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

LUCIANE RÉGIO MARTINS

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

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

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

VERSÃO CORRIGIDA

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

SÃO PAULO 2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO 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.

156 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 em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: ____/___/___

Prof. Dr	Instituição:	
Julgamento:	Assinatura:	
Prof. Dr.	Instituição:	
Julgamento:	Assinatura:	
Prof. Dr.	Instituição:	
Iulgamento:	Assinatura:	

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Terezinha Régio, por sua força e coragem na Vida!

In memoriam e saudade, a meu padrasto Paulo Irceu da Silva.

AGRADECIMENTOS

A Iyá Cristina e Rejani Schimidt.

A minha orientadora, 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 em minha vida profissional docente: dedicação, ética, disciplina, sensibilidade, paciência e sinceridade.

À Pós-Doutora Maíra Apostólico, pelo seu exemplo de ser pesquisadora, que me ensinou com afinco, dedicação, mas com paciência, os passos a serem desenvolvidos, melhorados, explorados e por ser dotada de amabilidade, ética e disciplina.

À Prof.^a Dr.^a Elisabeth Fujimore, pelo acolhimento.

À Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozi pelos empréstimos de livros e ensinamentos nas aulas.

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

À Prof.^a Dr.^a Ana Luisa Aranha e Silva por acreditar em mim.

Às professoras: Dr.ª Ana Lucia Machado e Dr.ª Luciana de Almeida Colvero, pelo acolhimento.

À Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Barcellos, da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, pelo apoio e incentivo.

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.

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.

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, 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.

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.

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

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

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 cúmplice e amiga de todas as horas.

A 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.

À amiga Mirtes Scherer e o Marcelo Prestes, pelo apoio que, por diversas vezes, hospedaramme apoiando as etapas preparatórias para esta jornada.

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. À amiga Jordana, que com seu apoio foi possível realizar a seleção. Demais amig@s, obrigada.

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.

À CAPES, pela bolsa de estudos durante esse período.

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: Compreender 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 e analisar 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 do Município de Curitiba, Paraná (Bairro Novo e Boa Vista); e, no distrito do Capão Redondo no Município de São Paulo, São Paulo. Foram realizadas 41 entrevistas das quais 16 foram com profissionais de Curitiba e 25 com profissionais de São Paulo. 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. Da análise das entrevistas emergiram temas que conformaram os saberes necessários à formação e qualificação profissional na APS. Resultados: Da percepção dos profissionais sobre o enfrentamento da violência emergiram temas, tais como: raízes da violência, natureza complexa da violência infantil, formação e educação permanente e sentimentos que afloram. Da dimensão do Saber-saber emergiram os temas: concepções sobre família; violência de gênero e transgeracional; concepções sobre a violência; tipologia da Violência; sinais e sintomas (da existência) da violência e formas de enfrentamento da violência. Da dimensão do Saber-fazer emergiram os temas: acolhimento; notificação de casos confirmados e suspeitos e a

interpretação das notificações; construção de fluxos de trabalho e protocolos; as intervenções para a proteção da criança; a busca de conhecimentos sobre o enfrentamento da violência infantil; a construção de redes intersetoriais, o reconhecimento da dinâmica familiar; trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção da Saúde e a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Da dimensão do Saber-ser ético-profissional emergiram os temas: sensibilização do olhar; vínculos; integralidade, autonomia, comprometimento e responsabilidade; enfrentamento das resistências e pré-julgamentos morais; ter uma atitude pró-enfrentamento e responsabilização sanitária. Conclusões: A percepção dos profissionais sobre o enfrentamento da violência infantil foi analisada conjuntamente às dimensões dos saberes, concluindo-se que os entrevistados sentem-se fragilizados e necessitam de apoio de gestão, políticas públicas e estratégias de qualificação sobre o problema. Os temas que emergiram das dimensões dos saberes apontaram que os entrevistados têm saberes sobre a violência infantil, mas, não citam os elementos explicativos desses saberes; demonstram que sabem sobre os instrumentos do fazer, mas, o modo como operacionalizá-los foram poucos que citaram e conclui-se que existem atitudes, escolhas e posturas referidas pelos profissionais demonstrando que APS ainda não está instrumentalizada para o enfrentamento. Os temas que emergiram das entrevistas apontam pontos a ser abordados no enfrentamento da violência infantil, ainda que esta pesquisa não esgote as possibilidades interpretativas do fenômeno.

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

Régio Martins L. Primary health attention & coping with violence against children: the necessary knowlegde for training and professional Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of 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 and analyse 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 theoreticalphilosophical 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 Boa 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. By the analysis of the interviews came up themes which conform the necessary knowledge for Training and Professional qualification in Primary Health Attention. Results: By perceptions of the professionals about coping with violence against children emerged themes such as: Violence Roots; Complex Nature; Training and Permanent Education and Feelings Outcrop. By Know-Know Dimension emerged themes: conceptions about family; gender and transgenerational violence; conceptions about Child Abuse; tipology of violence against children; signs and

simptoms (of the existance) of violence; ways of coping with violence. By Know-How Dimension emerged themes: receiving; recognizing, notifying suspicions child abuse and understanding notifications; building workflows and protocols; interventions for protection of children; searching knowledge about coping with violence against children; conduct home multi-professional visits; building intersectorial nets; recognizying familiar dinamics; working in the perspective of prevention and health promotion and building singular therapeutical projects. By Know-to be ethical-professional emerged themes: sensibilization for coping with child abuse; building linkage; integrality, autonomy, commitment and co-responsabilization; coping with resistance and moral pre-judgments and sanitary responsabilization. Conclusions: Perceptions of the professionals about coping with violence against children were analysed together with the knowledge dimensions, concluding that the interviewed professionals feel fragile and need management support, public policies support and qualification strategies about the problem. The themes which emerged from knowledge dimensions show that the interviewers have knowledge abou violence against children, but they don't say about explanatory elements of knowlege; they show know-how, but only a few explain how to operate it and it is also a conclusion that attitudes, choices and postures refered by the professionals show that Primary Health Attention is not well prepared for coping with child abuse. The themes which emerged from interviews show some points to be focused in coping with violence against children, even though this research has not exhausted all interpretatives possibilities of the phenomenon.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa das Regiões Administrativas de Curitiba e Bairros	70
Figura 2 –	Mapa da divisão territorial da Regional Boa Vista	71
Figura 3 –	Mapa da divisão territorial da Regional Bairro Novo	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Demonstrativo	sobre	a	mortalidade	infantil	em	Curitiba,	entre	1998	e
	2014	•••••			•••••	•••••				58
Gráfico 2 –	Frequência de	Notific	açĉ	ões de Violêr	ncia cont	ra C	rianças e	Adoles	centes	_
	Curitiba entre	2002 e 1	201	2						69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Etapas e estratégias metodológicas.	78
Quadro 2 –	Quadro dos Saberes e Percepções sobre o Enfrentamento da Violência na APS	
Quadro 3 –	Recorte das entrevistas - Percepções dos profissionais de Curitiba e Capão R SP, sobre o enfrentamento da violência Infantil	
Quadro 4 –	Recortes das Entrevistas – Dimensão do Saber-Saber	139
Quadro 5 –	Recortes das Entrevistas –Dimensão do Saber-Fazer	142
Ouadro 6 –	Recortes das Entrevistas – Dimensão do Saber-Ser Ético-Profissional	147

LISTA DE SIGLAS

APS Atenção Primária em Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CECCO Centro de Convivência e Cooperativas

CRAS Centro de Referência da Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado da Assistência Social

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF Estratégia da Saúde da Família

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

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

SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIPESC Teoria da Intervenção Práxica de Enfermagem em Saúde Coletiva

UBS Unidade Básica de Saúde

WHO World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	35
1 INTRODUÇÃO	39
2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	47
3 FINALIDADE DO ESTUDO	51
4 OBJETIVOS	55
4.1 OBJETIVO GERAL	55
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	59
5.1 ALGUNS SABERES ENVOLVIDOS NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCI	AS59
5.2 NOÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, HUMANIZAÇÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	E A 61
6 MÉTODO	67
6.1 CENÁRIOS DO ESTUDO	68
6.1.1 Cenário 1: Regionais ou Distritos Sanitários Boa Vista e Bairro Novo – Curi PR	
6.1.2 Cenário 2: Distrito Sanitário do Capão Redondo – São Paulo (SP)	
6.2 FONTE DE DADOS EMPÍRICOS: PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	
6.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	77
6.4 ASPÉCTOS ÉTICOS	78
6.5 ETAPAS DO ESTUDO	
7 RESULTADOS	81
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	81
7.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL NA APS	82
7.3 DIMENSÃO DO SABER-SABER	
7.4 DIMENSÃO DO SABER-FAZER	
7.5 DIMENSÃO DO SABER-SER ÉTICO-PROFISSIONAL	

8 DISCUSSÃO	93
8.1 OS SABERES NECESSÁRIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL	93
8.1.1 Dimensão do Saber-Saber	
8.1.2 Dimensão do Saber-Fazer	99
8.1.3 Dimensão do Saber-Ser Ético-Profissional	106
8.2 QUADRO ILUSTRATIVO	110
9 CONCLUSÕES	115
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICE	131
ANEXO	155



APRESENTAÇÃO

Ao ser acolhida no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em virtude de mudança de orientadora, 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.

Entre 2008 e 2009, participei do curso de formação/especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Em 2010, iniciei curadoria do site da Rede HumanizaSUS (www.redehumanizasus.net), e esta foi uma vivência diferenciadora pelo contato com blogueiros e suas experiências exitosas no SUS em diversos estados brasileiros.

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 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, orientei equipes de saúde mental para criar dispositivos na implementação da RAPS, identificando dificuldades, barreiras administrativas, recursos humanos e vontades políticas que reproduzem a lógica manicomial primando pelas internações como primeira intervenção.

Fui aprovada para cursar o mestrado com um projeto vinculado à Saúde Mental e precisei mudar de orientadora. Permaneci no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, pois encontrei vaga para estudar o tema do enfrentamento da violência infantil. Identifiquei interfaces entre a violência contra a criança e questões que despertavam angústia, sobretudo, quando há famílias em uso de álcool e outras drogas, ou mesmo, com transtornos mentais.

O modo como o problema da violência infantil é entendido e enfrentado pelas equipes, gerando diversos encaminhamentos à rede de proteção e equipes de saúde mental chamou minha atenção. Por esse motivo, as inquietações sobre quais saberes necessários para o enfrentamento da violência infantil, desde a formação e qualificação, motivaram a realização deste estudo. Reconheço que esta contribuição não esgota respostas a respeito dos saberes necessários à formação e qualificação profissional no enfrentamento da violência infantil na APS.



1 INTRODUÇÃO

Há diversas maneiras de se conceituar a violência, sobretudo, como um fenômeno complexo e de ordem múltipla (Arendt, 1985; Minayo, 1999; 2005; Krug et al., 2002). 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, e a "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, as causas complexas da violência devem ser analisadas baseadas nos 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 autoinflingidas (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 et al. 2002; Minayo, 2005).

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

Esse conceito da OMS baseia-se na multifatorialidade, apoiado em uma realidade idealizada e, por isso, é antagônico ao referencial escolhido para este estudo, que é proveniente da visão de saúde coletiva, que tem como foco o contexto social historicamente determinado, levando em conta os aspectos culturais e econômicos desse ambiente. Diferentemente da visão idealizada da OMS, a Saúde Coletiva coloca em análise a realidade como esta se apresenta em suas contradições, e com base nas quais poderão ser superadas (Egry, 1996).

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". A autora citada 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 os termos 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. Muitas vezes, a força, utilizada como sinônimo de violência, deveria ser compreendida como a energia produzida nos movimentos físicos e sociais. Ao usar o exemplo de relações entre pais e filhos, professor e aluno explica o conceito de autoridade, sendo este, o reconhecimento indiscutível com obediência. Por fim, a violência distingue-se 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-lo como sinônimo, e dizer apenas isso, na visão da autora, é insuficiente, assim, 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).

Pesquisas realizadas por Guerra (1986), Krug et al. (2002), Azevedo e Guerra (2006), Gomes et al. (2007) referem que 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; Fernández, 2009; Saraiva et al., 2012).

De acordo com Krug et al. (2002), existem 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*, define-se 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, 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 et al., 2002, p. 59-60).

No entanto, 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 de pesquisas sobre sua prevalência e não apenas sobre sua 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 estas autoras, a violência é um ato de transgressão do poder/dever de proteção do adulto, e a negação do direito das crianças.

Conforme Gomes 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 as autoras citadas, as crianças que sofrem violência tornam-se adultos violentos. Além disso, salientam que a maioria das violências perpetradas ocorrem por relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, sendo estas 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 vem ganhando visibilidade nos 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 et al. (2012) identificaram a mãe como principal agressora, contrapondo-se ao pai como agressor em 12,7% dos casos, e 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 de abandono (1-0,3%).

Ao estudarem a violência sexual, Azevedo e Guerra (2006) estimaram que 20% das mulheres e 10% dos homens foram vítimas de violência infantil 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.

As conquistas jurídicas na elaboração de Leis, Portarias e Políticas (Genebra, 1924; WHO, 1948; Brasil, 1988; 1990a; 1991; 2001a; 2001b; 2002a; 2010b; Krug et al., 2002) aliadas

às pesquisas científicas e vice-versa ainda não têm sido o bastante para refrear a incidência da violência infantil, sendo um fenômeno que requer debates a respeito da formação e qualificação da assistência para o enfrentamento. Azevedo e Guerra (2006) afirmam que não basta apenas denunciar a violência, mas, que é preciso desenvolver estudos sobre sua prevalência que podem estimar casos ocultos.

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.

Lima (2009), ao se referir 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 não existe ainda uma expressividade de experiências, senão iniciativas pessoais de gestores e profissionais. A autora citada ressaltou que estudos sobre resiliência, empoderamento dos grupos sociais, papel da família e das redes sociais vêm contribuindo 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 causadas pela violência; e a segunda à prevenção de comportamentos violentos. Para as autoras, a PNRMAV agrega políticas internacionais com ênfase nas 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.

Para 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.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001b) refere que a violência intrafamiliar ocorre em razão da:

[...] 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 (Brasil, 2001b, p. 23).

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 Sistema Único de Saúde (SUS). As dificuldades em reconhecer a violência infantil contruibuem para perpetrar o complô do silêncio ou pacto do silêncio familiar, enfatizados pelas pesquisas de Guerra (1986); Pfeiffer e Salvagni (2005); Azevedo e Guerra (2006), e favorecem a subnotificação. Esta encobre o problema e, consequentemente, impossibilita que ações de enfrentamento se efetivem (Algeri, 2005; Apostólico, Hino, Egry, 2013; Albuquerque 2014).

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

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

Conforme alguns autores, a não percepção da violência e a existência de um pacto de silêncio nas famílias favorece sua reincidência e a violência intergeracional (Guerra, 1986; Pfeiffer; Salvagni, 2005; Algeri, 2005; Eguiarte; Antillón, 2005; Azevedo, Guerra, 2006).

Dessa forma, formar para o SUS não apenas alterando os currículos da área da saúde (Brasil, 1990b; 2007; 2011a; Costa; Miranda, 2009), mas, fomentando mudanças de posturas profissionais que incluam perceber o sofrimento humano e trabalhar no sentido da cidadania de direitos, da construção do comum e da defesa da vida. É preciso intervir no cotidiano dos serviços para mudanças nos processos de trabalho pela educação permanente em saúde (EPS) e humanização da atenção e gestão (Brasil, 2007; 2009a; 2009b; 2009c; 2009d; 2009g; 2009i; 2010a), para que o enfrentamento da violência infantil concretize-se.

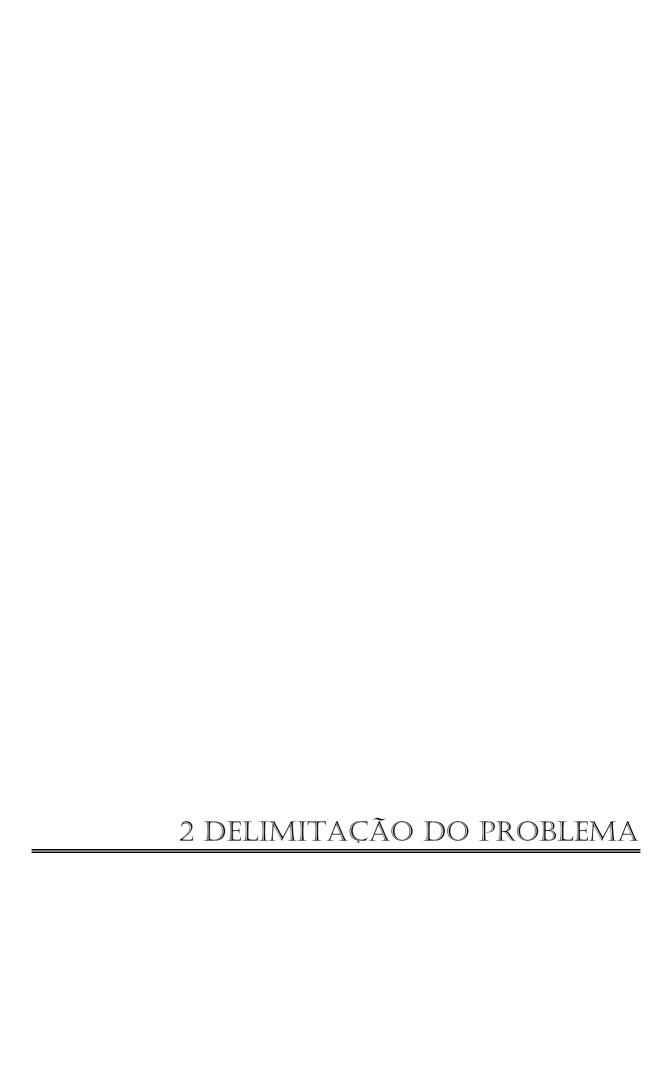
A Política Nacional de Humanização (PNH) destaca a necessidade da constituição e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à transversalidade e à grupalidade, para que enfrentem a violência em todos os âmbitos, e destaca a violência intrafamiliar, em geral, crianças, mulheres 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 socioeconômica e cultural.

Costa e Miranda (2009, p. 302-303) destacam 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 identificam inovações em cursos de graduação, em especial, na enfermagem, que enfrentando formas baseadas no ensino tradicional orientadas pelos modelos 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. No esforço para compreender como enfrentar a violência contra a criança, conformou-se como objeto de pesquisa os saberes sobre o enfrentamento da violência infantil na APS, a serem mobilizados na formação e na qualificação.



2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

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

Quais os saberes necessários à formação e qualificação profissional 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

A presente pesquisa teve por finalidade subsidiar os processos de enfrentamento da violência contra a criança, no âmbito da formação e da educação permanente, por intermédio dos saberes necessários ao desenvolvimento de competências profissionais, originários dos discursos dos profissionais da APS.



4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender 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 sobre o enfrentamento da violência contra a criança no território;
- Descrever e analisar os saberes necessários na formação e na qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil na Atenção Primária em Saúde.



5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A base teórica deste estudo é a Teoria da Intervervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), que se ancora no Materialismo Histórico e Dialético (MDH), e tem seu arcabouço teórico apresentado em categorias conceituais e dimensionais. (Egry 1996)

O materialismo histórico pelos conceitos elaborados por Marx "permitem o estudo das sociedades concretas", atribuindo "caráter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação dos homens" (Egry, 1996, p. 30). Dessa forma, uma vez que o materialismo histórico inclui a visão dos fenômenos baseados na historicidade e no social, ele também é dialético a partir das contradições pelas quais um fenômeno existe e pode ser superado. (Egry, 1996)

As categorias conceituais em Egry (1996) são noções e ideias historicamente construídas, mediadoras na compreensão do fenômeno, ligadas à visão de mundo a que elas respondem. As categorias dimensionais estão para o "processo de desenvolvimento da teoria, no seu prisma operacional", sendo elas: "a da totalidade, a da práxis e a da interdependência do estrutural, do particular e do singular" (Egry, 1996, p.80).

A TIPESC possui cinco etapas, sendo elas (Egry, 1996):

- a captação da realidade objetiva;
- a interpretação da realidade objetiva;
- a construção do projeto de intervenção na realidade objetiva;
- a intervenção na realidade objetiva;
- a reinterpretação da realidade objetiva.

Para a autora, ao colocar a TIPESC em prática, é necessário agregar conceitos de categorias analíticas (abstrações sobre uma dada realidade concreta) e interpretativas (articulando as categorias: conceitual e dimensional).

5.1 ALGUNS SABERES ENVOLVIDOS NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Observa-se que o ensino das competências prevê ao profissional a atuação em diferentes áreas mobilizando, articuladamente, diversos saberes. Para Leonello e Oliveira (2007), no estudo com base em conceitos da Educação Popular e Educação Popular em Saúde, apoiado nas concepções do trabalho em saúde e saber operante, o desenvolvimento de competências se

produz na combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, que se modificam frente a diferentes contextos da prática profissional. "Discutir o desenvolvimento de competências na perspectiva da formação para o trabalho, em grande medida, significa formar para cidadania" (Leonello; Oliveira, 2007, p. 848).

As pesquisadoras recorreram a Delors (1998), para definir que o *saber-conhecer* que é desenvolvido nas experiências compartilhadas e pressupõem um aprender a aprender contínuo; o *saber-fazer* conforma-se 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). Para Delors (1998), há 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).

Para Chaves (2010, p.82), o sujeito constrói na experiência "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. Os grifos do autor mostram o desafio da competência que 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.

Este estudo segue os conceitos de saberes descritos em Delors (1998).

5.2 NOÇÕES SOBRE A 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 que 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 que 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).

Na APS, o trabalho interdisciplinar é capaz de promover o compartilhamento de diferentes abordagens profissionais que, 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).

Além disso, a Portaria GM n. 2.488 (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 completa-se nas regiões de saúde como descrito no Decreto n. 7.508/2011 no cuidado hierarquizado e regionalizado. (Brasil, 2011a)

Dessa forma, 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).

Conforme a PNAB (Brasil, 2012), a Educação Permanente em Saúde (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. 1.996 (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 configura-se como estratégia de formação e qualificação no SUS em razão da 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).

Por sua dimensão pedagógica, a EPS como estratégia de gestão essencial na APS tem potencial de produzir mudanças na atenção e gestão, pelo seu viés questionador e analisador das práticas implementadas no cotidiano dos serviços de saúde, pela análise dos processos de trabalho (Brasil, 2007; 2010a). 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).

No entanto, nem toda a capacitação pode ser considerada educação permanente: as capacitações ainda que sirvam para uma melhoria do desempenho individual profissional,

podem não contemplar necessidades de mudanças institucionais que estão implicadas com a educação permanente. (Brasil, 2009e)

A Educação Permanente transforma-se em ferramenta de gestão e qualificação profissional contribuindo para uma mudança institucional, seja pela 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, as primeiras ditam as "regras do jogo", e as "organizações são grupos de indivíduos reunidos em torno de um objetivo", ou seja, os jogadores. A respeito desta ideia é assim descrita (Brasil, 2009e):

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 a PNH (2009e, p. 49) para 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".

Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH) "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" (Brasil, 2009e, p.50).

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) dentro dos espaços hospitalares foi criada e sofreu reformulações em 2008 para contemplar a humanização da atenção e gestão do SUS na APS. A partir da construção de relações de horizontalidade entre gestores, trabalhadores e usuários, a PNH tem como método as rodas de conversa para compartilhamento de saberes e a análise coletiva dos problemas. (Brasil, 2010a).

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) a respeito da metodologia pondera que é "entrar num forte debate de ideias, de opções e de práticas". Além de salientar que a pesquisa qualitativa incorpora o significado, a intencionalidade, inseparavelmente dos modos de agir, das relações e 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 modo dinâmico 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 (Egry, 1996).

A TIPESC está organizada em categorias conceituais (noções e ideias historicamente construídas, que servem como mediadoras na interpretação do fenômeno) e categorias dimensionais (estas 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, foram desenvolvidas apenas as duas primeiras, que antecedem a intervenção na realidade, como produção do conhecimento no sentido de captar, interpretar, estruturar, definir, identificar e 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 compreensão hermenêutica crítica do objeto de estudo com base nas contradições dialéticas.

6.1 CENÁRIOS DO ESTUDO

Os cenários do estudo compreenderam dois distritos sanitários do Município de Curitiba, Paraná (Bairro Novo e Boa Vista); e o distrito sanitário do Capão Redondo, em São Paulo.

A escolha dos cenários com diferentes conformações possibilitou analisar os discursos levando-se em conta se havia uma rede de enfrentamento da violência infantil estruturada e incorporada aos processos de trabalho ou não, e como é realizado o cuidado quando não existe uma rede organizada, mas, existem ações da APS voltadas para o enfrentamento da violência infantil no território. As diferenças entre um município com uma rede de proteção estruturada de um outro que desenvolve o enfrentamento com ações de atenção básica interessam para identificação do alcance longitudinal do cuidado e a utilização da notificação na construção de dados para monitoramento e avaliação da violência infantil.

6.1.1 Cenário 1: Regionais ou Distritos Sanitários Boa Vista e Bairro Novo - Curitiba, PR

A população de Curitiba foi estimada em 1.879.355 pessoas, de acordo com o IBGE (2015). Conforme o site da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, esse município apresenta um dado importante, que é taxa de mortalidade infantil em queda, pois em 2014, apresentou o menor coeficiente/1000nv de 7,79, conforme os dados do Gráfico 1, a seguir:

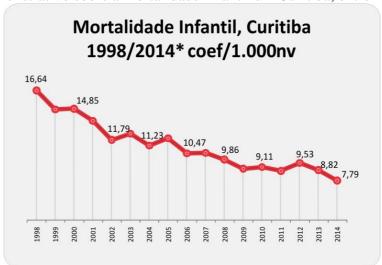


Gráfico 1 – Demonstrativo sobre a mortalidade infantil em Curitiba, entre 1998 e 2014.

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 extrafamiliar. O maior índice era o da Negligência, representando 74,1% das notificações, seguido da violência física com 12,6%, e sexual 7,4%. Os dados do Gráfico 2 foram retirados do Plano Municipal de Saúde.

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



2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012

Fonte: CE/SMS - Banco de dados da Rede de Proteção.

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

Em Curitiba a APS 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, com 1.026 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)

O Município de Curitiba está dividido em 9 regiões administrativas, como aparecem nos dados da Figura 1 a seguir:



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

REGIONAL BOA VISTA

A Regional ou distrito sanitário Boa Vista localiza-se a norte do município de Curitiba (PR), compreende uma área de 6.251 hectares (representando 14,39% da área total do Município), sendo a mais populosa com 248.698 habitantes. A regional tem 13 bairros: Abranches, Atuba, Bacacheri, Bairro Alto, Barreirinha, Boa Vista, Cachoeira, Pilarzinho, Santa Cândida, São Lourenço, Taboão, Tarumã e Tingui. (IPPUC, 2013)



Figura 2 – Mapa da divisão territorial da Regional Boa Vista

Fonte: IPPUC – Geoprocessamento Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração

Nessa regional, a população nessa regional é a maioria na faixa etária adulta; no entanto, há 47.427 crianças entre 0 e 14 anos e 62.910 pessoas entre 15 e 29 anos (jovens). O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) decresceu em razão das escolas de séries iniciais não terem atingido as metas propostas entre 2009 e 2011. Em 2009, 22 escolas superaram a meta da nota de 5,1%, e, em 2011, 8 escolas não atingiram a meta. (IPPUC, 2013)

A população de crianças de 0 a 5 anos na Regional Boa Vista é de 17.465, mas apenas 5.083 são atendidas por creches municipais ou conveniadas ou pré-escolas da rede municipal. A população de crianças de 6 e 10 anos de idade é de 15.756, estando 74,56% delas na rede pública municipal de ensino. Observando-se a taxa de reprovação como um indicador

socioeconômico e de infraestrutura, somente uma das 22 escolas teve um índice abaixo de 5,0% (padrão). A população entre 11 e 14 anos é de 14.206 pessoas, sendo atendida por três escolas municipais, compreendendo 9,74% dos atendimentos. (IPPUC, 2013)

A Regional Boa Vista possui 175 equipamentos de educação, subdivididos em 77 creches e pré-escolas, 82 escolas, seis faculdades, duas universidades, seis unidade de educação integral, um núcleo regional de educação e uma unidade educacional especializada. Do total, 94 particulares, 56 Público Municipais, 24 Público Estaduais e um Público Federal. O Bairro Alto e o Boa Vista são os bairros os quais apresentam o maior número de unidades de Educação Básica - créches e pré-escolas - 12 cada. Observa-se no Bacacheri somente a presença de equipamentos particulares para esse perfil educacional - 11. Em relação ao Ensino Fundamental, há predominância do Bairro Alto e Santa Cândida, ambos com 10 unidades cada. As instituições de Ensino Superior são todas particulares e estão presentes principalmente no Bacacheri e Santa Cândida, com duas unidades cada bairro (IPPUC 2013, p. 26).

A Regional Boa Vista conta com 28 equipamentos de saúde, dentre eles 4 hospitais e 24 unidades de saúde (15 UBS, 35 ESF, 1 equipamento para urgências médicas e 5 especializadas em saúde mental). O atendimento social nessa regional é feito por meio de 45 equipamentos, sendo eles particulares e públicos. (IPPUC, 2013)

Esta regional é a que possui maior ocupação habitacional irregular, sendo o bairro o que demonstra isso com maior efeito. O bairro que apresenta maior problema é o Santa Cândida com 1.066 domicílios irregulares. A rede de esgoto é a pior entre as regionais, destacando negativamente os bairros Cachoeira (46,7% dos domicílios que possuem fossa séptica e 23,9% utilizam outros meios) e Taboão. (IPPUC, 2013)

Para a caracterização socioeconômica dessa regional, observou-se que, em 2011, as atividades de comércio (44,73%) e serviços (41,20%) concentravam os maiores índices, havendo moderada atividade industrial (13,26%). De acordo com o Censo do IBGE 2010, a regional Boa Vista tem 534 domicílios que correspondem a 1.489 habitantes em situação de extrema pobreza, compreendendo 9,08% do total de domicílios do Município na mesma condição. (IPPUC, 2013)

REGIONAL BAIRRO NOVO

A Regional ou distrito sanitário Bairro Novo localiza-se ao sul de Curitiba com uma área de 4.500,83 ha (representando 10,35% da área total do município). Esta área compreende três bairros: Sítio Cercado, Umbará e Ganchinho. (IPPUC, 2013)

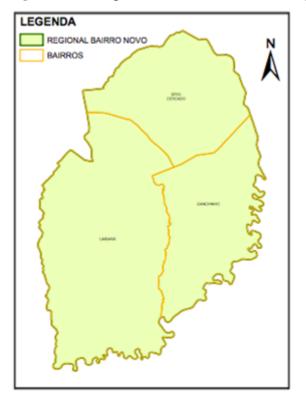


Figura 3 – Mapa da divisão territorial da Regional Bairro Novo

Fonte: IPPUC – Geoprocessamento Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração

Esta Regional é a que possui menor população, conforme o IPPUC (2013) com 145.433 habitantes, na maioria adulta e idosa; no entanto, tem 36.034 crianças entre 0 e 14 anos e 40.818 jovens na faixa etária entre 15 e 29 anos. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) demonstrou que entre 2009 e 2011, as escolas dos anos iniciais superaram sua meta, subindo a nota estabelecida de 5,1 para 5,5. (IPPUC, 2013)

Ainda na caracterização social, relativa à educação, a Regional Bairro Novo tem um total de crianças de 0 a 5 anos de 13.191, sendo 5.008 crianças atendidas em creches municipais e conveniadas, ou pré-escolas. A maioria das creches localizam-se no bairro Sítio Cercado (19). Nos outros bairros, como Ganchinho, há três creches e em Umbará, duas. Na faixa etária entre 6 e 10 anos o total de crianças nessa área é de 12.038; destas 87,3% são atendidas em escolas públicas. Na faixa etária entre 11 e 14 anos há 10.805, e, somente 10,6% estão em escolas municipais. Apenas 1 escola obteve percentual acima da taxa de reprovação de 5,0% em 2011. (IPPUC, 2013)

A Regional Bairro Novo possui 72 equipamentos de educação. Existem 34 creches e pré-escolas: 29 no Sítio Cercado sendo 12 particulares e 17 municipais; no Umbará existem três, todas particulares e duas municipais no Ganchinho. Existe um total de 32 escolas de ensino fundamental, 29 delas são públicas: o Sítio Cercado tem 22, o Umbará cinco e o Ganchinho duas; e das três particulares: duas estão no Sítio Cercado

e uma no Umbará. As unidades de educação integral são quatro e todas são pú-blicas e situadas no Sítio Cercado. Há também uma escola de ensino especial, particular, no Sítio Cercado. (IPPUC 2013, p.24)

Em 2011, a economia dessa área era essencialmente comercial (51,93%), ainda que tivesse o setor industrial 18,75% e outros serviços (29,16%) só que em menor escala. A maior parte do setor econômico concentra-se no bairro Sítio Cercado (80%), por ser o mais populoso. A regional possui 1.503 pessoas contabilizadas em 497 domicílios em extrema pobreza (bairro do Sítio Cercado possui maior número desse domicílios com renda per capita nominal domiciliar de até 70 reais: 353, ou 71%), ou seja, 8,45% da população do município, conforme o Censo do IBGE em 2010. (IPPUC, 2013)

Um dos problemas dessa área é a rede de esgoto, com destaque para o bairro Umbará, que representa 50,95% dos domicílios da regional, destes, 34,37% possuem fossa séptica e os demais 16, 53% utilizam outros meios.

A Regional Bairro Novo tem 14 equipamentos de saúde, e 11 deles estão no Sítio Cercado (maior população). Da mesma forma, no Sítio Cercado, está localizada a maioria dos equipamentos sociais (7 CRAS, 1 CREAS e 5 Liceus de ofício). Em Umbará, há 1 CRAS e, em Ganchinho, nenhum desses equipamentos. (IPPUC, 2013)

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

Conforme o IBGE (2015), o Município de São Paulo possui 11.967.825 habitantes, estando dividido em 32 Subprefeituras.

A Subprefeitura de Campo Limpo, conforme dados da Figura 4, ocupa uma área de 36,7 km2, com uma população de 607.105 e densidade demográfica de 17.486,65 hab./km2, sendo composta pelos distritos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade. O distrito do Capão Redondo pertencente à Zona Sul tem 268.729 habitantes e é o mais populoso dessa área, seguido do Campo Limpo com 211.361 habitantes e Vila Andrade com 127.015 em dados estimados de 2010 (São Paulo, 2010).

O saneamento básico é um indicador que serve para avaliarmos a saúde e as condições socioeconômicas de uma região. A subprefeitura do Campo Limpo (São Paulo, 2010) é uma área com 185.620 domicílios, dentre os quais, 165.914 estão ligados à rede de esgoto e 19.706 ainda permanecem sem esse serviço. Na região do Capão Redondo, que é o cenário deste estudo, há 81.015 domicílios, sendo 70.895 ligados à rede de esgoto, e um número expressivo de 10.120 domicílios permanecem sem esse serviço. (São Paulo, 2010)

A subprefeitura do Campo Limpo possui 411 equipamentos de educação, entre centros infantis, escolas e creches. A taxa de alfabetização da população de 10 anos e mais nessa subprefeitura em 2000 era de 93,38% e passou a 96,08% em 2010. No distrito do Capão Redondo a taxa de alfabetização era 93,21% em 2000 e subiu para 95,84% em 2010, mantendo uma média comparada ao Município de São Paulo como um todo (São Paulo: em 2000, 95,41%; em 2010, 96,99%). A taxa de analfabetismo na subprefeitura do Campo Limpo é de 4,2%, mas, no distrito do Capão Redondo esta porcentagem é maior, 4,4%. (São Paulo, 2010)

Ao se observar, o percentual de óbitos em menores de 1 ano, entre 2007 e 2011, informados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Município de São Paulo reduziu de 3,2 para 2,8%. Na regional localizada a Sul do município, onde fica a subprefeitura do cenário do estudo, houve redução de 5,0% para 4,3%. Também o coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos), São Paulo reduziu no mesmo período de 13 para 11, 4, e a regional sul reduziu de 14,3 para 11,8. (São Paulo, 2013)

O número de nascidos vivos, entre 2007 e 2011, em São Paulo cresceu de 171.573 para 176.473, a regional sul foi a que obteve maior crescimento em números no mesmo período, de 42.634 para 44.803. O percentual de pré-natal quantitativamente adequado (7 consultas e +) no mesmo período e em todas as regionais apresenta uma taxa crescente, em média no Município, estimada em 77,2 em 2011. O percentual de mães adolescentes (menores de 20 anos) vem diminuindo em série histórica entre 2007 e 2011, tendo sido a média do Município estimada em 2011 de 13,3. Neste período, o percentual de partos cesarianas permaneceu oscilando nas regionais de saúde, apresentando no Município de São Paulo, em 2011, o percentual de 54. (São Paulo, 2013)

A Atenção Primária na Subprefeitura 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 Subprefeitura da zona sul, existem 202 equipamentos de saúde. (São Paulo, 2015)

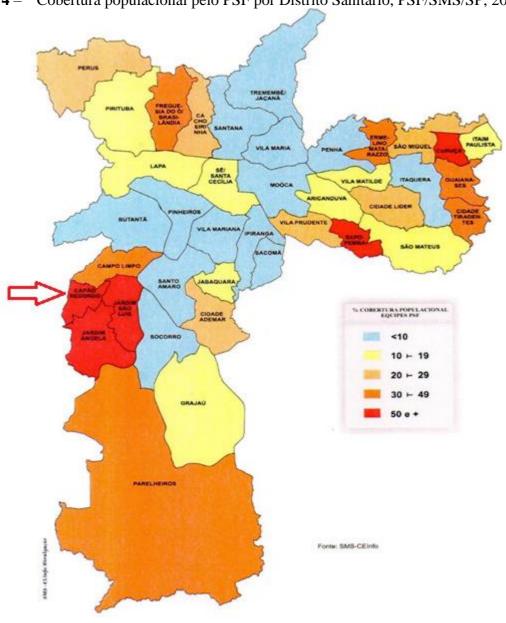


Figura 4 — Cobertura populacional pelo PSF por Distrito Sanitário, PSF/SMS/SP, 2003.

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

6.2 FONTE DE DADOS EMPÍRICOS: PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

A base empírica deste estudo constitui-se de 41 entrevistas realizadas com profissionais da APS, 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 on-line 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) e Ministério da Saúde, entre outros.

A escolha dos dois cenários decorreu de sua diversidade de conformação. Curitiba, existe uma 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 as vítimas e famílias e os autores; diminuir a reincidência (acompanhamento e monitoramento); realizar prevenção, envolvendo a comunidade. Em São Paulo, a organização da Atenção Básica no distrito do Capão Redondo favorece a análise do território, bem como as ações desenvolvidas para 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 entre abril e outubro de 2013. Nos cenários de Curitiba as entrevistas foram semi-estruturadas e realizadas por pares de profissionais, enfermeiras e pós graduandas ou mestres e doutoras do grupo de pesquisa; e, uma conduzia a entrevista e a outra atentava para que o roteiro fosse desdobrado. Em São Paulo, no distrito sanitário do Capão Redondo as entrevistas foram realizadas por uma enfermeira, doutoranda e participante do grupo de pesquisa. As entrevistas foram gravadas, observando-se todos os aspéctos éticos. Estas foram transcritas configurando-se no banco de dados analisados nesta etapa dissertativa. Para a análise, as entrevistas foram submetidas ao software de análise de textos e outros materiais webQDA.

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

As categorias de análise listadas 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 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, como ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados analisados vieram do projeto de pesquisa intitulado Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra a criança, desenvolvido, entre 2012 e 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 pr	opostas 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 empíricas e temas que emergiram;		
Etapa 4	Identificação de saberes com base nas categorias empíricas e temas que emergiram;	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.		



7 RESULTADOS

Este capítulo é referente a apresentação das entrevistas codificadas, que correspondem aos cenários de Curitiba (CUR), distritos sanitários Boa Vista e Bairro Novo com sujeitos (SUJ) numerados de 1 a 16; e, do distrito sanitário do Capão Redondo (CRED) em São Paulo, numerados de 17 a 41.

As entrevistas foram transcritas, revisadas e organizadas pautadas nas 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 específico, a percepção dos profissionais a respeito do enfrentamento da violência infantil foi buscada dentro do discurso e reagrupada em categorias empíricas. Da análise desses discursos, assim codificados nas dimensões do Saber, emergiram temas advindos da prática profissional, refletidos no discurso dos profissionais envolvidos no enfrentamento da violência infantil na APS.

A seguir, será apresentada a síntese dos resultados e o conteúdo de cada categoria empírica poderá ser consultado integralmente nos apêndices 2 ao 5.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

A pesquisa teve como material empírico 41 entrevistas realizadas com profissionais da APS de diversas formações: 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 eram 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); 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 recebeu treinamento sobre o enfrentamento da violência.

7.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL NA APS

A análise dos discursos dos profissionais entrevistados nos dois cenários, Curitiba e Distrito do Capão Redondo (SP), a respeito de suas percepções sobre o enfrentamento da violência infantil, mostrou predominância de temas: o relativo às raízes da violência e natureza complexa da violência infantil; à formação e educação permanente e aos sentimentos que afloram no enfrentamento.

Estes temas conformam o modo como os entrevistados percebem o enfrentamento da violência infantil, de acordo com sua visão de mundo e prática profissional, ou seja, suas experiências e vivências, formação e busca por qualificação.

Os entrevistados percebem como **raízes da violência** o modelo cultural, econômico e social, a pobreza, a perda do referencial básico da sociedade, do significado e referencial essencial da existência humana. Além disso, o despreparo dos pais para desempenharem seus papéis, por terem vivido em ambientes de violências semelhantes.

Os discursos mostraram que os profissionais percebem a **natureza complexa do enfrentamento da violência,** como um constante exercício, pois mesmo tendo políticas importantes elas acabam não se efetivando na prática, havendo uma demora para uma resolubilidade. Um dos entrevistados cita perceber que os profissionais atuam pouco junto ao perpetrador, outro referiu que há uma dificuldade em realizar um trabalho de prevenção, pois acabam atendendo o caso que é mais urgente. Por ser a violência um fenômeno complexo, alguns profissionais relataram que necessita haver um atendimento mais ágil em seu enfrentamento e redes intersetoriais.

A percepção da natureza complexa do enfrentamento relatada pelos profissionais também inclui reflexões sobre os abrigos, quanto eles podem não ser resolutivos, necessitando fluxos de trabalho mais articulados e uma atuação mais integrada do conselho tutelar. Para o enfrentamento da violência infantil, os entrevistados relatam que gostariam de receber um apoio emocional e jurídico às equipes de saúde da família e uma interlocução maior entre as diferentes secretarias municipais. Ainda dentro desse tema, um dos entrevistados referiu preocupação com

as vítimas para que tenham um atendimento com pessoas "especializadas e competentes".

As percepções dos entrevistados também foram referentes à necessidade de **formação e educação permanente**, muitos deles referiram que nunca tiveram qualquer treinamento sobre

a violência infantil e formas de enfrentamento. Essa constatação levou um dos entrevistados a procurar desenvolver conhecimentos por conta própria, e outro referiu que podem estar detectando menos situações de violência do que ela realmente ocorre na prática em virtude da pouca qualificação e formação.

Nas entrevistas emergiram sentimentos relatados pelos profissionais sobre a **percepção do enfrentamento da violência infantil,** tais como: tristeza, medo, insegurança, angústia, frustação e revolta. Além disso, os entrevistados relataram ter uma sensação de que não acontece nada e de que sabem pouco. Um profissional (CRED) relatou o sentimento de medo que as famílias têm em denunciar a violência infantil e, por isso, é necessário terem uma abordagem cuidadosa e progressiva, que possibilite criar vínculos com as pessoas envolvidas. O trecho é exemplificado a seguir:

[...] 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)

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

7.3 DIMENSÃO DO SABER-SABER

Os profissionais reconhecem a violência infantil demonstrando que possuem saberes, referências, descrevendo acontecimentos no território e mostram-se preocupados com os casos identificados, em sua maioria atos praticados por pessoas próximas das crianças. No entanto, esses saberes apresentam-se desarticulados do entendimento ou reflexão, ou seja, elementos que determinam quando utilizá-los na prática e, por isso, não conformam competências como um saber-fazer.

Nos discursos analisados com base na dimensão do saber-saber emergiram temas como concepções sobre família, violência de gênero e transgeracional, concepções sobre a violência, tipologia da Violência, sinais e sintomas (da existência) da violência e formas de enfrentamento da violência.

As concepções sobre família referiram-se à inconstância nos núcleos familiares, desintegração das famílias e por não haver uma família nuclear forte. O despreparo para serem pais, crianças não planejadas ou não, o uso de drogas e falta de equilíbrio emocional dos pais.

Um dos entrevistados no cenário de Curitiba referiu sobre uma situação de abuso em que o mesmo agressor realizou abusos na criança e anteriormente em outros membros da mesma família. O entrevistado não identificou como sendo violência de gênero e transgeracional, no entanto, isso foi recortado da entrevista apoiado nas categorias analíticas

deste estudo.

A respeito das formas de enfrentamento, os entrevistados no cenário do Capão Redondo em São Paulo referiram que as visitas domiciliárias multiprofissionais e os grupos de apoio são ferramentas de trabalho importantes no enfrentamento da violência infantil. Essa ideia pode ser conferida no trecho a seguir:

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)

As concepções de violência são diversas em ambos os cenários, desde a violência como uma questão social, por falta de estrutura na sociedade, analfabetismo, orientações e educação, como também algo que precisa de políticas públicas. Os entrevistados reconhecem os diferentes tipos de violência e um deles referiu uma situação de violência no Capão Redondo em que ele suspeitava que a mãe praticava violência física quando usava drogas.

[...] 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)

Da mesma forma, os entrevistados de ambos os cenários demonstraram que reconhecem sinais e sintomas da existência da violência. Estes sinais poderiam estar no jeito de olhar de uma criança, quando demonstram um certo pavor de estar próximas às pessoas, por características físicas como desnutrição, quando se envolvem em acidentes domésticos e, inclusive, quando apresentam dificuldades na escola. Estas falas estão exemplificadas nos trechos a seguir:

- [...] 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)

7.4 DIMENSÃO DO SABER-FAZER

Nos discursos analisados de Curitiba e Capão Redondo (SP) emergiram temas que nos auxiliam a estruturar habilidades, técnicas, modos de trabalhar para o enfrentamento da

Violência Infantil na APS.

Os temas relacionam-se ao acolhimento dentro dos serviços; a notificação de casos confirmados e suspeitos e a interpretação das notificações; a construção de fluxos de trabalho e protocolos; as intervenções para a proteção da criança; a busca de conhecimentos sobre o enfrentamento da violência infantil; a construção de redes intersetoriais; o reconhecimento da dinâmica familiar; trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção da Saúde e a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Observou-se que os entrevistados citaram diversos instrumentos, como as notificações, o trabalho em rede intersetorial, a importância de acolher sem burocracia aquelas famílias que chegam nas UBS; contudo, não descrevem como utilizar esses recursos e por isso não constituem-se em um saber-fazer.

Nos trechos a seguir um entrevistado referiu que acolhem, mas, não disse, exatamente, como esse acolhimento se processa na prática. E, um outro profissional exemplifica o processo de acolhimento de maneira ainda um pouco insipiente:

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

[...] 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)

Sobre a notificação e a interpretação das mesmas, que demonstra um saber-fazer é exemplificado no trecho:

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

A necessidade de criar fluxos de trabalho e protocolos para o enfrentamento da violência infantil pode ser conferido a seguir:

[...] 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)

A necessidade de intervir para proteger as crianças uma solução efetiva apareceu no relato de um profissional, exemplificado a seguir:

[...] 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)

Ainda dentro dessas diferentes estratégias para o enfrentamento da violência infantil, a

necessidade de buscar conhecimentos, pois existem deficiências na formação, como no trecho a seguir:

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

A visita domiciliária é enfocada por um entrevistado no cenário do Capão Redondo como sendo uma estratégia de criação de vínculos, observando que, o usuário se comporta de maneiras distintas, quando na UBS de uma forma, quando em casa de outra:

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)

A necessidade da construção de redes intersetoriais para o enfrentamento da violência infantil é descrita no relato de um dos profissionais entrevistados. Essa ideia está desenvolvida da seguinte maneira:

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

A importância do reconhecimento da dinâmica familiar, de trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção da Saúde aparecem como elementos a serem desenvolvidos para conformar um saber-fazer. A construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta do cuidado por excelência, é descrito na fala de um entrevistado:

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

7.5 DIMENSÃO DO SABER-SER ÉTICO-PROFISSIONAL

Na análise dos discursos dos entrevistados de ambos os cenários, emergiram temas relativos ao saber-ser ético-profissional, ou seja, as atitudes, escolhas e posturas dos profissionais no enfrentamento de situações envolvendo a violência infantil.

Das entrevistas analisadas, emergiram temas tais como a sensibilização do olhar para enfrentar a violência infantil; a necessidade de construir vínculos com os usuários e seus territórios; integralidade, autonomia, comprometimento e responsabilidade; enfrentamento das resistências e pré-julgamentos morais; ter uma atitude pró-enfrentamento e responsabilização sanitária.

Nos discursos recortados com base no saber-ser ético-profissional, observou-se que há

exemplos negativos e positivos, por esse motivo, alguns serão apresentados nos próximos parágrafos. No caso da necessidade de haver uma sensibilização do olhar dos profissionais, como uma atitude integrante do saber-ser ético-profissional, para enfrentar a violência infantil pode ser exemplificado pelo trecho a seguir:

[...] sensibilizar este olhar, [...] os profissionais, principalmente os da saúde, [para que] reconheçam aquilo que não vai bem e estarem atentos (CUR)

A vinculação com o território e usuários como atitude profissional do saber-ser éticoprofissional, que visa construir relações de confiança, acolhimento, capaz de (re)conhecer a realidade e confrontá-la com uma visão idealizada podem ser conferidas nos trechos a seguir. Os dois primeiros exemplos são positivos sobre a construção de vínculos:

[...] questão importantíssima é o vínculo. Na medida que você vai vinculando [...] essa família e com essa criança você vai percebendo outros fatores [...] (CUR)

[...] 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)

Nos recortes das entrevistas a seguir são apresentados exemplos negativos, ou seja, quando o vínculo não é construído adequadamente:

[...] 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)

A integralidade, autonomia, comprometimento e corresponsabilização são posturas e atitudes necessárias para o compartilhamento do cuidado no enfrentamento da violência infantil. Segue um trecho que ilustra essa ideia:

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

O enfrentamento das resistências e pré-julgamentos morais está exemplificado em um trecho a seguir, no qual o entrevistado diz que é muito difícil trabalhar com famílias quando elas tem história de uso de drogas ou de tráfico:

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)

Nos trechos a seguir, o profissional entrevistado faz um pré-julgamento moral e higienista sobre a família em situação de violência infantil com história de uso de drogas:

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)

No trecho a seguir, um exemplo negativo no qual o profissional entrevistado demonstra um conhecimento de senso comum em relação a pessoas que usam drogas, como uma forma de justificar o não enfrentamento da violência infantil:

[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)

Outro trecho destacado é de um profissional que faz uma reflexão sobre as resistências que acontecem no cotidiano da assistência no enfrentamento da violência infantil, na mesma situação de uso de drogas, no entanto, acrescentando uma visão positiva:

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 (CRED)

Além desses temas foi destacado um trecho referente à ter uma atitude próenfrentamento, no entanto, um exemplo negativo:

[...] 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)

A responsabilização sanitária é destacada em um trecho de um entrevistado do cenário do distrito do Capão Redondo (SP):

[...] 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)

No cenário de Curitiba, um entrevistado referiu que as notificações acabam retornando

à equipe notificadora e ficando como que sem solução. Este trecho é exemplifica:

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

8 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados da análise dos discursos dos entrevistados à luz do materialismo histórico e dialético. Para tanto, ancorou-se no referencial teórico-metodológico da TIPESC (Egry, 1996) para a interpretação do fenômeno da violência infantil. Dos discursos dos profissionais advindos da prática, emergiram temas discutidos no âmbito dos saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento na APS. Assim como destacam Egry, Fonseca e Oliveira (2013):

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 (Egry, Fonseca e Oliveira 2013, p.120).

8.1 OS SABERES NECESSÁRIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INFANTIL

Ancorado nas competências que conformam um trabalho não alienado, este estudo decodificou temas para a conformação dos saberes necessários à formação e qualificação profissional no enfrentamento da violência infantil, pautano nas dimensões do saber-saber, saber-fazer e saber-ser ético-profissional. Para 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 (1998, 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".

8.1.1 Dimensão do Saber-Saber

Na dimensão do saber-saber estão os conhecimentos acessados pelos profissionais quando necessário, bem como está implícita sua visão de mundo.

As concepções de família emanadas dos entrevistados reforçam a idéia de uma família nuclear, partindo de uma visão idealizada que, na atualidade, não agrega as diversas conformações de família. Esta contradição de compreender a família como um ente idealizado

pode ser evidenciada nas falas dos profissionais quando eles entendem que a violência infantil acontece pelas famílias serem desintegradas, despreparadas, marcadas pela chegada de filhos não desejados e por esses núcleos mudarem sua composição constantemente.

Para Apostólico et al. (2012), a família que, por excelência, corresponderia às pessoas responsáveis pela proteção das crianças, vem sendo cenário de violência doméstica infantil. Essas autoras atentam que, quando a violência acontece no espaço do domicílio, "o lar já não é o local de segurança, como deveria ser" (Apostólico et al., 2012, p. 6).

Sobre as diferentes composições e dinâmicas familiares encontradas na sociedade, 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".

Por isso, na dimensão do saber-ser ético-profissional discutido mais adiante, destaca-se a necessidade do reconhecimento da dinâmica familiar, que pode conter mais elementos que possibilitem que a violência infantil aconteça ou não do que sua simples conformação. Isso quer dizer que a concepção de família pode mudar de acordo com o contexto vivido pelas pessoas, e que a violência infantil pode estar mais vinculada à dinâmica familiar do que sua conformação.

A autora antes supracitada (p.87) aponta que "a violência intrafamiliar/violência familiar/ violência de gênero – ou padrão abusivo de interação – é um fenômeno social que sempre existiu". Apostólico et al. (2012, p. 5) apontam que "a violência contra crianças é fenômeno determinado por relações desiguais de gênero e geração". Sobre a desigualdade de gênero, o Ministério da Saúde menciona que, o modo como a sociedade se organizou patriarcalmente criou dificuldades tanto para homens quanto para mulheres (Brasil, 2009h).

Ao agregar-se a essa discussão sobre concepções sobre a família a percepção dos entrevistados acerca do enfrentamento da violência infantil, os profissionais referiram nas suas falas que a violência infantil é um problema que pode estar vinculado ao modelo cultural e social das famílias, bem como ao modo como essa herança foi passada de geração a geração. Em estudo realizado em Curitiba, Apostólico et al. (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.

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. Verifica-se que há persistência e recorrência destas ideias – agressão à criança justificada pela necessidade de "educar"- pois em estudos anteriores, Apostólico et al. (2012,

p. 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".

Diversos estudos constataram que o ambiente familiar deveria ser um lugar de cuidado e proteção, pois é o cenário onde ocorre a maioria violações dos direitos das crianças (Brasil, 2001b; Krug et al., 2002; Graziano, 2012; Bezerra; Monteiro, 2012 apud Santos; Yakuwa, 2015; Apostólico et al., 2012).

A violência infantil presente em um relato no cenário de Curitiba sobre uma situação de abusos envolvendo as mulheres de uma mesma família e sendo o mesmo agressor, ainda que não configure um saber sobre violência de gênero e transgeracional, encontra na literatura o reconhecimento da violência contra a mulher como um saber-saber importante para o enfrentamento.

Em relação à violência transgeracional que emerge no relato do profissional - o avô da criança é o perpetrador - identifica-se o papel de subalternidade feminina na família, em que a neta, a mãe da menina, e a tia que foram abusadas. Sobre isso, Apostólico et al. (2012, p. 7) referem que a violência sexual envolvendo meninas é um fenômeno de "dupla subalternidade", pois "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".

Apostólico et al (2012) realizaram estudo no Município de Curitiba e apontam 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 et al. 2012, p. 6-7).

A respeito do 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 ambos os cenários, os entrevistados perceberam a reprodução de comportamentos violentos em ciclo. Guerra (1986); Azevedo e Guerra (2006) referem que a violência se expressa repetidamente por meio de um ciclo de violência. Fonseca et al. (2012) referem que quanto cedo as intervenções são realizadas, mais chances haverá de alterar esse ciclo.

No entanto, não se pode ter uma visão determinista desse ciclo da violência infantil, pois 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. Deleuze e Guattari (2011) explanando sobre o Anti-édipo refletem a possibilidade de reinvenção da história de cada um, não vinculada à reprodução do comportamento dos pais ou desejos recalcados, mas, sim, vinculadas à reinvenção da vida nos bons encontros que logram fazer.

No relato a seguir, um exemplo negativo que se configura em um não saber pois o profissional generaliza a violência infantil como algo que necessita de atenção especializada para a criança, uma vez que a mãe faz parte da saúde mental do município, como se fosse uma ação automatizada:

[...] 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 é necessário o encaminhamento da criança em situação de violência para atendimento especializado, necessitando-se avaliar caso a caso. O encaminhamento de pessoas para atendimentos em CAPS ou para atendimento com profissionais especializados é uma tendência ainda predominante, sendo que a APS também tem o compromisso de acolher integralmente os usuários, incluindo cuidados de saúde mental (Brasil, 2011d). Os CAPS foram criados para acolher pessoas com transtornos graves e persistentes, desenvolvendo vínculos com as famílias no acompanhamento diário; e, acolher pessoas com transtornos moderados com atividades em oficinas e terapias diversas (Brasil, 2002b). Esta 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, ofereceriam apoio às equipes da APS com mais efetividade. Outro problema é a inversão do papel de apoio matricial dos NASF, estabelecido pelo Portaria 154 (Brasil, 2008) que, muitas vezes, acaba fazendo atendimentos com agendas, e não um atendimento conjunto com a equipe de referência, que seria sua responsabilidade. Assim a Portaria 154 (Brasil, 2008) cita 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 configura-se em compartilhar saberes e conhecimentos sobre o 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).

Um profissional de Curitiba relatou o desespero de uma mãe em prevenir a violência, falando de seu desejo de ser internada para evitar que realize esse ato contra os filhos. Como descrito anteriormente, há uma visão de mundo pautada no imaginário social historicamente construído e ancorado na psiquiatria clássica, de uma valorização do atendimento especializado. As internações antes da Reforma Psiquiátrica eram os meios de segregar o "doente mental", confinando-o para tratamento. Esta ideia está presente no trecho a seguir:

[...] 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 nos parágrafos anteriores, primando por observar os princípios e diretrizes do SUS, bem como 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 e residenciais terapêuticos. No entanto, esta é uma realidade distante da expressão contemporânea, nas quais os embates têm sido feitos, com alguns avanços. (Brasil, 1990b; 2001c; 2002b; 2008; 2010a; 2010c; 2011c; 2011d).

Os entrevistados referiram sobre o uso de drogas, como fator que predispõe a violência infantil, demonstrando fragilidades significativas no 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 integral dos usuários (Brasil, 2011b).

Por meio 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, no qual o cuidado de saúde mental na APS seja deflagrada (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 redução de danos e construção de projetos terapêuticos singulares, contudo, para tal, os profissionais de saúde necessitam vencer a visão historicamente construída sobre o 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. Um dos profissionais de Curitiba cita o uso de drogas como um fator que está associado à violência infantil. Em Capão Redondo (SP), um entrevistado refere que os NASF necessitam serem consolidados em seu papel, bem como precisa haver uma maior interlocução de assessoria da saúde mental e reabilitação.

Em uma entrevista realizada no cenário Curitiba, um profissional reconheceu a violência infantil como crime, que muitos usuários acabam procurando a polícia, como meio de defesa para denúncias. 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!"

Alguns entrevistados em Curitiba identificaram a violência infantil, como violação de direitos adquiridos das crianças. Já no cenário do Capão Redondo (SP), sobre a concepção da violência um dos entrevistado referiu a importância de haver políticas públicas efetivas, que tornem as crianças menos fragilizadas quando adultas. A garantia de proteção e defesa dos direitos das crianças, bem como as políticas públicas com vista à integralidade da atenção tem a ver com o conceito de saúde discutido na contemporaneidade, como produção social (Brasil, 2010a).

Apoiados na compreensão do fenômeno, os profissionais identificaram sinais e sintomas da existência da violência infantil nas entrevistas de ambos os cenários. De acordo com o Ministério da Saúde (2001b, p.33), a violência infantilpossui diversas formas; e sinais e sintomas isolados não suficientes para detectá-la, por isso, imprescindível que os profissionais procurem fazer correlações entre esses sinais e sintomas e "o relato da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência sobre o ocorrido".

Para Minayo (2001), os diversos atores sociais envolvidos intersetorialmente necessitam trabalhar no sentido de construir direitos humanos e sociais, pois para essa autora o enfrentamento deste fenômeno "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, 2001, p. 101).

8.1.2 Dimensão do Saber-Fazer

A dimensão do Saber-fazer refere-se às habilidades, técnicas, ferramentas e saberes instrumentais, que fazem parte do processo de trabalho. Ao buscar verificar o saber-fazer dos profissionais por meio das entrevistas, em ambos os territórios foram relatados os diferentes instrumentos utilizados para descortinar a violência na infância, no entanto, muito pouco referiram sobre as habilidades de aplicação desses instrumentos.

Dentre os temas que emergiram nas entrevistas no âmbito do saber-fazer, referiram a importância de acolher prontamente as famílias em situações de violência infantil. "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).

Neste estudo foi adotada a referência do termo *acolhimento* descrita pela Política Nacional de Humanização, que não cessa quando a demanda do usuário é sanada, mas, sim, promove um acolher contínuo, um acompanhamento longitudinal e de produção de saúde, compreendida como produção social (Brasil, 2009a; 2010a). A PNH (2010a) refere sobre 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).

No cenário de Curitiba, a notificação das suspeitas faz parte do saber-fazer, observandose que há um protocolo referenciado para utilização desse instrumento que desencadeia ações junto à rede de proteção (Curitiba, 2008).

Em contrapartida, no cenário do Capão Redondo (SP), um dos entrevistados refere não notificar por falta de provas, a realização desta ação compulsória e a denúncia são necessárias (Brasil, 2001a; 2001b; Minayo 2005), mesmo frente a uma suspeita de violência infantil. O mesmo profissional, durante a entrevista, também citou a subnotificação como um problema no enfrentamento, não fazendo relação com a omissão de notificação por falta de provas. O saberfazer está vinculado à compreensão dos motivos de fazê-lo e, por isso, necessita que haja um

processo de reflexão na qualificação e treinamento das equipes.

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".

O saber-fazer no enfrentamento da violência infantil tem como ações fundamentais, o reconhecimento, a notificação e a interpretação dessas notificações. Uma área que apresenta um número expressivo de notificações não significa que seja a mais violenta, mas, que a violência vem sendo notificada, sendo essa a situação de Curitiba (Curitiba, 2008).

No cenário do distrito do Capão Redondo (SP), a violência infantil é percebida como sendo subnotificada, pois, na opinião dos profissionais há muita violência contra a criança; contudo, elas não têm sido devidamente mapeadas no território. O Ministério da Saúde 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).

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 do mesmo modo são ações realizadas programadamente, porém sua interpretação e aplicabilidade devem ser levadas em conta.

A organização do enfrentamento da violência foi municipalizada em Curitiba, desenvolvendo outro modo mais ativo de identificar, notificar e avaliar essas notificações, no intuito de desenvolver estratégias para acompanhar e intervir na realidade (Curitiba, 2008). "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 a ausência de reuniões de rede e encontros escassos com o Conselho Tutelar relatados nas entrevistas, além das relações pautadas pela hierarquia, burocratização dos encaminhamentos, essas peculiaridades dificultam o enfrentamento da violência infantil.

O quadro teórico que fundamenta a presente pesquisa afirma que não basta saber como

operar os instrumentos dos processos de trabalho, mas, sobretudo, compreender as razões de porquê fazê-lo. (Egry, 1996; Brasil, 1996; 2001a; 2001b; 2002a; 2012). A PNH (Brasil, 2009a, p.31) cita 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". Dessa forma, a humanização da atenção e gestão referem-se ao sentido de pertencimento a uma equipe à medida que "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" (Brasil 2009a, p. 30).

Ao estabelecerem-se fronteiras móveis entre os profissionais no trabalho em equipe, isso provoca a desestabilização dos núcleos de poder e saber, e, quando esses profissionais percebem-se como equipe-rede desenvolvendo práticas transdiciplinares, trocam saberes através dessas fronteiras disciplinares móveis e instáveis. (Brasil, 2009a)

Quando o enfrentamento da violência infantil ocorre de modo solitário, sem uma rede intersetorial estruturada (a sensação é de sobrecarga), observando-se que a "fragmentação e o isolamento levam muitos trabalhadores a terem de criar respostas individualmente 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).

Na percepção dos profissionais sobre o enfrentamento da violência infantil esse é descrito como um processo demorado, burocrático, com poucas respostas das instituições, desencadeando frustração profissional e sentimentos, como de tristeza, angústia, insegurança, sentimentos de impotência e revolta frente às situações de violência infantil sem respostas. Esse sentimento de frustração aparece nos discursos dos profissionais quando percebem que o abrigo não é resolutivo, ou que esse agrava a situação da criança, pela perda de vínculos e como causa de mais sofrimento. Sobre isso, Vectore e Carvalho questionam:

[...] 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).

Os profissionais entrevistados nas suas percepções relataram sentimentos de angústia em saber que, muitas vezes, a violência é encoberta e passa despercebida, ou mesmo, é uma sensação de que nada está sendo feito, que faltam soluções, e que não há resultados no

enfrentamento da violência infantil.

Os discursos de Curitiba revelaram questionamentos sobre a resolutividade dos abrigos realizados (se a retirada das crianças de famílias é mesmo o melhor caminho) deflagrando que o enfrentamento possa estar 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 à perda de vínculos afetivos.

Vectore e Carvalho (2008), em estudo realizado com crianças abrigadas por serem vítimas de maus-tratos, observaram como efeitos da violência infantil a baixa autoestima, a agressividade, o isolamento, entre outras características. Levando-se em conta a captura que as instituições podem exercer sobre as crianças, com suas regras, normas e rotinas, as autoras atentam para que a indisciplina não seja alijada nesses locais (abrigos), pois essa atitude das crianças pode ser "uma estratégia de sobrevivência no espaço institucional" (Vectore; Carvalho, 2008, p.446).

Além das experiências dolorosas vivenciadas antes da institucionalização, a criança abrigada parece dispor de um espaço restrito para manifestar seus desejos e necessidades, de se fazer ouvida e ser compreendida, sujeitando-se continuamente às rotinas rígidas da instituição, às normas do judiciário, enfim, constituindo-se dia a dia em um "sujeito sujeitado" (Vectore; 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). Depreende-se, portanto, que as crianças por sua natureza e vulnerabilidades são indivíduos conduzidos pelos adultos, que são responsáveis por elas, seja no espaço da família ou no abrigo, etc.

O autor citado aponta 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).

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 à família de origem.

A visita domiciliária foi uma ferramenta para o enfrentamento da violência infantil citada pelos entrevistados em razão da aproximação do profissional com a realidade de vida

dos usuários, de seu modo de vida, costumes, ampliando a compreensão sobre suas vulnerabilidades. No cenário do Capão Redondo, a visita domiciliária é vista como um diferencial no cuidado, pois a realidade apresentada pelo usuário na UBS é diferente daquela quando o profissional está na residência da pessoa.

Apostólico, Hino e Egry (2013, p.325) no 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". Para Apostólico et al. (2012), as visitas domiciliárias são mais eficazes quando os profissionais se qualificam para realizá-las.

Ainda no âmbito dos temas relativos ao saber-fazer emergiram nas entrevistas queixas dos profissionais sobre a qualificação e formação. A percepção dos profissionais refletiu o perfil traçado na caracterização dos entrevistados, à medida que a maioria informou não ter participado de treinamentos sobre o enfrentamento da violência infantil. Nos relatos codificados, os profissionais sentem-se despreparados, sem conhecimentos e/ou qualificação para o enfrentamento. O fato influencia e determina as dificuldades da organização do trabalho, como a construção de fluxos e protocolos, contribuindo para que a violência infantil permaneça sem ser identificada ou monitorada. A formação para o SUS e a qualificação dos serviços de saúde para atender à população são desafios de efetivarem-se em um País continental, que possui desigualdades sociais e vulnerabilidades, sendo esse um objetivo explícito pela política de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007).

Sobre as competências profissionais, Egry, Marques e Fonseca (2006, p. 238) referem que "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".

A Política Nacional de Humanização (2010a, p.7) cita que há necessidade de "ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de coresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários". A PNH (2010a, p.8) identifica problemas relacionados ao cotidiano das equipes no SUS, 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".

Citando a PNRMAV, Deslandes e Minayo (2007) referem que os recursos humanos 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 (Deslandes; Minayo 2007, p. 211).

As contradições encontradas nos discursos dos profissionais entrevistados relacionamse às deficiências na formação para o SUS e à necessidade de garantir atividades de EPS que produzam trocas de saberes (Brasil, 2010a). Esta demanda por EPS pode ser observada no trecho a seguir:

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

Azevedo e Guerra (2006, p. 25) apontam a necessidade de capacitação dos profissionais sobre a violência infantil, incluindo discussões "na grade curricular de diferentes cursos universitários." As autoras referem que as linhas de capacitação já existem, e estas 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 sejam produtivos, vem sendo usado 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 revela as três 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) refere que "a universidade alimenta a ideologia da competência e despoja-se de suas principais atividades: a formação crítica e a pesquisa".

A necessidade da construção de redes intersetoriais no enfrentamento da violência infantil, o agir em equipe interdisciplinar no enfrentamento da violência infantil fazem parte do

saber-fazer no qual o profissional interroga-se sobre seus limites e possibilidades de agir no sentido da clínica ampliada. A PNH citando a equipe-rede diz que ela se produz quando há "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", permitindo outros modos possíveis de trabalhar (Brasil, 2009a, p. 31).

Os 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).

Com base nesse conceito de saúde, entende-se que o trabalho em saúde é essencialmente realizado em equipes inter e transdiciplinares, 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).

Para Carlos (2014, p.172), à formação orientada pelos 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.

Existem famílias que, culturalmente, se utilizam de comportamentos violentos para "educar", como é o caso da palmada, por exemplo. Outras têm 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. Para Apostólico et al. (2012, p. 6), o enfrentamento da violência infantil é facilitado pela habilidade do profissional em reconhecer a dinâmica familiar, e "as equipes de atenção básica, se bem capacitadas, podem representar importante recurso para isso".

Trabalhar na perspectiva da prevenção e promoção de saúde para o enfrentamento da violência infantil 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; 2009a; 2010d).

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

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".

Na percepção dos profissionais entrevistados, a violência infantil ocorre em todas as classes sociais. Por alguns motivos sócio-históricos, no entanto, ela é mais notificada na camada da população menos favorecida econômica e culturamente (Souza e Silva, 2002).

A autora supracitada acrescenta que a violência ocorre sem distinção, em todas as raças, credos, etnias ou classe social; no entanto, é mais observada na camada menos favorecida da população por esta utilizar-se dos serviços públicos para defesa e/ou denúncias (Souza e Silva, 2002).

Para a PNH o profissional sente-se responsável pelo cuidado, mas, necessita incluir o usuário na produção desse mesmo cuidado. A construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) é imprescindível para enfrentamento da violência infantil, pois ele favorece uma intervenção adequada com base nas necessidades de saúde. A PNH diz que na construção de um PTS como recurso terapêutico, há a contratação do cuidado que é compartilhado, produzindo respostas positivas e mais eficazes nos tratamentos, além de fortalecer os vínculos entre o profissional de referência e o usuário (Brasil, 2009g,).

A PNH (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 quatro etapas: a definição de hipóteses diagnósticas; a definição de metas; a divisão de responsabilidades; e a reavaliação (Brasil, 2009d).

8.1.3 Dimensão do Saber-Ser Ético-Profissional

O saber-ser ético-profissional é base para uma tomada de decisão, uma atitude que mobiliza os diversos saberes no enfrentamento da violência infantil. A capacidade de desenvolver um olhar sensível sobre a realidade, resgatando 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. (Brasil, 2010a; Arendt, 2013; Espinosa, 2013).

A PNH (2009a, p. 23) corrobora 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".

Em ambos os cenários pesquisados, os profissionais referiram a importância de se construir vínculos e relações de confiança com os usuários, (re)conhecendo o cotidiano que interpela a visão idealizada, que é repassada pelos documentos orientadores das políticas públicas. Um exemplo disso é a visita domiciliária, na qual o profissional tem a oportunidade de criar vínculos com os usuários e compreender as necessidades das pessoas. Starfield (2004, p. 62) afirma que "o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde".

O vínculo como ferramenta de trabalho não é algo dado, ou seja, precisa ser construído e, para isso, o profissional faz uso de seus conhecimentos, saberes, acolhe as diferenças e, muitas vezes, realidades que são difíceis, sendo um exercício que mobiliza o saber-ser ético-profissional. Faz diferença o modo como o profissional acolhe e orienta os usuários, mobilizando habilidades comunicacionais e seu saber ser-ético profissional, como guia no encontro profissional-usuário. Os desafios na construção de vínculos, de acordo com a PNH:

[...] podem ser impulsionadores de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde, de reformular o conceito de saúdedoença, 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 saber-ser ético-profissional com vistas à integralidade, autonomia, 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".

A notificação é um compromisso do saber-ser ético-profissional importante no enfrentamento da violência infantil, sendo identificada nos discursos dos profissionais de ambos os cenários, e reconhecem a importância de compartilhar com os demais membros da

equipe essa responsabilidade, mesmo que ela não seja consentida pela famíla. Apostólico et al. (2012, p.5) referem que a notificação não acontece em razão de "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".

Em algumas entrevistas realizadas em ambos os cenários, foi identificado um discurso conflitivo entre profissionais e usuários, isso compromete a qualidade da assistência e o vínculo com o usuário e demonstra o despreparo do profissional para atender e acolher casos de violência infantil. 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". O autor citado (p.38) refere que 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".

Trabalhar na perspectiva da clínica ampliada contribui para a integralidade e corresponsabilidade do trabalho em saúde. A PNH (2009c, p.21) advoga que a clínica ampliada "exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade".

O desenvolvimento da comunicação ativa em equipe e redes de saúde é algo que está além de uma habilidade, 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. Sobre isso, a PNH 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 modo de trabalhar compartilhado e com corresponsabilização tem o objetivo de desestabilizar as fronteiras de "saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituições das relações de trabalho" (Brasil, 2010a, p.23). Para Egry, Marques e Fonseca (2006, p.238), as "competências conformam-se como saberes em ação, pela articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas tanto em sistemas formais de ensino como no mundo do trabalho".

O enfrentamento das resistências evitando pré-julgamentos morais por parte dos profissionais é uma atitude fundamentada no saber-ser ético-profissional que produz outra maneira de compreender e intervir na realidade. O compromisso com a ética da vida baseia-se no respeito das singularidades e subjetividades das famílias, acolhendo as diferenças e modos de viver distintos. Nos dois cenários da pesquisa, os entrevistados reproduziram um discurso

moral sobre as pessoas que usam drogas de que a periculosidade é igual em todos os cenários de uso, de que em áreas de tráfico não se entra, possivelmente, influenciados pelo senso comum cotidianamente veiculado pela mídia e justiça.

Alguns trechos das entrevistas exemplificaram pré-julgamentos morais e higienistas, quando a família em situação de violência infantil também tem história de uso de drogas. Nietzsche (2009) refere que uma pessoa ao se guiar por forças ativas é capaz de expandir sua potência, ou seja, sua vontade de existir e criar seus próprios valores; quanto do contrário, a pessoa "escrava" é a que não cria seus próprios valores, e que fica à mercê de forças de fora, tornando-se reativa, passiva, aceitando verdades absolutas sem questioná-las.

Estas maneiras de interpretar a realidade conferida como uma lição importante de Nietzsche, de que não existe uma verdade apenas como se fosse um molde, mas, que é preciso aprender a questionar a realidade, criando maneiras de pensar e existir. As ideias de Nietzsche (2009) são importantes pois incentivam o exercício do pensamento e, ao serem ativadas, renovariam as forças do enfrentamento da violência infantil.

O saber-ser ético-profissional como responsabilização sanitária é não só aquela de competência dos gestores de saúde, mas, o compromisso da equipe de saúde em realizar seu trabalho com vistas à produção de saúde, sendo ela 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 coletivas, 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 refere:

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 (Starfield, 2004, p.62).

No cenário de Curitiba um profissional referiu que realizam as notificações e essas retornam para a equipe como que sem solução. Percebe-se que a noção de responsabilização sanitária da APS está em contradição, pois, a notificação retorna à equipe de referência para que a mesma norteie as ações de enfrentamento da violência infantil. A atenção básica, como porta de entrada e ordenadora do SUS, tem o papel de responder às necessidades de saúde no

território. Isso não significa que somente aquela equipe será responsável por produzir soluções, mas, que é de sua competência acionar os demais entes sociais para uma intervenção intersetorial da situação de violência denunciada. (Brasil, 2012)

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 pois não são senão princípios do SUS (Brasil, 1990b).

No cenário do Capão Redondo (SP), os entrevistados referem-se à notificação como uma ferramenta que apenas gera dados epidemiológicos sobre os casos de violência. Mas, 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 (Brasil 1996; 2001a; 2001b).

Na perspectiva da saúde coletiva, o trabalho no SUS busca compreender os contextos de vida dos usuários, como social e historicamente construídos. Egry et al. (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, conforme o materialismo histórico e dialético, nos quais as contradições existentes nas dimensões estruturais, particulares e singulares de uma dada sociedade auxiliam na superação dos fenômenos. (Egry et al., 2010).

Para a *práxis* em saúde coletiva, é preciso que outros atores sociais sejam incorporados 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 et al., 2010).

8.2 QUADRO ILUSTRATIVO

Por fim, sobre os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil pesquisados neste estudo, um quadro com os temas que emergiram das entrevistas é apresentado a seguir:

Quadro 2 – Quadro dos Saberes e Percepções sobre o Enfrentamento da Violência Infantil na APS

APS	T .		1
SABER-SABER	SABER-FAZER	SABER-SER ÉTICO- PROFISSIONAL	Buscar a dialética das PERCEPÇÕES: do ideal ao real
Concepções sobre Família Violência de Gênero e Transgeracional Concepções sobre a Violência Infantil Tipologia da Violência Infantil Sinais e Sintomas da existência da Violência Formas do Enfrentamento da Violência Infantil	Acolhimento Desenvolver Olhar Integral à Família Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações Construir Fluxos de Trabalho e Protocolos Intervir para a proteção da Criança/abrigamentos A busca de conhecimentos sobre o enfrentamento da violência infantil Construir Redes Intersetoriais Reconhecer a Dinâmica Familiar Trabalhar na Perspectiva da Prevenção e Promoção da Saúde	Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil Construir vínculos Integralidade, Autonomia, Comprometimento e Corresponsabilidade Enfrentamento das resistências e préjulgamentos morais Ter uma Atitude Próenfrentamento Responsabilização Sanitária(?)	Raízes da Violência Sentimentos que Afloram Natureza Complexa da Violência Infantil Formação e Educação Permanente
	Construir Projeto Terapêutico Singular		



9 CONCLUSÕES

O enfrentamento da violência infantil tem sido um desafio para toda sociedade civil, profissionais de saúde, gestores, conselhos tutelares, conselheiros de saúde, assistência social, 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 intersetoriais.

No 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 na qual a criança e sua família se encontra.

Refletindo sobre os objetivos propostos na realização deste estudo, levando em conta que as entrevistas analisadas foram provenientes de duas capitais de destaque no Brasil, e observando o percurso metodológico bem como os resultados obtidos é possível dizer que os objetivos foram atendidos.

Os objetivos deste estudo foram compreender os saberes necessários à formação e qualificação profissional para o enfrentamento da violência infantil na Atenção Primária em Saúde, descrevendo e analisando-os e, também, conhecer a percepção dos profissionais sobre o 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 sobre a 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 entre profissionais de saúde e usuários. A chave mestra para o enfrentamento da violência infantil está na produção de encontros conformados pela ativação de saberes e competências.

Da percepção dos profissionais sobre o enfrentamento da violência concluiu-se que eles tateiam a existência da mesma, seja pela maneira como ela se produz e reproduz social e historicamente; pelos sentimentos que ela provoca; por sua complexidade difusa (complexa, que não se consegue definir) e necessidade de haver formação e educação permanente

(qualificação). Inferiu-se dos discursos, que os profissionais de ambos os cenários sentem-se 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 os temas que conformaram os conhecimentos dos entrevistados sobre a violência infantil foram sendo desvelados, representando a visão de mundo dos profissionais dos cenários pesquisados. Concluiu-se que há um conhecimento latente sobre a violência infantil e o enfrentamento, no entanto os saberes não conformam competências por faltarem elementos explicativos de como esses são colocados em prática.

Na dimensão do Saber-fazer os temas que emergiram foram sobre o cuidado em saúde, habilidades e técnicas de acolher, reconhecer, notificar e interpretar as notificações, construir fluxos e protocolos, proteger as vítimas/abrigamentos, construir redes intersetoriais, reconhecer a dinâmica familiar, trabalhar a prevenção e construir PTS. Concluiu-se que os profissionais entrevistados mobilizam habilidades no enfrentamento; outros, desejam desenvolvê-las; e, alguns não tem essa dimensão definida, ou conformam um não saber como fazer (não sabem como enfrentar a violência infantil). Os instrumentos para o enfrentamento da violência infantil são citados, mas, o modo de operacionalizá-los foram poucos entrevistados que citaram. Observou-se nesta dimensão, que surgiram uma profusão de temas em maior número, fato que pode indicar a influência histórica do trabalho tecnicista.

Na dimensão do saber-ser ético-profissional, os temas que emergiram foram relativos à organização dos processos de trabalho, atitudes, escolhas e postura profissional para o desenvolvimento de um olhar sensível; a construção de vínculos; integralidade, autonomia, comprometimento e corresponsabilidade; enfrentamento das resistências e pré-julgamentos morais; ter atitudes pró-enfrentamento e responsabilidade sanitária.

Concluiu-se que a APS como *locus* privilegiado para o enfrentamento da violência infantil ainda não se encontra instrumentalizada para tal. E, também, que no Brasil mesmo com os avanços no aparato legal para proteção da infância, ainda não resultaram na redução dos indicadores.

Observou-se que em ambos os cenários os profissionais demonstraram preocupação sobre a necessidade de enfrentar a violência infantil de modo efetivo, reconhecendo o enfrentamento como parte inerente ao cotidiano do trabalho, um compromisso a ser compartilhado em redes intersetoriais. Nos dois cenários da pesquisa, conclui-se que existem resistências, 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 do apoio

intersetorial e da falta de garantias de anonimato.

Foram encontradas dificuldades no enfrentamento da violência infantil relacionadas à formação, qualificação, capacitação e gestão. Os argumentos como a falta de formação e capacitação, recursos humanos escassos, deficiências na articulação de um trabalho em rede ilustram motivos para a subnotificação dos casos de violência infantil.

Observaram-se dificuldades das equipes de APS em acolher famílias que envolvam a violência infantil e pessoas em uso de drogas. Este fato pode estar reproduzindo a expressão histórica da exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou em uso de drogas. Há 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 na APS. Para tanto, é preciso abandonar concepções higienistas, percepções simbólicas e morais, para que seja possível acolher na APS os usuários que demandam atenção integral. Dessa forma, os profissionais de saúde da APS mesmo preocupados em enfrentar a violência infantil e acolher 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 necessita-se 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.

O engajamento dos diversos profissionais no enfrentamento da violência infantil possibilita acompanhar o desenvolvimento salutogênico das crianças, inibir o ciclo transgeracional, fundado em processos de trabalho em que o horizonte seja a superação das contradições da realidade objetiva nas dimensões do singular, do particular e do estrutural. Para que isso ocorra é fundamental a articulação de saberes, a ativação de valores, e o trabalho no sentido da saúde como produção social, econômica e cultural dos territórios e famílias.

Salienta-se que não se esgotam as possibilidades interpretativas neste estudo, pois, a expressão do fenômeno da violência infantil é bem maior e complexa. Espera-se que este estudo possa contribuir para que as crianças tenham sua infância preservada, vivendo-a com a potência de sua natureza de serem crianças, tornando-se adultos que possam conviver e construir ambientes familiares saudáveis.



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. 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.

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. 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. 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. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília; 2001b.

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. 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. 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, CAPS i e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Brasília; 2002b.

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. 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.Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília; 2009a.

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. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

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, 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. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília; 2009h.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009i.

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. 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. 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. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. 2010d.

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. 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. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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.

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. Cultura Política e Política Cultural. Estudos Avançados 9 (23), 1995.

Chauí M. A ideologia da competência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014.

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. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

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, 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.

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.

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.

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.

Minayo, MCS, Souza ER. Violência e Saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde. 1998; 4(3).

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. 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. 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. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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. Diagnóstico Municipal e Regional de Saúde. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=29911. Acesso em 15/04/16.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demog raficos/. Acesso em 15/11/2015.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Indicadores para Diagnósticos Sintéticos da saúde. São Paulo: 2013. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Indicadores_DS_Caderno_2004_2011.pdf . Acesso em 15/04/16.

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.

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.° 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.pd f Acesso em 09/01/2015.

Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora SENAC, 2003.



APÊNDICE

APÊNDICE 1: Roteiro de Entrevista, Instrumento - Profissionais de Saúde

	ta	Entrevist	ador	Codigo	la Entrevista
			PRO	OFISSIONAIS D	E SAÚDE - TODO
A. CARAO	CTERIZAÇÃO)			
2. Sexo	Feminino	Masculino			
3. Idade	□ 20 30	□ 30 40	□ 40 -	- 50	50 e mais
4. Estado civil	Solteiro	Casado	Viúv	VO	Separado
5. Filhos	_1	<u> </u>	□3	4	□ 5 e +
6. Idade dos filho	os anos	anos	anos	anos	anos
7. Sexo dos filho	s Feminino		Masculino		
3. Escolaridade	Fundament	al	Médio	Su	perior
9. Formação técr	nica ou superior				
10. Formação co	mplementar				
11. Cargo ou Fur	ıção				
12. Tempo de exp profissional	periência	na atividade	anos	ESF	anos
13. Recebeu treir específico para li violência domést crianças	idar com a tica contra	Sim		□Não	
14. Há quanto ter	mpo?	anos	meses		
15. Como foi (des	screver carga hora	ária, metodologia, l	local)?		
l6. Descrição da	responsabilidade	e da atividade na f	função:		
7. Descrição de	quantas e quais i	nstituições/pessoa	s/crianças está	ão sob sua resp	onsabilidade:

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 - 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?

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 - 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?

APÊNDICE 2: Percepção dos profissionais acerca do enfrentamento da violência Infantil

Quadro 3 – Recorte das entrevistas - Percepções dos profissionais de Curitiba e Capão Redondo, SP, sobre o enfrentamento da violência Infantil

Raízes da violência

Curitiba

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.

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.

Você não precisa educar agredindo [...]. A desqualificação, já desde de pequenininho ela é tratada como teimosa, burra, uma pessoa que incomoda.

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 [...].

Capão Redondo - São Paulo

[...] 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 [...]

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 [...]

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 [...].

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 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 [...].

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

Capão Redondo - São Paulo

[...] 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.

[...] 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.

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 [...].

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.

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

[...] 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 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 Ter um serviço estruturado ajudaria muito. escola, area saúde, a fase, assistente social.

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.

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.

[...] 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.

[...] 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.

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

Mesmo na formação acadêmica nunca tive, vamos nos virando.

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

de abuso e de violência.

[...] a preparação mais técnica para identificar sinais [...] porque quando eu quis saber sobre isso tive que procurar por conta própria.

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.

APÊNDICE 3: Dimensão do Saber-Saber

Quadro 4 – Recortes das Entrevistas – 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 e 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.

[...]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 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.

[...] 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 outro, é o uso de estratégias que deprimem o outro que fazem com que o outro seja desvalorizado, seja menos apreciado.

- [...] 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.

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.

APÊNDICE 4: Dimernsão do Saber-Fazer

Quadro 5 – Recortes das Entrevistas –Dimensão do Saber-Fazer

Acolhimento

Curitiba

[...] 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 [...].

Capão Redondo - São Paulo

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.

Reconhecer Sinais e Sintomas da existência da Violência

Curitiba

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

Capão Redondo – São Paulo

[...] 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.

Reconhecer a Violência Infantil, Notificar e Interpretar as notificações

Curitiba

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 Capão Redondo – São Paulo

[...][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 [...]

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

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 / abrigamentos

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

Realizar Visita Domiciliaria Multiprofissional [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 [...].

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[...].

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

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 [...].

Capão Redondo – São Paulo

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.

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

APÊNDICE 5 Dimersão do Saber Ser-Ético-Profissional

Quadro 6 – Recortes das Entrevistas – Dimensão do Saber-Ser Ético-Profissional

Sensibilizar o Olhar para Enfrentar a Violência Infantil

Curitiba

[...] 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.

Capão Redondo - São Paulo

[...] 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

[...] questão importantíssima é o vínculo. Na medida que você vai vinculando [...] essa família e com essa criança você vai percebendo outros fatores [...]

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.

Capão Redondo - São Paulo

[...] 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.

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 prénatal, 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

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 [...].

Capão Redondo - São Paulo

[...] 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;
- [...] 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.

Enfrentamento das Resistências e pré-julgamentos morais [estigma dos sujeitos e territórios]

Curitiba

[...] 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. [...]

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.

Capão Redondo – São Paulo

[...] 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;

[...] 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.

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.

Ter uma Atitude Pró-enfrentamento

[comunicação ativa, notificar e acompanhar, refletir sobre os abrigamentos, enfrentar as resistências] Curitiba Capão Redondo — São Paulo

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.

[...] 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.



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

Área Temática: contra crianças

Pesquisador: Emiko Yoshikawa Egry

Versão: 2

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São CAAE: 02153012.9.0000.5392

Paulo - EEUSP

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:

Obietivo 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.

Avallação 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.

proposite esta adequado. Número de sujeir 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 infantii

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