985), como o cuidado do outro (Foucault, 1988), nesse caso o cuidado das crianças e famílias em situação de violência.

Para Chaves (2010, p.82) "é na experiência que o sujeito construiria os novos saberes necessários para o desenvolvimento de ações comprometidas com o resultado". Para Zarifian

(2003), a qualificação refere-se aos conhecimentos, habilidades, comportamentos, recursos ou ferramentas adquiridas pelo indivíduo na formação ou atividade profissional; a competência seria colocar em prática esses recursos, ou a utilização dessas ferramentas. Em grifos do autor, o desafio da competência é *a "volta do trabalho para o trabalhador"* (Zarifian, 2003, p. 75).

Para Zarifian (2003) há três necessidades para o uso do modelo de competências: a *noção de incidente ou evento* - situações não previstas; a *noção de comunicação* – objetivos e trabalho compartilhados; a *noção de prestação de serviços a clientes – o trabalho em si.*

5.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, HUMANIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2011b, 2012) segue os "princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (Brasil, 2012, p. 19-20), e organiza as equipes em termos técnicos, estruturais e de financiamento, sendo responsabilidade dos trabalhadores e gestores a mobilização de saberes para o acolhimento e o cuidado longitudinal. Sendo assim:

> "O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede" (Brasil, 2012; p.21).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o cuidado no território possibilita estar próximo da vida das pessoas, considerando "o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral" (Brasil, 2012; p. 20). A PNAB tem ainda conformando seus princípios e diretrizes: as ações setoriais e intersetoriais de bases territoriais que pressuponham agir sobre os condicionantes e determinantes da saúde; garantir acesso universal e continuo; a adscrição de usuários a fim de criar vínculos os quais possuem potencial terapêutico priorizando o cuidado longitudinal, a corresponsabilização sanitária, servindo como porta de entrada preferencial do SUS. (Brasil, 2012).

Na PNAB o cuidado longitudinal é a continuidade da relação clínica a qual requer o fortalecimento de vínculos terapêuticos e corresponsabilização, ou seja, que envolve os profissionais e os usuários nesse cuidado, acompanhando efeitos, intervindo de modo permanente, "diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias

de vida e da coordenação do cuidado" (Brasil, 2012, p. 21).

Detalhando os princípios e diretrizes da APS, estes se configuram tais como:

> "coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diver- sas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; traba- lhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção" (Brasil, 2012; p. 21-22).

Desenvolver uma interdisciplinaridade capaz de promover o compartilhamento de diferentes abordagens profissionais [em decorrência de processos de formação distintos/das diversas profissões] exije um esforço no sentido de articular saberes e competências profissionais para que:

> "[…] progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica" (Brasil, 2012, p.22).

Por fim, a participação dos usuários no SUS é fundamental e faz parte dos princípios e diretrizes da APS para o controle social, tendo como base do cuidado as necessidades de saúde, promovendo a "autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde […]." (Brasil, 2012, p. 24).

A Portaria GM n. 2488 (Brasil, 2011b) estabelece as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no sentido da integralidade e com base nas necessidades de saúde das pessoas, na qual a APS é a porta preferencial e o cuidado se completa nas regiões de saúde como descrito no Decreto 7.508/2011 no cuidado hierarquizado e regionalizado. (Brasil, 2011a)

A APS tem a função de reorientar o modelo de atenção à saúde e necessita de "um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde", alterando o modo de trabalhar e envolvendo trabalhadores, gestores e usuários em cogestão para análise desses processos (Brasil, 2012, p. 38).

Segundo a PNAB (Brasil, 2012), a EPS é um dispositivo que serve para promover a "qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular" (Brasil, 2012, p. 38). Instituída pela Portaria n. 1996 (Brasil, 2007), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde observa as "especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já

instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde". A EPS se configura como estratégia de formação e qualificação no SUS devido a importância de diversificar:

> "[…] é importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc" (Brasil, 2007, p. 39-40).

A EPS como estratégia de gestão essencial na APS por sua dimensão pedagógica tem potencial de produzir mudanças na atenção e gestão, pelo seu viés questionador e analisador das práticas implementadas no cotidiano dos serviços de saúde, através da análise dos processos de trabalho (Brasil, 2010a, 2007). A PNAB (2012) descreve que a educação permanente necessita ancorar-se na:

> "A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa)" (Brasil, 2012, p.39).

As Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES) são espaços plurais organizados regionalmente com a participação de instituições formadoras parceiras [universidades: professores e alunos], sendo que isso contribui para a formação vinculada à realidade da assistência no SUS, e municípios através da participação de trabalhadores e gestores. Os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) são espaços passíveis de serem implantados por seus gestores nos municípios, os quais promovem encontros entre profissionais de saúde e outros atores sociais para organizar cursos de qualificação às equipes e análisar os processos de trabalho. (Brasil, 2007, 2009e). Para que eles sejam um espaço político de discussões sobre o SUS:

> "[…] é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade" (Brasil, 2007, p. 40).

No entanto, nem toda a capacitação pode ser considerada educação permanente. De acordo com Brasil (2009e), as capacitações, ainda que sirvam para uma melhoria do desempenho individual profissional, podem não contemplar necessidades de mudanças

institucionais as quais estão implicadas com a educação permanente.

A Educação Permanente se transforma em ferramenta de gestão e qualificação profissional contribuindo para uma mudança institucional, seja através da formação para o SUS ou da qualificação profissional, quando planejada e descrita em Planos Regionais e Municipais de Saúde como compromissos e metas a serem atingidas dentro das Regiões de Saúde. (Brasil, 2007, 2009e, 2011a)

North (apud Brasil, 2009e, p. 49) distingue instituições e organizações, sendo que as primeiras ditam as "regras do jogo", e as "organizações são grupos de indivíduos reunidos em torno de um objetivo", ou seja, os jogadores. Sobre esta ideia assim descrita (Brasil, 2009):

> "As organizações constituem o modo peculiar em que os jogadores se organizam para "jogar o jogo". Embora, organizações e instituições sejam conceitualmente diferentes, têm vínculos estreitos. As instituições comprometem fortemente as oportunidades disponíveis das quais as organizações tiram partido. Os jogadores que se beneficiam das regras do jogo buscarão estabilizá-las, enquanto aqueles que poderiam ganhar alterando o sistema institucional buscarão modificá-las (institucionalização/desinstitucionalização)" (Brasil, 2009e, p. 49).

De acordo com Brasil (2009e, p. 49), a mudança nas práticas, em especial, as institucionalizadas, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática".

Segundo Brasil (2009e, p.50), a questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam".

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) dentro dos espaços hospitalares tendo sido reformulada suas estratégias em 2008 para contemplar a APS, no que tange a humanização da Atenção e Gestão do SUS. Isso significou horizontalidade nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, à medida que proporciona rodas de conversa, para compartilhamento de sabers e análise coletiva dos problemas. (Brasil, 2010a).

A PNH sofreu modificações ao longo dos anos visando alterar os processos de atenção e gestão do SUS, e também foi popularizada como movimento HumanizaSUS. Pela mobilização de trabalhadores de saúde e gestores dos municípios, o movimento ganhou expressividade a partir de cursos de formação sobre humanização no SUS para esse público. (Brasil, 2010a).

Os princípios da PNH (Brasil, 2010a) foram assim configurados: a transversalidade; a indissociabilidade da atenção e gestão; a integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho

6 MÉTODO

6 MÉTODO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, sobre os saberes necessários para o enfrentamento da violência doméstica infantil na Atenção Primária em Saúde.

Minayo (2010, p.44) pondera que "discutir metodologia é entrar num forte debate de ideias, de opções e de práticas". Essa autora salienta que a pesquisa qualitativa incorpora o significado, a intencionalidade, inseparavelmente dos modos de agir, das relações, da organização das estruturas sociais.

O referencial teórico e metodológico adotado para este estudo foi a Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), cuja fundamentação teórica-filosófica provém do Materialismo Histórico e Dialético (MDH). A TIPESC como metodologia serve para sistematizar de maneira dinâmica a captação e a interpretação da realidade objetiva, observando os processos de produção e reprodução social que se dá em um contexto determinado social e historicamente.

A TIPESC está organizada a partir de categorias conceituais (noções e ideias historicamente construídas, que servem como mediadoras na interpretação do fenômeno) e categorias dimensionais (essas fazem parte da operacionalidade da teoria, com a característica de interpenetrarem uma nas outras, sendo elas três: a totalidade; a práxis; e, a interdependência entre o estrutural, o particular e o singular).

Egry (1996) sistematizou a TIPESC em cinco etapas: captação da realidade objetiva (RO); interpretação da RO; construção do projeto- intervenção na RO; intervenção na RO; e, reinterpretação da RO.

Neste estudo, porém, foram desenvolvidas apenas as duas primeiras, que antecedem a intervenção na realidade, como produção de conhecimento, no sentido de captar, interpretar, estruturar, definir, identificar, listar os saberes necessários no ensino ou formação profissional, bem como na assistência ou cotidiano dos profissionais de saúde, para o enfrentamento da violência doméstica infantil. Este estudo desenvolveu as duas primeiras etapas da TIPESC, por entender que é suficiente para a compreensãoo hermenêutica crítica do objeto de estudo.

6.1 CENÁRIOS DO ESTUDO

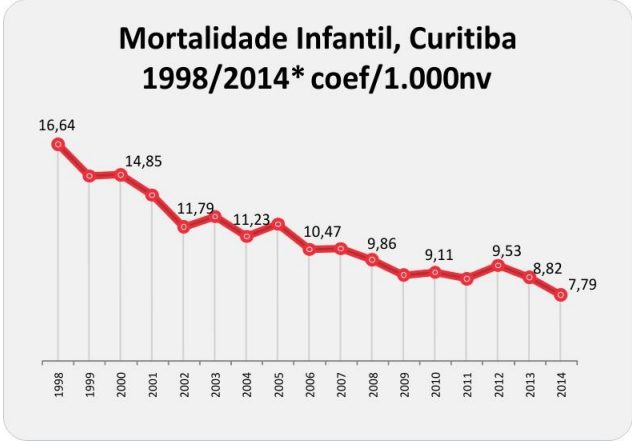
Os cenários do estudo compreendem dois Distritos do município de Curitiba, Paraná (Bairro Novo e Boa Vista); e, o Distrito do Capão Redondo, em São Paulo.

O primeiro cenário possui uma rede de enfrentamento da violência infantil estruturada, incorporada aos processos de trabalho; e, o segundo, incorporando ações da APS para o enfrentamento da violência infantil no território.

6.1.1 Cenário 1: Distritos Sanitários Bela Vista e Bairro Novo – Curitiba, PR

A população estimada em 2015 é de 1.879.355 pessoas, segundo o IBGE (2015). Segundo o site da Secretaria Municipal de Curitiba, o município apresenta um dado importante, que é taxa de mortalidade infantil em queda, sendo que no ano de 2014 apresentou o menor coeficiente/1000nv de 7,79 (GRÁFICO 1).

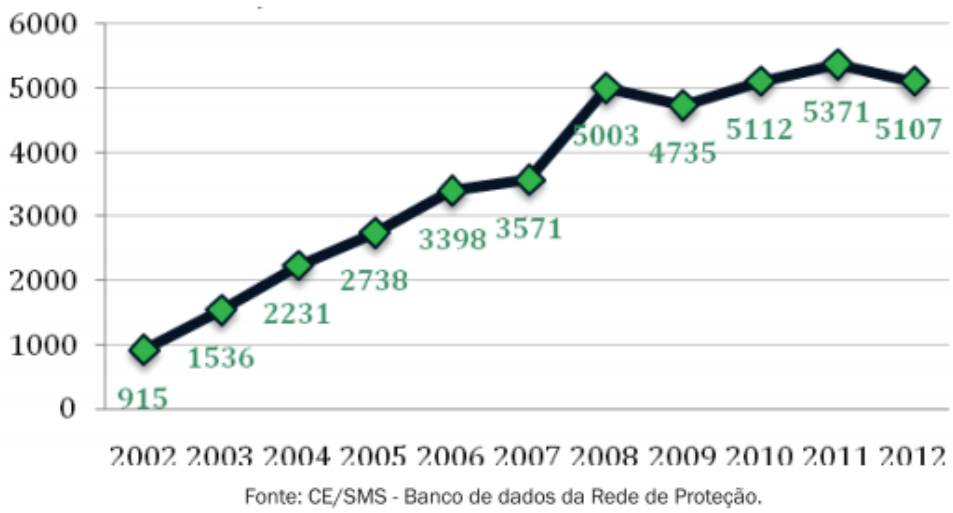
Gráfico 1 – Demonstrativo sobre a mortalidade infantil em Curitiva entre 1998 e 2014.



Fonte: Site da Secretaria de Saúde do município de Curitiba.

No Plano Municipal de Saúde de Curitiba consta que 85,6% das notificações de violências em 2012 foram intrafamiliar, contra 8,8% de violência extra-familiar. O maior índice era o da Negligência representando 74,1% das notificações, seguido da violência física com 12,6%, e sexual 7,4%. O GRÁFICO 2 foi retirado do Plano Municipal de Saúde.

Gráfico 2 – Frequência de Notificações de Violências contra Crianças e Adolescentes – Curitiba entre 2002 e 2012.

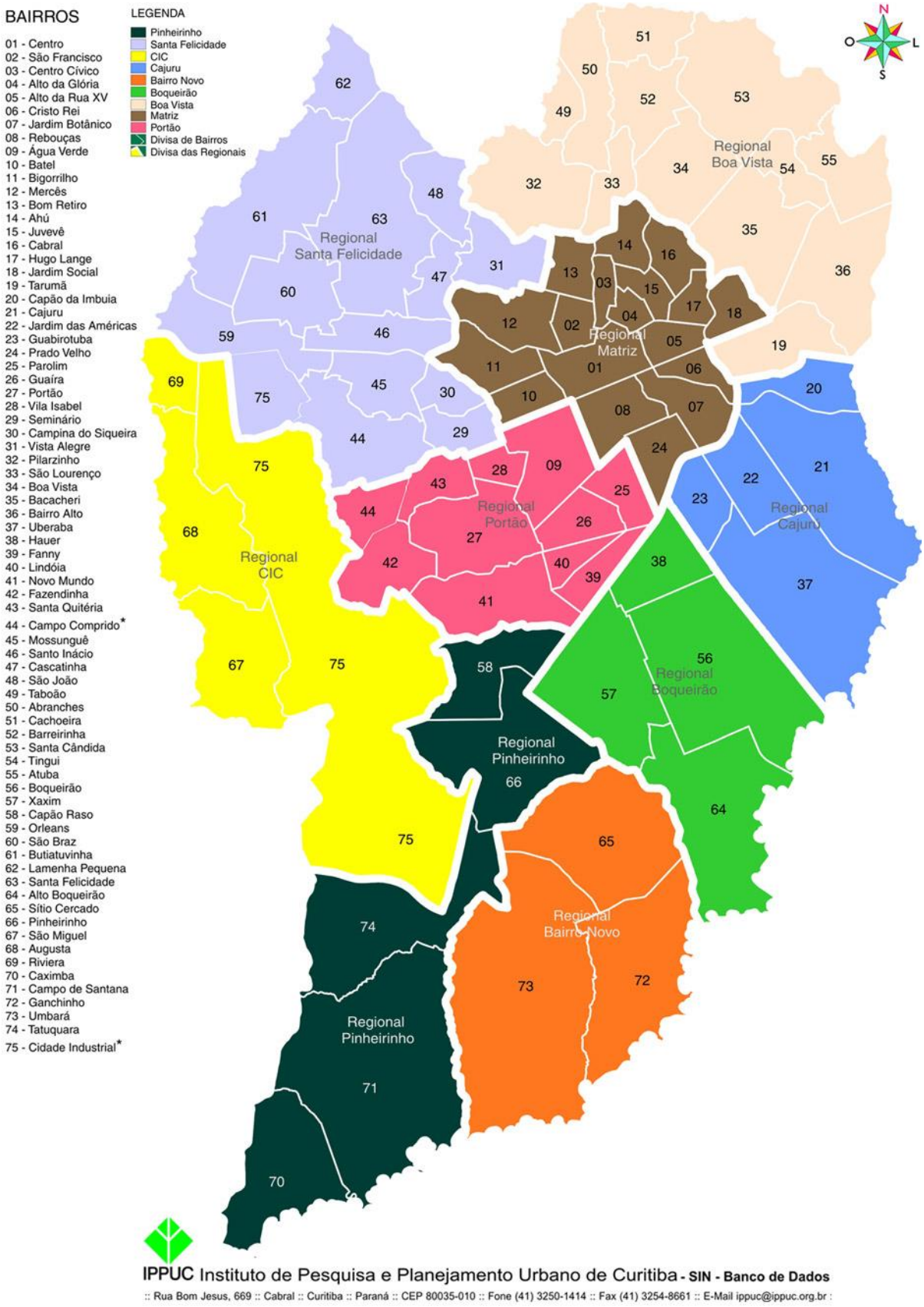


Fonte: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano_curvas.pdf

A Atenção Primária em Curitiba compreende 65 Unidades Básicas de Saúde, com 241 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 175 Equipes de Saúde Bucal, tendo a cobertura do território alcançado 52% em abril de 2014, 1026 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (Curitiba, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial é descrita com ações de saúde mental na Atenção Primária em Saúde, com cuidado territorial em conjunto com outras políticas e intersetorialidade. O município também conta com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, hospital dia, hospital psiquiátrico, Unidades de Pronto Atendimento (UPA). (Curitiba, 2015)

Figura 1 – Mapa das Regiões Administrativas de Curitiba e Bairros.

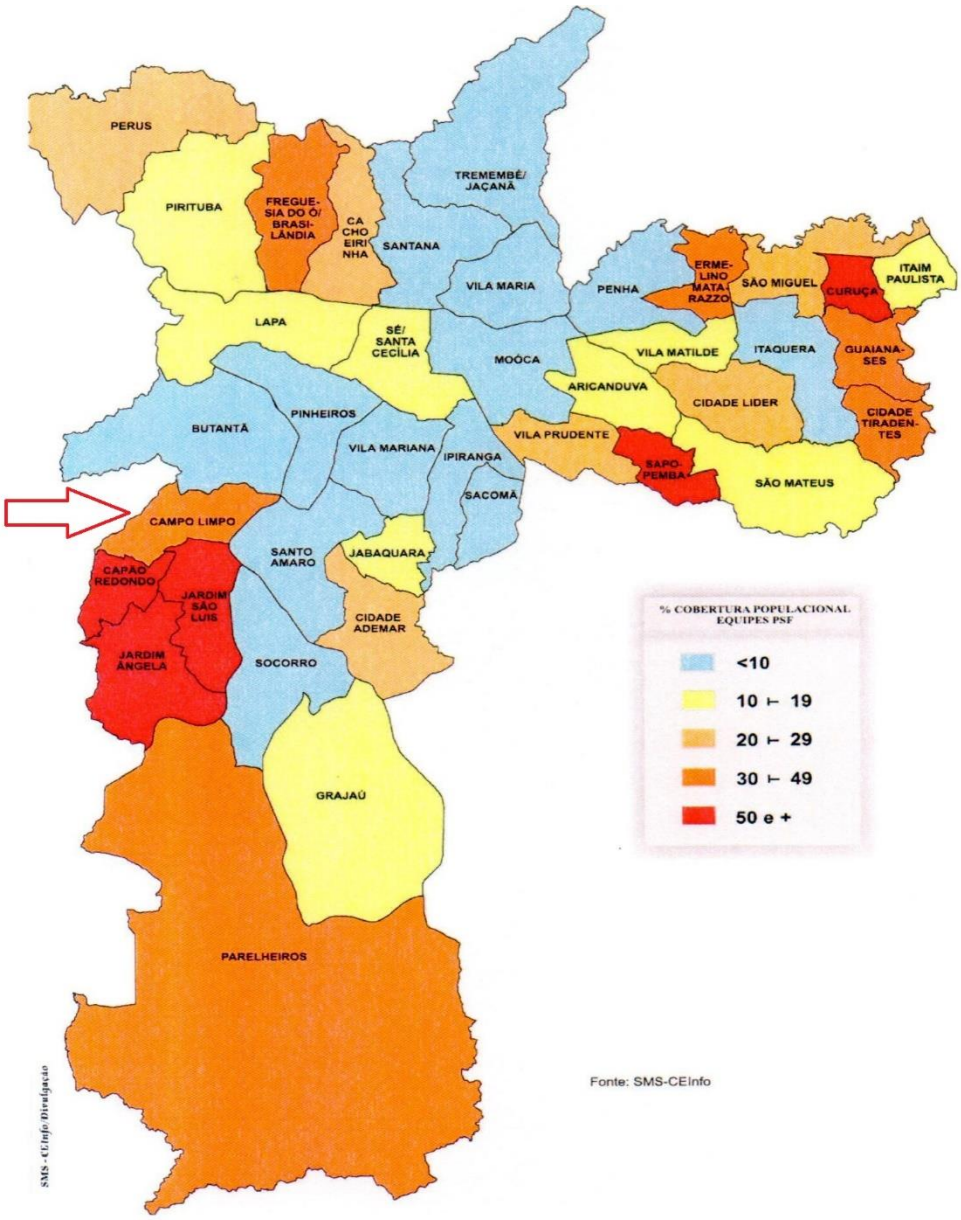


Fonte: IPPUC - nstituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
http://www.curitiba-parana.com/geografia-mapas/mapa-regionais.htm

6.1.2 Cenário 2: Distrito Sanitário do Capão Redondo – São Paulo, SP

O município de São Paulo, segundo IBGE (2015), possui 11.967.825 habitantes. O Distrito do Capão Redondo pertence à Zona Sul, à Subprefeitura do Campo Limpo, (FIGURA 2) possui 268.729 residentes, estimados no ano de 2010 (São Paulo, 2010).

Figura 2 – Cobertura populacional pelo PSF por Distrito Sanitário, PSF/SMS/SP, 2003.



Fonte: ATENÇÃO BÁSICA – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - PROJETO: 914 BRA1079 – UNESCO http://www.cealag.com.brf

A Atenção Primária na Sub-prefeitura do Campo Limpo compreende 26 Unidades Básicas de Saúde, 2 UBS/AMA integradas. O Distrito do Campo Limpo conta com 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 CECCOS, 1 Residencial Terapêutico, e outros, em um total de 48 estabelecimentos e/ou serviços de saúde. Na Sub-prefeitura da Zona Sul existem 202 equipamentos de saúde. (São Paulo, 2015)

6.2 FONTE DE DADOS EMPÍRICOS: PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

A base empírica do estudo foi construída constituída pelas entrevistas realizadas com profissionais da Atenção Básica de dois cenários: o município de Curitiba e o Distrito do Capão Redondo em São Paulo. A amostra constitui-se de 41 entrevistas das quais 16 foram realizadas com profissionais de dois distritos sanitários de Curitiba (Bairro Novo e Boa Vista) e 25 realizadas com profissionais de São Paulo, no Distrito do Capão Redondo.

Como fonte secundária foram utilizadas fontes online de acesso público, tais como sites oficiais dos municípios, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Paranaense de Pesquisa e Desenvolvimento (IPARDES), Instituto de Pesquisa de Curitiba (IPPUC), Ministério da Saúde, entre outros.

A escolha dos dois cenários decorreu da diversidade de conformação: a Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para violência (Curitiba, 2008), que tem como objetivos agir na redução da violência intrafamiliar doméstica e sexual, aumentar a visibilidade e a notificação; capacitar para o trabalho integrado; assistir às vítimas e famílias, e aos autores; diminuir a reincidência (acompanhamento e monitoramento); realizar prevenção, envolvendo a comunidade; e, em São Paulo, a organização da Atenção Básica no Distrito do Capão Redondo favorece a análise do território bem como as ações desenvolvidas para o enfrentamento da violência, tais como a organização recente da Rede de Proteção com base nos dispositivos legais que preconizam a formação dos Núcleos de Prevenção à Violência, entre outras ações específicas da Atenção Básica no município de São Paulo.

Como critérios de inclusão dos sujeitos entrevistados foram considerados: tempo mínimo de seis meses de atuação na Atenção Básica e que atuassem na assistência de crianças ou famílias que já tivessem vivenciado ou estivessem em situação de violência doméstica.

6.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados de abril a outubro de 2013. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas por pares de profissionais, enfermeiras e pós graduandas, ou mestres e doutoras do grupo de pesquisa, sendo que, uma conduzia a entrevista; e, a outra atentava para que o roteiro fosse desdobrado. As entrevistas foram gravadas, observando-se todos os aspéctos éticos. Essas foram transcritas configurando-se no banco de dados analisados nesta etapa dissertativa. Para análise, as entrevistas foram submetidas ao software de análise de textos e outros materiais webQDA.

Souza, Costa e Moreira (2011), o webQDA é um software utilizado para auxiliar pesquisas qualitativas, que não inclui processos de inteligência artificial para encontrar, interpretar ou descobrir, necessitando da criatividade e crítica do investigador na análise. Souza, Costa e Moreira (2011) citando Richards, que argumenta a favor das ferramentas de softwares como o webQDA, pois elas auxiliam obter perguntas que não seriam possíveis manualmente, na medida em que se busca compreender padrões e interseções entre os dados categorizados.

No WebQDA foram organizadas as entrevistas, sendo importadas do word para o software, manualmente, uma a uma. Foram criadas Fontes Internas para as entrevistas, e a Codificação utilizando Nós em Árvore para as categorias, prosseguindo-se à leitura e codificação das mesmas.

A captação e a interpretação do fenômeno da violência contra a criança seguiu categorias interpretativas, articuladas às categorias conceituais nas três dimensões: Estrutural, Particular e Singular.

Para o objeto deste estudo, os saberes necessários para o enfrentamento da violência, a dimensão estrutural comporta as contradições entre as Políticas Públicas e Políticas de Ensino-Pesquisa para qualificação e formação social; a dimensão particular pelas contradições entre os saberes envolvidos nos processos de trabalho dos profissionais dos cenários escolhidos e da Enfermagem, por sua vez; e a dimensão singular comporta as contradições entre saberes agenciados para o enfrentamento da violência nesses locais. Este estudo destacou a dimensão particular, pois é onde se pode detalhar as totalidades-parte, contudo, sem perder de vista a relação existente entre todas.

As categorias de análise elencadas para iluminar o fenômeno da violência contra a criança na APS foram as dimensões dos saberes: saber-saber, saber-fazer, saber ser-ético-profissional. A partir da análise das entrevistas foram criadas sub-categorias empíricas para conformar os saberes necessários à formação e qualificação profissional na APS.

6.4 ASPÉCTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos foram considerados, tanto relativos à aprovação dos Comitês, quanto de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados que foram analisados provieram do projeto de pesquisa intitulado Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra a criança, desenvolvido no período de 2012 a 2014, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE 02153012.9.0000.5392), Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, cenários do estudo.

O projeto contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo 2011/50932-1).

6.5 ETAPAS DO ESTUDO

Quadro 1 – Etapas e estratégias metodológicas.

Etapas propostas para o estudo		Estratégias metodológicas
Etapa 1	Descrição dos cenários do estudo: Curitiba e Capão Redondo – SP;	Captação da RO - base de dados secundária: dados epidemiológicos, sociais, políticos e econômicos;
Etapa 2	Construção das categorias empíricas;	Análise dos saberes previamente listados;
Etapa 3	Análise das entrevistas com o software WebQDA;	Análise das entrevistas e construção das categorias e sub-categorias empíricas;
Etapa 4	Identificação de saberes a partir das categorias e sub-categorias construídas;	Utilização da hermenêutica dialética do MHD;
Etapa 5	Relação dos saberes identificados com a realidade objetiva da formação e da qualificação profissional, bem como com as práticas na Atenção Primária.	Utilização do referencial teórico para discutir os saberes identificados à luz do MHD e da Saúde Coletiva.

Com o método da TIPESC, partindo das contradições identificadas na captação da RO, a análise será feita à luz do marco teórico-metodológico do materialismo histórico e dialético na perspectiva das categorias sociais gênero, geração, raça/etnia, classe social, da Saúde Coletiva.

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

Este capítulo é referente a apresentação das entrevistas codificadas, que correspondem aos cenários de Curitiba (CUR), com sujeitos (SUJ) numerados de 01 a 16; e, do cenário Capão Redondo (CRED), em São Paulo, numerados de 17 a 41.

As entrevistas foram transcritas, revisadas e organizadas a partir das categorias analíticas, no software WebQDA. Os discursos foram sendo iluminados e codificados nas seguintes dimensões dos saberes: Saber-saber, Saber-fazer, Saber Ser-ético-profissional.

Respondendo ao primeiro objetivo, a percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência infantil foi buscada dentro do discurso e reagrupadas em categorias empíricas. Da análise desses discursos, assim codificados a partir das dimensões do Saber, emergiram sub-categorias empíricas advindas da prática profissional, refletido no discurso dos profissionais envolvidos no enfrentamento da violência infantil na APS.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

A pesquisa teve como material empírico 41 entrevistas realizadas com profissionais da APS, de diversas profissões: 15 Enfermeiros, 6 Médicos, 4 Psicólogos, 5 Técnicos de Enfermagem, 1 Técnico em Patologia Clínica, 1 Nutricionista, 1 Pedagoga, 1 Assistente Social, 1 Fonoaudiólogo, 2 Odontólogos, 1 Farmacêutico e Bioquímico, e 2 pessoas com Ensino Médio.

Observou-se que os entrevistados em sua maioria foram do sexo feminino (36 mulheres); em ambos os cenários, com idades entre 30 e 40 anos (20 sujeitos nesta faixa etária: Curitiba, 9; Capão Redondo/SP, 11); em aspectos gerais, casados (26 sujeitos). Quanto ao número de filhos variou de 1 ou 2, nos dois locais.

Em relação à experiência em anos de ESF, 21 sujeitos tinham 5 anos e mais; e a maioria respondeu que não teve treinamento acerca do enfrentamento da Violência.

7.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL NA APS

O discurso dos profissionais entrevistados nos dois cenários, Curitiba e Distrito do Capão Redondo (SP), nas suas percepções sobre o enfrentamento da violência infantil,

emergiram as sub-categorias:

- ⇒ Raízes da Violência;
- ⇒ Sentimentos que Afloram;
- ⇒ Natureza Complexa [da Violência Infantil];
- ⇒ Formação e Educação Permanente.

Essas sub-categorias empíricas conformam o modo como os entrevistados percebem o enfrentamento da violência infantil, segundo sua visão de mundo, bem como, a prática profissional, as experiências e vivências, a formação e a busca por qualificação, a educação permanente em saúde nas equipes (EPS), trocas de saberes, entre outras ferramentas presentes no cotidiano do trabalho na APS.

7.2.1 Percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência Infantil

Quadro 2 – Sub-categorias empíricas das percepções dos profissionais de Curitiba e Capão Redondo, SP, acerca do enfrentamento da violência Infantil.

Raízes da violência	
Curitiba	**Capão Redondo - São Paulo**
Primeiro é o modelo cultural. Permeia todas as gerações familiares e uma relação que aceita que educar, a gente traz na nossa herança a questão do bater.	*[...] eu acho que pode ser abandono dos pais [...] porque assim, as vezes os pais só se preocupam em trabalhar e colocar alimentação em casa mas não se preocupa com o bem estar da criança [...]*
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.	*Manda pra escola, não sabe se entrou, se está na escola ou na rua. As crianças não vão pra escola, ficam o dia todo na rua soltando pipa com os adultos [...]*
Você não precisa educar agredindo [...]. *A desqualificação, já desde de pequenininho ela é tratada como teimosa, burra, uma pessoa que incomoda.*	*Às vezes percebemos que é um problema muito antigo, então se a unidade de saúde tivesse mais grupos, mais contatos com estas pessoas seria mais fácil detectar [...].*
A dificuldade são as próprias dificuldades do social que hoje se apresentam.	
[...]Então a pobreza não é sinônimo de violência.	
[...] acontece em um ambiente intrafamiliar [...] você perde o referencial básico de estruturação da sociedade que é a família enquanto um grupo de pessoas com vínculo e que se protegem para crescer, para viver melhor.	
Então é uma perda absoluta do significado, perda do referencial essencial da existência humana, que é da proteção e da auto-proteção, da co-proteção.	
[...] falta completa de mobilização, de divulgação de	

uma cultura de não-violência, uma cultura de paz, que é uma estratégia promocional de saúde e qualidade de vida.

[...] porque a pobreza dificulta. Não sei se só isso gera violência, porque vemos violência em todas as classes sociais, não só em pessoas mais pobres.

[...] recolher a criança [...] às vezes vai criar um trauma muito maior.

[...] uma forte influencia social.
[...]tem muitas famílias desintegradas.

[...] porque cresceram em um ambiente semelhante, já sofreram violência no passado. Então vejo com preocupação este ciclo de meio social, suscetibilidade à violência [...].

Sentimentos que afloram

Curitiba

Uma tremenda tristeza.
É ruim você imaginar uma criança pequena [...] dela não entender e você agredir.

Parece fácil essa compreensão, mas na prática a gente tem tido dificuldades das pessoas em entenderem essa reorganização, um pouco de medo no sentido do e agora?

Eu vejo que hoje a gente está inseguro.
Não, inseguro não é a palavra correta, mas seria assim, a gente hoje espera uma organização institucional [...].

E o que angustia mais sempre foi a questão da responsabilização.

[...] que me sinto um pouco verde, acho que tenho que saber mais como funciona.

[...] parece que não acontece nada [...]
[...] parece que não tem resultado.

A primeira impressão é que não faz nem acontece nada [...]

A gente já passou várias vezes provavelmente por casos de violência e passou batido [...].

A morosidade do processo, a demora, a sensação de que não está fazendo nada acontece por conta disso.

Às vezes a gente pega casos que abriga a criança e a gente vê que a criança fica pior, mais sofrimento para ela, então é muito frustrante.

[...] porque elas não querem se envolver, e a

Capão Redondo - São Paulo

Precisamos de mais assistência, mais pessoas para trabalhar, ficamos muito sem saber o que fazer [...].

[...] tem medo em um primeiro momento de colocar o que está acontecendo dentro de casa e para ter este acesso, tem que eu ir bem devagar, criar um vinculo [...].

Só que geralmente a gente não fica sabendo por medo da mãe de denunciar [...].

É um assunto que me deixa tão revoltada.

[...] eu fico muito é revoltada quando é com criança, porque na realidade, a gente se sente impotente [...].

[...] difícil lidar com isso, com a violência, principalmente com criança, eu acho tão difícil, dolorido. [...] mas é difícil. É difícil.

Que repercussão pode ter, se eu vou estar protegida. A gente trabalha bem pertinho deles. [...] Então eu acho que as coisas têm que ir pouquinho lentamente pra ir como um rio que vai contornando, sabe? Não ir muito de imediato, sem também conhecer totalmente o contexto.

[...] criar sensibilidade pra atender todos os casos porque as vezes nós mesmos somos violentos. Acho que em alguns momentos nós temos uma visão violenta. Então a gente tem que trabalhar primeiro o profissional.

O mais difícil sempre é a abordagem dessa situação. Que todo mundo tem medo.

justificativa desse não envolvimento é que não vai levar em nada, que nunca dá certo.

O que eu não vejo é as pessoas abertamente fazendo isso, eu acho que ainda tem muita gente com muito medo [...].

Natureza Complexa [da Violência Infantil]

Curitiba

[...] a gente acaba pegando sempre aquele que está pegando fogo e não aquele que você deveria estar atento para que não chegue a pegar fogo e trabalhar principalmente na ótica da prevenção para que não ocorra.

[...] acredito que isso é um constante exercício, exercício mental de correlações [...].

E é um eterno exercício, não é tão simples.

E eu sempre digo que aquilo que a gente não sabe, a gente também vai ter que procurar.

[...] E às vezes não é tão simples até pelo tema ser complexo mesmo.

[...] quando você precisa de um parceiro de responsabilização que seria Conselho Tutelar, as varas, os juizados, esse é um dos desafios que é uma constante. Até quando a gente olha o outro lado a gente vai entender porque que isso é complexo para eles.

[...] é um desafio.

Então é complexo pela própria questão da violência, ela sempre vai ser difícil assim.

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. Hoje é também um modo de convivência familiar, porque pobreza não é sinônimo de violência.

[...] tem muitas políticas importantes, mas que elas não são efetivas.

[...] acho que nós atuamos pouco, porque em relação ao perpetrador, fica muito no nível do conselho tutelar, do judiciário ou da polícia e nós atuamos muito pouco.

Se houverem mais discussões a respeito desse assunto. Talvez uma situação. Porque a violência é muito nebulosa. Muito nebulosa, pouco discutida e muito relativa.

Na hora em que elas procurarem, o serviço deve estar disponível para atender, porque é uma questão bem

Capão Redondo – São Paulo

[...] você vai ter resolução deste problema muito tempo depois e até lá esta criança já sofreu quantas outras violências, o sistema é muito demorado.

[...] ter uma porta aberta para os casos de violência também, encaminhar direto, porque não existe dentro da unidade, e este caso vai ser repassado, que vai ser repassado.

Creio que este é um problema muito complexo [...].

[...] é criar um vinculo com esta família para poder ajudar.

As instituições acontecem mas de fato deixam muito a desejar, muitas vezes não temos um suporte necessário, tem uma demora muito grande [...]

As políticas públicas podem auxiliar acho que dando um suporte melhor que não tem, às vezes para encaminhar é tanta notificação que tem que esperar, [...] não tem aquela atenção, é muito burocrática em alguns momentos, não é uma coisa com tanta facilidade como notificou e já resolveu, precisa de uma reforma política, não existe muito investimento nesta área [...].

[...] tem que ser investigado.

[...] essas famílias conseguirem chegar nas pessoas especializadas e competentes, a demanda é grande, tem uma fila, uma espera.

O apoio emocional, conversa, uma escuta qualificada também.

Então é um caso assim, triste, chato, não é uma coisa muito boa.

[...]como a consulta tem 20 minutos, as vezes você não consegue descobrir. Mas deve ter sim, crianças que passam comigo e que podem ser vítimas e eu desconheço, que sofrem caladas.

Acho que precisa haver um programa pra prevenção [...].

Primeiro a gente tem que investigar.

Não é responsabilidade de uma instituição em si.

complicada de se expor. Então tem que ser quando a pessoa decidir. [...] os profissionais tem que estar sensíveis a essa questão. Na hora que chegar, acolher essa família, escutar essa família e fazer o atendimento necessário.

[...] quando somos da rede de proteção, não pensamos que a melhor coisa é tirar a criança da família, tirar do meio da família. É fazer alguma coisa assim e não é, na verdade às vezes é pior acontecer isso.

Às vezes tem um casal bonitinho e não contam nada para você e não desconfia de nada. Às vezes pode até pensar, mas é difícil você dizer que era ou não era.

[...] tem que ser algo intersetorial, tem que envolver escola, area saúde, a fase, assistente social.

[...] um trabalho mais intersetorial, comunicar mais com a escola, com a família, setor saúde porque o contato não é tão frequente e poderia ser melhor. [...] porque vivemos um ciclo da violência e enquanto não quebrar este ciclo da violência [...] fica bem mais difícil.

[...]ao mesmo tempo eu não acredito que encher o abrigo vá resolver porque a gente falha muito.

[...] eu vejo independente de ser doença ou não, que é crime. Não sou a favor de eles dizer que vamos tratar e não vamos culpabilizar. Acho que não, tem que ver que é errado.

[...] falta consciência e articulação para prevenção realmente acontecer.

[...] e as pessoas vão dando seus jeitos, vão fazendo boletim de ocorrência na polícia, vão notificando, devagarzinho.

[...] o governo é uma coisa que vai só me incomodar, então eles vão vir, vão dizer que fui eu que disse, então é melhor eu não me meter. E a gente tem essa mania de não se meter.

Porque eu acho que é muito baixo o nível de notificação, eu tenho certeza, em relação ao que acontece, eu tenho certeza

[...] a gente tem trabalhado no sentido da prevenção, de orientar, de chamar a atenção para até denúncia [...]

[...] seriam o medo em lidar com a situação, a insegurança em lidar com a situação, a falta de preparo em lidar, a falta de preparo para orientação, em lidar com a família, principalmente na questão da violência sexual, que as vezes é o pai, é um parente e como você vai abordar essa situação.

Ter um serviço estruturado ajudaria muito.

[...] que tivesse realmente um acesso, pessoas preparadas para lidar com a situação, porque entendemos que para lidar com a situação são pessoas que devem estar realmente preparadas, capacitadas, treinadas. Ter o profissional, ter o serviço, depende das políticas públicas.

Uma criança que sofre agressão pode sim ser um agressor, eu falo pode porque depende muito de outras influências que ela vai ter no decorrer da vida.

[...], não surte o resultado que a gente gostaria, eu acho que o acompanhamento ao longo prazo seria o ideal, eu estou falando de uma coisa que eu sei que a nossa realidade dificulta muito.

[...] uma agressão que ocorreu ali muitas vezes ela não para ali, continua acontecendo, acontecendo, acontecendo e aí a gente tem um adulto que daqui a pouco se envolve com droga que se envolve em confusão e é a família que sofre muito, uma série de prejuízos. Acho que tem um fluxo bem estabelecido facilita muito, assim também o profissional se sente mais seguro de saber exatamente para onde ele pode recorrer, a quem recorrer que tipo de ajuda ele vai conseguir ter, né é o que eu falei, às vezes a gente fica um pouco de mãos atadas por conta de uma burocracia que você denuncia.

[...] uma rede mais articulada mesmo [...].

Nos temos um conselho tutelar é, que palavra que eu posso usar, imaturo, inadequado ainda, as vezes o conselho tutelar toma medidas que não nos ajudam [...]

[...] quando a gente não conhece os casos especificamente, quando a gente não conhece a condição social das pessoas, a gente sempre pensa em uma instituição que vai resolver isso, em um abrigo, mas hoje a gente vê que isso não resolve o problema, não resolve a situação.

	[...] a gente precisa ter instrumentos, acho que a assessoria jurídica é fundamental [...]. *[...] para mim elas só vão se consolidar quando os núcleos entenderem realmente o que foi delegado a eles.* *[...] existir uma interlocução uma assessoria de saúde mental e reabilitação que ficaria com estas questões. [...], sinto a necessidade de capacitações e treinamentos [...].* *[...] precisamos aprender muito, enfrentar a violência não é fácil é um tema que todos tentam ficar distantes [...].* *[...] da violência ela é multifatorial e ela tem que ser multiprofissional na abordagem.*
Formação e Educação Permanente	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] nunca tive treinamento para enfrentar a violência. *Mesmo na formação acadêmica nunca tive, vamos nos virando.* *[...] a preparação mais técnica para identificar sinais de abuso e de violência.* *Protocolo, treinamento para toda a equipe* *Acho que a área da saúde deveria ofertar qualificação [...].Ou a educação para qualificar os atendentes de creche. O Serviço social. Em casos graves acho que o ministério público.* *Eu acho que a gente vê pouca violência infantil do que deve estar acontecendo.*	*Talvez uma política de conscientização, de propaganda, de falar denuncie [...].* *[...]na nossa formação a gente não tem esse instrumento [...].* *[...] porque quando eu quis saber sobre isso tive que procurar por conta própria.*

7.3 DIMENSÃO DO SABER-SABER

Os profissionais reconhecem a violência infantil demonstrando que possuem referências, descrevem acontecimentos no território, mostram-se preocupados com os casos identificados, na sua maioria, atos praticados por pessoas próximas das crianças.

Nos discursos analisados, a partir da dimensão do saber-saber, emergiram sub-categorias assim enunciadas no quadro a seguir:

- ⇒ Concepções sobre Família;
- ⇒ Violência de Gênero;
- ⇒ Violência Transgeracional;

- ⇒ Concepções sobre a Violência;
- ⇒ Tipologia da Violência;
- ⇒ Sinais e Sintomas [da existência] da Violência;
- ⇒ Formas do Enfrentamento da Violência;
- ⇒ Raízes da Violência.

Quadro 3 – Sub-categorias empíricas da Dimensão do Saber-Saber

Concepções sobre Família	
Curitiba	Capão Redondo - São Paulo
[...] nossa área tem muitas famílias desintegradas. Não tem uma família nuclear forte [...].	*[...] 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 [...].* *[...] famílias que não estão preparadas para o recebimento destas crianças, porque uma criança precisa ser planejada e desejada [...].* *[...] essa inconstância nos núcleos familiares;*
Violência de Gênero	
Curitiba	Capão Redondo - São Paulo
[...]menina que foi abusada pelo avô. [...] a mãe dessa menina sofreu a mesma violência pelo pai. A mesma pessoa, é o mesmo, o agressor é o mesmo. *[...]a avó ficou sabendo que aconteceu com a mãe e com a irmã da mãe também.*	
Violência Transgeracional	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...]menina que foi abusada pelo avô. [...] a mãe dessa menina sofreu a mesma violência pelo pai. A mesma pessoa, é o mesmo, o agressor é o mesmo. *[...]a avó ficou sabendo que aconteceu com a mãe e com a irmã da mãe também.* *Eu acho que a violência infantil é uma cadeia, porque geralmente, os pais ou algum familiar ou alguém passou por uma situação dessas, viveu naquele meio e repassou isso para os seus filhos.*	
Concepções sobre a Violência	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] tem uma forte influência social. O meio social é de maior risco [...]. *[...]acompanhava a mãe pela situação dela no programa de saúde mental, a mãe já nos conhecia, já*	*[...] que elas sejam adultas menos fragilizadas. Então a gente tem que resolver, mas a gente só resolve mesmo com políticas públicas.* *A violência para mim é a interrupção da liberdade do*

tinha como referência e acabou trazendo a menina aqui e a gente fez o encaminhamento. *[...] é muito uma questão social.* *[...] é uma questão social, da perversão do ser humano. É como falar das drogas, é como falar da criminalidade.* *[...] acontece por falta de estrutura, orientação, analfabetismo, falta de ter alguém lá atrás na infância que chegue e que oriente a educação.* *[...] a gente atende menos é violência infantil, porque não aparece tanto. Eles escondem, não é uma coisa que aparece. A gente acaba descobrindo.* *[...] uma mãe veio falar para mim que ela precisa se internar porque está começando a bater nos filhos depois que o marido bateu nela. A gente vê isso, que a violência causa mais violência e transforma tudo em mais Violência.* *[...] desses pacientes que vem todo dia aqui, são problema social.* *[...] coloca uma criança no mundo e acaba com todos os direitos dela de viver, de ter uma vida saudável e ser feliz e já mostra para ela a primeira coisa a violência infantil.*	*outro, é o uso de estratégias que deprimem o outro que fazem com que o outro seja desvalorizado, seja menos apreciado.*
Tipologia da Violência	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] violência física, excetuando a gente está formando um agressor. E quando vem a questão da violência sexual junto, a gente vê que é quase uma morte psíquica da pessoa. A pessoa perde muitas vezes a capacidade de vivenciar questões de prazer, questões de felicidade para o resto da vida. *A verbal, eu vejo que ela faz mais isso. Ela atinge mais a pessoa no autoconhecimento dela, na autopercepção, autoestima.* *[...] então você tem a questão da dependência química envolvida, tem a questão da pobreza, tem a questão da falta de higiene. É muita coisa envolvida que a gente traduz tudo como negligência.*	*[...] a mãe disse que foi depois que foi violentado* *[...] e como por ela usar drogas, quando ela ia na casa pra encontrar com os filhos, ela, acho que estava no efeito da droga, às vezes ela machucava, espancava as crianças.* *[...] mas nada ficou caracterizado como violência, era mais maus tratos, falta de cuidado*
Sinais e Sintomas [da existência] da Violência	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] ela não olhou no olho, porque ela ficou escondida atrás do pai, pode ser que tenha alguma questão de violência nesse caso. Nós vamos começar a investigação, vamos ligar para o colégio.	*[...] então ele tem pavor de pessoas, se mostra com medo de tudo, até se piscar ele tem medo [...].* *[...] desde desnutrição, de acidente doméstico, é uma violência, porque a criança não está sendo bem*

	cuidada.
	[...] um comportamento apreendido, e isso tem também influência no desenvolvimento, depois pode ser uma criança que tem uma dificuldade escolar.
	[...] que vai ser agressiva na escola, é uma criança que vai ter queixa da escola, que vai brigar com os amiguinhos na rua, que não vai aprender a expressar o que sente que vai viver com traumas, quem sabe, pelo resto da vida.
Formas de Enfrentamento da Violência	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
	[...] vai fazer uma visita domiciliária multidisciplinar, que tenha assistente social, psicóloga, vai todo mundo fechar o circulo em cima desta família e tentar resolver da melhor forma possível.
	[...] for trazido este problema para a equipe, gera visita domiciliária pela equipe, gera visita domiciliária pela equipe multidisciplinar junto com o conselho tutelar.
	[...] esta criança e estes pais precisam participar de grupos de apoio [...].
	[...] preocupação com a repercussão [...] porque dependendo de repercussão desse ato toda a população se volta a favor ou contra ele, então o desfecho do caso ele impacta muito no trabalho posterior da equipe.
	[...] que ninguém se preocupa muito em procurar conhecer melhor.
Raízes da Violência	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...]a questão da violência como uma questão social.	*[...] é uma crise moral da humanidade.*
	[...] de famílias que não foram planejadas, quando a criança não é desejada, a mãe não tem o entendimento da responsabilidade que tem sobre esta criança [...], foram lares não programados, não planejados e estruturados. Às vezes temos situações psiquiátricas que afetam o comportamento e agressividade.
	[...] ela era drogadicta e ela demorava muito tempo pra voltar pra casa, pra encontrar os filhos.
	[...] na maioria das vezes, os pais eles usam drogas, usam álcool, por isso que as vezes ocorre. Mas não sei não, dizer assim porque ela ocorre.
	[...] um despreparo. Uma falta de preparo psicológico, emocional, de equilíbrio emocional dos pais.

	[...] drogas, álcool e drogas, hoje em dia o crack eu acho que é um temor [...]. *[...] atribuo à falta de equilíbrio emocional, despreparo, essa vulnerabilidade, essa coisa de troca de parceiros muito constante, falta de estrutura familiar e drogas, álcool e drogas.* *Eu vejo a violência como um produto de condições sociais que foram estabelecidos na primeira infância [...].* *[...] uma questão social, as famílias estão muito desestruturadas, as pessoas em condições de vida muitas vezes muito precárias.* *[...] desestruturação familiar, gestões sociais muito graves, temos muitos casos associados com uso de drogas. Têm muitas questões que aparecem também sobre questão sexual, violência sexual.* *[...] quando você tem uma região que é muito vulnerável em vários aspectos à questão da violência também aparece muito.*

7.4 DIMENSÃO DO SABER-FAZER

Dos discursos analisados nos dois cenários, Curitiba e Capão Redondo (SP) emergiram sub-categorias que nos auxiliam a estruturar habilidades, técnicas, modos de trabalhar, para o enfrentamento da Violência Infantil na APS.

Na dimensão do Saber-Fazer existiram diferenças entre os cenários estudados, que em certa medida compartilham algumas sub-categorias, no entanto, em outras, emergiram sub-categorias distintas.

As sub-categorias identificadas foram:

- ⇒ Acolher* dentro dos Serviços [PNH*];
- ⇒ Notificar Suspeitas;
- ⇒ Investigar a Violência no território;
- ⇒ Realizar Busca Ativa no território;
- ⇒ Reconhecer Sinais e Sintomas da Violência;
- ⇒ Escuta Qualificada e Saber Conversar;
- ⇒ Desenvolver Olhar Integral à Família;
- ⇒ Registrar Atividades;
- ⇒ Intermediar as Necessidades das Famílias;

⇒ Saber Delegar;

⇒ Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações;

⇒ Enfrentar as Resistências;

⇒ Preencher Corretamente a Ficha de Notificação;

⇒ Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos;

⇒ Intervir para a proteção da Criança;

⇒ Construir Vínculos com as Famílias;

⇒ Realizar Visita Domiciliária Multiprofissional;

⇒ Buscar Conhecimentos acerca do Enfrentamento da Violência Infantil;

⇒ Construir Redes Intersetoriais;

⇒ Orientar sobre Locais de Apoio para o Enfrentamento da violência infantil;

⇒ Reconhecer a Dinâmica Familiar;

⇒ Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde [orientações, educação em saúde, encaminhamentos];

⇒ Construir Projeto Terapêutico Singular (PTS) [Incluir a Família].

As sub-categorias Registrar Atividades, Saber Delegar e Preencher Corretamente a Ficha de Notificação foram mantidas individualmente, pois são problemas clássicos, os quais emperram o trabalho em saúde. Analisando as peculiaridades de cada cenário, são apresentadas as sub-categorias, no quadro abaixo.

Quadro 4 – Sub-categorias empíricas da Dimensão do Saber-Fazer

Acolher dentro dos Serviços	
Curitiba	Capão Redondo - São Paulo
[...] a gente fez [...] diferença: [...] o acompanhamento ele se dá dentro dos serviços [...] *[...] a gente faz o acompanhamento tanto da unidade de saúde, como [o conselho] fazem o dele.* *[...] não sei qual que foi o processo, porque como pertence a outra secretaria [...] não sei como que ficou esse processo de investigação [...].*	*Fizemos [...] visita, [...] a orientação, [...] a mãe começou faltar nas consultas e [...] recebemos [...] comunicado [...][para] visita domiciliária [...] de notificação.* *[...] fui na casa umas 3 vezes [...] o contato ficou muito difícil [...] marquei umas 4 consultas nos horários que ela escolhia e não aparecia* *[...] eu como profissional, nunca notifiquei, nunca fiz nada, até por falta de provas [...] é uma situação muito complicada [...] o grande problema é a subnotificação [...] tem que dar condição de segurança para quem vai denunciar e o acolhimento para quem está sendo vítima.* *[...] coisas que podemos estar fazendo, estar junto desta família [...] não só [...] como uma pessoa dentro desta unidade, [...]até que realmente a família esteja estabilizada, [...] é acolhendo e estando junto.*

	[...] faz [...] primeiro atendimento para conhecer melhor [...] busca [...] informações possíveis [...] algum tipo de acompanhamento aqui no posto através dos grupos ou encaminhar para [...] serviço especializado onde essa criança possa ter um acompanhamento [...] uma denúncia. *A intervenção é [...] chama essa pessoa para algum grupo existente na unidade.*
Notificar as suspeitas	
Curitiba	Capão Redondo - São Paulo
A suspeita, o comportamento dos pais ou responsáveis [...] já é ponto de partida para gente fazer a notificação. Não precisa de confirmação. [...] esse protocolo, é feito [...] o acionamento [do] conselho [...] na suspeita. *A gente obrigatoriamente faz a notificação mesmo na suspeita, leva para rede de proteção, faz o acompanhamento e aciona conselho tutelar e outros órgãos[...].* *[...] quando a pessoa não notifica [...] acha que não vai dar em nada [...] não dá aquele valor [...] a gente frisa [...] para notificar caso de suspeita [...]*	*[...] eu como profissional, nunca notifiquei, nunca fiz nada, até por falta de provas [...] é uma situação muito complicada [...] o grande problema é a subnotificação [...] tem que dar condição de segurança para quem vai denunciar e o acolhimento para quem está sendo vítima.*
Investigar a Violência no território	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] o ACS traz [...] os casos e [...] eu vou atrás, vou ver. [...] vou fazer uma visita domiciliária, [...] ver como é e faço a notificação.	*[...] procuramos investigar o caso [...] a visita, vê como está a família, como é o responsável, [...] se tem outras pessoas junto desta família, [...] alguém que possa assegurar esta família, [...] conforme a gravidade é acionado o conselho tutelar.*
Realizar Busca Ativa no território	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
A gente faz aqui a busca ativa. Pra saber do caso melhor [...].	
Reconhecer Sinais e Sintomas da existência da Violência	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] notifiquei um caso de negligência [....] carteira de vacina tava toda atrasada [...] a criança estava numa situação mal de saúde, aspecto.	*[...] criança de baixo peso, [...] criança que não vai à escola, [...] criança que não tem vacina em dia, são bons indícios de que os pais são negligentes ou [...] está sofrendo algum tipo de violência. [...] são ferramentas que a unidade tem para [...] identificar e fazer a notificação.*
Realizar Escuta Qualificada e Saber Conversar	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] chamei ela para o consultório e perguntei o que estava acontecendo e ela falou que estava suspeitando	*[...] quando você conversa [...] vai conseguindo entender como esta família funciona, [...] muitas vezes*

que o filho dela estava sendo abusado na creche. Eu perguntei porque você acha isso? [...] porque [...] a criança estava na cama com ela, pegava o dedo dela e começava a chupar o dedo dela [...] falava que o tio faz assim comigo lá na creche.	*é uma repetição da educação, da formação de família [...]* *A gente foi, conversou com toda a família, os vizinhos, foi na escola para [...] evitar a saída da criança e deixar as crianças saírem e voltarem sozinhas para casa, conversamos com os pais [...]*
Desenvolver Olhar Integral à Família	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
Notificou [...] discutiu em rede de proteção [...] [cadastrar no] programa bolsa família, [...] benefícios para a família.	*[...] criança encaminha para atendimento, encaminha a mulher ou [...] proteção dessa família há instituições que abrigam [...] mãe com os seus filhos para afastar do agressor.*
Registrar as Atividades	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] se não registrarem no sistema [...] não tem como provar que a gente está realmente acompanhando [...].	
Intermediar as Necessidades das Famílias	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] eu vejo assim, nós somos essa ponte para as famílias da rede de proteção, que eu posso ajudar.	
Saber Delegar	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] eu começo a delegar por equipe de saúde e eu começo a cobrar mensalmente para trazer retorno[...]	
Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
Uma área que tenha bastante ficha de notificação não significa que [...] é mais violenta, significa que [...] está notificando [...] tinha muitos casos subnotificados [...]. *Algumas pessoas pensam [...] então é muito violento. Não, aquele equipamento aprendeu que ele tem que notificar*	*[...][na] estatística [...] consta que aqui não há violência, porém tem muita.* *A notificação [...] é compulsória, [...] um trabalho muito constante. [...] é obrigatória,[...] [...] irá alimentar um banco de dados de informações que implementa políticas. [...] somos obrigados a notificar o conselho tutelar [...]*
Enfrentar as Resistências	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
Muita gente tem medo [...] ali você não está se identificando, não tem porque não preencher. *[...] quando a pessoa não notifica [...] acha que não vai dar em nada [...] não dá aquele valor [...] a gente frisa [...] para notificar caso de suspeita [...]*	*[...] fui na casa umas 3 vezes [...] o contato ficou muito difícil [...] marquei umas 4 consultas nos horários que ela escolhia e não aparecia* *[...] eu como profissional, nunca notifiquei, nunca fiz nada, até por falta de provas [...] é uma situação muito complicada [...] o grande problema é a subnotificação [...] tem que dar condição de segurança para quem vai denunciar e o acolhimento para quem está sendo vítima.*
Preencher Corretamente a Ficha de Notificação	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] muita ficha de notificação mal preenchida [...] tem muita dificuldade nesse preenchimento [...]	

Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos
(hierarquia – problematizar quando é engessada;
discutir burocracias e demoras)

Curitiba

A gente sempre notifica [...] com pouca esperança na verdade. Notifica porque [...] é um protocolo e que é nossa obrigação [...] notificar.

Faz o que pode, mas não tem um aparelhamento organizado, coordenado, estruturado para o enfrentamento da violência.

Capão Redondo – São Paulo

[...] não temos reuniões freqüentes com o conselho tutelar, não sabemos qual o melhor caminho que vai resolver esta questão [...]

Eu [...] falo com a enfermeira [...] existe uma hierarquia, que fala com a gerente, e passa para [...] o conselho tutelar.

[...] a intervenção seria notificar [...] a criança [...] machucada acionar o conselho tutelar [...] caminhos que protejam esta criança [...] temos que intervir.

[...] não temos reuniões freqüentes com o conselho tutelar, não sabemos qual o melhor caminho que vai resolver esta questão [...]

essas crianças chegam [...] através [...] dos ACS [...]. Eles identificam, trazem para a reunião de equipe, [...] as equipes discutem [...] ver qual abordagem será feita e [...] acompanhamento [...] temos visita domiciliária, [...] consultas, [...] orientações e [...] NASF [...].

[...] ficha de notificação que preenche e [...] encaminhamento para o conselho tutelar[...] feito pela equipe da saúde da família, mas pode ser feito por qualquer pessoa.

[...] se depara com burocracia, com dificuldade de encaminhamento [...] a única pessoa que se prejudica é a [...] criança, e a família.

Acionamos todo mundo [...] todos ficaram mobilizados [...] até o líder da comunidade [...] para que não fizesse isso com outras crianças. [...] Mobilizamos toda equipe [...] deixamos outros profissionais [...] no plantão seguinte.

A notificação [...] é compulsória, [...] um trabalho muito constante. [...] é obrigatória,[...] [...] irá alimentar um banco de dados de informações que implementa políticas. [...] somos obrigados a notificar o conselho tutelar [...]

[...] a gente tem o NASF um pouco mais estruturado, [...] conta com psicólogo, psiquiatra, assistente_social e terapeuta ocupacional na área de saúde mental. Esses profissionais eles têm um pouco mais de manejo [...].

Intervir para Proteção da Criança

Curitiba

Capão Redondo – São Paulo

[...] a intervenção seria notificar [...] a criança [...] machucada acionar o conselho tutelar [...] caminhos que protejam esta criança [...] temos que intervir.

		[...] se não atualizar a carteira de vacina perde o auxilio do Bolsa Família [...] porque infelizmente alguns pacientes precisam da ameaça e este beneficio da Bolsa Família ou qualquer outra coisa [...] que assegura que irão trazer criança na consulta, vacinar, levar na escola. *A gente foi, conversou com toda a família, os vizinhos, foi na escola para [...] evitar a saída da criança e deixar as crianças saírem e voltarem sozinhas para casa, conversamos com os pais [...]* *[...] procuramos investigar o caso [...] a visita, vê como está a família, como é o responsável, [...] se tem outras pessoas junto desta família, [...] alguém que possa assegurar esta família, [...] conforme a gravidade é acionado o conselho tutelar.* *[...] estar junto até que esta família, estas crianças estejam seguras, fora de risco, porque [...] é uma criança inofensiva, que não pode reagir nem fazer nada* *[...] faz [...] primeiro atendimento para conhecer melhor [...] busca [...] informações possíveis [...] algum tipo de acompanhamento aqui no posto através dos grupos ou encaminhar para [...] serviço especializado onde essa criança possa ter um acompanhamento [...] uma denúncia.*
	Construir Vínculos com a Família	
Curitiba		Capão Redondo – São Paulo *[...] tentei me aproximar para saber [...] a mãe falou que ela tinha caído. [...] quando a mãe nega o que está acontecendo é criar um vinculo com esta família para poder ajudar.* *Quando atendemos [...] na unidade de saúde ele se apresenta de uma forma [...] quando entra na casa [...] é outra [...] nas visita domiciliária consegue identificar muita coisa* *[...] coisas que podemos estar fazendo, estar junto desta família [...] não só [...] como uma pessoa dentro desta unidade, [...]até que realmente a família esteja estabilizada, [...] é acolhendo e estando junto.* *[...] estar junto até que esta família, estas crianças estejam seguras, fora de risco, porque [...] é uma criança inofensiva, que não pode reagir nem fazer nada* *[...] fazer a visita domiciliária, do vinculo que cria com a família, do respeito que cria [...] você acaba se tornando um membro da família, [...] o tratamento é muito gostoso, ao mesmo tempo é uma faca de 2 gumes, porque passa a se conhecer tão bem que a pessoa sabe que se saiu alguma informação é de alguém que viu a casa por dentro [...] na consulta mascara muito [...] [no] momento que conhecemos a*

	realidade, se chega qualquer notificação, se chega o conselho tutelar, se perde o beneficio, somos o primeiro a ser acusado. [...] nem que seja uma intervenção para proteger uma criança, já acusam a equipe da saúde da família [...].
Realizar Visita Domiciliaria Multiprofissional	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo *Quando atendemos [...] na unidade de saúde ele se apresenta de uma forma [...] quando entra na casa [...] é outra [...] nas visita domiciliária consegue identificar muita coisa* *[...] procuramos investigar o caso [...] a visita, vê como está a família, como é o responsável, [...] se tem outras pessoas junto desta família, [...] alguém que possa assegurar esta família, [...] conforme a gravidade é acionado o conselho tutelar.*
Buscar Conhecimentos acerca do Enfrentamento da Violência Infantil	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo *[...] a gente não tem muito treinamento disso. [...] A gente tem outro foco, na verdade.* *[...] não é o profissional que é ruim é a formação dele que não específica para atender a esse tipo de problema*
Construir Redes Intersetoriais	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo *A gente foi, conversou com toda a família, os vizinhos, foi na escola para [...] evitar a saída da criança e deixar as crianças saírem e voltarem sozinhas para casa, conversamos com os pais [...]* *O conselho tutelar é responsabilidade [...] vai envolvendo todos os outros órgãos públicos como promotor de justiça, polícia [...]a unidade acaba sendo responsável [...] escolas, instituições que se responsabilizam [...].* *Trabalhamos a prevenção da violência [...]. Fazemos palestras, [...] aproveitar essa parceria intersetorial, ir às escolas [...] educar[...].*
Orientar sobre Locais de Apoio para o Enfrentamento da violência infantil	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo *Os profissionais podem auxiliar na assistência a estas pessoas orientando os lugares que tem de apoio [...].*
Reconhecer a Dinâmica Familiar	
Curitiba *Nós temos pessoas que não têm o entendimento do que é uma criança, do que uma criança pode aguentar ou não, do que a criança no seu estágio de desenvolvimento_infantil vai exigir de você.*	Capão Redondo – São Paulo *Identificamos [...]contato com a unidade para [...] acompanhamento [...] [pois] a violência [...] fazia parte da educação da família.* *[...] visita domiciliária [...] porém a mãe não quer ajuda, ela recusa.*

Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde [orientações, educação em saúde, encaminhamentos]	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
Essa educação em saúde, às vezes, a gente tenta trazer para o consultório, mas é muito difícil, a gente mal tem perna para fazer consulta de puerpério [...].	*Trabalhamos preventivamente, [...] com orientações, educação e registramos e encaminhamos os casos conforme a necessidade.* *[...] a gente trabalha com prevenção [...] seria fazer com que as mães engravidassem porque desejam [...] não porque houve um descuido [...]* *[...] trabalhar com a prevenção, porque se essa mãe faz um vínculo com essa criança [...] essa criança se torna assertiva [...] para [...] conversar com [...] [a] mãe [...] entendo que a gente precisa investir [...] em prevenir essa violência.* *Trabalhamos a prevenção da violência [...]. Fazemos palestras, [...] aproveitar essa parceria intersetorial, ir às escolas [...] educar[...].*
Construir Projeto Terapêutico Singular (PTS) [Incluir a Família]	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
	[...] identificar os problemas [...] e tentar achar uma solução [...] mas sem a participação deles é praticamente impossível.

7.5 DIMENSÃO DO SABER-SER ÉTICO-PROFISSIONAL

Na análise dos discursos dos entrevistados, de ambos os cenários, emergiram sub-categorias acerca do saber Ser-ético-profissional, que deflagram atitudes, escolhas, posturas engajadas com os princípios do SUS e humanização da atenção e gestão no enfrentamento da Violência Infantil.

As sub-categorias identificadas foram:

⇒ Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil [escuta qualificada, Humanização];

⇒ Construir vínculos [produzir encontros, relações de confiança, (re)conhecer a realidade x visão idealizada da realidade, acolher];

⇒ Integralidade, Autonomia, Comprometimento e Corresponsabilidade visão ampliada da realidade, trabalho coletivo em equipe, inteligência coletiva];

⇒ Ter uma Atitude Solidária;

⇒ Exercício do Saber Ser-ético-profissional do Docente;

⇒ Intervenção Moral e Racionalização [estigma dos sujeitos e territórios];

⇒ Ter uma Atitude Pró-enfrentamento [comunicação ativa, notificar e acompanhar,

refletir sobre os abrigamentos, enfrentar as resistências];

⇒ Responsabilização Sanitária [ou a falta dela].

A sub-categoria Ter uma Atitude Solidária está destacada, devido a sua importância atualmente, em que alguns valores apresentam-se fragilizados por demandas do capitalismo contemporâneo, e por relações interpessoais volúveis. Outra, que está apresentada em separado é a Enfrentar Resistências, as quais, tem impossibilitado o enfrentamento da violência infantil, a serem discutidas no próximo capítulo.

Quadro 5 – Sub-categorias empíricas da Dimensão do Saber Ser-Ético-Profissional

Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil [escuta qualificada, Humanização]	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] sensibilizar este olhar, [...] os profissionais, principalmente os da saúde, [para que] reconheçam aquilo que não vai bem e estarem atentos. *Naquele momento eu precisava de um chá com açúcar para aquela pessoa. E aquele chá com açúcar dela fez a diferença, porque ela deu um afeto para aquela pessoa que estava precisando na hora do desespero, do choro.* *[...] até a gente conseguir sentar, conversar e tal. [...] eu penso assim, na prática, naquele momento da necessidade que pega mesmo, todos fazem parte ajudando, seja na palavra seja com chazinho* *Seria mais especializar as pessoas para olhar e ter mais formas, mais acessos para as pessoas pedirem ajuda [...]* *[...] treinar a gente, porque se a gente não tem treinamento a gente não tem o olho.* *[...] o único caminho que essa gestante tem também de desabafar, é com a unidade de saúde. [...] a gente faz as duas escutas, a gente escuta e a gente encaminha e aconselha.*	*[...] procurar uma delegacia pra dar parte na polícia. Foi essa a nossa orientação. [...] da minha parte, acredito eu que eu fiz o máximo que eu pude, que foi orientar, orientá-lo a dar parte na polícia [...]* *[...] não tinha esse preparo pra atender casos de violência.* *[...] é muito mais do que a gente desconfia e corre atrás de um histórico. E não simplesmente de olhar e falar: essa criança sofre violência, deixa eu perguntar pra mãe, perguntar pro pai. A gente sonda, mas as pessoas escondem.* *[...] as Políticas, eu acho que tem que, já tem o ECA que dá os direitos da criança e do adolescente[...] já tem o ECA que dá os direitos da criança e do adolescente e tudo mais;* *[...] nos preocupamos e também vendo alguns pontos dentro dcomunidade como vizinhos, ONGs, estruturas mais fortalecidas perto deles que possam junto com a equipe de saúde da família e NASF estar assegurando esta família;* *[...] nossa ideia não é ser uma referência para a punição ao agressor, nos queremos ser uma referência para o atendimento à vitima, porque a gente sabe que quando há uma situação de violência, especialmente contra a criança, a nossa revolta o nosso sentimento de desejo de justiça é tão grande que as vezes a gente esquece do apoio à vitima a gente pensa tanto na punição ao agressor [...]*
Construir vínculos [produzir encontros, relações de confiança, (re)conhecer a realidade x visão idealizada da realidade, acolher]	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
[...] questão importantíssima é o vínculo. Na medida que você vai vinculando [...] essa família e com essa criança você vai percebendo outros fatores [...]	*[...] uma visita domiciliária no puerpério quando a criança tinha [...]7 dias [...] o menino [...] estava com a criança tinha uns 16 anos [...] fumando com a*

A gente faz, de vez em quando, conversa com a professora. A professora que fale com ele já é um vínculo [...] *[...] a menina relatou violência sexual e a [...] unidade de saúde acionou o conselho tutelar [...] [e ela] foi abrigada. O padrasto [...] foi atrás lá na unidade de saúde e ameaçou um profissional de saúde [...] É complicado.*	*criança no colo, a casa toda abafada, com mofo, fiz todas as orientações devidas de manter o aleitamento e de prevenção de risco de uma pneumonia e infecção respiratória pelas condições de moradia e os fatores como tabagismo em casa, drogadicto, além da alimentação da criança que já estava inadequada.* *O bebe [...] um choro agoniado e [...] [a mãe] falou que deveria estar chorando de fome, pegou na geladeira um recipiente com leite e fubá, esquentou no microondas e deu para o menino que tinha acabado de chegar de uma internação por diarréia, a irmã disse que não tinha sido internado por rotavírus mas mostrei o papel que estava escrito que era por rotavírus, expliquei que o bebe estava vulnerável também porque não tinha sido imunizado, expliquei dos problemas respiratórios* *[...] uma enfermeira só comentou que seria importante acionar o conselho tutelar e a mulher veio na unidade de saúde com o marido e ameaçou, pediu o telefone desta enfermeira, ficou perseguindo, [...] a enfermeira saiu do posto e entrei em seguida dela [...]* *Falei que se continuasse a fazer aquilo, iria chamar o conselho tutelar, sei que a maneira como abordei não foi de levar em uma sala, ser amorosa, mas a cena foi gritante, estava humilhando e agredindo fisicamente [...]* *[...] a equipe só acompanhava por meios dos relatórios, não foi feito mais nada porque a mãe já estava distante das crianças.* *[...] criar um vinculo [...] para que consiga ter conteúdos para identificar realmente o que está acontecendo;* *[...] porque a gente como enfermeiro não pode se envolver muito nesses casos de relacionamento e de família, né? Eu orientei ele a procurar a polícia, pra ele poder dar queixa do ocorrido, pra que eles tomem uma conduta. Foi essa aminha conduta. Como a gente é orientado a não se envolver muito nesses casos de ferimento, de alguma coisa contra a criança, ou contra a mulher também. a gente só orienta mesmo e não se envolve muito.* *Então, acho que da minha parte foi feito o máximo que eu pude, a gente acompanhava ela em consulta de pré-natal, tanto eu quanto o médico, então foi o que a gente pode fazer por ela.* *[...] acho que é acolhendo. Acolhendo a família, dando assistência para as crianças e a política é ter pra onde a gente encaminhar [...].* *[...] um vinculo importante com as famílias, não sei se tem alguma coisa que consiga maior aproximação com elas, para aumentar a confiança, para contarem*

	mais coisas [...]. *Mas a gente percebe, a gente desconfia quando a criança é muito retraída, [...].* *Ai a deixo desabafar, ela fala de balada ela fala de muitos namorados, e eu tento agrupar na área da saúde. Falo sobre os métodos anticoncepcionais que precisa está usando, os exames que são importantes ela fazer [...].* *Temos que ir identificar os problemas por eles e tentar achar uma solução por eles, mas sem a participação deles é praticamente impossível.*
Integralidade, Autonomia, Comprometimento e Corresponsabilidade [visão ampliada da realidade, trabalho coletivo em equipe, inteligência coletiva]	
Curitiba	Capão Redondo – São Paulo
E que você tem [...] não [...] uma obrigação [...] nem é uma obrigação, no sentido de você reordenar, melhorar, ver aquilo que foi encaminhado [...] ter uma avaliação constante. *Se foi notificado por outro serviço [ex. Hospital] [...] se é da minha unidade de saúde eu acompanho [depois da notificação]* *A experiência profissional faz com que a gente passe pelas outras secretarias e conheça até os serviços de encaminhamento.* *[...] há uma troca constante [da saúde com] colegas da educação ou da assistência social.* *[...] 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.* *[...] na reunião da rede de proteção e a gente está monitorando o caso, para mim já é uma vitória imensa.* *[...] empoderamento e [..] controle do notificador para que [...] faça esse acompanhamento [...].*	*[...] alguns casos a mãe não autoriza de jeito nenhum [a notificação], mas quando percebemos que é algo muito grave, fazemos mesmo que a mãe não autorize [a notificação].* *Saí da sala, chamei um médico pediatra, porque lá a gente tinha pediatra, o pediatra veio e daí fez o atendimento e como o pai estava ali estava coagindo [...].* *A menina tinha menos de três anos [...] no exame [...] vi que tinha um rompimento de hímen [...] chamei a [...] médica pra ver [...]. Também confirmou a minha suspeita [...] passei pra mãe a [...] preocupação sobre isso e comecei a perguntar com quem ela ficava, quem cuidava. [...] a mãe foi no pronto socorro [...] e o médico falou [...] que ela podia me processar porque eu estava levantando suspeitas. Que não tinha nada confirmado. [...] ficou muito tensa essa situação. [...] não fiquei sabendo por que eu não tive mais contato com ela. Ela não quis mais falar comigo.* *[...] tem situações complicadas e acabamos ficando sem fazer nada porque se a própria pessoa agredida não diz, não tem o que fazer [...].* *[...]quando são casos que a gente percebe que já não tem muito que fazer, ou é aquilo que eu falei no começo, a própria família não adere ao tratamento, não entende que esta fazendo uma coisa que não é adequada, ai sim a gente aciona. Aciona o conselho, alguém que possa ajudar no caso.* *[...] temos reunião técnica toda semana onde discutimos os casos que repercutem [...]* *[...] teríamos uma dificuldade para saber o que fazer, para onde recorrer;* *Vimos à situação da criança, vimos [...] que [...] estava acontecendo. A mãe não quer tratamento, não*

faz questão de se tratar, a criança é abandonada nas ruas e nos ficamos um pouco de mãos atadas.

[...] uma subnotificação, temos trabalhado muito em cima disso, temos trabalho que a função dos núcleos dentro das unidades não é só notificar os casos, é principalmente dar algum tipo de suporte para essas famílias. [...] que encontramos muita dificuldade com o conselho tutelar;

[...] nos reunir com as equipes envolvidas com os profissionais envolvidos, para tentar pensar em um projeto terapêutico singular [...].

[...] da gente saber trabalhar como equipe, porque acho que todo mundo ainda tem dificuldade nisso, de você compartilhar ações, de você se responsabilizar [...].

[...] muitas vezes os conselheiros, em uma inabilidade, eles vão lá e falam olha e vim aqui porque a saúde disse que está acontecendo isso.

[...] uma capacitação aqui em justiça restaurativa, nessa proposta você trabalha muito com o agressor, acho que devemos caminhar para começar a ter uma formação para isso, que hoje a gente não tem, de trabalhar um pouquinho esse agressor.

Ter uma Atitude Solidária

Curitiba

[...] fazer esta ponte o tempo todo, de se colocar a disposição.

Naquele momento eu precisava de um chá com açúcar para aquela pessoa. E aquele chá com açúcar dela fez a diferença, porque ela deu um afeto para aquela pessoa que estava precisando na hora do desespero, do choro.

Capão Redondo – São Paulo

[...] tinha um leite na geladeira, fiz uma mamadeira para a criança que chorava faminta

Exercício do Saber Ser-ético-profissional do Docente

Curitiba

Hoje a violência é mais do que pertinente, trabalhando em um tema transversal em qualquer curso de formação.

Os profissionais eles não são preparados, eu digo isso nos cursos de saúde em geral. Não tem um trato na formação acadêmica sobre a violência na infância, como proceder. Eu acho que isso é muito pouco discutido.

A formação acadêmica é deficiente então faz com que o profissional muitas vezes negligencie, não consiga identificar [...].

Intervenção Moral e Racionalização [estigma dos sujeitos e territórios]

Curitiba

[...] a gente já faz um trabalho antes... com essa gestante. E em relação então à drogadiação esses

Capão Redondo – São Paulo

[...] porque ela vai negar porque falou para mim como se fosse uma confissão, então não adianta passar para

encaminhamentos a gente pega no pé mesmo, no amplo sentido da palavra. [...]

Por outro lado a gente também puxa a orelha dessa pessoa.

Se a família é de traficante ou se é drogadicta, para proteger a criança. Tenta trabalhar a família. Mas o que fazer com a família. É muito difícil.

[...] sempre monitorando, mesmo que o caso esteja estabilizado ele não sai da pasta.

A gente não vai às vezes. [...] tem lugares que não tem como ir. [...] três casas nossa que não dá para gente ir. A gente passou para o ministério público, daí [ele] alegou que não tem mais o que fazer mesmo da nossa parte e da educação.

[...] O pai [...] vai fazer uma cirurgia no joelho, está fazendo o CAPS dia e está tomando medicação [...] a doutora está acompanhando. O pai é drogadicto também. [...] E lá da nossa parte, [...] a mãe traz nas consultas, ela é limpinha, não é assim uma casa limpa, mas também em vista de onde a gente anda, a dela é meio que bem limpa.

[...] vejo que a gente tem até um lema, um ditado. A mãe que está na rede de proteção, a criança vai ser rede de proteção mais tarde se a gente não estiver em cima.

Errei eu quero distância. É drogadicto eu não quero saber. [...] tudo começa ali no meio familiar [...]. Se a mãe é desestruturada, se o pai é agressivo, se o pai é alcoólatra. [...] Por outro lado eu vejo que tem famílias [...] um drogadicto, um alcoólatra e a mãe e outros são do bem e estão lutando para que esses dois saiam.

[...] comemorava mesmo quando arquivava [...] a gente não abandonava, porque aquele arquivado podia voltar.

A criança da rede de proteção é uma criança que deveria ser acompanhada pelo resto da vida. Com psicólogo, com psiquiatra.

Agora o infeliz passou num concurso público [...] vai trabalhar numa escola. Olhe o campo que ele tem para venda de droga e aliciar os meninos. [...] Pedi para ACS juntar um monte de dados, fizemos um relatório e mandamos [...] no distrito para eles ficarem em cima desse cara. Ele é traficante. Como essa pessoa passou no concurso, ele conseguiu? [...] Eu falei [...] que tem que tomar providência. Dizem que estão investigando.

Se é melhor a gente não saber, já seria alguma coisa para mim.

frente se ela vai negar, então fico de mãos e pés atados;

[...] porque eles estavam até passando fome. e essa mãe aparecia de vez em quando para pegar coisas da casa, eu acredito que ela vendia pra trocar pela droga, e às vezes, muitas vezes ela batia nessas crianças.

[...] deveriam corta em pedacinho um por um até, é o que a gente escuta quando há um caso de violência à criança.

Porque pais e mães que bebem e usam drogas. A violência maior que eu vejo é a falta de conduta, de alimentação, não leva na escola, dorme o dia todo, porque passou a noite toda na gandaia.

[...] temos muita dificuldade quando temos familiares envolvidos com drogas com álcool que bastante comum.

[um profissional] se negou a fazer visita domiciliária para um caso de violência porque [a casa] era [de] chefe do tráfico e depois todo mundo ficou com medo.

Tem casos que você realmente não entende, a pessoa trabalha, a pessoa parece ser um cidadão normal e ainda assim é um abusador, mas têm casos que têm suas agravantes, nos casos o drogadicto, usuários de álcool, tem casos em que você vê que as pessoas ficam alteradas por um desses fatores e acaba abusando do mais frágil.

[...] no caso dessa família a mãe é drogadicta, então tudo que ela leva para dentro de casa é para comprar drogas então não tem nada para os filhos, e uma das orientações quando ela reclama que não tem nada para dar aos filhos, que não tem dinheiro e não tem nada, orientamos a procurar o serviço de apoio à criança que ela consegue algum benefício.

Ter uma Atitude Pró-enfrentamento
[comunicação ativa, notificar e acompanhar, refletir sobre os abrigamentos, enfrentar as resistências]

Curitiba

O que eles dão de resolutivo é abrigar. É isso. Para proteger a criança, a única medida que a gente percebe que acontece é o abrigo.

[...] a primeira eu acho que é a básica, é receio. E há essa necessidade de conscientizar mesmo os profissionais que na suspeita se abra uma notificação. [...] algumas resistências [...].

[...] acho que essa comunicação é muito lenta, muito demorada. Porque até notificar, chegar no outro setor, podia ser como estavam propondo uma notificação via sistema, que pudesse se comunicar através de sistema.

Às vezes a gente pega casos que abriga a criança e a gente vê que a criança fica pior, mais sofrimento para ela, então é muito frustrante.

[...] a gente não consegue ver em uma avaliação se está acontecendo mesmo a violência, se é daquele jeito e já aconteceu. A gente sabe de casos de abrigamentos que foram feitos de forma inadequada. Depois se esclarece e vê que não era bem aquilo. Então acredito que se a gente sair por aí enchendo o abrigo, de repente, a gente vai aumentar.

[...] ainda muito medo, será que eu notifico.

[...]mãe que não fez pré-natal, ou mãe que relata lá na hora que não fez pré-natal e que é drogadicta [...]. [A] maternidade já passa fax para o conselho tutelar, para ver se vai tomar uma atitude ou se já vai ficar monitorando.

Capão Redondo – São Paulo

[...] uma criança de 7 meses sozinha em casa e chorando, procuramos a mãe pela vizinhança, não encontramos e não sabíamos o que fazer se entrava na casa ou se não fazia nada, por fim decidimos entrar na casa [...]

[...] embora tenho receio, claro que vou acionar, mas já vou pensar em arranjar outro emprego se for filho de bandido;

[...] por ser uma área que abriga muita violência, pode ser que haja receio de dar a cara a tapa por conta de retaliações.

[...] conversando, conversando, conversando com o tio e acabou que pelas atitudes dele, o comportamento dele, acabou que a gente acionou na hora o conselho, a polícia, tudo e ele saiu do pronto socorro preso e ele acabou confessando.

[...] é uma violência até quando a criança não é bem cuidada é uma violência.

[...] precisa se estabelecer [...] como política pública, [...] obrigadas a denunciar a violência, [...]precisam de apoio, [...] precisam de assessoria, [...] precisam se sentir seguras para isso [...].

[...] no momento que recebemos já vimos que tinha marcas de violência extrema com a criança;

Temos que ter aquela retaguarda, você tem que se esquivar de algum problema maior. Você faz as coisas contornando para não ter muito problema futuramente.

[...] porque às vezes está bem gritante, mas você vai fazer e não tem refúgio não tem nada.

Nas audiências concentradas a gente consegue ver muito a dificuldade da família em [...] receber essa criança de volta para o lar. [...] interessante é que tem famílias que realmente não querem aquelas crianças por várias situações, porque as crianças ficam um momento [...] voltam, como [...] familiares dizem, elas não sabem seguir regras então elas não querem crianças em casa que não saibam seguir regras então é melhor que fiquem acolhidas.

Responsabilização Sanitária [ou a falta dela]

Curitiba

[...] fica algo como sem solução nenhuma porque notificamos para pedir ajuda, um suporte e acaba voltando para nós mesmos [...].

Capão Redondo – São Paulo

[...] isto é mais uma atitude compulsória que gera um dado, não necessariamente vai voltar [para a UBS resolver]

[...] ficar esperando e o único encaminhamento

	mesmo é o conselho tutelar, mas eu acho que tinha que ter outros locais com apoio. *[...] são pessoas que acabam sendo do nosso vínculo [...] moram na nossa região [...] próximo da nossa casa [...] muitas vezes nos sentimos impotentes. [...] vendo o que vai acontecer lá na frente às vezes não conseguimos evitar [...] isso acaba marcando como profissional e como pessoa.*

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados da análise dos discursos dos entrevistados da pesquisa à luz do materialismo histórico e dialético. Para tanto, ancorou-se no método da TIPESC (Egry, 1996), na interpretação do fenômeno da violência infantil, dos discursos que advieram campo da prática, dos quais emergiram as sub-categorias empíricas que, em tese, iluminarão os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento na APS. Assim como destacam Egry, Fonseca e Oliveira (2013, p.120):

> "Como uma teoria inscrita no marco do materialismo histórico e dialético, a práxis – movimento da teoria orientando uma prática que ao se transformar interroga a prática e propõe uma nova teoria – adquire estatuto central para o desenvolvimento quer da teoria, quer da prática em Enfermagem em Saúde Coletiva".

No capítulo dos resultados constam os 4 quadros que descrevem as sub-categorias empíricas codificadas a partir dos discursos, as quais serão apresentadas e discutidas na sequência.

8.1 PERCEPÇÕES ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL

As sub-categorias empíricas que emergiram acerca da percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência infantil foram: as Raízes da Violência; os Sentimentos que Afloram; a Natureza Complexa [da Violência Infantil]; e, a Formação e Educação Permanente.

Raízes da Violência

Como raízes da violência, os participantes da pesquisa no cenário de Curitiba a percebem vinculada ao modelo cultural e social das famílias, bem como ao modo como essa herança foi passada de geração a geração. Alguns trechos de frases podem dar melhor entendimento:

Primeiro, é o modelo cultural. Permeia todas as gerações familiares e uma relação que aceita que educar, a gente traz na nossa herança a questão do bater. (CUR)

A dificuldade são as próprias dificuldades do social que hoje se apresentam. (CUR)

Para tanto, compreender a historicidade dos fenômenos sociais e da violência importa para que o enfrentamento produza intervenções adequadas às necessidades do território. Egry (1996, p.33) refere que é "característica da historiciade a qualidade de ser provisário, instável, lábil, imperfeito, precário".

Em estudo realizado em Curitiba, Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012) apontaram que o modelo cultural necessita ser levado em conta, pois em algumas situações os pais consideram as crianças como sua "propriedade" e utilizam a violência física como "recurso pedagógico".

Os entrevistados de ambos os cenários relataram sobre a desintegração das famílias, o despreparo de se tornarem pais, ou mesmo ter outras preocupações em detrimento da proteção das crianças são situações vinculadas à violência infantil. Como exemplificados nos trechos a seguir:

[...] uma forte influencia social.

[...]tem muitas famílias desintegradas. (CUR)

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 […]. (CUR)

[...] eu acho que pode ser abandono dos pais [...] porque assim, as vezes os pais só se preocupam em trabalhar e colocar alimentação em casa mas não se preocupa com o bem estar da criança [...]. (CRED)

Ferrari (2002, p.41) diz que a violência infantil tem a ver com relações familiares permeadas pela violência nas quais os pais tem dificuldades em assumir esse papel, pois para que isso aconteça eles necessitam "ter vivenciado, ter tido um bom desempenho dos papéis psicossomáticos e psicológicos". Corroboram para com essa ideia Azevedo e Guerra (2006) ao descreverem sobre as vitimizações a partir de atos e omissões dos pais.

Diversos estudos constataram que o ambiente familiar onde deveria ser um lugar de cuidado e proteção é o cenário em que ocorrem a maioria violações dos direitos das crianças (Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry 2012; Zanelatto, Medeiros, Santos e Munari 2012, Bezerra e Monteiro 2012 apud Santos e Yakuwa 2015; Krug, Dahlberg, Mercy et al.2002; Ferrari 2002, Graziano 2012, Brasil 2001b). "Pais agressores existem. Existem e cometem desde pequenas agressões físicas até ações extremamente agressivas [...]" (Ferrari, 2002). O trecho abaixo exemplifica essa contradição:

[...] acontece em um ambiente intrafamiliar [...] você perde o referencial básico de estruturação da sociedade

que é a família enquanto um grupo de pessoas com vínculo e que se protegem para crescer, para viver melhor. (CUR)

Ferrari (2002, p.40) refere que quando "a família não cumpre seu papel social de protetora da prole, de transmissora de valores culturais, considerando como critério seu aspecto funcional, pode-se dizer que ela fracassou no cumprimento de suas funções".

A violência infantil foi relatada como perda de humanidade e de significados da vida humana, como no trecho a seguir:

Então é uma perda absoluta do significado, perda do referencial essencial da existência humana, que é da proteção e da auto-proteção, da co-proteção. (CUR)

Ferreira (2002, p.54) refere que "a lei de proteção a crianças e adolescentes existe, mas a família que promove a reprodução da violência também ainda existe, sendo suas ações retratadas nos jornais, na mídia, refletindo uma violência cada vez maior".

Os entrevistados de Curitiba relataram a necessidade de implementação de políticas de enfrentamento que abarquem uma Cultura de Paz e Não Violência:

[...] falta completa de mobilização, de divulgação de uma cultura de não-violência, uma cultura de paz, que é uma estratégia promocional de saúde e qualidade de vida. (CUR)

Este é um objetivo dos países que compõe a ONU, sendo compromisso assumido pelo Brasil e estimulado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009h):

> "A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu cultura da paz, em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social" (Brasil, 2009h, p.5).

Minayo (2007, p.18), refere que a violência "se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e serviços peculiares ao setor".

No trecho selecionado, o abrigamento foi percebido como uma solução de proteção que pode agravar a situação:

[...] recolher a criança [...] às vezes vai criar um trauma muito maior. (CUR)

Vectore e Carvalho (2008) enfatizam que as crianças enfrentam diversas rupturas de

vínculos, citando pelo menos dois exemplos disso: o afastamento de suas famílias; as rupturas de vínculos com as mães sociais, seja pela rotatividade ou pela adoção, ou retorno das crianças para a família de origem.

A violência infantil ocorre em todas as classes sociais. Por alguns motivos históricos, no entanto ela é mais notificada na camada da população menos favorecida econômica e culturamente. Os entrevistados identificaram que a pobreza não é sinônimo de um ambiente violento, como exemplificado nos trechos abaixo:

[...] Então a pobreza não é sinônimo de violência. (CUR)

[...] porque a pobreza dificulta. Não sei se só isso gera violência, porque vemos violência em todas as classes sociais, não só em pessoas mais pobres […]. (CUR)

Souza e Silva (2002, p. 77), diz que "muitos mitos acerca da violência intrafamiliar impedem sua visibilidade, como o de que ela só ocorre nas camadas mais baixas da sociedade". Para essa mesma autora a violência ocorre sem distinção, em todas as raças, credos, etnias ou classe social, no entanto, é mais observada nessa camada menos favorecida da população por essa utilizar-se dos serviços públicos para defesa e/ou denúncias.

Ainda como Raízes da Violência a negligência no cuidado com as rotinas das crianças. Um participante da pesquisa referiu a falta de um olhar atento sobre as crianças:

Manda pra escola, não sabe se entrou, se está na escola ou na rua. As crianças não vão pra escola, ficam o dia todo na rua soltando pipa com os adultos [...]. (CRED)

Sobre o risco de violência intrafamiliar em relação à criança o Ministério da Saúde (Brasil 2001b) apresenta características dos pais que favorecem sua ocorrência:

> "[…] pais com histórico de maus-tratos, abuso sexual ou rejeição/abandono na infância; gravidez de pais adolescentes sem suporte psicossocial; gravidez não planejada e/ou negada; gravidez de risco; depressão na gravidez; falta de acompanhamento pré-natal; pai/mãe com múltiplos parceiros; expectativas demasiadamente altas em relação à criança; ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filhos; delegação à criança de tarefas domésticas ou parentais; capacidade limitada em lidar com situações de estresse (perda fácil do autocontrole); estilo disciplinar rigoroso; pais possessivos e/ou ciumentos em relação aos filhos" (Brasil 2001b, p.25).

Em Curitiba, os entrevistados percebem as raízes da violência no aprendizado de comportamentos violentos em ciclo:

[...] porque cresceram em um ambiente semelhante, já sofreram violência no passado. Então vejo com

preocupação este ciclo de meio social, suscetibilidade à violência [...] (CUR)

Às vezes percebemos que é um problema muito antigo, então se a unidade de saúde tivesse mais grupos, mais contatos com estas pessoas seria mais fácil detectar [...]. (CRED)

Azevedo e Guerra (2006) e Guerra (1986) referem que a violência se expressa repetidamente através de um ciclo da violência. Fonseca, Egry, Nóbrega et al. (2012) referem que quando mais cedo as intervenções são realizadas, mais chances de alterar esse ciclo.

No trecho a seguir, a violência infantil foi enfocada por um participante da pesquisa, como sendo uma expressão do educar pela agressão, bem como a desqualificação da criança como parte da rotina de famílias:

Você não precisa educar agredindo [...].

A desqualificação, já desde de pequenininho ela é tratada como teimosa, burra, uma pessoa que incomoda. (CUR)

Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012, [Tela 6]) referem que esse tipo de violência para o agressor tem "explicações sobre o ato de bater ou espancar motivado por dificuldades sociais, dificuldades no dia a dia nas relações familiares e com a criança, descontrole emocional e culpabilização da criança pelos problemas".

Sentimentos que Afloram

Quando o enfrentamento da violência infantil ocorre de maneira solitária, sem uma rede intersetorial estruturada [a sensação é de sobrecarga], observando-se que a "fragmentação e o isolamento levam muitos trabalhadores a ter que criar individualmente respostas para os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços, o que muitas vezes leva ao adoecimento pelo trabalho desgastante e solitário" (Brasil 2009a, p. 28).

Nas entrevistas foram relatadas o enfrentamento da violência infantil como um processo demorado, burocrático, com poucas respostas das instituições causando frustração profissional e sentimentos de tristeza, medo, angústia, insegurança, impotência e revolta frente situações de violência infantil. Além disso, referiram que enfrentar a violência é algo difícil e doloroso. Como descrito nos trechos a seguir:

Uma tremenda tristeza.

É ruim você imaginar uma criança pequena [...] dela não entender e você agredir. (CUR)

E o que angustia mais sempre foi a questão da responsabilização. (CUR)

É um assunto que me deixa tão revoltada. (CRED)

[...] eu fico muito é revoltada quando é com criança, porque na realidade, a gente se sente impotente [...]. (CRED)

[...] difícil lidar com isso, com a violência, principalmente com criança, eu acho tão difícil, dolorido. [...] mas é difícil. É difícil. (CRED)

Parece fácil essa compreensão, mas na prática a gente tem tido dificuldades das pessoas em entenderem essa reorganização, um pouco de medo no sentido do e agora? (CUR)

[...] tem medo em um primeiro momento de colocar o que está acontecendo dentro de casa e para ter este acesso, tem que eu ir bem devagar, criar um vinculo [...]. (CRED)

O que eu não vejo é as pessoas abertamente fazendo isso, eu acho que ainda tem muita gente com muito medo [...]. (CUR)

Só que geralmente a gente não fica sabendo por medo da mãe de denunciar [...]. (CRED)

Eu vejo que hoje a gente está inseguro.

Não, inseguro não é a palavra correta, mas seria assim, a gente hoje espera uma organização institucional [...]. (CUR)

Que repercussão pode ter, se eu vou estar protegida. A gente trabalha bem pertinho deles. [...] Então eu acho que as coisas têm que ir pouquinho lentamente pra ir como um rio que vai contornando, sabe? Não ir muito de imediato, sem também conhecer totalmente o contexto. (CRED)

Ferrari (2002, p.40) diz que "a primeira reação da maioria das pessoas, ao se depararem com essa situação de violência, é de choque, susto e indignação".

Esse sentimento de frustração também aflora quando percebem que o abrigamento não é resolutivo, ou que esse agrava a situação da criança, pela perda de vínculos e como causa de mais sofrimento:

Às vezes a gente pega casos que abriga a criança e a gente vê que a criança fica pior, mais sofrimento para ela, então é muito frustrante. (CUR)

O mais difícil sempre é a abordagem dessa situação. Que todo mundo tem medo. (CRED)

Vectore e Carvalho (2008) sobre os abrigamentos:

> "[…] até que ponto, o abrigo contribui no trabalho relativo aos desligamentos? É interessante constatar que, no que tange a importância da constituição dos vínculos no contexto do abrigo, observada pela ênfase dada pelo gestor acerca dos afetos propiciadores de segurança, que devem ser dirigidos às crianças, na sua valorização e preservação, há uma aparente incoerência, devido ao receio de que o apego demasiado pode comprometer outros procedimentos inerentes ao abrigamento (adoção, retorno à família de origem, entre outros) (Vectore, Carvalho, 2008, p.446).

A angústia de saber que muitas vezes a violência é encoberta e passa despercebida. Para Ferrari (2002, p. 50), há falta de mobilização social em defesa da criança, uma falta de denúncia e até uma conivência da sociedade, revestida pelo "pacto do silêncio", que permeiam essas discussões, mesmo entre profissionais".

A gente já passou várias vezes provavelmente por casos de violência e passou batido [...]. (CUR)

Ribeiro e Yano (2009, p. 451) referem que a subnotificação "é um fator que torna difícil identificar a dimensão e a extensão das ocorrências de violências" e que "as crianças e as partes envolvidas relutam em revelar a violência, principalmente quando a revelação explicita a violência que ocorre no âmbito familiar".

Nos trechos abaixo, os entrevistados relatam a sensação de que não está sendo feito nada, que faltam soluções, e de que não há resultados no enfrentamento da violência infantil:

[...] parece que não acontece nada [...]

[...] parece que não tem resultado. (CUR)

A morosidade do processo, a demora, a sensação de que não está fazendo nada acontece por conta disso. (CUR)

A primeira impressão é que não faz nem acontece nada [...]. (CUR)

[...] porque elas [profissionais] não querem se envolver, e a justificativa desse não envolvimento é que não vai levar em nada, que nunca dá certo. (CUR)

Vecina e Cais (2002, p. 58) constataram que "toda e qualquer forma de violência causa indignação, pede por intervenção". As diretrizes da Política Nacional de Humanização (2010) apontam para a mudança nos processos de trabalho no sentido de acolher os usuários, desenvolver vínculos solidários e trabalhar a partir das necessidades de saúde.

Nos três trechos a seguir, os entrevistados relataram dificuldades no enfrentamento da violência infantil:

[...] criar sensibilidade pra atender todos os casos porque as vezes nós mesmos somos violentos. Acho que em

alguns momentos nós temos uma visão violenta. Então a gente tem que trabalhar primeiro o profissional. (CRED)

Precisamos de mais assistência, mais pessoas para trabalhar, ficamos muito sem saber o que fazer [...]. (CRED)

[...] que me sinto um pouco verde, acho que tenho que saber mais como funciona. (CUR)

Natureza Complexa da Violência Infantil

Sobre a natureza complexa da Violência Infantil a percepção dos entrevistados é de que o enfrentamento não é um trabalho simples, mas sim é um desafio que necessita um exercício constante e de ser investigado no território. Alguns trechos das entrevistas ilustraram esta sub-categoria:

Então é complexo pela própria questão da violência, ela sempre vai ser difícil assim. (CUR)

[...] E às vezes não é tão simples até pelo tema ser complexo mesmo. (CUR)

E é um eterno exercício, não é tão simples. (CUR)

[...] é um desafio. (CUR)

[...] acredito que isso é um constante exercício, exercício mental de correlações [...]. (CIUR)

[...] quando você precisa de um parceiro de responsabilização que seria Conselho Tutelar, as varas, os juizados, esse é um dos desafios que é uma constante. Até quando a gente olha o outro lado a gente vai entender porque que isso é complexo para eles. (CUR)

Creio que este é um problema muito complexo [...]. (CRED)

[...] é criar um vinculo com esta família para poder ajudar. (CRED)

[...] tem que ser investigado.

Primeiro a gente tem que investigar.

O apoio emocional, conversa, uma escuta qualificada também.

Então é um caso assim, triste, chato, não é uma coisa muito boa.

Às vezes tem um casal bonitinho e não contam nada para você e não desconfia de nada. Às vezes pode até pensar, mas é difícil você dizer que era ou não era. (CUR)

E eu sempre digo que aquilo que a gente não sabe, a gente também vai ter que procurar. (CUR)

Uma criança que sofre agressão pode sim ser um agressor, eu falo pode porque depende muito de outras influências que ela vai ter no decorrer da vida. (CRED)

[...] não surte o resultado que a gente gostaria, eu acho que o acompanhamento ao longo prazo seria o ideal, eu estou falando de uma coisa que eu sei que a nossa realidade dificulta muito. (CRED)

[...] quando a gente não conhece os casos especificamente, quando a gente não conhece a condição social das pessoas, a gente sempre pensa em uma instituição que vai resolver isso, em um abrigo, mas hoje a gente vê que isso não resolve o problema, não resolve a situação. (CRED)

[...]precisamos aprender muito, enfrentar a violência não é fácil é um tema que todos tentam ficar distantes [...]. (CRED)

Diversos autores referem sobre a violência ser um fenômeno complexo que requer mobilização de todos para seu enfrentamento (Krug, Dahlberg, Mercy et al. 2006, Azevedo e Guerra 2006, Fonseca, Egry e Nobrega et al. 2012, Apostólico, Hino e Egry 2013).

Nos relatos abaixo, os entrevistados referem que a violência os obriga a agir atendendo os casos que acontecem de imediato [mais do que trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção da saúde], e sem se sentirem preparados para este trabalho:

[...] a gente acaba pegando sempre aquele que está pegando fogo e não aquele que você deveria estar atento para que não chegue a pegar fogo e trabalhar principalmente na ótica da prevenção para que não ocorra. (CUR)

Acho que precisa haver um programa pra prevenção [...]. (CRED)

Porque eu acho que é muito baixo o nível de notificação, eu tenho certeza, em relação ao que acontece, eu tenho certeza […]. (CRED)

[...] a gente tem trabalhado no sentido da prevenção, de orientar, de chamar a atenção para até denúncia [...]. (CRED)

[...] seriam o medo em lidar com a situação, a insegurança em lidar com a situação, a falta de preparo em lidar, a falta de preparo para orientação, em lidar com a família, principalmente na questão da violência sexual, que as vezes é o pai, é um parente e como você vai abordar essa situação. (CRED)

Ter um serviço estruturado ajudaria muito. (CRED)

[...] que tivesse realmente um acesso, pessoas preparadas para lidar com a situação, porque entendemos que para lidar com a situação são pessoas que devem estar realmente preparadas, capacitadas, treinadas. Ter o

profissional, ter o serviço, depende das políticas públicas. (CRED)

O conceito de acolhimento da PNH (2010a) trata da escuta qualificada das necessidades de saúde, acompanhando as pessoas nos diversos níveis de atenção, dessa forma, a humanização da atenção requer o comprometimento para acompanhar e intervir nos problemas detectados pelas unidades de saúde e nos territórios.

A violência infantil por ser encoberta necessita de acolhimento às famílias no sentido da PNH, ou seja, que os profissionais tenham disponibilidade para conversar e ativamente perceber o que está ocorrendo. "O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão favorece uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços" (Brasil, 2009i, p.8).

Nos trechos a seguir, os entrevistados referiram esta necessidade:

Na hora em que elas procurarem, o serviço deve estar disponível para atender, porque é uma questão bem complicada de se expor. Então tem que ser quando a pessoa decidir. [...] os profissionais tem que estar sensíveis a essa questão. Na hora que chegar, acolher essa família, escutar essa família e fazer o atendimento necessário. (CUR)

[...] ter uma porta aberta para os casos de violência também, encaminhar direto, porque não existe dentro da unidade, e este caso vai ser repassado, que vai ser repassado. (CRED)

A Natureza Complexa da violência infantil encontra processos de trabalho com rotinas que nem sempre estão adequadas às necessidades dos usuários, mas que se estabelecem favorecendo uma lógica do trabalhador [outros empregos que ele tenha, em trabalhos paralelos], as quais ferem os direitos dos usuários no SUS. Um exemplo disso, é o tempo dispensado pelo profissional para cada atendimento, primando que o usuário possa expor seus problemas, para que o profissional consiga detectar as reais necessidades de saúde. Nos trechos das entrevistas a seguir, os participantes revelaram problemas sobre a organização do serviço em saúde:

[...] como a consulta tem 20 minutos, as vezes você não consegue descobrir. Mas deve ter sim, crianças que passam comigo e que podem ser vítimas e eu desconheço, que sofrem caladas. (CRED)

[...] tem muitas políticas importantes, mas que elas não são efetivas. (CUR)

[...] acho que nós atuamos pouco, porque em relação ao perpetrador, fica muito no nível do conselho tutelar, do judiciário ou da polícia e nós atuamos muito pouco. (CUR)

Se houverem mais discussões a respeito desse assunto. Talvez uma situação. Porque a violência é muito nebulosa. Muito nebulosa, pouco discutida e muito relativa. (CUR)

[…] o governo é uma coisa que vai só me incomodar, então eles vão vir, vão dizer que fui eu que disse, então é melhor eu não me meter. E a gente tem essa mania de não se meter. (CUR)

[…] você vai ter resolução deste problema muito tempo depois e até lá esta criança já sofreu quantas outras violências, o sistema é muito demorado. (CRED)

As instituições acontecem mas de fato deixam muito a desejar, muitas vezes não temos um suporte necessário, tem uma demora muito grande [...] (CRED)

As políticas públicas podem auxiliar acho que dando um suporte melhor que não tem, às vezes para encaminhar é tanta notificação que tem que esperar, [...] não tem aquela atenção, é muito burocrática em alguns momentos, não é uma coisa com tanta facilidade como notificou e já resolveu, precisa de uma reforma política, não existe muito investimento nesta área [...]. (CRED)

[...] essas famílias conseguirem chegar nas pessoas especializadas e competentes, a demanda é grande, tem uma fila, uma espera. (CRED)

[...] uma agressão que ocorreu ali muitas vezes ela não para ali, continua acontecendo, acontecendo, acontecendo e aí a gente tem um adulto que daqui a pouco se envolve com droga que se envolve em confusão e é a família que sofre muito, uma série de prejuízos. Acho que tem um fluxo bem estabelecido facilita muito, assim também o profissional se sente mais seguro de saber exatamente para onde ele pode recorrer, a quem recorrer que tipo de ajuda ele vai conseguir ter, né é o que eu falei, às vezes a gente fica um pouco de mãos atadas por conta de uma burocracia que você denuncia. (CRED)

Os discursos de Curitiba revelaram questionamentos acerca da resolutividade dos abrigamentos realizados [se a retirada das crianças de famílias é mesmo o melhor caminho], deflagrando que o enfrentamento possa estar se resumido a esse ato de colocar a criança em local protegido, contudo sem trabalhar com a natureza complexa da violência, ou seja, com os problemas de readaptação das mesmas no retorno à família e a perda de vínculos afetivos. Conforme exemplificado nos trechos a seguir:

[...] quando somos da rede de proteção, não pensamos que a melhor coisa é tirar *a criança da família, tirar do meio da família. É fazer alguma coisa assim e não é, na verdade às vezes é pior acontecer isso. (CUR)*

[...] ao mesmo tempo eu não acredito que encher o abrigo vá resolver porque a gente falha muito. (CUR)

Vectore e Carvalho (2008) em estudo realizado com crianças abrigadas na sua a maioria vítimas de maus tratos observaram como efeitos da violência infantil a baixa auto-estima, a agressividade, o isolamento, entre outras características. As autoras atentam para que a indisciplina não seja alijada, pois essa atitude das crianças pode ser “uma estratégia de

sobrevivência no espaço institucional" (Vectore e Carvalho, 2008, p.446).

Esse mesmo estudo debateu sobre a sujeição das crianças ao espaço institucional, e o quanto isso influencia na constituição delas como pessoas:

> Além das experiências dolorosas vivenciadas antes da institucionalização, a criança abrigada parece dispor de um espaço restrito para manifestar os seus desejos e necessidades, de se fazer ouvida e compreendida, sujeitando-se continuamente às rotinas rígidas da instituição, às normas do judiciário, enfim, constituindo-se dia-a-dia num "sujeito sujeitado" (Vectore e Carvalho, 2008, p.447).

Veiga-Neto (2015, p.56) refere que "o governo da infância tem por objetivo conduzi-la para determinados "lugares" numa cultura, para determinadas posições numa sociedade e para determinadas formas de vida já partilhada por aqueles que já estavam aí" [adultos, pessoas na sociedade]. Dito isso, compreendemos que as crianças por sua natureza e vulnerabilidades são indivíduos conduzidos pelos adultos os quais são responsáveis por elas, seja no espaço da família, ou no abrigo etc.

Esse autor diz que além de tomarmos conhecimento de que a infância tem sido governada precisamos questionar "para onde essas formas de governamento a estão levando", tendo isso a ver "com o tipo de sociedade futura que está hoje a ser gestada nas famílias, nas escolas e nos espaços sociais […]" (Veiga-Neto, 2015, p. 56).

Esses aspectos observados na natureza complexa da violência infantil importa aos profissionais para que compreendam seu trabalho de produção de saúde nos territórios, pois entre os desafios do SUS na produção de saúde está a necessária superação da cultura sanitária biomédica, substituindo-a por uma concepção de saúde como "produção social, econômica e cultural" (Brasil, 2010a, p.15).

A partir desse conceito de saúde, entende-se que o trabalho em saúde é essencialmente realizado em equipes transdiciplinares e, sendo outro desafio do SUS, a efetivação de um trabalho intersetorial, vinculado às demais áreas públicas que interferem na produção de saúde: assistência, segurança, educação, cultura, lazer, habitação, justiça e conselhos (conselho tutelar, conselho de saúde, conselhos comunitários) etc.

Dessa forma, o enfrentamento da violência infantil necessita dessa (re)configuração para um trabalho compartilhado, cogerido em equipe e redes de saúde. "Com a ampliação do conceito de saúde, a construção de redes tornou-se uma estratégia que permite criar múltiplas respostas no enfrentamento da produção saúde-doença" (Brasil, 2009a).

No cenário de Curitiba, os entrevistados verbalizaram, como parte da natureza complexa da violência infantil, a falta de um trabalho intersetorial, envolvendo diversos locais da sociedade, outras áreas das políticas públicas. Os profissionais do distrito do Capão Redondo

identificaram essa mesma desarticulação que fragiliza o enfrentamento, destacando a necessidade de existir uma responsabilidade compartilhada que necessita um trabalho comum em rede e equipe. Alguns trechos da entrevistas ilustraram esta afirmação, entretanto, não aprofundaram sobre a forma de como realizar a intersetorialidade:

[...] tem que ser algo intersetorial, tem que envolver escola, area saúde, a fase, assistente social. (CUR)

[...] um trabalho mais intersetorial, comunicar mais com a escola, com a família, setor saúde porque o contato não é tão frequente e poderia ser melhor. [...] porque vivemos um ciclo da violência e enquanto não quebrar este ciclo da violência [...] fica bem mais difícil. (CUR)

[...] falta consciência e articulação para prevenção realmente acontecer. (CUR)

[...] da violência ela é multifatorial e ela tem que ser multiprofissional na abordagem. (CRED)

Não é responsabilidade de uma instituição em si. (CRED)

[...] uma rede mais articulada mesmo [...].(CRED)

Nos temos um conselho tutelar é, que palavra que eu posso usar, imaturo, inadequado ainda, as vezes o conselho tutelar toma medidas que não nos ajudam [...].(CRED)

Para Carlos (2014, p.172) à formação orientada belos modelos tradicionais de assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar, e a compreensão da dialógica "autonomia-dependência" como constituinte desse trabalho é uma estratégia para a superação dessa lógica.

Em muitos discursos analisados, os entrevistados referiram o uso de drogas como fator que predispõem a violência infantil, demonstrando fragilidades significativas de enfrentamento nessas situações. A APS é por excelência o primeiro atendimento de saúde no SUS, que tem como um de seus princípios a integralidade da assistência, sendo responsável pelo acolhimento dos usuários (Brasil, 2011b).

Através das diretrizes da reforma psiquiátrica, contemporaneamente, o SUS amplia o número dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sobretudo, convoca os profissionais a desenvolverem um trabalho em redes de atenção à saúde, que seja deflagrado o cuidado de saúde mental na APS (Brasil, 2001c; 2002b; 2010 b; 2010c; 2011a; 2011b; 2012).

As diretrizes da política de saúde mental para uma abordagem com pessoas que usam drogas é a de redução de danos e construção de projetos terapêuticos singulares, contudo, para tal, os profissionais de saúde necessitam vencer a visão historicamente construída acerca do uso de drogas como periculosidade (Brasil, 2009d). Os trechos das entrevistas revelaram que

existem dificuldades por parte das equipes de APS no enfrentamento da violência infantil, quando existem histórias de uso de drogas nas famílias:

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. Hoje é também um modo de convivência familiar, porque pobreza não é sinônimo de violência. (CUR)

[...] para mim elas só vão se consolidar quando os núcleos [NASF] entenderem realmente o que foi delegado a eles. (CRED)

[...] existir uma interlocução uma assessoria de saúde mental e reabilitação que ficaria com estas questões. [...], sinto a necessidade de capacitações e treinamentos [...].(CRED)

Nos relatos entrevistas, os profissionais relataram reconhecer a violência infantil como crime, e devido a isso as pessoas envolvidas com ela acabam denunciando, porém ainda de maneira vagarosa:

[...] eu vejo independente de ser doença ou não, que é crime. Não sou a favor de eles dizer que vamos tratar e não vamos culpabilizar. Acho que não, tem que ver que é errado. (CUR)

[...] e as pessoas vão dando seus jeitos, vão fazendo boletim de ocorrência na polícia, vão notificando, devagarzinho. (CUR)

[...] a gente precisa ter instrumentos, acho que a assessoria jurídica é fundamental [...].(CRED)

Minayo (2007, p. 29) atenta que, o "setor Saúde, além da tradição de prevenção, tem a ótica do cuidado como *ethos*, no que se diferencia da segurança pública, que visa a reprimir crimes e contravenções. Essa tradição de prevenção pode fazer toda a diferença!"

Formação e Educação Permanente

A percepção dos profissionais reflete o perfil traçado na caracterização dos entrevistados, na medida que a maioria informou não ter participado de treinamentos acerca do enfrentamento da violência infantil.

Nos relatos codificados, essa queixa apareceu constantemente, de que os profissionais se sentem despreparados, sem conhecimentos e/ou qualificação para o enfrentamento. Esse fato, sobremaneira, influencia e determina as dificuldades em organizar o trabalho, construir fluxos e protocolos, contribuindo para que a violência infantil permaneça sem ser identificada

ou monitorada. Conforme relatado nos seguintes trechos:

[...] nunca tive treinamento para enfrentar a violência. (CUR)

Mesmo na formação acadêmica nunca tive, vamos nos virando. (CUR)

[...] a preparação mais técnica para identificar sinais de abuso e de violência. (CUR)

Protocolo, treinamento para toda a equipe […].(CUR)

Acho que a área da saúde deveria ofertar qualificação [...].Ou a educação para qualificar os atendentes de creche. O Serviço social. Em casos graves acho que o ministério público. (CUR)

Eu acho que a gente vê pouca violência infantil do que deve estar acontecendo. (CUR)

Talvez uma política de conscientização, de propaganda, de falar denuncie [...]. (CRED)

[...] na nossa formação a gente não tem esse instrumento [...].(CRED)

[...] porque quando eu quis saber sobre isso tive que procurar por conta própria. (CRED)

A formação para o SUS e a qualificação dos serviços de saúde para atender a população são desafios em um país continental, que possui desigualdades sociais e vulnerabilidades, sendo esse um objetivo explicito pela política de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007). Egry, Marques e Fonseca (2006, p. 238) corroboram que as "competências profissionais, o processo crítico-emancipatório requer estratégias que permitam expressar e demonstrar não apenas os conhecimentos adquiridos pelos egressos dos cursos, mas, fundamentalmente, o saber em ação".

Dentre os desafios desse sistema, a Política Nacional de Humanização (2010a, p.7) reforça a necessidade da "ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários [...]".

A PNH (2010a, p.8) enfoca problemas no SUS relacionados às equipes, tais como: a "desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente [...], a pouca participação da gestão dos serviços e o frágil vinculo com os usuários".

Assis, Deslandes e Minayo (2007, p. 211) citando a PNRMAV sobre a preparação dos recursos humanos, esses necessitam:

> "Treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação visando à vigilância epidemiológica por causas externas; Criação de disciplina sobre emergência nos cursos da área da saúde; Complementação curricular a serem homologada pelo MEC para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de Enfermagem; Criação e implementação de currículo mínimo padronizado, homologado pelo MEC para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar; Capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional. Tal capacitação deve incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além de habilidades para elaboração de material informativo e educativo".

8.2 OS SABERES NECESSÁRIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL

Ancorado nas competências e saberes que conformam um trabalho não alienado, e para mapear os saberes necessários à formação e qualificação profissional no enfrentamento da violência infantil, este estudo decodificou a partir das entrevistas advindas da prática algumas sub-categorias nas dimensões do saberes: Saber-Saber, Saber-fazer, Saber Ser-ético-profissional.

Segundo Egry, Marques e Fonseca (2006, p.238), as "competências conformam-se como saberes em ação, pela articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos tanto em sistemas formais de ensino como no mundo do trabalho".

Para Delors (2001, p.16), à educação: "Cabe-lhe a missão de fazer com que todos, sem exceção, façam frutificar os seus talentos e potencialidades criativas, o que implica, por parte de cada um, a capacidade de se responsabilizar pela realização do seu projeto pessoal".

8.2.1 Dimensão do Saber-Saber

Na dimensão do saber-saber estão os conhecimentos adquiridos dos profissionais, bem como sua visão de mundo, através dos quais reconhecem a violência infantil.

Na dimensão do saber-saber as sub-categorias encontradas nos discursos dos profissionais foram: Concepções sobre Família; Violência de Gênero; Violência Transgeracional; Concepções sobre a Violência Infantil; Tipologia da Violência Infantil; Sinais e Sintomas [da existência] da Violência; Formas do Enfrentamento da Violência; Raízes da Violência.

Concepções sobre Família

A família que por excelência corresponderia às pessoas responsáveis pela proteção das crianças tem sido cenário de violência doméstica infantil (Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry, 2012; Ferrari, 2002). Alguns entrevistados referiram que a violência infantil ocorre devido as famílias não estarem preparadas, ou seja, pela chegada de filhos não desejados, e por esses núcleos mudarem sua composição constantemente.

[...] 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 [...].(CRED)

[...] famílias que não estão preparadas para o recebimento destas crianças, porque uma criança precisa ser planejada e desejada [...].(CRED)

[...] essa inconstância nos núcleos familiares[…].(CRED)

[...] nossa área tem muitas famílias desintegradas. Não tem uma família nuclear forte [...]. (CRED)

Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012, [Tela 6]) referem que quando a violência acontece no espaço do domicílio, "o lar já não é o local de segurança, como deveria ser".

Os profissionais identificaram a violência infantil relacionando-a com a desestrutura familiar. O que de fato existe implícito neste discurso? Que tipo de família o profissional está usando como padrão em seu julgamento da realidade? Donzelot (1986, p.13) refere que "a família é uma instância cuja heterogeneidade face às exigências sociais pode ser reduzida ou funcionalizada através de um processo de flutuação de normas sociais e dos valores familiares".

Ferrari (2002) diz que o conceito de família tem acompanhado as mudanças da sociedade, obtendo contribuições de diversos campos do saber (sociologia, antropologia, filosofia, psicologia e também por historiadores) para a compreensão desse grupo familiar.

Violência de Gênero

A violência de Gênero foi referida através de um relato de um profissional no cenário de Curitiba, sobre uma situação de abusos envolvendo as mulheres da família, conforme aparece nos seguintes trechos:

[...]menina que foi abusada pelo avô. [...] a mãe dessa menina sofreu a mesma violência pelo pai. A mesma

pessoa, é o mesmo, o agressor é o mesmo. (CUR)

[...]a avó ficou sabendo que aconteceu com a mãe e com a irmã da mãe também. (CUR)

Ferrari (2002, p.87) refere que "a violência intrafamiliar/violência familiar/ violência de gênero – ou padrão abusivo de interação – é um fenômeno social que sempre existiu". Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012, [Tela 5]) apontam que "a violência contra crianças é fenômeno determinado por relações desiguais de gênero e geração". O Ministério da Saúde refere que na perspectiva de gênero a "organização patriarcal criaram dificuldades tanto para mulheres quanto para homens" (Brasil, 2009h, p.30).

Franzoi, Fonseca e Guedes (2011), em estudo realizado acerca das concepções dos profissionais da saúde da família sobre a violência, destacam que a "construção social de gênero é a grande responsável pela naturalização da violência", e que aqueles "profissionais revelaram a barreira cultural que sustenta a violência como difícil de ser quebrada" por ser os valores presentes nos hábitos sociais, e pela cultura androcência reiterada historicamente.

Violência Transgeracional

No caso relatado na sub-categoria anterior, constatou-se outra, que é a violência transgeracional, devido o perpetrador ser o mesmo: o avô. As mulheres da família, a neta, a mãe da menina, e a tia foram abusadas pelo mesmo indivíduo. Questiona-se outras violências doméstica contra a mulher, no caso para com o conjugue, e a conivência dessa esposa, se ela tinha ciência desses abusos? Muitas vezes a mulher acaba silenciando por não encontrar saídas, meios de sustento de si mesma e dos menores.

[...] menina que foi abusada pelo avô. [...] a mãe dessa menina sofreu a mesma violência pelo pai. A mesma pessoa, é o mesmo, o agressor é o mesmo. (CUR)

[...] a avó ficou sabendo que aconteceu com a mãe e com a irmã da mãe também. (CUR)

Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012, [Tela 7]) referem que a violência sexual envolvendo meninas é um fenômeno de "dupla subalternidade", envolvendo gênero e geração, na qual "a violência de gênero é exacerbada pela violência intergeracional, de modo que o lugar social em que idade e o sexo as colocam desqualifica a criança de qualquer autonomia".

Esse estudo realizado no município de Curitiba apontou que na relação assimétrica de poder:

> "[…] mais especificamente, da relação adulto/ criança, a repressão que o adulto (a mãe) exerce sobre seus filhos extrapola, muitas vezes, o limite do necessário, chegando a caracterizar a violência intergeracional. Tendo em vista que a mulher também reproduz comportamentos vivenciados, a violência é a medida de que ela, muitas vezes, se vale para educar e impor limites aos filhos, facilitada pela trama que possibilita reproduzir relações de dominação determinada pela desigualdade de poder geracional" (Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca, Egry, 2012, [Tela 6-7]).

No entanto, não se pode ter uma visão determinista desse ciclo da violência infantil, sendo que ele é relativo, podendo acontecer, ou não. A interrupção desse ciclo dependerá dos encontros salutogênicos que esta criança terá ao longo de seu desenvolvimento, ainda que, esse mesmo corpo tenha registros, memórias e marcas da violência infantil. Neste trecho de entrevista de Curitiba o profissional referiu que a violência infantil é reproduzida em cadeia:

Eu acho que a violência infantil é uma cadeia, porque geralmente, os pais ou algum familiar ou alguém passou por uma situação dessas, viveu naquele meio e repassou isso para os seus filhos. (CUR)

Deleuze e Guattari (2011) explanando acerca do Anti-édipo refletem a possibilidade de reinvenção da história de cada um, não vinculadas à reprodução de comportamentos dos pais, ou desejos recalcados, mas sim vinculados à reinvenção da vida nos bons encontros que logram fazer.

Concepções sobre a Violência Infantil

Os participantes da pesquisa, no cenário Curitiba, em seu conhecimento de mundo, no seu saber-saber, concebem a violência infantil como um problema social.

Conforme aparece nos seguintes trechos:

[...] tem uma forte influência social. O meio social é de maior risco [...]. (CUR)

[...] é muito uma questão social. (CUR)

[...] desses pacientes que vem todo dia aqui, são problema social. (CUR)

[...]é uma questão social, da perversão do ser humano. É como falar das drogas, é como falar da criminalidade. (CUR)

Egry (1996, p.30) refere que o materialismo histórico "atribui caráter histórico aos

fenômenos sociais, considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação dos homens".

No relato a seguir, o profissional concebe a violência infantil como violência psicológica, que necessita atenção especializada:

[...] acompanhava a mãe pela situação dela no programa de saúde mental, a mãe já nos conhecia, já tinha como referência e acabou trazendo a menina aqui e a gente fez o encaminhamento. (CUR)

No entanto, nem sempre isso se faz necessário, necessitando-se avaliar caso a caso. É uma tendência ainda predominante o encaminhamento de pessoas para atendimentos de saúde mental em CAPS, ou para atendimento com profissionais especializados (Brasil, 2011d).

Os CAPS foram criados para acolher pessoas com transtornos graves e desenvolver vínculos com as famílias no acompanhamento diário; e, acolher pessoas com transtornos moderados com atividades em oficinas e terapias diversas (Brasil, 2002b). Essa é a filosofia básica da reforma psiquiátrica, estimulando a atenção à saúde mental na APS, nos outros casos, recorrendo ao apoio matricial, ou dos CAPS, ou de equipes de NASF.

Se os CAPS atendessem apenas casos graves e moderados como idealizado na Portaria 336 (Brasil, 2002b), possivelmente realizariam apoio às equipes da APS com mais efetividade. Outro problema, é a inversão do papel de apoio matricial dos NASF, estabelecido pelo Portaria 157 (Brasil, 2008), que acabam muitas vezes fazendo atendimentos com agendas, e não um atendimento conjunto com a equipe de referência, que seria sua responsabilidade. Assim está descrita na Portaria 154 (Brasil, 2008), que os NASF devem atuar "em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes"; e, "buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade" do trabalho das ESF.

Sendo assim, a corresponsabilização entre essas equipes, observando que o apoio à ESF se configura em compartilhar saberes, conhecimentos acerca do acolhimento em saúde mental, para:

> "[…] a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS" (Brasil, 2008).

No trecho a seguir, o profissional relatou o desespero da mãe em prevenir a violência, falando do seu desejo de ser internada, para evitar que ela realize esse ato. Como descrito

anteriormente, há uma visão de mundo pautada no imaginário social historicamente construído ancorado na psiquiatria clássica, de uma valorização do atendimento especializado. A internação antes da reforma psiquiátrica, era o meio de segregar o "doente mental", confinando-o para o tratamento.

[...] uma mãe veio falar para mim que ela precisa se internar porque está começando a bater nos filhos depois que o marido bateu nela. A gente vê isso, que a violência causa mais violência e transforma tudo em mais Violência. (CUR)

Com a reforma psiquiátrica, outros dispositivos de atenção em saúde mental foram criados, como citados acima, primando por observar os princípios e diretrizes do SUS, e os direitos dos usuários. As internações são últimas instâncias de intervenções, orientadas para que sejam realizadas em leitos de hospital geral, apenas quando não há suporte na família, CAPS dia, CAPS 24h, visitas domiciliárias, acompanhamentos terapêuticos, residenciais terapêuticos. No entanto, essa é uma realidade distante da expressão contemporânea, em que os embates tem sido feitos, com alguns avanços. (Brasil, 1990b; 2001c; 2002b; 2008; 2010a; 2010c; 2011c; 2011d).

Nos trechos a seguir, os entrevistados em Curitiba identificaram a violência infantil como violação de direitos adquiridos:

[...] coloca uma criança no mundo e acaba com todos os direitos dela de viver, de ter uma vida saudável e ser feliz e já mostra para ela a primeira coisa a violência infantil. (CUR)

[...]a gente atende menos é violência infantil, porque não aparece tanto. Eles escondem, não é uma coisa que aparece. A gente acaba descobrindo. (CUR)

[...]acontece por falta de estrutura, orientação, analfabetismo, falta de ter alguém lá atrás na infância que chegue e que oriente a educação. (CUR)

Já no cenário do Capão Redondo, em São Paulo, a concepção da violência nos relatos apontaram a importância das políticas públicas, para que as crianças se tornem pessoas menos fragilizadas quando adultas, assim descritos nos trechos:

[...] que elas sejam adultas menos fragilizadas. Então a gente tem que resolver, mas a gente só resolve mesmo com políticas públicas. (CRED)

A garantia de proteção e defesa dos direitos das crianças, bem como as políticas públicas com vistas à integralidade da atenção, produção social das famílias, tem a ver com o conceito

de saúde (Brasil, 2010a) discutido na contemporaneidade, como produção social, citado anteriormente.

Qualquer que seja a violência, é um ato que fere a liberdade. No cenário de São Paulo, o entrevistado refere a violência como interrupção da liberdade do outro:

A violência para mim é a interrupção da liberdade do outro, é o uso de estratégias que deprimem o outro que fazem com que o outro seja desvalorizado, seja menos apreciado. (CRED)

Tipologia da Violência Infantil

Nesta sub-categoria do saber-saber os profissionais reconhecem as diferentes violências contra a criança, fato que leva a questionar se a subnotificação também deva estar vinculada a outras circunstâncias, sentimentos que afloram e às resistências. No cenário de Curitiba, os participantes identificam a Tipologia da Violência, sendo elas a física, a sexual, a verbal e de negligência:

[...] violência física, excetuando a gente está formando um agressor. E quando vem a questão da violência sexual junto, a gente vê que é quase uma morte psíquica da pessoa. A pessoa perde muitas vezes a capacidade de vivenciar questões de prazer, questões de felicidade para o resto da vida. (CUR)

A verbal, eu vejo que ela faz mais isso. Ela atinge mais a pessoa no autoconhecimento dela, na autopercepção, autoestima. (CUR)

[...] então você tem a questão da dependência química envolvida, tem a questão da pobreza, tem a questão da falta de higiene. É muita coisa envolvida que a gente traduz tudo como negligência. (CUR)

No cenário do Capão Redondo em São Paulo, os relatos trouxeram temas relativos à violência física, aos maus tratos, e a violência sexual:

[...] a mãe disse que foi depois que foi violentado[...].(CRED)

[...] e como por ela usar drogas, quando ela ia na casa pra encontrar com os filhos, ela, acho que estava no efeito da droga, às vezes ela machucava, espancava as crianças. (CRED)

[...] mas nada ficou caracterizado como violência, era mais maus tratos, falta de cuidado[...]. (CRED)

A violência sexual causa mais revolta, do que outras violências, como a física, psicológica, fetal, verbal, a negligência, ainda que muitas delas estejam acontecendo

mutuamente. Para Ferrari (2002, p.42) a vitimização psicológica da criança por parte dos pais, deixam registros e marcas, e a criança é abusada sem o uso direto da força do adulto, mas no entanto "ela é negligenciada, suas necessidades básicas são sempre postergadas, esquecidas. Ela é humilhada, aviltada com palavras".

Sinais e Sintomas [da existência] da Violência

A partir de seus saberes, os profissionais inferiram acerca dos sinais e sintomas da existência da violência infantil:

[...] ela não olhou no olho, porque ela ficou escondida atrás do pai, pode ser que tenha alguma questão de violência nesse caso. Nós vamos começar a investigação, vamos ligar para o colégio. (CUR)

[…] então ele tem pavor de pessoas, se mostra com medo de tudo, até se piscar ele tem medo [...].(CRED)

[...] desde desnutrição, de acidente doméstico, é uma violência, porque a criança não está sendo bem cuidada. (CRED)

[...] um comportamento apreendido, e isso tem também influência no desenvolvimento, depois pode ser uma criança que tem uma dificuldade escolar. (CRED)

[...] que vai ser agressiva na escola, é uma criança que vai ter queixa da escola, que vai brigar com os amiguinhos na rua, que não vai aprender a expressar o que sente que vai viver com traumas, quem sabe, pelo resto da vida. (CRED)

O Ministério da Saúde (2001b, p.33) alerta que a violência infantil tem diversas formas, e sinais e sintomas isolados não suficientes para detectá-la, sendo assim, é imperscindível que os profissionais procurem fazer correlações entre esses, e "o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido".

Formas do Enfrentamento da Violência Infantil

Os profissionais de saúde reconheceram as visitas domiciliárias multidisciplinares, os grupos de apoio, o trabalho em equipe como sendo formas para o enfrentamento da violência infantil. Algumas frases ilustram este saber:

[...] vai fazer uma visita domiciliária multidisciplinar, que tenha assistente social, psicóloga, vai todo mundo fechar o circulo em cima desta família e tentar resolver da melhor forma possível. (CRED)

[...] for trazido este problema para a equipe, gera visita domiciliária pela equipe, gera visita domiciliária pela equipe multidisciplinar junto com o conselho tutelar. (CRED)

[...] esta criança e estes pais precisam participar de grupos de apoio [...].(CRED)

[...] preocupação com a repercussão [...] porque dependendo de repercussão desse ato toda a população se volta a favor ou contra ele, então o desfecho do caso ele impacta muito no trabalho posterior da equipe. (CRED)

[...] que ninguém se preocupa muito em procurar conhecer melhor. (CRED)

Apostólico, Hino e Egry (2013, p.325) em estudo realizado em Curitiba enfocam que as visitas domiciliárias são ferramentas de intermediação entre o domicílio e o serviço de saúde e facilitam o acesso à assistência, como sendo uma maneira de "aproximar o profissional da dinâmica da vida familiar e por isso as famílias em situação mais vulnerável devem receber um apoio maior".

Raízes da Violência

Como raízes da violência, os entrevistados em geral, tanto de Curitiba como Capão Redondo, SP, referem como uma questão social. As demais inferências sobre as raízes da violência são realizadas pelo distrito do Capão Redondo em sendo uma crise moral da humanidade, famílias não planejadas, a existência de transtornos mentais na família e/ou uso de drogas [pelo desconhecimento e visão historicamente produzida a partir da periculosidade do louco, do preconceito e segregação social], falta de equilíbrio dos pais, vulnerabilidades sociais. Os trechos descritos a seguir ilustram essas idéias:

[...]a questão da violência como uma questão social. (CUR)

[...] é uma crise moral da humanidade. (CRED)

[...] de famílias que não foram planejadas, quando a criança não é desejada, a mãe não tem o entendimento da responsabilidade que tem sobre esta criança [...], foram lares não programados, não planejados e estruturados. Às vezes temos situações psiquiátricas que afetam o comportamento e agressividade. (CRED)

[...] ela era drogadicta e ela demorava muito tempo pra voltar pra casa, pra encontrar os filhos. (CRED)

[...] na maioria das vezes, os pais eles usam drogas, usam álcool, por isso que as vezes ocorre. Mas não sei não, dizer assim porque ela ocorre. (CRED)

[...] um despreparo. Uma falta de preparo psicológico, emocional, de equilíbrio emocional dos pais. (CRED)

drogas, álcool e drogas, hoje em dia o crack eu acho que é um temor [...].(CRED)

[...] atribuo à falta de equilíbrio emocional, despreparo, essa vulnerabilidade, essa coisa de troca de parceiros muito constante, falta de estrutura familiar e drogas, álcool e drogas. (CRED)

Eu vejo a violência como um produto de condições sociais que foram estabelecidos na primeira infância [...].(CRED)

[...] uma questão social, as famílias estão muito desestruturadas, as pessoas em condições de vida muitas vezes muito precárias. (CRED)

[...] desestruturação familiar, gestões sociais muito graves, temos muitos casos associados com uso de drogas. Têm muitas questões que aparecem também sobre questão sexual, violência sexual. (CRED)

[...] quando você tem uma região que é muito vulnerável em vários aspectos à questão da violência também aparece muito. (CRED)

Para Minayo (2001):

> "[...] seja a partir de ações específicas do setor saúde para prevenir e para tratar as conseqüências da violência; seja na sua articulação interdisciplinar, interprofissional e multi-setorial, é importante ter em mente que nossas energias devem ser encaminhadas para a construção dos direitos humanos e sociais. Pois atuar contra as causas da violência significa atuar também contra a pobreza e a miséria que sacrificam nossos meninos e meninas e respeitar seus direitos consagrados na Constituição e no Estatuto da Criança e do Adolescente (Minayo MCS, 2001, p. 101).

8.2.2 Dimensão do Saber-Fazer

A dimensão do Saber-fazer, refere-se às habilidades, técnicas, ferramentas, saberes instrumentais, que fazem parte do processo de trabalho.

A partir dos discursos dos entrevistados, as sub-categorias identificadas foram: Acolher dentro dos Serviços [Política Nacional de Humanização]; Notificar Suspeitas; Investigar a Violência no território; Realizar Busca Ativa no território; Reconhecer Sinais e Sintomas da Violência; Realizar Escuta Qualificada e Saber Conversar; Desenvolver Olhar Integral à Família; Registrar Atividades; Intermediar as Necessidades das Famílias; Saber Delegar; Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações; Enfrentar as Resistências; Preencher Corretamente a Ficha de Notificação; Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos; Intervir para a proteção da Criança; Construir Vínculos com as Famílias; Realizar

Visita Domiciliária Multiprofissional; Buscar Conhecimentos acerca do Enfrentamento da Violência Infantil; Construir Redes Intersetoriais; Orientar sobre Locais de Apoio para o Enfrentamento da violência infantil; Reconhecer a Dinâmica Familiar; Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde [orientações, educação em saúde, encaminhamentos]; Construir Projeto Terapêutico Singular [Incluir a Família].

De número expressivo, as sub-categorias desta dimensão do saber-fazer refletem a realidade dos cenários pesquisados, em que no trabalho em saúde predomina muitas vezes os sabers instrumentais.

Acolher dentro dos Serviços

Esta sub-categoria do Saber-fazer é de sumária importância, no entanto, a palavra acolhimento tem diversas interpretações. Neste estudo foi adotada a referência do termo, descrita pela Política Nacional de Humanização, em que o acolhimento não cessa [não termina] quando a demanda do usuário é sanada, mas sim promove um acolher contínuo, um acompanhamento longitudinal e produção de saúde, essa compreendida como produção social (Brasil, 2010a; 2009a).

[...] a gente fez [...] diferença: [...] o acompanhamento ele se dá dentro dos serviços [...]. (CUR)

[...] a gente faz o acompanhamento tanto da unidade de saúde, como [o conselho] fazem o dele. (CUR)

[...] não sei qual que foi o processo, porque como pertence a outra secretaria [...] não sei como que ficou esse processo de investigação [...]. (CUR)

Fizemos [...] visita, [...] a orientação, [...] a mãe começou faltar nas consultas e [...] recebemos [...] comunicado [...][para] visita domiciliária [...] de notificação. (CRED)

[...] fui na casa umas 3 vezes [...] o contato ficou muito difícil [...] marquei umas 4 consultas nos horários que ela escolhia e não aparecia […].(CRED)

eu como profissional, nunca notifiquei, nunca fiz nada, até por falta de provas [...] é uma situação muito complicada [...] o grande problema é a subnotificação [...] tem que dar condição de segurança para quem vai denunciar e o acolhimento para quem está sendo vítima. (CRED)

[...] coisas que podemos estar fazendo, estar junto desta família [...] não só [...] como uma pessoa dentro desta unidade, [...]até que realmente a família esteja estabilizada, [...] é acolhendo e estando junto. (CRED)

[...] faz [...] primeiro atendimento para conhecer melhor [...] busca [...] informações possíveis [...] algum tipo

de acompanhamento aqui no posto através dos grupos ou encaminhar para [...] serviço especializado onde essa criança possa ter um acompanhamento [...] uma denúncia. (CRED)

A intervenção é [...] chama essa

A PNH (2010a) refere o acolhimento como constituinte da prática de produção e promoção da saúde que:

> "[...] implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário" (Brasil 2010, p. 51).

Notificar Suspeitas

No cenário de Curitiba a notificação das suspeitas faz parte do saber-fazer, observando-se que há um protocolo para a realização dessa atividade, e isso aparece nas entrevistas abaixo.

A suspeita, o comportamento dos pais ou responsáveis [...] já é ponto de partida para gente fazer a notificação. Não precisa de confirmação. [...] esse protocolo, é feito [...] o acionamento [do] conselho [...] na suspeita. (CUR)

A gente obrigatoriamente faz a notificação mesmo na suspeita, leva para rede de proteção, faz o acompanhamento e aciona conselho tutelar e outros órgãos[...]. (CUR)

[...] quando a pessoa não notifica [...] acha que não vai dar em nada [...] não dá aquele valor [...] a gente frisa [...] para notificar caso de suspeita [...]. (CUR)

Já no cenário do Capão Redondo, SP, um dos entrevistados refere não notificar por falta de provas, sendo que a realização desta ação compulsória e a denúncia se faz necessária (Brasil, 2001a; 2001b; Minayo 2005), mesmo sendo uma suspeita de violência infantil. Ainda, na mesma entrevista, o mesmo profissional refere que a subnotificação como um problema para o enfrentamento. O saber-fazer também está vinculado à compreensão dos motivos de fazê-lo, necessitando que haja um processo de reflexão na qualificação e treinamentos.

[...] eu como profissional, nunca notifiquei, nunca fiz nada, até por falta de provas [...] é uma situação muito complicada [...] o grande problema é a subnotificação

[...] tem que dar condição de segurança para quem vai denunciar e o acolhimento para quem está sendo vítima.

(CRED)

O Ministério da Saúde enfatiza que é da "responsabilidade dos profissionais de saúde, quando há indicações para suspeita, perguntar se a(o) usuária(o) foi vítima de violência. Mesmo que a resposta seja negativa, estará permitindo a abertura para o diálogo e indicando a possibilidade de ajuda (Brasil, 2009h, p. 34).

Investigar a Violência no território:

O processo investigativo da violência infantil no território é um saber-fazer que pode acontecer de diversas formas, seja através de informações de ACS, dos conselhos tutelares, de pessoas que denunciam e é acionada a UBS ou ESF para investigar, pode ser realizado em reuniões de equipe pela troca de informações, sobretudo, no deslocamento para o território [vivo].

A investigação pressupõe uma suspeita de violência infantil, dessa forma, automaticamente, deve gerar uma notificação, sendo que nem sempre o profissional atenta que esse ato deva ser feito imediatamente após sua ciência.

[...] o ACS traz [...] os casos e [...] eu vou atrás, vou ver. [...] vou fazer uma visita domiciliária, [...] ver como é e faço a notificação .(CUR)

[...] procuramos investigar o caso [...] a visita, vê como está a família, como é o responsável, [...] se tem outras pessoas junto desta família, [...] alguém que possa assegurar esta família, [...] conforme a gravidade é acionado o conselho tutelar. (CRED)

Realizar Busca Ativa no território

Apenas Curitiba citou fazer busca ativa no território para conhecer melhor a realidade, do caso em si. Este é um saber-fazer ativo, em que o profissional se desloca para coletar informações, conversar com pessoas do bairro, com a Escola ou creche infantil, com cuidadores, realizando visita domiciliária, acompanhando ACS, e que sem dúvida contribui para o enfrentamento da violência infantil. Por isso, esta sub-categoria foi separada da anterior, no intuito de dar visibilidade de sua importância.

A gente faz aqui a busca ativa. Pra saber do caso melhor [...]. (CUR)

Reconhecer Sinais e Sintomas da Violência:

Tanto no cenário de Curitiba, quanto do Capão Redondo, SP, os sinais e sintomas da violência são percebidos através de cuidados realizados na rotina da atenção às crianças, como a verificação da carteira de vacina, aspectos gerais da criança, [baixo] peso, problemas com a Escola. Contudo, o profissional no cotidiano do trabalho, pela sobrecarga, desatenção, realiza estes cuidados sem atentar para a violência infantil, muitas vezes orientando sem uma melhora da condição daquela criança.

[...] notifiquei um caso de negligência [....] carteira de vacina tava toda atrasada [...] a criança estava numa situação mal de saúde, aspecto. (CUR)

[...] criança de baixo peso, [...] criança que não vai à escola, [...] criança que não tem vacina em dia, são bons indícios de que os pais são negligentes ou [...] está sofrendo algum tipo de violência. [...] são ferramentas que a unidade tem para [...] identificar e fazer a notificação. (CRED)

Dessa forma, o saber-fazer envolve o reconhecimento dos sinais e sintomas da violência infantil em pequenos detalhes, desde marcas pelo corpo, atitudes das crianças e familiares, falta de cuidados, desempenho ou faltas escolares, sempre observando o contexto de vida daquela família, cultura, modos de viver, sem pré-julgamentos mas criando vínculos com vistas à integralidade do cuidado.

Realizar Escuta Qualificada e Saber Conversar:

Nesta sub-categoria verificamos a arte de compor com o outro, a arte da conversa, de saber escutar e conversar. Este parece um saber-fazer que está presente nas habilidades dos profissionais, porém nem sempre, e pode ser um problema frequente, tanto na atenção ao usuário, quanto no trabalho em equipe. Realizar perguntas, aguardar que o usuário pense e responda, em um local protegido e apropriado, com atenção, interesse e respeito pelo discurso do usuário.

[...] chamei ela para o consultório e perguntei o que estava acontecendo e ela falou que estava suspeitando que o filho dela estava sendo abusado na creche. Eu perguntei porque você acha isso? [...] porque [...] a criança estava na cama com ela, pegava o dedo dela e começava a chupar o dedo dela [...] falava que o tio faz assim comigo lá na creche. (CUR)

[...] quando você conversa [...] vai conseguindo entender como esta família funciona, [...] muitas vezes é uma

repetição da educação, da formação de família [...].(CRED)

A gente foi, conversou com toda a família, os vizinhos, foi na escola para [...] evitar a saída da criança e deixar as crianças saírem e voltarem sozinhas para casa, conversamos com os pais [...].(CRED)

[...] quando você conversa [...] vai conseguindo entender como esta família funciona, [...] muitas vezes é uma repetição da educação, da formação de família [...].(CRED)

Brasil (2009c, p. 29) diz que o "encontro entre sujeito e profissional, uma escuta qualificada, faz com que diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários".

O sujeito/subjetividade na PNH é compreendico como um "território existencial resultado de um processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, midiáticos, etc" (Brasil, 2010a, p.67). Por isso, faz parte do trabalho em saúde, desse saber-fazer profissional, a incorporação dessas habilidades da arte da conversa e escuta qualificada, no sentido de produzir encontros [intersubjetividade] com o usuário.

Desenvolver Olhar Integral à Família:

Desenvolver um olhar integral à família no enfrentamento da violência infantil faz parte de um saber-fazer engajado na produção de saúde.

Notificou [...] discutiu em rede de proteção [...] [cadastrar no] programa bolsa família, [...] benefícios para a família. (CUR)

[...] criança encaminha para atendimento, encaminha a mulher ou [...] proteção dessa família há instituições que abrigam [...] mãe com os seus filhos para afastar do agressor. (CRED)

A integralidade como um dos princípios do SUS compreende o acesso a todos os níves de assistência e, também, a "proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais" (Brasil, 2010a, p. 63).

Registrar Atividades:

O registro de atividades como um saber-fazer no enfrentamento da violência garante a

continuidade e a agilidade da assistência [cria memória da história do usuário, suas necessidades de saúde em diversos contextos, possibilitando o compartilhamento de informações, intervenções e ações desenvolvidas]. No trecho selecionado esta ação é uma preocupação do profissional entrevistado:

[...] se não registrarem no sistema [...] não tem como provar que a gente está realmente acompanhando [...]. (CUR)

No instrutivo da ficha de notificação compulsória, entre os dados da criança vitimizada deve constar o registro da unidade, o número de matrícula e/ou boletim de emergência (Brasil, 2001a).

Intermediar as Necessidades das Famílias:

O compromisso do trabalho em saúde requer realizar pontes para o enfrentamento da violência infantil, intermediando as necessidades das famílias, articulando um saber-fazer no sentido de traduzi-las às instituições.

[...] eu vejo assim, nós somos essa ponte para as famílias da rede de proteção, que eu posso ajudar. (CUR)

Saber Delegar:

Esta sub-categoria corresponde ao compartilhamento do trabalho em cogestão. Na PNH (Brasil, 2010a; 2009e), a diretriz da cogestão altera modos de trabalhar, com vistas a democratização das relações, a produção de sujeitos, corresponsabilidade e autonomia.

[...] eu começo a delegar por equipe de saúde e eu começo a cobrar mensalmente para trazer retorno [...]. (CUR)

Para a PNH (2009g, p. 11) na gestão participativa "não há combinação ideal prefixada", sendo que "é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos".

Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações:

O saber-fazer no enfrentamento da violência infantil tem como ações fundamentais o reconhecimento das mesmas, a notificação e a interpretação dessas notificações. Uma área que

apresenta bastantes notificações não significa tão somente que é mais violenta, mas que a violência tem sido notificada, sendo essa a situação de Curitiba.

Uma área que tenha bastante ficha de notificação não significa que [...] é mais violenta, significa que [...] está notificando [...] tinha muitos casos subnotificados [...]. (CUR)

Algumas pessoas pensam [...] então é muito violento. Não, aquele equipamento aprendeu que ele tem que notificar. (CUR)

No cenário do distrito do Capão Redondo, SP, a não notificação é percebida como subnotificação, pois na opinião dos profissionais há muita violência contra a criança, contudo, elas não tem sido notificadas.

[...][na] estatística [...] consta que aqui não há violência, porém tem muita. (CRED)

A notificação [...] é compulsória, [...] um trabalho muito constante. [...] é obrigatória,[...] não é nenhum juízo, e não tem nada ligado com a segurança pública. [...] irá alimentar um banco de dados de informações que implementa políticas. [...] somos obrigados a notificar o conselho tutelar [...] os conselheiros, em uma inabilidade [...] vão [...] e [...] vim porque a saúde disse que está acontecendo isso. (CRED)

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009h) refere que:

> "É responsabilidade dos profissionais de saúde, quando há indicações para suspeita, perguntar se a(o) usuária(o) foi vítima de violência. Mesmo que a resposta seja negativa, estará permitindo a abertura para o diálogo e indicando a possibilidade de ajuda" (Brasil, 2009h, p. 34)

Enfrentar as Resistências:

O enfrentamento das resistências, dos sentimentos que afloram no enfrentamento da violência infantil, faz parte do saber-fazer. Mesmo que o profissional tenha receios, medos, a notificação é compulsória.

Muita gente tem medo [...] ali você não está se identificando, não tem porque não preencher. (CUR)

[...] quando a pessoa não notifica [...] acha que não vai dar em nada [...] não dá aquele valor [...] a gente frisa [...] para notificar caso de suspeita [...]. (CUR)

[...] fui na casa umas 3 vezes [...] o contato ficou muito difícil [...] marquei umas 4 consultas nos horários que ela escolhia e não aparecia […].(CRED)

[...] eu como profissional, nunca notifiquei, nunca fiz nada, até por falta de provas [...] é uma situação muito

complicada [...] o grande problema é a subnotificação [...] tem que dar condição de segurança para quem vai denunciar e o acolhimento para quem está sendo vítima. (CRED)

Preencher Corretamente a Ficha de Notificação:

Observou-se nas entrevistas relatos sobre dificuldades no preenchimento das fichas de notificação [as quais podem ocorrer pelas resistências, ou mesmo, pela sobrecarga dos profissionais], como no trecho selecionado:

[...] muita ficha de notificação mal preenchida [...] tem muita dificuldade nesse preenchimento [...]. (CUR)

O preenchimento correto da ficha de notificação compulsória favorece o enfrentamento da violência contra a criança, diminuindo o tempo de intervenção (Brasil, 2001a).

Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos:

A importância da construção de fluxos de trabalho e protocolos, para a sistematização da atenção no enfrentamento da violência infantil, compreende rotinas que organizem mas sem deixar de ser flexíveis às necessidades dos usuários. Os protocolos, da mesma maneira, são ações realizadas programadamente, no entanto, sua interpretação e aplicabilidade deve ser levada em conta.

A gente sempre notifica [...] com pouca esperança na verdade. Notifica porque [...] é um protocolo e que é nossa obrigação [...] notificar. (CUR)

Faz o que pode, mas não tem um aparelhamento organizado, coordenado, estruturado para o enfrentamento da violência. (CUR)

A organização do enfrentamento da violência foi municipalizada em Curitiba, desenvolvendo uma outra maneira de identificar, notificar e avaliar essas notificações, no intuito de desenvolver estratégias para acompanhar e intervir na realidade. Não querendo dizer que a violência é maior, mas que no saber-fazer, as equipes se apropriaram mais da notificação da violência infantil.

A troca de saberes entre a equipe qualifica o entendimento e agrega um objetivo comum, que pode ser feito através de um trabalho de sensibilização, sobre ética profissional a qual é a base do saber-fazer. “Uma equipe se constrói na dimensão concreta das práticas, no que acontece no dia-a-dia dos estabelecimentos de saúde, que se desdobra numa construção em rede

e constitui um mundo comum" (Brasil, 2009a, p. 30).

No cenário do Capão Redondo, SP, um aspecto negativo no saber-fazer relativo à construção de fluxos de trabalho e protocolos, é ausência de reuniões de rede e encontros escassos com o conselho tutelar, as relações estão pautadas pela hierarquia, burocratização dos encaminhamentos, sendo que essas peculiaridades dificultam o enfrentamento da violência infantil.

[...] não temos reuniões freqüentes com o conselho tutelar, não sabemos qual o melhor caminho que vai resolver esta questão [...]. (CRED)

Eu [...] falo com a enfermeira [...] existe uma hierarquia, que fala com a gerente, e passa para [...] o conselho tutelar. (CRED)

[...] a intervenção seria notificar [...] a criança [...] machucada acionar o conselho tutelar [...] caminhos que protejam esta criança [...] temos que intervir. (CRED)

[...] não temos reuniões freqüentes com o conselho tutelar, não sabemos qual o melhor caminho que vai resolver esta questão [...].(CRED)

essas crianças chegam [...] através [...] dos ACS [...]. Eles identificam, trazem para a reunião de equipe, [...] as equipes discutem [...] ver qual abordagem será feita e [...] acompanhamento [...] temos visita domiciliária, [...] consultas, [...] orientações e [...] NASF [...]. (CRED)

[...] ficha de notificação que preenche e [...] encaminhamento para o conselho tutelar[...] feito pela equipe da saúde da família, mas pode ser feito por qualquer pessoa. (CRED)

[...] se depara com burocracia, com dificuldade de encaminhamento [...] a única pessoa que se prejudica é a [...] criança, e a família. (CRED)

Acionamos todo mundo [...] todos ficaram mobilizados [...] até o líder da comunidade [...] para que não fizesse isso com outras crianças. [...] Mobilizamos toda equipe [...] deixamos outros profissionais [...] no plantão seguinte. (CRED)

A notificação [...] é compulsória, [...] um trabalho muito constante. [...] é obrigatória,[...] [...] irá alimentar um banco de dados de informações que implementa políticas. [...] somos obrigados a notificar o conselho tutelar [...]. (CRED)

[...] a gente tem o NASF um pouco mais estruturado, [...] conta com psicólogo, psiquiatra, assistente_social e terapeuta ocupacional na área de saúde mental. Esses profissionais eles têm um pouco mais de manejo [...]. (CRED)

Brasil (2009a, p.31) diz que ao existirem territórios disciplinares fixos, "de forma que os profissionais não conversam, não trocam experiências, funcionando de uma forma hierárquica e burocrática, podemos dificultar a construção de novos arranjos institucionais em saúde que se constituam em coletivos-rede".

Brasil (2009a, p. 30), sobre ao pertencimento a uma equipe atenta que, através disso "podemos entrar em contato com o que é diferente entre nós, de tal maneira que algo se passa na fronteira entre um profissional e outro [...]". Estabelecendo fronteiras móveis no trabalho em equipe acontece algo que provoca desestabilização em núcleos de poder e saber, sendo que, quando a equipe se percebe como equipe-rede experimentando práticas transdiciplinares, permite fronteiras disciplinares móveis e instáveis. (Brasil, 2009a, p. 30)

Intervir para a proteção da Criança:

No saber-fazer, intervir para a proteção da criança é fundamental para o enfrentamento da violência infantil, preocupação demonstrada pelos profissionais do distrito do Capão Redondo em SP.

[...] a intervenção seria notificar [...] a criança [...] machucada acionar o conselho tutelar [...] caminhos que protejam esta criança [...] temos que intervir. (CRED)

[...] se não atualizar a carteira de vacina perde o auxilio do Bolsa Família [...] porque infelizmente alguns pacientes precisam da ameaça e este beneficio da Bolsa Família ou qualquer outra coisa [...] que assegura que irão trazer criança na consulta, vacinar, levar na escola. (CRED)

A gente foi, conversou com toda a família, os vizinhos, foi na escola para [...] evitar a saída da criança e deixar as crianças saírem e voltarem sozinhas para casa, conversamos com os pais [...]. (CRED)

[...] procuramos investigar o caso [...] a visita, vê como está a família, como é o responsável, […] se tem outras pessoas junto desta família, [...] alguém que possa assegurar esta família, [...] conforme a gravidade é acionado o conselho tutelar. (CRED)

[...] estar junto até que esta família, estas crianças estejam seguras, fora de risco, porque [...] é uma criança inofensiva, que não pode reagir nem fazer nada […].(CRED)

[...] faz [...] primeiro atendimento para conhecer melhor [...] busca [...] informações possíveis [...] algum tipo de acompanhamento aqui no posto através dos grupos ou encaminhar para [...] serviço especializado onde essa criança possa ter um acompanhamento [...] uma denúncia. (CRED)

Para Ferrari (2002):

> "A sociedade propaga a defesa à infância, o cuidado com a saúde; organiza campanhas publicitárias que falam de vacinação em massa, de amamentação natural – procurando com isso reduzir o alto índice de mortalidade infantil, os surtos, as epidemias, bem como conscientizar as mães que apenas o leito materno cria, desenvolve na criança um sistema seguro de autodefesa, de anticorpos necessários a sua sobrevivência. Há portanto, dentro da sociedade, toda uma campanha de sensibilização para que a criança seja bem tratada, cuidada e amparada desde seu nascimento (Ferrari, 2002, p. 40).

Construir Vínculos com as Famílias:

A construção de vínculos com as famílias é um saber-fazer que determina o trabalho em saúde. A partir de relações de confiança, é possível intervir, produzir saúde, prevenir e enfrentar a violência infantil.

[...] tentei me aproximar para saber [...] a mãe falou que ela tinha caído. [...] quando a mãe nega o que está acontecendo é criar um vinculo com esta família para poder ajudar. (CRED)

Quando atendemos [...] na unidade de saúde ele se apresenta de uma forma [...] quando entra na casa [...] é outra [...] nas visita domiciliária consegue identificar muita coisa […]. (CRED)

[...] coisas que podemos estar fazendo, estar junto desta família [...] não só [...] como uma pessoa dentro desta unidade, [...]até que realmente a família esteja estabilizada, [...] é acolhendo e estando junto. (CRED)

[...] estar junto até que esta família, estas crianças estejam seguras, fora de risco, porque [...] é uma criança inofensiva, que não pode reagir nem fazer nada […]. (CRED)

[...] fazer a visita domiciliária, do vinculo que cria com a família, do respeito que cria [...] você acaba se tornando um membro da família, [...] o tratamento é muito gostoso, ao mesmo tempo é uma faca de 2 gumes, porque passa a se conhecer tão bem que a pessoa sabe que se saiu alguma informação é de alguém que viu a casa por dentro [...] na consulta mascara muito [...] [no] momento que conhecemos a realidade, se chega qualquer notificação, se chega o conselho tutelar, se perde o beneficio, somos o primeiro a ser acusado. [...] nem que seja uma intervenção para proteger uma criança, já acusam a equipe da saúde da família [...]. (CRED)

Segundo o Ministério da Saúde (2009h) a APS tem a responsabilidade de "promover a reorientação das práticas e ações em saúde de forma integral e continua", criando:

> "vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde, e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável dos indivíduos e famílias na comunidade" (Brasil, 2009h, p. 3).

Realizar Visita Domiciliária Multiprofissional:

A visita domiciliária é uma ferramenta do saber-fazer importante no enfrentamento da violência infantil devido a aproximação do profissional com os usuários, seu modo de vida, costumes, ampliando a compreensão das vulnerabilidades. No cenário do Capão Redondo, ela é vista como um diferencial no cuidado, pois a realidade apresentada pelo usuário na UBS é diferente daquela que se apresenta quando o profissional está na residência da pessoa. Este aspecto pode ser conferido nos trechos selecionados:

Quando atendemos [...] na unidade de saúde ele se apresenta de uma forma [...] quando entra na casa [...] é outra [...] nas visita domiciliária consegue identificar muita coisa […]. (CRED)

[...] procuramos investigar o caso [...] a visita, vê como está a família, como é o responsável, [...] se tem outras pessoas junto desta família, [...] alguém que possa assegurar esta família, [...] conforme a gravidade é acionado o conselho tutelar. (CRED)

Para Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012), as visitas domiciliárias são mais eficazes quando os profissionais se qualificam para realizá-las.

Buscar conhecimentos acerca do enfrentamento da Violência Infantil:

O saber-fazer no enfrentamento da violência infantil, é também buscar conhecimentos acerca dela. No discurso abaixo, o profissional refere que não possuem treinamento específico, e que serviço de saúde onde trabalha tem outro foco. Este é um exemplo do despreparo profissional tanto na formação, quanto de qualificação, para atuar na integralidade da assistência:

[...] a gente não tem muito treinamento disso. [...] A gente tem outro foco, na verdade. (CRED)

[...] não é o profissional que é ruim é a formação dele que não específica para atender a esse tipo de problema […]. (CRED)

Estas contradições no cotidiano da assistência e no enfrentamento da violência infantil estão relacionadas às deficiências na formação para o SUS e a necessidade de garantir atividades de EPS que produzam trocas de saberes (Brasil, 2010a).

A implantação da política de Educação Permanente em Saúde tem sido um desafio do SUS, estimulando às Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) o compromisso em

agregar diferentes entes envolvidos com a produção de saúde (instituições formadoras representadas por professores universitários e estudantes dos cursos de graduação, profissionais de saúde, gestores, usuários, entre outros atores sociais) para debates acerca da reorientação dos cursos da saúde e a mudança da atenção aos usuários pela humanização da atenção e gestão do SUS (Brasil, 2007; 2010a).

Construir Redes Intersetoriais:

É um desafio para o saber-fazer a construção de redes intersetoriais no enfrentamento da violência infantil, que conduz a um trabalho comum, que também retoma o princípio da integralidade do SUS.

A gente foi, conversou com toda a família, os vizinhos, foi na escola para [...] evitar a saída da criança e deixar as crianças saírem e voltarem sozinhas para casa, conversamos com os pais [...]. (CRED)

O conselho tutelar é responsabilidade [...] vai envolvendo todos os outros órgãos públicos como promotor de justiça, polícia [...] a unidade acaba sendo responsável [...] escolas, instituições que se responsabilizam [...]. (CRED)

Trabalhamos a prevenção da violência [...]. Fazemos palestras, [...] aproveitar essa parceria intersetorial, ir às escolas [...] educar[...]. (CRED)

O agir em equipe multiprofissional e intersetorial para o enfrentamento da violência infantil faz parte do saber-fazer, no qual o profissional interroga-se sobre seus limites e possibilidades de agir no sentido do acolhimento e clínica ampliada. “A equipe-rede torna as fronteiras entre os saberes disciplinares instáveis, produzindo um campo de conhecimentos comuns a partir do compartilhamento sem perder a especificidade de cada profissional com o núcleo de saberes que lhe dá identidade”; e, o engajamento da equipe nesse sentido “permite que outros modos de trabalhar sejam possíveis” (Brasil, 2009a, p. 31).

Orientar sobre locais de apoio para o enfrentamento da violência infantil:

A circulação da informação, divulgação dos locais de apoio às vitimas para o enfrentamento da violência infantil, tais como as UBS, ESF, Conselhos Tutelares, Conselhos de Saúde, Segurança pública e setor judiciário. O enfrentamento se dá pelo trabalho intersetorial no território vivo, onde a família está, para que esse tenha alcance às necessidades e

vulnerabilidades.

Os profissionais podem auxiliar na assistência a estas pessoas orientando os lugares que tem de apoio [...]. (CRED)

Na ficha de notificação é necessário conter os locais onde as crianças vitimadas podem ser atendidas, bem como telefones úteis (Brasil, 2001a).

Reconhecer a Dinâmica Familiar:

Existem famílias que culturalmente se utilizam de comportamentos violentos para "educar", como é o caso da palmada, por exemplo. Outras, tem um vocabulário que agride verbalmente, desqualificam uns aos outros. Portanto, reconhecer a dinâmica familiar é um saber-fazer que inclui a aproximação do profissional para com o usuário, seja por visitas domiciliares, ou informações dos ACS, desenvolvendo um olhar integral.

Nós temos pessoas que não têm o entendimento do que é uma criança, do que uma criança pode aguentar ou não, do que a criança no seu estágio de desenvolvimento infantil vai exigir de você. (CUR)

Identificamos [...]contato com a unidade para [...] acompanhamento [...] [pois] a violência [...] fazia parte da educação da família. (CRED)

[...] visita domiciliária [...] porém a mãe não quer ajuda, ela recusa. (CRED)

Para Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca e Egry (2012, [Tela 6]), o enfrentamento pela identificação da violência infantil é facilitado pela habilidade do profissional em reconhecer a dinâmica familiar, sendo que "as equipes de atenção básica, se bem capacitadas, podem representar importante recurso para isso".

Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde:

Trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção de saúde para o enfrentamento da violência infantile, é um saber-fazer do cotidiano do cuidado, que se efetiva em orientações, educação em saúde, realização de grupos. Esta é uma dimensão importante do cuidado, orientada pelo SUS (Brasil, 1990b, 2010d, 2009a).

Essa educação em saúde, às vezes, a gente tenta trazer para o consultório, mas é muito difícil, a gente mal tem

perna para fazer consulta de puerpério [...]. (CUR)

Trabalhamos preventivamente, [...] com orientações, educação e registramos e encaminhamos os casos conforme a necessidade. (CRED)

[...] a gente trabalha com prevenção [...] seria fazer com que as mães engravidassem porque desejam [...] não porque houve um descuido [...]. (CRED)

[...] trabalhar com a prevenção, porque se essa mãe faz um vínculo com essa criança [...] essa criança se torna assertiva [...] para [...] conversar com [...] [a] mãe [...] entendo que a gente precisa investir [...] em prevenir essa violência. (CRED)

Trabalhamos a prevenção da violência [...]. Fazemos palestras, [...] aproveitar essa parceria intersetorial, ir às escolas [...] educar[...]. (CRED)

O Ministério da Saúde salienta aos profissionais da APS sobre a necessidade de uma cultura da Paz e refere que crianças vitimizadas abandonam mais a escola, utilizam mais os setores de emergência e hospitais, comprometendo seu desenvolvimento social e econômico devido a violência infantil, por isso é imprescindível reorientar modelos de atenção para possibilitar o trabalho em prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2009h).

Construir Projeto Terapêutico Singular (PTS):

O profissional se sente responsável pelo cuidado, no entanto, necessita incluir o usuário na produção desse mesmo cuidado. A construção de PTS é imprescindível para o enfrentamento da violência infantil, pois ele favorece uma intervenção adequada a partir das necessidades de saúde dos mesmos, ou seja, "a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, [...] fortalecimento de vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização" (Brasil, 2009g).

[...] identificar os problemas [...] e tentar achar uma solução [...] mas sem a participação deles é praticamente impossível. (CRED)

Brasil (2010d, p.39) refere que a construção de um PTS é uma reunião da equipe, agregando a participação de todos, sendo "um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo", e utilizado como ferramenta de trabalho para situações complexas. Um projeto terapêutico singular é realizado em 4 etapas: a definição de hipóteses diagnóstivas; a definição de metas; a divisão de responsabilidades; a reavaliação.

(Brasil, 2009d)

8.2.3 Dimensão do Saber Ser-Ético-Profissional

O saber Ser-ético profissional é uma tomada de decisão, uma atitude a qual mobiliza diversos saberes no enfrentamento da violência infantil.

As sub-categorias idendificadas nas entrevistas acerca do saber Ser-ético-profissional foram: Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil [escuta qualificada, Humanização]; Construir vínculos [produzir encontros, relações de confiança, (re)conhecer a realidade x visão idealizada da realidade, acolher]; Integralidade, Autonomia, Comprometimento e Corresponsabilidade [visão ampliada da realidade, trabalho coletivo em equipe, inteligência coletiva]; Ter uma Atitude Solidária; Exercício do Saber Ser-ético-profissional do Docente; Intervenção Moral e Racionalização [estigma dos sujeitos e territórios]; Ter uma Atitude Pró-enfrentamento [comunicação ativa, notificar e acompanhar, refletir sobre os abrigamentos, enfrentar as resistências]; Responsabilização Sanitária.

Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil

O olhar sensível sobre a realidade é uma atitude do Ser-ético-profissional, por identificar o humano em nós, capaz de ser afetado por esse outro que nos co-move. Resgatar a sensibilidade do trabalho em saúde, para além da empatia, mas na via de produção de encontros, os quais produzem mais humanidade em nós, na certeza de que a fragilidade e a finitude fazem parte de nossa natureza. (Arendt, 2013; Espinosa, 2013; Brasil, 2010a).

[...] sensibilizar este olhar, [...] os profissionais, principalmente os da saúde, [para que] reconheçam vezes a gente esquece do apoio à vitima a gente pensa tanto na punição ao agressor [...]. (CUR)

A PNH (2009a, p. 23) corrobora com essa idéia, enfatizando que o “respeito e o acolhimento à diferença são importantes componentes éticos para a construção de uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas”.

Construir vínculos

A construção de vínculos é a arte de produzir encontros, construir relações de confiança com os usuários, (re)conhecer a realidade e enfrentar a visão idealizada repassada pelos

documentos orientadores das políticas públicas, e por uma formação desvinculada de competências crítico-emancipatórias.

Em ambos os cenários pesquisados, os profissionais concordam com a importância de se construir vínculos, exemplificados nos recortes das entrevistas abaixo.

[...] questão importantíssima é o vínculo. Na medida que você vai vinculando [...] essa família e com essa criança você vai percebendo outros fatores [...]. (CUR)

A gente faz, de vez em quando, conversa com a professora. A professora que fale com ele já é um vínculo [...]. (CUR)

[...] a menina relatou violência sexual e a [...] unidade de saúde acionou o conselho tutelar [...] [e ela] foi abrigada. O padrasto [...] foi atrás lá na unidade de saúde e ameaçou um profissional de saúde [...] É complicado. (CUR)

[...] uma visita domiciliária no puerpério quando a criança tinha [...]7 dias [...] o menino [...] estava com a criança tinha uns 16 anos [...] fumando com a criança no colo, a casa toda abafada, com mofo, fiz todas as orientações devidas de manter o aleitamento e de prevenção de risco de uma pneumonia e infecção respiratória pelas condições de moradia e os fatores como tabagismo em casa, drogadicto, além da alimentação da criança que já estava inadequada. (CRED)

O bebe [...] um choro agoniado e [...] [a mãe] falou que deveria estar chorando de fome, pegou na geladeira um recipiente com leite e fubá, esquentou no microondas e deu para o menino que tinha acabado de chegar de uma internação por diarréia, a irmã disse que não tinha sido internado por rotavírus mas mostrei o papel que estava escrito que era por rotavírus, expliquei que o bebe estava vulnerável também porque não tinha sido imunizado, expliquei dos problemas respiratórios. (CRED)

[...] criar um vinculo [...] para que consiga ter conteúdos para identificar realmente o que está acontecendo. (CRED)

Então, acho que da minha parte foi feito o máximo que eu pude, a gente acompanhava ela em consulta de pré-natal, tanto eu quanto o médico, então foi o que a gente pode fazer por ela. (CRED)

[...] acho que é acolhendo. Acolhendo a família, dando assistência para as crianças e a política é ter pra onde a gente encaminhar [...]. (CRED)

[...] um vinculo importante com as famílias, não sei se tem alguma coisa que consiga maior aproximação com elas, para aumentar a confiança, para contarem mais coisas [...]. (CRED)

Mas a gente percebe, a gente desconfia quando a criança é muito retraída, [...]. (CRED)

Ai a deixo desabafar, ela fala de balada ela fala de muitos namorados, e eu tento agrupar na área da saúde. Falo

sobre os métodos anticoncepcionais que precisa está usando, os exames que são importantes ela fazer [...]. (CRED)

Temos que ir identificar os problemas por eles e tentar achar uma solução por eles, mas sem a participação deles é praticamente impossível. (CRED)

No momento da visita domiciliária, o profissional tem oportunidade de criar vínculos com os usuários, conhecendo peculiaridades de seu cotidiano, que produz uma outra subjetividade acerca das necessidades das pessoas. Starfield (2004, p. 62) diz que "[…] o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mutual entre as pessoas e os profissionais de saúde".

O vínculo como ferramenta de trabalho, não é algo dado, ele precisa ser construído, e para isso o profissional faz uso de si, de seus conhecimentos, saberes, acolhe as diferenças e muitas vezes realidades que são difíceis, contudo, é um exercício que mobiliza o saber ser-ético profissional. Ele se aproxima, conhece a realidade, e realiza a notificação, mesmo que a mesma não seja autorizada pela família, por compreender que esse é seu papel profissional e há uma necessidade impreterível de enfrentamento da violência infantil, por ser ela o uso do poder em desigualdade, inclusive considerada crime, e por isso sua notificação é compulsória.

Faz diferença o modo como o profissional acohe e orienta, mobilizando habilidades comunicacionais e seu saber ser-ético profissional como guia no encontro profissional-usuário. Esse encontro precisa ser produzido, ou seja, pela afetação do outro e o deixar-se afetar por aquela realidade experienciada, compartilhada, só assim o profissional consegue decidir como realizar sua abordagem, no intuito de se colocar junto àquelas pessoas. Os desafios na construção de vínculos, para Brasil (2009c):

> "[...] podem ser impulsionadores de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde, de reformular o conceito de saúde-doença, de integrar o usuário no sistema de modo ativo e de valorizar os trabalhadores, ajudando-os a encontrar maneiras singulares de produzir saúde, enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano" (Brasil, 2009c, p.21).

No cenário do distrito do Capão Redondo, SP, alguns exemplos de intervenções mal sucedidas, que se houvessem vínculos entre os usuários e profissionais poderiam ter tido outro desfecho.

[...] uma enfermeira só comentou que seria importante acionar o conselho tutelar e a mulher veio na unidade de saúde com o marido e ameaçou, pediu o telefone desta enfermeira, ficou perseguindo, [...] a enfermeira saiu do posto e entrei em seguida dela [...]. (CRED)

Falei que se continuasse a fazer aquilo, iria chamar o conselho tutelar, sei que a maneira como abordei não foi de levar em uma sala, ser amorosa, mas a cena foi gritante, estava humilhando e agredindo fisicamente [...]. (CRED)

[...] a equipe só acompanhava por meios dos relatórios, não foi feito mais nada porque a mãe já estava distante das crianças. (CRED)

[...] porque a gente como enfermeiro não pode se envolver muito nesses casos de relacionamento e de família, né? Eu orientei ele a procurar a polícia, pra ele poder dar queixa do ocorrido, pra que eles tomem uma conduta. Foi essa aminha conduta. Como a gente é orientado a não se envolver muito nesses casos de ferimento, de alguma coisa contra a criança, ou contra a mulher também. a gente só orienta mesmo e não se envolve muito. (CRED)

Integralidade, Autonomia, Comprometimento e Corresponsabilidade

No saber ser-ético-profissional com vistas à integralidade, à autonomia, ao comprometimento e corresponsabilidade, é preciso desenvolver uma visão ampliada da realidade, um saber-compartilhar que promova um trabalho coletivo e um comum em equipe, e da mesma forma construa uma inteligência coletiva no trabalho.

Para Starfield (2004, p.62), a "*integralidade* implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas".

[...] alguns casos a mãe não autoriza de jeito nenhum [a notificação], mas quando percebemos que é algo muito grave, fazemos mesmo que a mãe não autorize [a notificação]. (CRED)

Se foi notificado por outro serviço [ex. Hospital] [...] se é da minha unidade de saúde eu acompanho [depois da notificação]. (CUR)

A experiência profissional faz com que a gente passe pelas outras secretarias e conheça até os serviços de encaminhamento. (CUR)

[...] há uma troca constante [da saúde com] colegas da educação ou da assistência social. (CUR)

[...] 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)

[...] na reunião da rede de proteção e a gente está monitorando o caso, para mim já é uma vitória imensa. (CUR)

[...] empoderamento e [..] controle do notificador para que [...] faça esse acompanhamento [...]. (CUR)

[...] temos reunião técnica toda semana onde discutimos os casos que repercutem [...]. (CRED)

A notificação é um compromisso do saber Ser-ético-profissional importante no enfrentamento da violência infantil, e da mesma forma, compartilhar com os demais membros da equipe essa (cor)responsabilidade em um trabalho comum. Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca, Egry (2012, [Tela 5]) referem que a notificação não acontece devido "questões estruturais e dificuldades dos profissionais em identificar e assistir os envolvidos […] por várias razões, entre elas a falta de visibilidade do problema e a não qualificação para a tarefa".

O discurso profissional conflitivo compromete o vínculo com o usuário. É necessário manter considerações a fazer com uma certeza maior e trabalhar isso de maneira gradual. O saber ser-ético profissional envolve o exercício da prudência. Para Comte-Sponville (1995, p. 41), a prudência "determina o que é necessário escolher e o que é necessário evitar".

Sendo assim, para Comte-Sponville (1995, p.38), a "ética da responsabilidade quer que respondamos não apenas por nossas intenções ou nossos princípios, mas também pelas consequências de nossos atos, tanto quanto possamos prevê-las. É uma ética da prudência, e a única ética válida".

Saí da sala, chamei um médico pediatra, porque lá a gente tinha pediatra, o pediatra veio e daí fez o atendimento e como o pai estava ali estava coagindo [...]. (CRED)

E que você tem [...] não [...] uma obrigação [...] nem é uma obrigação, no sentido de você reordenar, melhorar, ver aquilo que foi encaminhado [...] ter uma avaliação constante. (CUR)

A menina tinha menos de três anos [...] no exame [...] vi que tinha um rompimento de hímen [...] chamei a [...] médica pra ver [...]. Também confirmou a minha suspeita [...] passei pra mãe a [...] preocupação sobre isso e comecei a perguntar com quem ela ficava, quem cuidava. [...] a mãe foi no pronto socorro [...] e o médico falou [...] que ela podia me processar porque eu estava levantando suspeitas. Que não tinha nada confirmado. [...] ficou muito tensa essa situação. [...] não fiquei sabendo por que eu não tive mais contato com ela. Ela não quis mais falar comigo. (CRED)

[...] tem situações complicadas e acabamos ficando sem fazer nada porque se a própria pessoa agredida não diz, não tem o que fazer [...]. (CRED)

[...]quando são casos que a gente percebe que já não tem muito que fazer, ou é aquilo que eu falei no começo, a própria família não adere ao tratamento, não entende que esta fazendo uma coisa que não é adequada, ai sim a gente aciona. Aciona o conselho, alguém que possa ajudar no caso. (CRED)

[...] teríamos uma dificuldade para saber o que fazer, para onde recorrer […]. (CRED)

Vimos à situação da criança, vimos [...] que [...] estava acontecendo. A mãe não quer tratamento, não faz questão de se tratar, a criança é abandonada nas ruas e nos ficamos um pouco de mãos atadas. (CRED)

[...] uma subnotificação, temos trabalhado muito em cima disso, temos trabalho que a função dos núcleos dentro das unidades não é só notificar os casos, é principalmente dar algum tipo de suporte para essas famílias. [...] que encontramos muita dificuldade com o conselho tutelar […]. (CRED)

[...] nos reunir com as equipes envolvidas com os profissionais envolvidos, para tentar pensar em um projeto terapêutico singular [...]. (CRED)

[...] da gente saber trabalhar como equipe, porque acho que todo mundo ainda tem dificuldade nisso, de você compartilhar ações, de você se responsabilizar [...].

[...] muitas vezes os conselheiros, em uma inabilidade, eles vão lá e falam olha e vim aqui porque a saúde disse que está acontecendo isso. (CRED)

[...] uma capacitação aqui em justiça restaurativa, nessa proposta você trabalha muito com o agressor, acho que devemos caminhar para começar a ter uma formação para isso, que hoje a gente não tem, de trabalhar um pouquinho esse agressor. (CRED)

Trabalhar na perspectiva da clínica ampliada, também contribui para a integralidade e corresponsabilidade. Brasil (2009c, p.21) diz que a clínica ampliada "exige dos profissionais de saúde […] um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade".

Ter uma Atitude Solidária

O saber Ser-ético-profissional requer uma atitude solidária desenvolvida através de vínculos afetivos entre as equipes e os usuários. No trecho selecionado foi constatada esta atitude:

Naquele momento eu precisava de um chá com açúcar para aquela pessoa. E aquele chá com açúcar dela fez a diferença, porque ela deu um afeto para aquela pessoa que estava precisando na hora do desespero, do choro. (CUR)

[...] tinha um leite na geladeira, fiz uma mamadeira para a criança que chorava faminta […]. (CRED)

[...] fazer esta ponte o tempo todo, de se colocar a disposição. (CUR)

Brasil (2009a, p. 23) refere que "a construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais" no cuidado à saúde.

Exercício do Saber Ser-ético-profissional do Docente

Tanto o cenário de Curitiba, quando no distrito do Capão Redondo, SP, lacunas nos cursos de formação acadêmica, a falta de preparo, constituem problemas que os profissionais de saúde identificam como dificuldades para o enfrentamento da violência infantil.

Hoje a violência é mais do que pertinente, trabalhando em um tema transversal em qualquer curso de formação. (CUR)

Os profissionais eles não são preparados, eu digo isso nos cursos de saúde em geral. Não tem um trato na formação acadêmica sobre a violência na infância, como proceder. Eu acho que isso é muito pouco discutido. (CRED)

A formação acadêmica é deficiente então faz com que o profissional muitas vezes negligencie, não consiga identificar [...]. (CRED)

Azevedo e Guerra (2006, p. 25) apontaram a necessidade de capacitação dos profissionais acerca da violência infantil, incluindo discussões "na grade curricular de diferentes cursos universitários." As autoras referem que as linhas de capacitação já existem e essas precisam ser fortalecidas.

Chauí (2014), realizando uma crítica ao perfil da universidade, refere que a reforma da mesma revelou que treinar, adestrar indivíduos para que eles sejam produtivos, tem sido colocado acima da tarefa de produzir e transmitir cultura. A autora diz que a "universisdade adestra mão de obra e fornece força de trabalho" (Chauí 2014, p. 67).

Ainda, Chauí (2014, p. 114) atenta que com a "divisão do conhecimento em especialidades e da hierarquização burocrática dos especialistas, nossas sociedades produziram a incompetência em toda a parte". Sobre a ideologia e o mito da competência, Chauí (2014) revela as 3 características principais, em suma: a aceitação da divisão do conhecimento em especialidades cada vez mais fragmentadas; a transformação das especialidades em propriedade de especialistas; o uso disso, para a intimidação social e política [ditando quem tem conhecimento técnico-científico, e quem não o possui].

Dessa forma, Chauí (2014, p. 58) diz que "a universidade alimenta a ideologia da competência e despoja-se de suas principais atividades: a formação crítica e a pesquisa".

Intervenção Moral e Racionalização

A intervenção moral e a racionalização (re)produz estigma dos sujeitos e territórios, impondo uma verdade absoluta. Nos dois cenários da pesquisa, há uma reprodução de um senso comum acerca de pessoas que usam drogas, vinculadas a uma visão de mundo ressentida (Nietzsche 2009), com o discurso influenciado pela mídia e justiça.

[...] a gente já faz um trabalho antes... com essa gestante. E em relação então à drogadiação esses encaminhamentos a gente pega no pé mesmo, no amplo sentido da palavra [...] (CUR)

Por outro lado a gente também puxa a orelha dessa pessoa. (CUR)

Se a família é de traficante ou se é drogadicta, para proteger a criança. Tenta trabalhar a família. Mas o que fazer com a família. É muito difícil. (CUR)

Errei eu quero distância. É drogadicto eu não quero saber. [...] tudo começa ali no meio familiar [...]. Se a mãe é desestruturada, se o pai é agressivo, se o pai é alcoólatra. [...] Por outro lado eu vejo que tem famílias [...] um drogadicto, um alcoólatra e a mãe e outros são do bem e estão lutando para que esses dois saiam. (CUR)

Agora o infeliz passou num concurso público [...] vai trabalhar numa escola. Olhe o campo que ele tem para venda de droga e aliciar os meninos. [...] Pedi para ACS juntar um monte de dados, fizemos um relatório e mandamos [...] no distrito para eles ficarem em cima desse cara. Ele é traficante. Como essa pessoa passou no concurso, ele conseguiu? [...] Eu falei [...] que tem que tomar providência. Dizem que estão investigando. (CUR)

[...] O pai [...] vai fazer uma cirurgia no joelho, está fazendo o CAPS dia e está tomando medicação [...] a doutora está acompanhando. O pai é drogadicto também. [...] E lá da nossa parte, [...] a mãe traz nas consultas, ela é limpinha, não é assim uma casa limpa, mas também em vista de onde a gente anda, a dela é meio que bem limpa.(CUR)

Porque pais e mães que bebem e usam drogas. A violência maior que eu vejo é a falta de conduta, de alimentação, não leva na escola, dorme o dia todo, porque passou a noite toda na gandaia. (CRED)

[...] temos muita dificuldade quando temos familiares envolvidos com drogas com álcool que bastante comum. (CRED)

[um profissional] se negou a fazer visita domiciliária para um caso de violência porque [a casa] era [de] chefe do tráfico e depois todo mundo ficou com medo. (CRED)

[...] no caso dessa família a mãe é drogadicta, então tudo que ela leva para dentro de casa é para comprar drogas então não tem nada para os filhos, e uma das orientações quando ela reclama que não tem nada para dar aos filhos, que não tem dinheiro e não tem nada, orientamos a procurar o serviço de apoio à criança que ela consegue

algum benefício. (CRED)

Tem casos que você realmente não entende, a pessoa trabalha, a pessoa parece ser um cidadão normal e ainda assim é um abusador, mas têm casos que têm suas agravantes, nos casos o drogadicto, usuários de álcool, tem casos em que você vê que as pessoas ficam alteradas por um desses fatores e acaba abusando do mais frágil. (CRED)

[...] porque eles estavam até passando fome. e essa mãe aparecia de vez em quando para pegar coisas da casa, eu acredito que ela vendia pra trocar pela droga, e às vezes, muitas vezes ela batia nessas crianças. (CRED)

A gente não vai às vezes. [...] tem lugares que não tem como ir. [...] três casas nossa que não dá para gente ir. A gente passou para o ministério público, daí [ele] alegou que não tem mais o que fazer mesmo da nossa parte e da educação. (CUR)

Brevemente, falando sobre Nietzsche (2009), uma pessoa que se guia por forças ativas, é aquele que procura expandir sua potência, sua vontade de existir, é capaz de criar seus próprios valores; enquanto, o escravo é aquele que não cria seus próprios valores, e que fica à mercê de forças de fora. Ele é reativo, passivo, aceita verdades absolutas sem questioná-las.

A intervenção moral nesse caso, é uma constante vigília de possíveis reincidentes da violência infantil. Então, a criança cuja mãe é da rede de proteção, também ela será? Uma pré-determinação, que não se alia às forças de expansão da vida. Essas forças, para Nietzsche (2009) é chamada de vontade de potência.

[...] sempre monitorando, mesmo que o caso esteja estabilizado ele não sai da pasta. (CUR)

[...] vejo que a gente tem até um lema, um ditado. A mãe que está na rede de proteção, a criança vai ser rede de proteção mais tarde se a gente não estiver em cima. (CUR)

[...] comemorava mesmo quando arquivava [...] a gente não abandonava, porque aquele arquivado podia voltar. (CUR)

A criança da rede de proteção é uma criança que deveria ser acompanhada pelo resto da vida. Com psicólogo, com psiquiatra. (CUR)

Novamente, a intervenção moral e racionalização se dá com a fuga, negação, ou seja, a partir de uma postura reativa. Um dos entrevistados chegam a dizer que é melhor nem saber da existência da violência infantil. Eles são passivos, reativos. Sendo assim, o enfrentamento não tem solução, ou a situação é complicada demais e não haverá uma mudança, ou ainda, uma expressão de mais violência quando há um sentimento de vingança.

Se é melhor a gente não saber, já seria alguma coisa para mim. (CUR)

[...] porque ela vai negar porque falou para mim como se fosse uma confissão, então não adianta passar para frente se ela vai negar, então fico de mãos e pés atados […]. (CRED)

[...] deveriam corta em pedacinho um por um até, é o que a gente escuta quando há um caso de violência à criança. (CRED)

Essas maneiras de interpretar a realidade conferidas como uma lição importante de Nietzsche, de que não existe uma verdade apenas, um molde, mas que seus ensinamentos nos conduzem a questionar a realidade, criar maneiras de pensar e existir. As ideias de Nietzsche não engessam nossa existência como profissionais de saúde, elas são importantes pois incentivam ao exercício do pensamento, sendo que ao serem ativadas renovariam as forças do enfrentamento da violência infantil.

Ter uma Atitude Pró-enfrentamento

Dentro dessa sub-categoria conformou-se uma bricolagem das atitudes pró-enfrentamento da violência infantil, referidos nos discursos analisados na pesquisa, os quais contém conteúdos do campo da prática profissional, sendo estas: a comunicação ativa, o reconhecimento (seja pela suspeita ou confirmação) da violência infantil, ter uma atitude pró-notificação com acompanhamento, refletir sobre os abrigamentos, agir na defesa dos direitos das crianças em atitude protetivas, enfrentar suas resistências e pré-julgamentos morais da realidade.

Segundo Egry, Marques e Fonseca (2006, p.238), as “competências conformam-se como saberes em ação, pela articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos tanto em sistemas formais de ensino como no mundo do trabalho”.

O desenvolvimento da comunicação ativa em equipe e redes de saúde é algo que está para além de uma habilidade, e que depende da compreensão da necessidade absoluta de agir, sendo assim, depende do despertar do ser-ético-profissional, que argumenta em favor da desburocratização dos processos de trabalho e encaminhamentos.

[...] acho que essa comunicação é muito lenta, muito demorada. Porque até notificar, chegar no outro setor, podia ser como estavam propondo uma notificação via sistema, que pudesse se comunicar através de sistema. (CUR)

[...] conversando, conversando, conversando com o tio e acabou que pelas atitudes dele, o comportamento dele, acabou que a gente acionou na hora o conselho, a polícia, tudo e ele saiu do pronto socorro preso e ele acabou

confessando.(CRED)

A PNH (Brasil, 2010a) que tem como um de seus princípios a transversalidade, ou seja, o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, fomenta a "corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos" (Brasil (2010a, p.18). Esse outro modo de relação em corresponsabilidade tem o objetivo de desestabilizar as fronteiras "como "saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituições ds relações de trabalho" (Brasil, 2010a, p.23).

O processo de reflexão dos profissionais entrevistados sobre o abrigamento das crianças em situação de violência como algo necessário, contudo, que pode trazer problemas para a preservação da saúde das mesmas e do elo entre familiares, deflagra questões sobre a qualidade, tempo de abrigamento, restauração dos vínculos familiares, sobretudo, a defesa dos direitos das crianças.

O que eles dão de resolutivo é abrigar. É isso. Para proteger a criança, a única medida que a gente percebe que acontece é o abrigo. (CUR)

Às vezes a gente pega casos que abriga a criança e a gente vê que a criança fica pior, mais sofrimento para ela, então é muito frustrante. (CUR)

[...] a gente não consegue ver em uma avaliação se está acontecendo mesmo a violência, se é daquele jeito e já aconteceu. A gente sabe de casos de abrigamentos que foram feitos de forma inadequada. Depois se esclarece e vê que não era bem aquilo. Então acredito que se a gente sair por aí enchendo o abrigo, de repente, a gente vai aumentar. (CUR)

Nas audiências concentradas a gente consegue ver muito a dificuldade da família em [...] receber essa criança de volta para o lar. [...] interessante é que tem famílias que realmente não querem aquelas crianças por várias situações, porque as crianças ficam um momento [...] voltam, como [...] familiares dizem, elas não sabem seguir regras então elas não querem crianças em casa que não saibam seguir regras então é melhor que fiquem acolhidas.(CRED)

O enfrentamento das resistências evitando pré-julgamentos morais por parte dos profissionais, é uma atitude fundamentada no saber ser-ético-profissional que produz uma outra maneira de compreender e intervir na realidade. Esse compromisso com a ética da vida, baseia-se no respeito das singularidades e subjetividades das famílias, acolhendo as diferenças e modos de viver distintos. Para avançarmos na humanização do SUS e na produção de saúde como produção social, necessita-se desenvolver estas atitutes solidárias, de mais humanidade e aceitação do outro como legítimo outro.

A força no enfrentamento da violência infantil advindas das atitudes descritas no parágrafo anterior, de contingências, possibilitam uma visão de mundo mais ampla e solidária. Essas, relativizam as complexidades da violência, sobretudo produzem posturas ético-solidárias na defesa da vida, necessárias para que as notificações ocorram e também o comprometimento no acompanhamento longitudinal intersetorial.

[...] ainda muito medo, será que eu notifico. (CUR)

[...] a primeira eu acho que é a básica, é receio. E há essa necessidade de conscientizar mesmo os profissionais que na suspeita se abra uma notificação. [...] algumas resistências [...]. (CUR)

[...] mãe que não fez pré-natal, ou mãe que relata lá na hora que não fez pré-natal e que é drogadicta [...]. [A] maternidade já passa fax para o conselho tutelar, para ver se vai tomar uma atitude ou se já vai ficar monitorando. (CUR)

[...] embora tenho receio, claro que vou acionar, mas já vou pensar em arranjar outro emprego se for filho de bandido[…]. (CRED)

[...] por ser uma área que abriga muita violência, pode ser que haja receio de dar a cara a tapa por conta de retaliações. (CRED)

Temos que ter aquela retaguarda, você tem que se esquivar de algum problema maior. Você faz as coisas contornando para não ter muito problema futuramente. (CRED)

[...] porque às vezes está bem gritante, mas você vai fazer e não tem refúgio não tem nada. (CRED)

[...] uma criança de 7 meses sozinha em casa e chorando, procuramos a mãe pela vizinhança, não encontramos e não sabíamos o que fazer se entrava na casa ou se não fazia nada, por fim decidimos entrar na casa [...](CRED)

[...] é uma violência até quando a criança não é bem cuidada é uma violência.(CRED)

[...] precisa se estabelecer [...] como política pública, [...] obrigadas a denunciar a violência, [...]precisam de apoio, [...] precisam de assessoria, [...] precisam se sentir seguras para isso [...].(CRED)

Assim que recebemos já vimos que tinha marcas de violência extrema com a criança[…]. (CRED)

Responsabilização Sanitária

Nesta última categoria empírica do saber Ser-ético-profissional, entendendo a responsabilização sanitária não somente aquela dirigida aos gestores de saúde, sobretudo, como

o compromisso da equipe de saúde em realizar seu trabalho com vistas à produção de saúde. E, saúde compreendida como produção social, produção de sujeitos e coletivos capazes de exercer sua autonomia e liberdade, valores indispensáveis à vida humana.

A PNH (2010a, p.41) ao traçar parâmetros de ações na APS refere que as responsabilidades sanitárias da equipe são atitudes que favorecem "a produção de vínculo orientado por projetos terapêuticos de saúde, individuais e oletivas, para usuários e comunidade, contemplando ações de difrentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde"

A responsabilidade sanitária pelo território é da equipe, e inclui o cuidado longitudinal. Starfield (2004, p. 62):

> "A *longitudinalidade* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população – que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando necessário realizar uma consulta for a ou fazer um encaminhamento".

No cenário de Curitiba, ao constatar que as notificações acabam por retornar para a equipe de saúde, para que realizem busca ativa e busquem soluções, apenas afirma que esse faz parte de seu trabalho em saúde. Isso não significa que apenas essa equipe seja responsável, mas que outros entes sejam acionados, pela via da intersetorialidade, no auxílio do enfrentamento da violência infantil denunciada.

[...] fica algo como sem solução nenhuma porque notificamos para pedir ajuda, um suporte e acaba voltando para nós mesmos [...]. (CUR)

No cenário do Capão Redondo, SP, os entrevistados referem-se à notificação como uma ferramenta que gera epidemiologia sobre os casos de violência. Contudo, a notificação também deve gerar uma ação de enfrentamento cujo planejamento e execução é delegada à equipe de saúde, instituída pelos objetivos do trabalho em saúde.

[...] isto é mais uma atitude compulsória que gera um dado, não necessariamente vai voltar [para a UBS resolver]. (CRED)

[...] ficar esperando e o único encaminhamento mesmo é o conselho tutelar, mas eu acho que tinha que ter outros locais com apoio. (CRED)

[...] são pessoas que acabam sendo do nosso vínculo [...] moram na nossa região [...] próximo da nossa casa [...] muitas vezes nos sentimos impotentes. [...] vendo o que vai acontecer lá na frente às vezes não conseguimos evitar [...] isso acaba marcando como profissional e como pessoa. (CRED)

A sensação de impotência e as fragilidades do trabalho intersetorial são efeitos da complexidade do enfrentamento da violência infantil, que devolve aos trabalhadores e gestores o desafio de realizar ações de prevenção e promoção da saúde, bem como a recuperação da mesma, que nada são senão princípios do SUS (Brasil, 1990b).

Da mesma forma, esses efeitos são interpretados como negativos pelos profissionais de saúde, por sua formação e execução do trabalho seguir uma visão de mundo da saúde pública, que está alijada no sanitarismo, no positivismo, na procura de respostas simples para os problemas complexos de saúde.

O trabalho no SUS na perspectiva da saúde coletiva busca compreender os contextos de vida dos usuários como social e historicamente construídos. Egry, Oliveira, Fonseca e Cubas (2010, p. 64) referem que "ao falar em saúde coletiva, é preciso conhecer o coletivo em seu contexto de contrução histórica".

As autoras salientam que a saúde coletiva como práxis segue uma teoria que também é alterada por ela, de forma dinâmica e dialética, segundo o materialismo histórico e dialético, no qual as contradições existentes nas dimensões estruturais, particulares e singulares de uma dada sociedade auxiliam na superação dos fenômenos. (Egry, Oliveira, Fonseca, Cubas, 2010).

Para a *práxis* em saúde coletiva é preciso que outros atores sociais sejam incorporados junto às categorias de trabalhadores, auxiliando a produção de sujeitos capazes de desenvolver uma consciência crítico-reflexiva, autonomia, e processos de trabalho com vistas à integralidade do cuidado na superação da interpretação biologicista dos fenômenos (Egry, 1996; Egry, Oliveira, Fonseca, Cubas, 2010).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência infantil tem sido um desafio à toda sociedade civil, profissionais de saúde, gestores, conselhos tutelares, conselheiros de saúde, juizado da infância e adolescência, pesquisadores, e outros atores sociais. Por ser um fenômeno de ampla expressão e complexidade a violência infantil requer um enfrentamento ancorado em práticas e ações coletivas.

Para o enfrentamento da violência contra a criança as equipes são convocadas para que cumpram a notificação compulsória das vitimizações confirmadas, e aquelas sob suspeitas. A notificação das suspeitas inicia um processo investigativo e de acompanhamento que possibilita tanto confirmá-las, quanto realizar ações para diminuir as vulnerabilidades em que a criança se encontra.

Refletindo acerca dos objetivos propostos na realização deste estudo, levando em conta que as entrevistas analisadas foram provenientes de duas capitais de destaque no Brazil, e observando o percurso metodológico, bem como os resultados obtidos, é possível dizer que os objetivos da pesquisa foram atendidos.

Os objetivos deste estudo foram identificar os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil na Atenção Primária em Saúde, e conhecer a percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência infantil. A pesquisa manteve como horizonte a *práxis* ancorada nas concepções da saúde coletiva. A TIPESC foi a baliza teórico-metodológica utilizada para captar e interpretar a realidade objetiva, bem como encontrar contradições nos processos de produção e reprodução social acerca da violência infantil.

Em sendo a violência infantil perpetrada na sua maioria no espaço domiciliar é exatamente nesse local que as contradições estão presentes, sendo necessário saber intervir sem desgastar as possibilidades de enfrentamento, sobretudo, na tentativa de superar estas contradições através da criação de vínculos e relações de confiança estabelecidos entre profissionais de saúde e os usuários. A chave mestra para o enfrentamento da violência infantil está na produção de encontros conformados pela ativação de saberes e competências crítico-reflexivas.

A partir da leitura de impregnação dos conteúdos das entrevistas palavras relativas a sentimentos, natureza, complexidade, dificuldades, problemas, possibilidades iluminaram temas relativos à violência infantil e ao enfrentamento da mesma, conformando-se as sub-

categorias empíricas. Essas sub-categorias advindas do discurso da prática tem sua natureza vinculada ao cotidiano da APS.

Da percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência depreendeu-se que eles conseguem tatear a existência da mesma, seja pela maneira que ela se produz e reproduz social e historicamente; pelos sentimentos que ela provoca; sua complexidade difusa [complexa, que não se consegue definir]; e, necessidade de formação e educação permanente [qualificação]. Dessas percepções dos profissionais inferiu-se que eles se sentem fragilizados frente a violência infantil, necessitando apoio de gestão, de políticas, de saberes que eles consigam decodificar e deixar disponíveis como conhecimentos, habilidades e atitudes fortemente ligadas ao enfrentamento.

Na dimensão do Saber-saber, as sub-categorias empíricas que conformaram os saberes a partir do conhecimento dos entrevistados sobre a violência infantil foram sendo desvelados, representando a visão de mundo dos profissionais dos cenários pesquisados. Deprendeu-se disso, que existe um conhecimento latente acerca os temas que envolvem a violência infantil e o enfrentamento, exemplificados, em outras palavras, como: família, gênero, geração, concepções sobre a violência infantil, tipologia da violência infantil, formas de enfrentamento, raízes da violência.

Na dimensão do Saber-fazer, as subcategorias que emergiram tiveram temas acerca do cuidado em saúde, ou seja, as habilidades, as técnicas, assim como nos temas descritos, resumidamente: acolher, notificar de suspeitas, investigar, fazer busca ativa, reconhecer sinais e sintomas, realizar escuta qualificada e a arte da conversa, ter olhar integral, realizar registro de atividades, intermediar necessidades, delegar, reconhecer a violência infantil, preencher a notificação corretamente, criar fluxos de trabalho e protocolos, intervir para proteger as crianças, construir vínculos, realizar visitas domiciliárias, buscar conhecimento, construir redes, orientar sobre locais de apoio, reconhecer dinâmica familiar, trabalhar na prevenção e promoção de saúde, construir projeto terapêutico singular. Depreendeu-se disso, que os profissionais de saúde mobilizam habilidades adquiridas no enfrentamento; outros, desejam desenvolvê-las; e, alguns não tem essa dimensão definida, ou conformam um não saber como fazer. Também observou-se que nesta dimensão emergiram um número mais expressivo de sub-categorias.

Na dimensão do Saber Ser-ético-profissional, as sub-categorias que emergiram representaram as atitudes que se espera de um profissional ancorado em competências crítico-reflexivas e crítico-emancipatórias. Os temas das sub-categorias engajam-se no enfrentamento como atitudes fundamentais e relativas à organização de processos de trabalho no SUS, tais

como: olhar sensível, vínculos, integralidade, autonomia, comprometimento e corresponsabilidade, solidariedade, ser-ético-profissional do docente, moral e racionalização, atitude pró-enfrentamento, responsabilização sanitária. No entanto, essas atitudes podem não conformar uma visão geral desta dimensão devido o panorama completo das entrevistas nas demais dimensões e percepções, nas quais existiram diversos exemplos negativos, resistências e atitudes reativas em relação à notificação e formas de enfrentamento.

Comparou-se os dois cenários, concluindo-se que o total de sub-categorias encontradas foram 40. Sendo, 19 de CUR; e, 25 de CRED; observando-se que 3 delas foram compartilhadas. Da Percepção dos profissionais emergiram 4 sub-categorias (2 - CUR; 2 - CRED); da Dimensão do Saber-saber emergiram 7 subcategorias (4 - CUR; 3 - CRED); da Dimensão do Saber-fazer emergiram 22 sub-categorias (10 - CUR; 15 - CRED; 3 compartilhadas); da Dimensão do Saber Ser-ético-profissional emergiram 8 sub-categorias (2 - CUR; 6 - CRED). Levou-se em conta que no cenário de Curitiba, o número de entrevistas foram 16, ou seja, um número menor do que as entrevistas do distrito do Capão Redondo, com 25. Esse levantamento foi realizado apenas para registrar/ilustrar em números a produção de sub-categorias dos saberes e percepções.

Para dar uma visão geral das sub-categorias elas foram analisadas qualitativamente, sendo que acerca das percepções dos profissionais: CUR - emergiram temas voltados para questões estruturais (raízes da violência, natureza complexa); CRED - emergiram temas relativos aos indivíduos/equipe (sentimentos que afloram, formação e EPS). Na dimensão do Saber-saber: CUR - emergiram trechos relacionados com o enfrentamento e categorias da saúde coletiva como gênero, geração, concepções de violência, tipologia; CRED - emergiram temas relacionados temas próprios da violência (família, sinais e sintomas, raízes da violência). Na dimensão do Saber-fazer: CUR - emergiram sub-categorias mais instrumentais; CRED - emergiram sub-categorias de problemas complexos. Na dimensão do Saber Ser-ético-profissional: CUR - emergiram sub-categorias contraditórias (atitude solidariedade x moral e racionalização); CRED - temas vinculados ao trabalho no enfrentamento (vínculo, integralidade, comprometimento, corresponsabilidade, autonomia, enfrentamento, responsabilidade sanitária).

De maneira geral, concluiu-se que a APS como *locus* privilegiado para o enfrentamento da violência infantil ainda não se encontra instrumentalizada para tal. No Brasil, os avanços no aparato legal para proteção da infância, ainda não resultaram na redução dos indicadores. A identificação dos saberes necessários para o enfrentamento do fenômeno contribui para que a formação e qualificação profissional ocorra de maneira efetiva, sistematizada, compartilhando

saberes comuns.

No entanto, observou-se que em ambos os cenários os profissionais demonstraram preocupação acerca de enfrentar a violência infantil de um modo efetivo. Os profissionais reconhecem o enfrentamento como parte inerente ao cotidiano do trabalho, sendo esse um compromisso da sociedade e demais atores sociais. Nos dois locais, pode-se concluir que existem resistências, ou atitudes reativas dos profissionais frente a notificação da violência, pelos efeitos que essa gera nas relações com os usuários e no território, conformadas pela incerteza acerca do apoio intersetorial e da falta de garantias de anonimato.

A formação dos profissionais está muito mais ancorada no conhecimento produzido pela saúde pública, do que nos referenciais de saúde coletiva, antropologia, sociologia, filosofia, que ampliam consideravelmente a visão de mundo.

Foram encontradas dificuldades no enfrentamento da violência infantil relacionadas a elementos como formação, capacitação e gestão. Argumentos como a falta de formação e capacitação, recursos humanos escassos, deficiências do trabalho em rede contribuem para sub-notificações. Enfrentar a violência infantil é uma forma de garantir o desenvolvimento salutogênico e inibir o ciclo transgeracional, sendo fundamental para o enfrentamento reunir saberes e ativar valores.

Observaram-se dificuldades das equipes de APS em acolher famílias que envolvam a violência infantil e pessoas em uso de drogas. Essa é uma expressão histórica da exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou em uso de drogas. Contudo, existem diversas possibilidades para o desenvolvimento de saberes relativos ao enfrentamento dessas situações de violência infantil, com abordagem em saúde mental pela via de redução de danos. Para tanto, é preciso abandonar concepções higienistas, percepções simbólicas e morais, para que seja possível acolher na APS os usuários que demandam atenção em saúde mental. Não será essa a reprodução histórica da segregação dos doentes mentais, agora condenados aos “CAPS” e internações compulsórias? Por que profissionais de saúde preocupados em enfrentar a violência infantil e acolher integralmente as famílias, mas quando existe uso de drogas no ambiente doméstico delegam essa competência aos centros especializados?].

Concluiu-se que para mudar o cenário da violência infantil se necessita desenvolver competências e saberes voltados para o enfrentamento, e que esses (re)configurem a atenção em saúde através do acolhimento, do acompanhamento longitudinal, no (re)conhecimento do território e da dinâmica das famílias para que seja possível a produção de saúde, sujeitos e coletivos com mais autonomia, liberdade e solidariedade.

Salienta-se que não se esgotam as possibilidades interpretativas neste estudo, pois a

expressão do fenômeno da violência infantil é bem maior e complexa. Como contribuição para a produção de conhecimento acerca do enfrentamento da violência infantil, concluiu-se que os profissionais de ambos os cenários estão engajados em desenvolver modos de enfrentamento resolutivos, de prevenção e promoção de saúde.

Espera-se que este estudo possa contribuir para que as crianças tenham sua infância preservada, vivendo-na com a potência de sua natureza de serem crianças! Tornando-se adultos que possam conviver em ambientes familiares salutogênicos e com relações afetivas Alegres.

Por fim, sobre os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil pesquisados neste estudo, um Quadro dos Saberes e Percepções acerca do Enfrentamento da Violência Infantil foi organizado com o objetivo de dar visibilidade aos resultados encontrados nesta etapa final do mestrado.

Quadro 6 – Quadro dos Saberes e Percepções acerca do Enfrentamento da Violência Infantil

SABER-SABER	SABER-FAZER	SABER SER-ÉTICO-PROFISSIONAL	PERCEPÇÕES
Concepções sobre Família Violência de Gênero Violência Transgeracional Concepções sobre a Violência Infantil Tipologia da Violência Infantil Sinais e Sintomas [da existência] da Violência Formas do Enfrentamento da Violência Raízes da Violência	Acolher dentro dos Serviço Notificar Suspeitas Investigar a Violência no território Realizar Busca Ativa no território Reconhecer Sinais e Sintomas da Violência Realizar Escuta Qualificada e Saber Conversar Desenvolver Olhar Integral à Família Registrar Atividades Intermediar as Necessidades das Famílias Saber Delegar Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações Enfrentar as Resistências Preencher Corretamente a Ficha de Notificação Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos Intervir para a proteção da Criança Construir Vínculos com as Famílias Realizar Visita Domiciliária Multiprofissional Buscar Conhecimentos acerca do Enfrentamento da Violência Infantil Construir Redes Intersetoriais Orientar sobre Locais de Apoio para o Enfrentamento da violência infantil Reconhecer a Dinâmica Familiar Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde Construir Projeto Terapêutico Singular	Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil Construir vínculos Integralidade, Autonomia, Comprometimento e Corresponsabilidade Ter uma Atitude Solidária Exercício do Saber Ser-ético-profissional do Docente Intervenção Moral e Racionalização Ter uma Atitude Pró-enfrentamento Responsabilização Sanitária	Raízes da Violência Sentimentos que Afloram Natureza Complexa Formação e Educação Permanente

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Albuquerque LM, Carvalho CMG, Apostólico MR, Sakata KN, Cubas MR, Egry EY. Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents. Rev Bras Enferm. 2015; 68(3):393-400.

Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE para Crianças e Adolescentes vulneráveis à Violência Doméstica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

Algeri S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 26(3):308-15.

Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):318-24.

Apostólico MR, Nobrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. Rev Latino-Am Enferm. [online]. 2012; 20(2):266-73.

Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

Arendt H. Da Violência. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.

Arendt H. Entre o Passado e o Futuro. São Paulo: Perspectiva, 2013.

Assis SG, Deslandes SF, Minayo MCS. Prevenção, Monitoramento, Capacitação e Pesquisa. In: Minayo MCS, Deslandes SF , organizadores. Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.193-218.

Azevedo MA, Guerra, VNA. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: Um cenário em (des)construção. In: Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. 2.ed. Brasília: UNICEF, 2006.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988.

Brasil. Lei no. 8242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Brasília; 1991.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília; 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde. Brasília; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília; 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e compartilhada. Brasília; 2009d.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília; 2009g.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009i.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei no 8080/90/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1.ed. Brasília; 2011a.

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; 2010b.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. 2010d.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM no 737 de 16/5/01, publicada no DOU no 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília; 2009h.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília; 2009f.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília; 2011d.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Brasília; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2010c.

Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde.Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília; 2009a.

Brasil. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.Acesso em: 20/10/2015.

Brasil. Portaria GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispões sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde. Brasília; 2007.

Brasil. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990b.

Brasil. Presidência da República. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001c.

Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1990a.

Carlos DM. O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes – o olhar da atenção básica na saúde. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo. 2014.

Carvajal FU, Fernández RR. Victimización infantil, un problema de salud en el sistema social capitalista. Rev Cubana Salud Pública. 2009; 35(3).

Castro MG. Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos. Rev Estudos Feministas. 1992;0(0):57-73.

Chauí M. A ideologia da competência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014.

Chaui M. Cultura Política e Política Cultural. Estudos Avançados 9 (23), 1995.

Chaves MMN. Competência Avaliativa do Enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

Comte-Sponville A. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php. Acesso em: 10/01/15.

Costa RKS, Miranda FAN. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2):300-4.

Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. [Munaro et al.orgs]. Secretaria Municipal de Saúde: Curitiba; 2008.

Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed.34, 2011.

Delors J, organizador. Educação: um tesouro a descobrir. [Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI]. São Paulo: Cortez; 1998.

Donzelot J. A Política das famílias. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da praxis. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):119-33.

Egry EY, Marques CMS, Fonseca RMGS. A avaliação de competências na perspectiva crítico-emancipatória. Rev Ciência, Cuidado e Saúde. 2006; 5(2):236-42.

Egry EY, Oliveira MAC, Fonseca RMGS, Cubas MR. Considerações acerca da Saúde Coletiva. In: Garcia TR, Egry EY, organizadores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência da Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

Eguiarte BEB, Antillón EA. Patrones de Interacción Familiar de Madres y Padres generadores de Violencia y Maltrato Infantil. Acta Colombiana de Psicología. 2005; 13:35-45.

Ferrari D. Definição de abuso na infância e adolescência. In: Ferrari D, Vecina T, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.81-94.

Ferrari D. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: Ferrari D, Vecina T, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. p.23-56.

Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Guedes RN. A reincidência da violência contra a criança no Município de Curitiba: um olhar de gênero. Acta Paulista Enferm. 2012; 25(6):895-901.

Fonseca RMGS, Egry EY. A Classificação das Práticas de enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997.

Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. PROENF – Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto, v.3. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. p. 9-39.

Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde- doença das mulheres. In: Fernandes AQ, Narchi NZ, orgaizadores. Enfermagem e saúde da mulher. 2ed. Rev e Ampl. Barueri, SP: Manole

Foucault M. História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

Foucault M. História da Sexualidade, 3: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

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).

Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2008; 8(3):301-7.

Graziano, AP. Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na Atenção Básica [Dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Guerra VNA. Dez lições sobre a violência de pais contra filhos. Lua Nova vol.3 no.2 São Paulo Dec. 1986.

IBGE. Cidade de São Paulo. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=355030. Acesso em 15/11/2015.

IBGE. Curitiba. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410690. Acesso em 15/11/2015.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Violence: a global public health problem. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

Leonello VM, Oliveira MAC. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(esp).

Lima MLC. Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 4(5):1650-6.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 4(1):7-23.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Minayo MCS. Trajetória Histórica de Inclusão da Violência na Agenda do Setor Saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.17-29.

Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev Bras Saude Mater Infant. 2001; 1(2).

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-41.

Minayo, MCS, Souza ER. Violência e Saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde. 1998; 4(3).

Nietzsche FW. Genealogia da Moral: uma polêmica. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.

Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J Pediatria. 2005. 81(5).

Plano Municipal de Saúde do município de Curitiba. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano_curvas.pdf Acesso em: 01/12/15.

Portal da Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/. Acesso em 15/11/2015.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/. Acesso em 15/11/2015.

Régio L, Egry EY, Apostólico MR. Consideraciones acerca da importancia del estudio los saberes necesarios para el afrontamiento de la violencia infantil en la Atención Primaria de Salud. Rev Investigaciones UNAD. Colombia; 2016. No prelo.

Ribeiro MO, Yano KM. A criança em situação de violência e intervenção de enfermagem. In: Fujimore E, Ohara CVS, organizadores. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Editora Manole Ltda; 2009. p. 441-64.

Sakata KN, Egry EY, Narchi NZ. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? Rev Esc Enferm USP. 2014;48(esp).

Santos JS, Yakuwa MS. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2015; 15(1):38-43.

São Paulo Bairros. Disponível em: http://www.spbairros.com.br/tag/estatistica-capao-redondo/

Saraiva RJ, Rosas AMTF, Valente GSC, Viana LO. Qualificação do Enfermeiro no cuidado a vítimas de Violência Doméstica Infantil. Ciência y Enfermeria. 2012; 18(1):17-27.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/ acesso em 15/11/2014.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/ acesso em 15/11/2015.

Silveira DS. Governamentalidades, saberes e políticas públicas na area de Direitos Humanos da criança e do adolescente. IN: Michel Foucault: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. p.57-83.

Sousa e Silva MA. Violência contra a criança – quebrando o pacto do silêncio. In: Ferrari D, Vecina T, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.. São Paulo: Ágora, 2002.

Sousa e Silva MA. Violência contra a criança – quebrando o pacto do silêncio. In: Ferrari D, Vecina T, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

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

Spinoza B. Ética. [tradução de Tomaz Tadeu]. 2ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, saúde e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Vecina TCC, Cais ACFS. Infância e adolescência: uma realidade que precisa de intervenção. In: Ferrari D, Vecina T, organizadores. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

Vectore C, Carvalho C. Um olhar sobre o abrigamento: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. Rev Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). 2008; 12(2):441-9.

Veiga-Neto A. Por que governar a infância? In: Michel Foucault: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. p.49-56.

WHO. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo: www.direitoshumanos.usp.br

49.º World Health Assembly - Prevention of violence: a public health priority; 1996 may 20-25; Geneva. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf Acesso em 09/01/2015.

Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora SENAC, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE 1: Roteiro de Entrevista, Instrumento - Profissionais de Saúde

Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra a criança
Entrevista Profissionais de Saúde

Data	Entrevistador	Código da Entrevista

PROFISSIONAIS DE SAÚDE - TODOS

A. CARACTERIZAÇÃO

1. Iniciais

2. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Idade ☐ 20|— 30 ☐ 30|— 40 ☐ 40|— 50 ☐ 50 e mais

4. Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado

5. Filhos ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 e +

6. Idade dos filhos ____ anos ____ anos ____ anos ____ anos ____ anos

7. Sexo dos filhos ☐ Feminino ☐ Masculino

8. Escolaridade ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior

9. Formação técnica ou superior

10. Formação complementar

11. Cargo ou Função

12. Tempo de experiência profissional ☐ na atividade ____ anos ☐ ESF ____ anos

13. Recebeu treinamento específico para lidar com a violência doméstica contra crianças ☐ Sim ☐ Não

14. Há quanto tempo? ____ anos ____ meses

15. Como foi (descrever carga horária, metodologia, local)?

16. Descrição da responsabilidade e da atividade na função:

17. Descrição de quantas e quais instituições/pessoas/crianças estão sob sua responsabilidade:

Data	Entrevistador	Código da Entrevista

PROFISSIONAIS DE SAÚDE – NÍVEL LOCAL (SCL, SRL, SAL)

B. ROTEIRO DE ENTREVISTA

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 menor de três anos em situação de violência?

   Questões para detalhamento:

   1.1. 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?

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

   1.3. 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 vitimizadas (SP)/Rede de Proteção (Curitiba)?
5. No serviço de saúde onde você trabalha existe algum programa/grupo de atendimento às crianças vítimas 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. Do seu ponto de vista, de que maneira e quais instituições, profissionais e políticas públicas podem auxiliar na assistência à criança vítima de violência e também aos seus familiares? *(Buscar responder cada item: instituições, profissionais e políticas)*
8. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Data	Entrevistador	Código da Entrevista

PROFISSIONAIS DE SAÚDE – NÍVEL CENTRAL E REGIONAL (SCC, SMC, SCR, SMR)

C. ROTEIRO DE ENTREVISTA

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 auto-avalia 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- Do seu ponto de vista, de que maneira e quais instituições, profissionais e políticas públicas podem intervir para o enfrentamento da violência contra a criança? E em relação aos familiares e perpetradores? *(Buscar responder cada item: instituições, profissionais e políticas)*

6- Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

ANEXO

ANEXO

ANEXO 1: Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

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

Área Temática:

Pesquisador: Emiko Yoshikawa Egry **Versão:** 2

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP **CAAE:** 02153012.9.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 32299

Data da Relatoria: 15/05/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que busca o enfrentamento da violência contra a criança no sentido de buscar formas de reconhecer, intervir, proteger a criança 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). Será desdobrado em três subprojetos que estão descritos, cada um com metodologia específica em congruência com o objeto: exploratório, descritivo e transversal; pesquisa-ação para a qualificação dos profissionais.

Subprojeto A: Avaliação das necessidades em saúde e vulnerabilidades das famílias e das crianças em situação de violência intrafamiliar.
Tipo de estudo: descritivo e exploratório. Fontes de dados secundários: relatórios e bases de dados de violência intrafamiliar 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 semidiretivas, pertencentes aos Distritos mencionados. Critérios de inclusão: profissionais da Atenção Básica há no mínimo seis meses e que atuem na assistência à crianças ou famílias que vivenciaram situação de violência. Amostra: estima-se para cada Distrito, um total de 20 sujeitos, a depender da saturação dos dados. Tratamento dos dados: recursos estatísticos, do MapInfo e de decodificação de discurso, com auxílio da ferramenta Alceste.

Subprojeto B: Os diagnósticos e intervenções da enfermagem em saúde coletiva para o fenômeno da violência intrafamiliar. Tipo de estudo: exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Instrumento de coleta de dados: web questionário. Sujeitos da pesquisa: enfermeiras e enfermeiros 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. Todos os enfermeiros que atendam ao critério de seleção serão convidados a participar do estudo. Tratamento dos dados: Teoria de Resposta ao Item (TRI). Número de participantes: 20.

Subprojeto C: Criação e avaliação de modelo pedagógico e-learning de qualificação profissional para estudantes de graduação e profissionais. Tipo de estudo: pesquisa aplicada, apoiada nas diretrizes da pesquisa social, utilizando-se da modalidade da pesquisa-ação. Fase 1: Análise: compreende o momento de definição do público -alvo, estratégias instrucionais e conteúdos. Fase 2: Projeto: desenvolvimento do modelo. Fase 3: Implementação: construção do ambiente virtual. Fase 4: Validação: testes e avaliação. Sujeitos da pesquisa: na fase 1 (etapa de validação do ementário do curso: índice de concordância): participação de 10 a 12 especialistas e pesquisadores nos temas: violência doméstica e violência contra a criança, necessidades em saúde, assistência à saúde da criança; na fase 4 (testagem da ferramenta: Escala de Likert): participação de, no mínimo, 10 profissionais que atuem na Atenção Básica e no mínimo, 10 graduandos do último ano de Enfermagem.
Apoio Financeiro: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo (FAPESP). Orçamento descrito no

documento da Plataforma Brasil.

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.

Objetivos Específicos:
Subprojeto A - conhecer as metodologias e instrumentos de avaliação de necessidades e vulnerabilidades de grupos especiais utilizadas, para o enfrentamento da violência intrafamiliar em crianças;
Subprojeto B - interrogar quais fenômenos podem ser descritos ao lidar com a violência infantil e que se utilizam da base CIPESC®;
Subprojeto C - construir de 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:

Não há riscos para os participantes.
Benefícios: Em quaisquer das fases do projeto, os sujeitos participantes poderão ter contato com o mundo da pesquisa acadêmica e científica, não só contribuindo com ela mas também ajudando a construir conhecimentos,repensando sua prática profissional cotidiana e inteirando-se dos temas em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto analisado apresenta clareza, articulação, havendo coerência entre o problema objeto do estudo, o objetivo proposto, a metodologia e questões éticas. Cronograma proposto está adequado. Número de sujeitos participantes: 72 distribuídos nos três subprojetos.
Hipótese:Capacitar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra crianças é um meio eficaz de promover o desenvolvimento infantil

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLEs de cada sub-projeto foi apresentado. O projeto geral já tem a aprovação do CEP da EE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se a necessidade de registro de relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

06 de Junho de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos