

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EMILY DE SOUZA ABRAHÃO

Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e potencialidades da assistência

Ribeirão Preto

2013

EMILY DE SOUZA ABRAHÃO

Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e potencialidades da assistência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientador (a): Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer.

RIBEIRÃO PRETO

2013

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Abrahão, Emily de Souza

Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e potencialidades da assistência. Ribeirão Preto, 2013.

162 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Scherer, Zeyne Alves Pires.

1. Profissionais da Saúde. 2. Programa Saúde da Família.
3. Maus-Tratos Infantis.

FOLHA DE APROVAÇÃO

EMILY DE SOUZA ABRAHÃO

Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e potencialidades da assistência.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós –Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha afilhada Maria Vitória, para que ela possa viver
num mundo melhor, onde as relações entre
adultos e crianças sejam mais igualitárias, afetivas
e respeitadas e onde se preze pela liberdade do ser humano e
pela dignidade da vida, independente da idade.*

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas estiveram ao meu lado na minha trajetória pessoal e profissional, compartilhando comigo alegrias, conquistas e as tristezas também, portanto, gostaria de expressar aqui meus sinceros agradecimentos à:

Minha irmã *Patrícia*, pela ajuda prestada durante este tempo em que estive tão envolvida com esta investigação. Obrigada pelas sugestões de referências e as trocas de conhecimentos que tivemos durante nossos encontros aqui em casa, na sua casa, entre uma refeição e outra, um passeio e outro nos finais de semana. Você como enfermeira da rede básica de saúde, trouxe contribuições importantes para este estudo, me contando sobre sua experiência enquanto trabalhadora,

Zeyne Scherer, minha orientadora, pela maneira cuidadosa que me ensinou a fazer pesquisa. Através do seu jeito, você me deu liberdade para que eu encontrasse meus caminhos, me guiando, mas, ao mesmo tempo, estimulando minha capacidade de tomar minhas próprias decisões e fazer minhas próprias escolhas,

Sandra, Elton, Pâmima, Bruna, Laís e Daniela, pela amizade durante a pós-graduação,

Gisele Vinha, pela nossa amizade e pelo apoio durante esta jornada. Nossa amizade é duradoura e significativa para mim,

Thais, Giovanna, Pedro, Ricardo, Marília, Gabriela e Juliana, amigos do LAPEPG e a *Profa. Dra. Carla Guanaes*, por me acolheram tão bem no grupo de pesquisa na Faculdade de Filosofia,

Toda a equipe do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) pelo empenho de cada um para oferecer aos estagiários a oportunidade de entrar em contato com a gestão da saúde, a formulação das políticas e por ter proporcionado nossa entrada em uma reunião do Conselho Nacional de Saúde,

Breno, Ana Silvia, Clarinha, Lidiane, Kamilla e Michella, amigos queridos que estagiaram comigo no DAB/MS,

Tauani Zampiere, meus sinceros agradecimentos, porque sem você este estágio no DAB/MS não teria se concretizado. A melhor parte é que nos tornamos companheiras mesmo que por apenas duas semanas e amigas para a vida toda,

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos ao longo do primeiro e segundo ano de realização da pesquisa,

Todos os *profissionais de saúde da família* que participaram deste estudo, meu muito obrigada, sem vocês este trabalho não teria se realizado.

*Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht .

RESUMO

ABRAHÃO, E. S. **Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e potencialidades da assistência.** 2013. 162 folhas. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A violência tem imposto uma sobrecarga na qualidade de vida da população e nos serviços de saúde. Apesar de terem ocorrido avanços na saúde pública com relação ao reconhecimento da violência como um problema de saúde, os profissionais têm encontrado dificuldades para oferecer repostas à violência. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar quais os sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e os desafios e potencialidades que encontram na assistência. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com análise qualitativa dos dados, realizado com cinco profissionais de Saúde da Família. Utilizamos neste estudo como procedimento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, analisada pela técnica de Análise de Conteúdo Temática. A complexidade da violência intrafamiliar se manteve nos discursos dos profissionais de saúde da família, atribuindo-lhes diferentes explicações para sua ocorrência. Sendo assim, ela não aparece como algo naturalizado, pois, recorrem às explicações históricas, culturais, políticas e econômicas. Além disso, por estarem atuando na Política de Saúde da Família, também, apontaram para as violências que ocorrem nos arredores, no território onde moram as famílias e trabalham os profissionais. Entre as potencialidades apontadas pela equipe com relação à violência intrafamiliar e outras violências, esteve a fácil identificação dos casos e também, a possibilidade de compreendê-la a partir do contexto em que ela ocorre. Sendo assim, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, o apoio de equipes de matriciamento e as tecnologias leves de cuidado aparecem como recursos para acolher a violência intrafamiliar na Estratégia Saúde da Família. Quanto aos desafios, estes começam com a falta de preparo desde a graduação para lidar com a questão da violência, as capacitações profissionais para a qualificação que não incluem o tema de maneira que leve à reflexão e à mudança nos processos de trabalho e a falta de apoio de uma equipe ampliada e outros setores para dialogar com a equipe. A notificação embora seja um desafio, se configura como uma potência para analisar e transformar o processo de trabalho. O estudo apontou que apesar do profissional de saúde da família reconhecer a violência como questão de saúde, ainda é necessário formular e programar políticas que melhorem a gestão e ampliem a oferta de serviços e a resolubilidade das ações, buscando com isso, promover visibilidade à violência.

Descritores: Profissionais da Saúde, Programa Saúde da Família, Maus-tratos Infantis.

ABSTRACT

ABRAHÃO, E. S. **Meanings attributed to family violence against children and adolescents by professionals of family health: challenges and assistance potential.** 2013. 162 pages. Dissertation (MSc) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Violence has imposed a burden on quality of life and health services. Although there have been advances in public health with respect to the recognition of violence as a health problem, professionals have found it difficult to provide responses to violence. So, the objective of this study was to investigate what are the meanings attributed to family violence against children and adolescents by professional of Family Health Strategy and the challenges and possibilities they find in attendance. This was a descriptive study with qualitative data analysis, performed with 05 professional of Family Health. We use this study, as a data collection procedure, semi-structured interviews, analyzed by the Thematic Content Analysis. The complexity of family violence has remained in the discourse of family health professional by assigning different explanations for its occurrence. Thus, it does not appear as something adopted, once they resort to historical, cultural, political and economic explanations. Moreover, once they act at the Family Health Policy, also pointed to the violence occurring in the surroundings, the territory inhabited by families and working professionals. Among the strengths identified by the staff in relation to domestic violence and other kinds of violence, was the easy identification of cases and also the possibility to understand it from the context in which it occurs. Thus, teamwork, intersectoral coordination, matricial supporting teams and light technologies of care appear as resources to accommodate family violence in the Family Health Strategy. As for challenges, they start with the lack of preparation from college to deal with the issue of violence, the professional training for qualification that does not include the issue of violence which leads to reflection and change in work processes and the lack of supporting expanded team and other sectors to dialogue with the staff. Notification, although challenging, is configured as an output to analyze and transform the labor process. The study found that despite the health professional to recognize family violence as a health issue, it is still necessary to formulate and program policies which improve the management, expanding the range of services and resoluteness of actions, seeking thereby promote more visibility to violence.

Descriptors: Health Professionals, Family Health Program, Child Abuse.

RESUMEN

ABRAHÃO, E. S. **Explicación que atribuye a la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes segun los profesionales de salud de la familia: desafíos y potencialidades de asistencia.** 2013. 162 hojas. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La violencia ha impuesto una sobrecarga en la calidad de vida de la población y en los servicios de salud. A pesar de los avances en la salud pública con relación al reconocimiento de la violencia como un problema de salud, los profesionales han encontrado dificultades para ofrecer repuestas a la violencia. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue investigar la explicación que atribuye a la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes segun los profesionales de la estrategia de Salud familiar, como también los desafíos y potencialidades que se encuentran en la asistencia. El estudio tuvo una naturaleza descriptiva, con análisis de los datos cualitativos, realizada con 05 profesionales del área de Salud Familiar. Para este estudio, se utilizó como procedimiento de colecta de datos la entrevista semiestructurada, analizada por la técnica de Análisis de Contenido Temático. La complejidad de la violencia intrafamiliar fue discutida en la conversación de los profesionales de salud de la familia, atribuyéndole diferentes explicaciones para su incidencia. De esta manera, se vio que ésta no aparece como algo naturalizado, pues, recurren a las explicaciones históricas, culturales, políticas y económicas. Además, el estar actuando en la Política de Salud de la Familia, llevó a que también apunten a las violencias que ocurren en los alrededores, en el territorio donde viven las familias y trabajan los profesionales. Entre las potencialidades nombradas por el equipo con relación a la violencia intrafamiliar y otras violencias, estuvo la fácil identificación de los casos y también, la posibilidad de comprenderla a partir del contexto en que ella ocurre. Por lo cual, el trabajo en equipo, la intersectorialidad, el apoyo de equipos de matriciamiento y las tecnologías leves de cuidado, aparecen como recursos para acoger la violencia intrafamiliar en la estrategia de Salud Familiar. Con relación a los desafíos, estos comienzan con la falta de preparación desde la graduación para lidiar con el problema de la violencia, las capacitaciones profesionales para la calificación que no incluyen el tema de la violencia de una forma que lleve a la reflexión y al cambio en los procesos de trabajo, y la falta de apoyo de un equipo ampliado como también de otros sectores para dialogar con el equipo. Este aspecto a pesar de ser un desafío, se configura como una potencia para analizar y transformar el proceso de trabajo. El estudio apuntó que a pesar de que el profesional de salud de la familia reconozca la violencia como un problema de salud, se vio que todavía es necesario formular y programar políticas que mejoren la gestión, ampliando de esta manera la oferta de servicios y la resolubilidad de las acciones, buscando con esto, promover mas visibilidad a la violencia.

Descriptor: Profesionales de la Salud, Programa Salud de la Familia, Violencia contra niño y adolescente.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 01 – Caracterização dos participantes da pesquisa.....	70
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GREIVI	Grupo de Estudo Interdisciplinar sobre Violência
GM	Gabinete do Ministério
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 Violência e saúde.....	28
2.2 A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: alguns conceitos introdutórios e sua articulação com a saúde coletiva e a ESF.....	35
2.3 A política pública e os documentos nacionais e internacionais sobre violência	40
2.4 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	49
2.5 A Estratégia Saúde da Família e o acolhimento às situações de violência intrafamiliar....	54
2.6 Atenção às situações de violência intrafamiliar no contexto da Estratégia Saúde da Família e os fundamentos do Relatório Mundial Violência e Saúde e a Política Nacional sobre Violência.....	57
3 OBJETIVOS	65
4 PERCURSO METODOLÓGICO	67
4.1 Caracterização da pesquisa.....	68
4.2 Local da pesquisa.....	68
4.3 Considerações éticas.....	69
4.4 Participantes da pesquisa	69
4.5 Procedimento para coleta, registro e análise dos dados.....	71
4.6 Procedimentos para a análise dos dados.....	73
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
5.1 Da violência na família à violência estrutural e comunitária	77
5.2 Das violências reveladas às veladas	86
5.3 O trabalho da equipe de saúde da família e a violência contra crianças e adolescentes: desafios e potencialidades	91
5.3.1 Desafios e potencialidades da intersetorialidade	100
5.3.2 Desafios da notificação compulsória.....	105
5.3.3 Potencialidade: a identificação, o diálogo e acolhimento dos casos de violência na ESF.....	110

5.4 Formação, capacitação profissional, educação permanente em saúde e o tema da violência	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES.....	153
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	154
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	155
ANEXOS	159
ANEXO A - ORGANOGRAMA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO.....	160
ANEXO B - GRÁFICO DO COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR DISTRITO.....	161
ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	162

APRESENTAÇÃO

Quem poderíamos ser se não tivéssemos histórias? (GERGEN e GERGEN, 2010). A construção desta dissertação de Mestrado tem algumas histórias para contar, começando pela minha própria história (pessoal e profissional) que se entrelaça com a de tantas outras pessoas que participaram de diferentes formas na construção desta investigação.

Antes mesmo de concluir o curso de psicologia, começava a notar o quanto me filiava a algumas áreas de atuação do psicólogo, mais voltadas para a comunidade, especialmente, em políticas públicas. Este interesse começou quando optei por um estágio na área da saúde mental, mais precisamente, nos serviços públicos de atenção à saúde mental. Fiz estágio no Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, depois no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas Residências Terapêuticas. Nestes contextos, tive contato mais próximo, através da minha professora Isabel Cristina Carniel, com temas relacionados às políticas públicas de saúde, ao sistema único de saúde, à saúde mental e à reforma psiquiátrica. Um aspecto marcante durante este estágio foi ter percebido o potencial que determinadas práticas (não exatamente comuns à psicologia) podem ter em contextos comunitários, como por exemplo, o Acompanhamento Terapêutico (AT), os grupos na comunidade e a articulação com outros serviços do próprio território próximos ao CAPS. Além disso, tive a oportunidade de ser representante suplente do Conselho Regional de Psicologia (CRP) nas reuniões do Conselho Municipal da Reforma Psiquiátrica. Enquanto representante, pude perceber a importância deste dispositivo político para mudança do modelo assistencial e para participação dos profissionais e usuários na gestão da atenção em saúde mental. Foi enriquecedor, mesmo tendo vivenciado tensões para a permanência de um modelo tradicional, biomédico e para a concretização de um modelo psicossocial de atenção à saúde mental.

Fui me interessando cada vez mais pelos grupos, pela política pública e me afastando um pouco de atendimentos que seguiam o modelo clínico tradicional. Esta experiência me garantiu levantar certas críticas acerca de posturas que concebiam o indivíduo como um ser abstrato, a-histórico, passivo e totalmente desvinculado de seu contexto social.

Comecei minha prática profissional após concluir a graduação, trabalhando como orientadora social, na política pública da assistência social, no Sistema Único da Assistência Social/SUAS, coordenando grupos temáticos com adolescentes de projetos sociais do governo federal: o Agente Jovem e o Pró-Jovem Adolescente. Em seguida, eu e minha supervisora Alexandra Alves Calil propusemos um espaço para os pais desses adolescentes para conversar sobre assuntos de interesse deles e sobre a relação pais e filhos. Tive o privilégio, com essa experiência, de incluir diferentes vozes na construção das minhas concepções sobre a adolescência e violência. Durante muito tempo, foram com os adolescentes que conversei

sobre seus problemas, demandas, alegrias, tristezas e suas relações com seus pais, amigos, a comunidade e a sociedade, porém, em seguida, também pude manter-me atenta às histórias que os pais tinham para contar, suas demandas e inquietações. Pude, também, trabalhar dentro desta política a partir de uma perspectiva coletiva, implantando propostas de ação público-comunitária.

Depois, comecei a me interessar pela área acadêmica, em fazer pesquisas e acabei me inserindo em um grupo na Universidade de São Paulo. Escolhi o Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI), cadastrado no CNPQ desde 2006, cuja líder é minha orientadora, vinculada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Dentre tantos grupos ofertados, me interessei principalmente por este, pois notei que a proposta da interdisciplinaridade me favoreceria construir conhecimento e prática, a partir de novas posturas epistemológicas e metodológicas. Durante um ano neste grupo, já tinha como proposta fazer pesquisa sobre a experiência que tive com os grupos de adolescentes, nos projetos do governo federal em que trabalhei, porém, no meio do caminho, surgiu uma nova oportunidade para trabalhar em uma política pública de saúde, mudando meus interesses e conseqüentemente, me ajudando a delinear melhor meu objeto de estudo.

No momento em que fui selecionada para fazer estágio voluntário na Política de Saúde da Família, pelo Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, notei que estava concretizando aquilo que desejava: comecei a trabalhar em equipe, a participar de reuniões de equipe e discussões conjuntas sobre família e comunidade. Comecei a dividir espaços de trabalho com diferentes profissionais da saúde, me ajudando a construir conhecimento e prática a partir da interdisciplinaridade. Dediquei meu trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS), durante mais ou menos 10 meses e fui construindo conhecimento sobre o processo saúde-doença, sobre a integralidade do cuidado e, principalmente, sobre a determinação social ou a multiplicidade de determinantes que podem atravessar a saúde das pessoas e da comunidade. Fui me interessando cada vez mais pela organização do trabalho da equipe de Saúde da Família, principalmente, por que ela acolhia demandas que iam além, da proposta de curar doenças ou de recuperar a saúde, apontando para aspectos que se relacionavam às condições gerais de vida das pessoas, desde aspectos materiais (moradia, saneamento, segurança) até subjetivos (felicidade, autonomia, satisfação).

Trabalhar na Saúde da Família proporcionou-me conceber o processo saúde doença, como algo que se constrói na esfera política, social, biológica e psicológica. Ajudou-me a conceber o cuidado em saúde, como algo que ia mais além, da oferta de procedimentos

individualizados, como a medicação, a psicoterapia ou a orientação. Ajudou-me a trabalhar com as redes no território, com o diálogo, com o respeito, proporcionando autonomia às pessoas e atenção integral às suas necessidades de saúde. Foi nesse cenário, que fui notando que problemas relacionados à violência doméstica, ao uso de drogas, à violência social e aos transtornos mentais pareciam desafiadores para a equipe de saúde da Atenção Básica (AB) e exigiam mudanças no âmbito da formação do profissional, na prática e na própria organização do serviço de saúde (mudança do modelo assistencial). Esta última mudança já vinha acontecendo, com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que propõe um modelo assistencial que se aproxima dos princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade, intersetorialidade e participação popular. Nesse contexto, notei que o cuidado em saúde se voltava não apenas para um grupo específico de pessoas, mas para a família e comunidade, na perspectiva da promoção da saúde, prevenção e tratamento. Posso dizer, então, que foi a partir do trabalho que comecei a me formar como pesquisadora, mobilizada pela prática profissional, porém, ciente de que a formação que se iniciava me colocaria em contato com a ciência, os métodos e paradigmas.

Nesse cenário, notei possibilidades de pensar na prevenção da violência intrafamiliar e na promoção da saúde das famílias, crianças e adolescentes no contexto da ESF. Tais possibilidades são destacadas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde e, também, na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Tinha encontrado na ESF um modelo organizacional de assistência que possibilitaria fazer valer a política nacional sobre violência, alguns aspectos marcantes encontrados no Relatório Mundial e outros documentos do Ministério da Saúde, sobre violência e saúde. Vale lembrar que vários elementos encontrados no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde e na PNRMAV foram intensamente estudados e debatidos com os integrantes do GREIVI, o que me deu mais segurança para utilizá-lo nesta investigação. Sendo assim, esses documentos serviram de base para realizar discussões neste estudo. Portanto, nesse momento, defini com precisão meu objeto de estudo e fui delineando aspectos teóricos e metodológicos desta pesquisa, enquanto aluna de Mestrado e integrante do grupo de pesquisa. Vale ressaltar, então, que esta investigação nasceu das implicações enquanto profissional de saúde, atuando em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Segundo Artières (2004) é da própria experiência do pesquisador que surge o problema a ser pesquisado e não há neutralidade neste processo, rompendo, já de início, com a neutralidade científica.

Como sempre estive muito conectada com os aspectos políticos que marcaram minha caminhada profissional e a escrita desta pesquisa, não pude deixar de ressaltar alguns

elementos relacionados à gestão da saúde, nos níveis municipal, estadual e federal. Para completar essa jornada, me candidatei e fui selecionada para fazer um estágio voluntário no Departamento de Atenção Básica (DAB) no Ministério da Saúde (DAB/MS) onde participei de uma das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e acompanhei o dia a dia dos profissionais de cada setor dentro do DAB.

Sendo assim, fui construindo esta pesquisa, a partir de intensos diálogos internos (comigo mesma a partir da minha vivência) e externos (com os professores, alunos participantes do GREIVI, teóricos e outros participantes de grupos de estudos de que fiz parte durante o Mestrado) sobre a violência contra crianças e adolescentes e o campo da saúde. Busquei, com isso, construir respostas para a violência pensando naquilo que Bertold Brecht mencionou sobre não aceitar o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar, mesmo encontrando tantos desafios para alcançar tais mudanças. Posso dizer que um dos desafios foi realizar esta pesquisa sobre o tema da violência, pois impera a política do silenciamento, da invisibilidade e, muitas vezes, é vista como algo natural.

Portanto, apesar dos interesses em fazer pesquisa sobre a violência e a adolescência terem se modificado ao longo da minha trajetória profissional, esta experiência ficou registrada nesta investigação. No momento em que trabalhei na Política de Saúde da Família, encontrei um importante caminho que me ajudaria a legitimar e construir conhecimento novo sobre a prevenção da violência contra crianças e adolescentes e a participação do setor saúde, mais precisamente através da ESF e sua proposta de atuação. Sendo assim, meu interesse esteve na visão dos profissionais de saúde da família com relação à violência que envolve crianças e adolescentes, especialmente a intrafamiliar. Embora eles manifestem pontos de vista de fora da relação familiar, podem ter muito a contribuir e precisam ser ouvidos.

Esta investigação tem muito a ver com a minha trajetória profissional e, também, com aquilo que acredito ser possível de se transformar: a desnaturalização da violência e a despatologização da agressividade, sobretudo, nas relações familiares, para então, pensar em propostas de ajuda que não se restrinjam ao controle e à correção da manifestação da agressividade por um ato de violência ou que não estejam centradas apenas no indivíduo. O que isso quer dizer? Considero neste estudo que a violência é um problema, que pode ocasionar sofrimento e diminuir a qualidade de vida das pessoas. É um problema, mas, não uma doença localizada no indivíduo. Um problema é algo para ser decifrado, interpretado, resolvido, mas, não exatamente um transtorno que precisa ser curado, eliminado e suprimido.

1 INTRODUÇÃO

A violência vem fazendo parte da acentuada mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira nos últimos 35 anos, sendo apontada como uma das mais sérias dificuldades a ser enfrentada pelos sistemas de saúde da sociedade moderna (NAJAINÉ et al., 2009).

A saúde coletiva¹ se preocupa com a saúde e bem-estar das populações como um todo, incorpora o social ao pensamento sanitário, valoriza fatores de ordem biológica, social, política e subjetiva na determinação dos processos de produção de saúde e doença (CAMPOS, 2000). Portanto, para a saúde coletiva, a violência tem imposto uma sobrecarga no bem-estar das pessoas, impedindo de alcançar um dos seus objetivos que é o de criar comunidades saudáveis em todo o mundo (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Foi a partir da ocorrência de mudanças marcantes, no campo da saúde e na sociedade, que a saúde coletiva passou a se preocupar com os processos sociais de produção da saúde-doença em contraposição a uma compreensão única e linear, ou seja, a da determinação biológica. Tais mudanças começaram, principalmente, com o movimento da Reforma Sanitária que ocorreu no final da década de 1970 no Brasil, culminando na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na aprovação pela Assembleia Nacional Constituinte da Constituição Brasileira, em 1988 (BRASIL, 1988). Todo esse processo viabilizou a mudança definitiva do conceito de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Portanto, atualmente, o conceito de saúde refere-se à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida (BRASIL, 2005a, p. 39).

Nesse cenário, foi proposta uma ampla reformulação do setor saúde, no sentido de romper com o paradigma flexinariano e curativista, cujas ações se pautam a partir de um modelo biomédico centrado no tecnicismo, no curativismo e no individualismo (PUPIM, CARDOSO, FRANCESCHINI; 2005) emergindo, portanto, o paradigma da produção social da saúde e da doença (MENDES, 1999).

Segundo Mendes (1999 p. 235), a concepção da produção social da saúde-doença, está vinculada à “qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social, uma aproximação positiva”. Essa concepção moderna de saúde aponta para a representação de que saúde é expressão das condições materiais de existência do homem no seu viver cotidiano (MENDES, 1999).

¹ O termo saúde coletiva tem sido utilizado para se referir à “Nova Saúde Pública”. Distintas visões foram se configurando no sentido de justificar o “novo” da “Nova Saúde Pública”. Algumas dessas visões procuram vinculá-la à Promoção da Saúde, ao reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, à consideração do ambiente físico, social e “psicológico” como interatuantes do processo saúde-doença e à proposição de colaboração intersetorial e interdisciplinar para o cuidado em saúde (PAIM, 2006).

Feuerwerker (2005, p. 490) também aponta que a reconceitualização da saúde foi a primeira principal mudança que ocorreu no setor saúde em decorrência do movimento da Reforma Sanitária e da construção do SUS. Porém, além desta, ela aponta outras duas: a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social-democrática e a crítica às práticas hegemônicas de cuidado em saúde.

Neste estudo, elegemos a primeira e a terceira mudanças apontadas por Feuerwerker (2005, p.490) para nos aprofundarmos, pois, consideramos que são estas que possibilitam reconhecer as necessidades de saúde do usuário, incluindo a violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes.

É exatamente este cenário da saúde coletiva que nos permitirá iniciar discussões sobre a violência intrafamiliar e a saúde. Minayo e Souza (1999) apontam que o esforço teórico, metodológico e político para reconceituar a saúde e, assim, compreendê-la como questão complexa, com determinação social, condicionantes culturais e produto da relação do indivíduo com a sociedade possibilitou a entrada da violência para o campo da saúde, por volta da década de 1980.

Outro aspecto que impulsionou a entrada da violência para o campo da saúde, contribuindo, até mesmo, para mudança das concepções sobre violência, se refere à própria mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. Atualmente, este novo modelo, busca não apenas curar a doença, mas prevenir e promover a saúde, a partir de novas “valises tecnológicas”² utilizadas para o cuidado em saúde (MERHY, 2000). Minayo e Souza (1999) apontam que os instrumentos mais caros do campo da saúde, como as noções de prevenção e promoção vêm se articulando à questão da violência e provocando um debate necessário na pauta tradicional do setor saúde acerca dos termos e práticas estritamente hegemônicas de assistência à saúde.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, em 1994, cria o Programa de Saúde da Família (PSF) buscando construir e consolidar, no campo da saúde coletiva, um novo desenho tecnoassistencial da atenção (FEUERWERKER, 2005). Inicialmente o PSF ficou assim denominado, no entanto, embora tenha o nome de programa, a Saúde da Família não está sendo tomada pelo Ministério da Saúde como um programa igual aos demais, pois, “não se

² As valises demonstram o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Usando o exemplo do trabalho do médico, pode-se imaginar a existência de três valises tecnológicas do trabalho em saúde. Na primeira carregam-se os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico utiliza-se das três valises, arranjan-do de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 2000, p. 109).

trata de uma intervenção vertical e paralela às demais atividades inseridas nos serviços de saúde” (PEREIRA, 2008, p. 70). Diante disso, ocorreram mudanças na terminologia: Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF) (PEREIRA, 2008).

Para Mendes (1999), a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A ESF foi criada pensando em operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS, tais como: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e controle social. Ela tem, também, como alguns de seus fundamentos, funcionar como o primeiro contato da população com o serviço de saúde, possibilitar o acesso universal e longitudinal, oferecer assistência integral aos problemas e às necessidades de saúde e coordenar o cuidado, inserida em uma rede composta por outros serviços de saúde. Além disso, a ESF estabelece algumas atribuições específicas do profissional que trabalha neste contexto, sendo as seguintes: visita domiciliar, organização comunitária, articulação intersetorial e trabalho em equipe.

Alguns desses fundamentos e características citados acima como a integralidade, intersetorialidade, atenção ou assistência domiciliar e a multiprofissionalidade estão em consonância com os fundamentos da Portaria nº 737, de 26 de maio de 2001, que trata da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) publicada pelo Ministério da Saúde em 2002 (BRASIL, 2001a). Nesta direção, surge outra possibilidade para a abertura de um espaço no interior do setor saúde, a partir da ESF para amparar discussões sobre violência e saúde.

Apesar de o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da OMS (KRUG et al., 2002) não ter se pautado nos fundamentos da ESF para sua elaboração, os autores destacam que a violência pode ser compreendida do ponto de vista da prevenção e da promoção da saúde em consonância com a prática profissional no contexto da ESF. Segundo o Ministério da Saúde (1997), as equipes da ESF atuam em ações de prevenção de doenças, promoção à saúde e na reabilitação dos problemas e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade.

Como estamos considerando, neste estudo, que a violência pode se legitimar no contexto da ESF, como uma necessidade de saúde e um determinante não apenas social, mas, também, individual, cultural, político e econômico que interfere na saúde e bem-estar das pessoas, ela pode obter alguma resposta a partir da ESF, em conjunto com outras políticas sociais.

As valises tecnológicas (MERHY, 2000) que a equipe de saúde da família pode lançar mão para o cuidado em saúde, no contexto da ESF, possibilitam acolher situações de violência intrafamiliar, no campo da saúde. Portanto, na ESF, a ação do profissional não é simplificada, exigindo dele um arsenal de atributos e recursos tecnológicos para responder à complexidade do processo de saúde e adoecimento da população.

Utilizaremos neste estudo o conceito de tecnologias de cuidado buscando com isso, sustentar discussões sobre a violência intrafamiliar no contexto da ESF. Segundo Carlos (2009), são especialmente as tecnologias leves de cuidado³ em saúde (acolhimento, vínculo, responsabilização) que orientam a prática do profissional de saúde da família, apontando, portanto, para possíveis mudanças nas estratégias de intervenção quanto à questão da violência intrafamiliar, produzindo novas respostas para a violência no interior do setor saúde, através do diálogo, negociação, acolhimento, orientação, corresponsabilização e autonomia.

Tradicionalmente a violência é compreendida a partir dos campos jurídico e policial, reduzindo a participação de outros setores, como, por exemplo, a saúde coletiva, para colaborar e ampliar a compreensão da violência e a construção de propostas alternativas de ajuda. Porém, lentamente este quadro vem passando por mudanças, pois a violência tem se consolidado no campo da saúde desde a década de 1980 (MINAYO, 2006). Tal mudança inclui a participação relevante dos profissionais da APS/ESF com relação às situações de violência para além da cura e tratamento das lesões, ou seja, no âmbito da prevenção, promoção da saúde e assistência integral, como apontaram alguns estudos recentes sobre esta temática que foram realizados, também, com profissionais de saúde da família (SANTOS, 2005; VILLAR, 2007; COCCO et al., 2010; ROCHA; MORAES, 2011; MOREIRA, 2012a; MOREIRA, 2012b; ZANELATTO, 2012).

Na ESF, os profissionais estão voltados para a compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidado, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Por esta razão, apesar do foco maior desta investigação estar centrada na questão da violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes, faremos algumas considerações sobre outros tipos de violências que envolvem direta ou indiretamente, crianças e adolescentes e a prática profissional no contexto da ESF. Isto se justifica, pois a atuação do

³ As tecnologias leves referem-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho (MERHY, 1997). Para Ferreira (2008, p. 45), a realização de qualquer intervenção tecnológica e assistencial como escutar, orientar, vincular-se, comprometer-se, acolher, é um processo relacional, compartilhado e clinicamente implicado onde há um jogo entre modos de produzir e necessidades. Nesse espaço da dimensão cuidadora, operam as tecnologias leves produtoras de relações e de encontros intersubjetivos em que se abrem todas as forças instituintes presentes neste campo e que não pertence a nenhum núcleo profissional, cuja atuação ou assistência, também, não depende apenas do setor saúde.

profissional de saúde da família, não está centrada apenas na identificação da doença no indivíduo e na cura da mesma. Por estarem mais próximos das famílias e do território onde elas moram, conseguem se manter mais atentos aos condicionantes e determinantes da saúde. Diante disso, podem conseguir identificar com mais facilidade fatores de ordem individual, cultural, social e econômica que determinam situações de violência intrafamiliar. Além disso, conseguem, também, apontar situações de violência no lar que reservam conexões com a violência estrutural, como, por exemplo, as situações de negligência.

Sendo assim, seguiremos o referencial teórico-conceitual de Minayo (2009, p. 31) sobre violência e saúde. Ela aponta diferentes tipos de violência que podem obter contribuições a partir do setor saúde em conjunto com outras políticas sociais. Neste estudo, três tipos de violência apontados por Minayo (2009) serão de especial importância, sendo os seguintes: a violência intrafamiliar, a estrutural e a comunitária. Porém, utilizaremos, também, os conceitos trazidos por Krug et al. (2002), no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que denominam a violência intrafamiliar como um tipo de violência interpessoal e trazem explicações importantes sobre violência coletiva ou comunitária. Utilizaremos, também, o conceito de violência estrutural que Minayo (2006) acrescentou ao conceito de violência coletiva proposta por Krug et al. (2002). A violência estrutural se relaciona aos contextos mais amplos e à esfera política (MINAYO, 2006). Faremos referência a cada uma delas com mais detalhes no decorrer desta investigação.

Buscamos com isso, destacar neste estudo, o caráter dialético da violência, a fim de compreendê-la em sua totalidade, o que significa questionar as estruturas sócio-históricas e culturais da sociedade na qual ela se realiza. Sendo assim, concordamos com os autores Domenach (1981), Boulding (1981) e Minayo (1989) que adotam a tese de que a violência pode ser entendida como uma rede. Ao entendê-la dessa forma, conseguimos manter a “amplitude e a complexidade de um processo cuja causalidade é múltipla e não linear; processo este que possui natureza e características específicas e gerais, microssociais e macrossociais” (SOUZA, 1993, p. 50).

O reconhecimento da violência como um problema de saúde pública é recente. A PNRMAV foi publicada em 2001, portanto, é necessário e urgente dar voz aos profissionais de saúde, para compreender como vem acontecendo o acolhimento das situações de violência no campo da saúde, a partir da ESF.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Violência e saúde

Segundo Minayo, Souza (1999) e Minayo (2007), a inclusão da violência, na pauta do setor de saúde brasileiro, começou oficialmente, por volta de 1980 quando ocorreu um grande esforço da sociedade para compreender a saúde como uma questão ampliada, sobretudo, por causa da complexa transição epidemiológica (MINAYO, 2007). A transição epidemiológica colocou, no centro das preocupações do setor saúde, problemas de saúde relacionados às condições, situações e estilos de vida da população. Sendo assim, as três primeiras causas de mortalidade que mais se destacaram desde 1980 e que ainda permanecem, são as doenças cardiovasculares, as violências e os acidentes e as neoplasias (MINAYO, 2005).

Diante disso, no Brasil, a violência entra para o setor saúde dentro dos limites dos termos biomédicos. Sua inclusão na pauta de discussão do campo da saúde se deu na condição de manter a racionalidade médica positivista (MINAYO; SOUZA, 1999). Segundo Minayo e Souza (1999) a violência no campo da saúde é definida como Causas Externas há muitos anos, de acordo com a Classificação Internacional de Doença (CID) da Organização Mundial da Saúde. Ela engloba os homicídios, suicídios, acidentes fatais, lesões envenenamentos, ferimentos fatais (mortalidade) e queimaduras, intoxicação por agressão interpessoal, coletiva, omissões e acidentes (morbidade). O setor saúde, inicialmente olhava para a questão da violência como mero espectador, um reparador de estragos, apenas para curar e tratar as lesões deixadas pela violência e pelos acidentes (MINAYO; SOUZA, 1999).

Essa condição de olhar para questões relacionadas à violência como simples espectador começa a mudar no Brasil, por volta da década de 1960, a partir da influência da corporação de médicos pediatras dos Estados Unidos da América (EUA) (MINYAO; SOUZA, 1999, p. 8). Inicialmente foram os médicos pediatras norte-americanos que se organizaram num movimento conjunto de reconhecimento da violência contra crianças e adolescentes. Estes, como também, os médicos radiologistas norte americanos abriram um campo de investigação e ações humanitárias com relação à violência contra crianças e adolescentes, envolvendo outras especialidades médicas e não médicas como os psiquiatras, a medicina social e, até mesmo, advogados (SILVERMAN, 1972). Portanto, desde a década de 1960 a violência já vinha buscando um espaço dentro do setor saúde, para discussão e reflexão, mas, seu reconhecimento oficial, no Brasil, se deu apenas por volta da década de 1980.

A literatura aponta que o reconhecimento da violência pelos profissionais de saúde no âmbito internacional, influenciou o reconhecimento dela pelo setor de saúde brasileiro. Sendo assim, no contexto internacional, a violência contra crianças e adolescentes, começa a ser reconhecida apesar de lentamente e sem maiores repercussões sociais, com o médico francês, Auguste Ambroise Tardieu por volta de 1860 (AL-HOLOU, O'HARA, COHEN-GADOL, MAHER, 2009). Ele relatou 35 casos detalhados de crianças que sofreram maus-tratos físicos e negligência por pessoas da família (ROCHE et al., 2005) e publicou um trabalho a respeito, intitulado “Étude médico-legale sur les sevices et mauvais traitements exercé sur des enfants”. Segundo Roche et al. (2005), com esta publicação, ele também chamou atenção da sociedade para as condições de trabalho aviltantes a que muitas crianças eram submetidas em fábricas e minas naquela época. Além disso, segundo Zigler (1979, p. 185), Tardieu descreveu algumas características de comportamento dos pais agressores, bem como identificou condições socio-culturais associadas com a questão como, por exemplo, do desemprego e do isolamento social em que se encontravam as famílias que viviam situações de violência dentro do lar.

Nessa época em que foi publicado o trabalho de Tardieu sobre a violência contra crianças e a exploração pelo trabalho, a França era governada por Napoleão III o qual sempre procurou beneficiar muito mais as classes dominantes que aumentaram seu poder econômico, às custas, evidentemente, da classe operária (GUERRA, 1993). Além disso, a universidade nesse período também estava sendo controlada politicamente e já não se desfrutava de uma imprensa livre (GUERRA, 1993). Portanto, o trabalho de Tardieu sobre os maus-tratos que envolviam crianças e incluía também, a análise de uma realidade relacionada ao desemprego e à exploração de crianças pelo trabalho, corria o risco de expor um sistema que não interessava discutir ou questionar naquela época, e talvez por este motivo, dentre tantos outros, seu trabalho não tenha obtido repercussões merecidas no meio científico da época (GUERRA, 1993).

Em 1874, o caso de Mary Ellen, menina de nove anos, nascida em Nova York em 1866, chamou atenção para a questão dos maus-tratos. Ela apresentava sinais de violência física e sintomas graves de desnutrição e negligência. Na época, como não existiam leis que protegessem crianças dos maus-tratos infligidos por pais ou cuidadores, o caso foi então apresentado à sociedade protetora dos animais. Em 1874 o processo judicial foi validado com o reconhecimento dos maus-tratos e abandono na sociedade. Em 1875 foi fundada em Nova York a *Society for the Prevention of Cruelty of Children* (VILLAR, 2007).

A criação do raio – X, no século XX, facilitou o registro do fenômeno dos maus-tratos em crianças, sob a denominação de trauma desconhecido (fraturas cuja ocorrência era de difícil compreensão, pois o relato dos pais a respeito era ambíguo e contraditório) (VILLAR, 2007).

John Caffey, em 1946, médico radiologista e pediatra foi o segundo a relatar e publicar casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes (ROCHE et al., 2005). Caffey relatou casos de maus-tratos que associavam hematomas subdurais e múltiplas fraturas em seis crianças pequenas. Ele suspeitava que a origem das múltiplas fraturas eram traumáticas, embora os pais negassem qualquer tipo de contusão traumática que as justificassem (ROCHE et al., 2005).

Frederic Noah Silverman foi o terceiro médico, pediatra e radiologista, a trazer contribuições sobre os maus-tratos contra crianças. Ele publicou em 1953 “The roentgen manifestation of unrecognized skeletal trauma in infants”. Neste artigo, ele descreveu com detalhes as radiografias de três crianças, entre dois e sete meses, que apresentavam sinais de traumas esqueléticos não reconhecidos, apontando para casos de abusos (KLEINMAN, 2008). Porém, ele apenas associava os traumas esqueléticos com situações de abuso com mais certeza, quando conversava com os pais sobre o dia a dia da criança e as situações que a levavam a apresentar tais lesões esqueléticas (KLEINMAN, 2008). As entrevistas que ele realizava com os pais levavam a descobrir longos episódios de traumas (maus-tratos) sofridos (KLEINMAN, 2008). Henry Kempe acompanhou o trabalho de Silverman, levando-os a escreverem, juntos, um artigo intitulado: “The battered child syndrome” (KEMPE et al., 1962).

Este artigo de Kempe em co autoria com os médicos: Denver, Silverman, Cincinnati, Steele, Droegemuller e Silver, foi publicado originalmente em 1962 no *Journal of the American Medical Association* e, em 1985 (KEMPE et al., 1985), ele foi publicado novamente, no volume 9 da revista *Child Abuse and Neglect*. A síndrome da criança espancada (The battered child syndrome) é uma condição clínica em crianças muito novas que sofreram sérios abusos físicos, geralmente ocasionando ferimentos permanentes ou até mesmo a morte (KEMPE et al., 1962).

Por meio de publicações em periódicos médicos e simpósios, iniciados principalmente com as contribuições de Henry Kempe, que os maus-tratos contra crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como problema de saúde pública nos Estados Unidos e em outros países também, como Canadá (LABBÉ, 2005). Além disso, com o trabalho de Kempe, nasceu a *International Society for prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN⁴), uma associação internacional interdisciplinar que focava exclusivamente os maus-tratos contra

⁴ A ISPCAN é uma ONG internacional, com gerência profissional, que colabora em projetos de pesquisa, assessoramento e treinamento com as organizações parceiras (OMS, UNICEF outras). Ela colabora para promover a globalização da luta contra os maus-tratos às crianças e adolescentes. As atividades da ISPCAN começaram oficialmente em 1975, como desdobramento de um congresso internacional realizado em Bellagio, Itália. Este congresso surgiu do desejo de Kemp de criar um movimento internacional para defender o bem-estar e os direitos das crianças e adolescentes (LIDCHI, 2010).

crianças e adolescentes em todas as suas manifestações e, que se preocupava com o esforço de globalizar a prevenção de abusos e maus-tratos infanto-juvenis (LIDCHI, 2010).

Portanto, de 1961 a 1970, foi um período de reconhecimento da existência dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, principalmente, com os trabalhos de Kempe e Caffey. Na década de 1970 seu reconhecimento se expande e se consolida no campo da saúde.

Ainda na década de 1970, porém, no contexto brasileiro, o movimento feminista conseguiu impulsionar a entrada da violência contra a mulher para o setor saúde (MINAYO, 2007). A filosofia deste movimento era buscar sensibilização da sociedade e das mulheres em geral sobre a violência de gênero, criando uma nova mentalidade, buscando implodir a cultura patriarcal, o que gerou mudanças essenciais do setor saúde (MINAYO; SOUZA, 1999). Os maus-tratos infantis também começam a ocupar lugar de destaque nos períodos de 1970 a 1980. Eles passam a ser reconhecidos como um problema clínico, psicológico e social. Iniciam-se os primeiros registros em prontuários, da síndrome da criança maltratada. No Brasil, este processo de reconhecimento e identificação também ocorreu, porém já articulado com o movimento da sociedade civil que defendia os direitos de crianças e adolescentes (MINAYO; SOUZA, 1999). Segundo Galvão e Dimenstein (2009), a compreensão da violência contra a mulher e crianças e adolescentes, como questão de saúde no Brasil, teve a influência dos movimentos sociais que convocaram o poder público a atuar e propor políticas e ações frente ao fenômeno. Portanto, no Brasil, não foi apenas a corporação médica que impulsionou a entrada da violência para a pauta do setor saúde, como aconteceu nos EUA.

Na década de 1980, o setor de saúde brasileiro começou a incorporar em sua pauta, questões relacionadas aos direitos de vários sujeitos sociais, como crianças, mulheres e idosos até a discussão sobre a violência estrutural, em seu sentido mais amplo (MINAYO, 2007). A violência contra crianças e adolescentes começa a ser pensada a partir da prevenção, pois, vem acompanhando as mudanças do conceito de saúde que incorpora a compreensão e a mudança de atitudes, crenças e práticas, bem como, ações no interior do setor saúde que ultrapassam o diagnóstico e o cuidado das lesões físicas e emocionais (MINAYO; SOUZA, 1999), convidando o setor saúde a assumir um novo papel frente à violência. De acordo com Villar (2007), em meados da década de 1980 até o presente momento, desenvolvem-se, prioritariamente em países desenvolvidos, diferentes programas de prevenção e atenção às famílias em situação de risco.

Durante as décadas de 1980 e 1990 a violência já ocupava o segundo lugar no perfil de mortalidade geral. Minayo e Souza (1999) apontam que, apesar de a violência ter obtido reconhecimento do setor saúde a partir da pressão de movimentos sociais e instituições de

direito antes mesmo dessa época, ela entra para o campo da saúde dentro dos termos biomédicos: acidentes, lesões e traumas, de acordo com a CID (MINAYO; SOUZA, 1999), como apontamos logo no início desta seção.

Na década de 1990, o tema da violência foi se consolidando ainda mais no campo da saúde a partir de iniciativas brasileiras na produção de planos de ação e políticas. Sendo assim, a preocupação com este tema alcançou prioridade nas agendas das organizações internacionais e nacionais do setor saúde, onde várias formas de violência foram sendo incluídas, como por exemplo, a violência contra o idoso, além daquelas já consolidadas como a violência contra crianças, adolescentes e mulheres (MINAYO et al., 2003). (coloquei ponto)

É importante lembrar que, na década de 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil, que torna obrigatória a notificação dos casos de violência aos órgãos de defesa da criança e adolescente, ampliando a rede de pessoas e órgãos que podem ter um papel importante com relação à infância e adolescência.

Nesse sentido, o estudo de Menzes et al. (1996) ilustra uma conduta da equipe de saúde de um hospital universitário com relação aos maus-tratos ou às situações de violência que envolvem crianças e adolescentes que ultrapassam os procedimentos curativistas e o tratamento das lesões deixadas pela violência. Tais atitudes citadas no artigo de Menezes et al. (1996) vão além da perspectiva curativista (centrada na criança e no tratamento das consequências da violência como a desidratação grave, desnutrição, intoxicação aguda, entre outras), envolvendo, também, a notificação (o aspecto jurídico) e se estendendo para ações de prevenção (agilização de recursos sociais e de saúde próprios do hospital e comunidade para tratamento familiar, onde nesta fase é avaliada a possibilidade ou não de recorrência de maus-tratos, acompanhando as famílias durante um ano em parceria com Poder Judiciário, Órgãos Técnicos Assessores, o Conselho Tutelar e outros recursos comunitários) (MENEZES et al., 1996). Os casos de violência e as condutas da equipe de saúde, relatadas por Menezes et al. (1996), se referiram ao ano de 1992 a 1993, logo após, a promulgação do ECA.

Nesse cenário, os fatores de risco e proteção foram ficando mais evidentes nas publicações sobre violência e saúde especialmente na segunda parte da década de 1990 principalmente relacionados ao tema do abuso sexual, à violência física e à conduta dos profissionais de saúde. Entretanto, outros tipos de violência contra crianças e adolescentes ainda eram assuntos pouco explorados como a negligência, a violência social/estrutural e as mortes violentas de jovens durante o começo da década de 1990 (MINAYO, CRUZ, SANTOS, MOREIRA, 2003).

A relevância do tema violência no interior do setor saúde levou à criação no interior do Ministério da Saúde, em 1998 de duas comissões para o delineamento de uma política nacional para o SUS. Uma comissão, encarregada de formular uma proposta de política sobre o tema para o SUS, e a outra, voltada para formular a mesma política, em comum acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, para a infância e adolescência (MINAYO; SOUZA, 1999).

Segundo Galvão e Dimenstein (2009), foi com o esforço dos movimentos sociais, as reflexões acadêmicas e institucionais acumuladas ao longo da década de 1990 que o poder público foi convocado para atuar na proposição de uma política específica para o enfrentamento da violência. Sendo assim, em 2001, houve a promulgação da PNRMAV, pelo Ministério da Saúde e internacionalmente, em 2002, a promulgação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) os quais representam um marco da inclusão do tema como questão de saúde pública (KRUG et al., 2002). Além disso, em 2004, é elaborado e publicado um Plano Nacional de Prevenção da Violência (BRASIL, 2004c) e em 2006 é aprovada a Portaria nº 687 que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Nesta última, está incluída a Prevenção da Violência e estímulo à Cultura de Paz (BRASIL, 2006a).

Como resultado, além da mobilização de órgãos públicos de saúde, como o Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, as publicações científicas sobre a temática violência contra crianças e adolescentes e saúde durante o século XXI, particularmente entre 2000 a 2013, aumentaram significativamente. Sendo assim, a revisão da literatura feita na BVS violência e saúde, Lilacs e Medline, nos primeiros anos do século XXI apontou mais de 80 publicações, entre periódicos, teses e dissertações cujo tema mantinha alguma relação com o setor saúde ou fora publicado em revistas de saúde (TOMIO, 2000; ROQUE, 2001; DESLANDES, ASSIS, SILVA 2004; NOGUCHI, 2005; OLIVEIRA, 2006; VILLAR, 2007; VENDRUSCOLO, FERRIANI, SILVA, 2007; MARTINS, 2008; SILVA et al., 2009; COCCO et al., 2010; SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011; ZANELATTO et al. 2012; ARAGÃO et al., 2013).

Os anos de 2002 a 2012, também, foram os períodos em que o Ministério da Saúde mais se debruçou no debate sobre a violência, publicando uma série de documentos e relatórios situacionais sobre a violência no Brasil e a participação do setor de saúde na promoção da saúde de crianças e adolescentes, na prevenção, assistência às situações de violência e os sistemas de informação de vigilância epidemiológica para violência e acidentes mudando, portanto, as perspectivas de atuação do setor saúde com relação à violência

(BRASIL, 2002a, BRASIL, 2002b, BRASIL, 2010a, BRASIL, 2010b, BRASIL, 2011a, BRASIL, 2011b, BRASIL, 2012a).

Nos respectivos documentos citados acima e publicados pelo Ministério da Saúde, a violência contra crianças e adolescentes entrou na pauta do setor saúde com um novo olhar, apontando para novas práticas assistenciais que extrapolam o aspecto curativista e o tratamento das consequências deixadas pela violência. Neles, a violência passa a ser compreendida a partir do campo da prevenção e promoção da saúde, renovação da formação do profissional, bem como, apoio às equipes de saúde que atendem em seu cotidiano de trabalho, a situações de violência, dos mais diversos tipos. Um exemplo desta mudança está explicitado no documento publicado pelo Ministério da Saúde intitulado: *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais da saúde*. Este documento destaca ações de educação permanente voltada aos profissionais de saúde, desenvolvimento de habilidade e competência para atenção integral às famílias em situação de violência que envolve crianças e adolescentes e articulação de várias políticas sociais necessárias, a partir da compreensão da complexidade do fenômeno da violência (BRASIL, 2010b).

Sendo assim, a violência passa a ser vista como algo que pode ser evitado, que deve estar articulado aos contextos mais amplos e às condições de vida das pessoas, passando pela construção de políticas públicas, articulação intersetorial e interdisciplinar. A intenção de pensar a violência, a partir da prevenção e articulada aos contextos de vida das pessoas, é possibilitar que ela possa alcançar respostas do setor saúde a partir da concepção ampliada de saúde e seguindo um projeto em defesa da vida e dos cidadãos, que vai muito mais além do projeto que visa apenas a curar indivíduos doentes ou tratar as lesões deixadas pela violência. Segundo Minayo (2007), a entrada da violência para o campo da saúde no Brasil, apesar de demonstrar uma trajetória sinuosa e lenta, é persistente, alcançando legitimidade no interior do pensamento e das práticas em saúde, oferecendo parâmetros, diretrizes e exemplos de possibilidades de atuação.

2.2 A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: alguns conceitos introdutórios e sua articulação com a saúde coletiva e a ESF

A violência que envolve crianças e adolescentes pode se apresentar de diferentes tipos e pode ocorrer dentro ou fora da família. Na literatura nacional, podemos encontrar diferentes definições para a violência contra crianças e adolescentes, como: abuso infantil, maus-tratos, vitimização, negligência e punição que, segundo Pires et al., (2005) podem ser substituídos por um único termo: violência.

No Relatório Mundial Violência e Saúde (KRUG et al., 2002, p. 5) da Organização Mundial da Saúde, a violência é definida como:

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

A definição apontada acima é a mais difundida no campo da saúde, porém, complementando esta definição e de acordo com as concepções de violência que neste estudo ocuparam lugar de destaque, citamos, também, aquela trazida por Chauí (1985) que define violência não como uma violação ou transgressão de normas, regras e leis, mas, sim, a conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, exploração e opressão que se efetiva na passividade e no silêncio. Para Zuma (2004), é difícil e perigoso adotar uma definição única e precisa sobre violência, portanto, ele destaca que a violência é uma forma própria de relação pessoal, política, social e apresenta componentes culturais naturalizados. É fenômeno complexo retirando de si qualquer sentido positivista (MINAYO; SOUZA, 1999).

Para Minayo (2006), as violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: intrafamiliar e o comunitário. Sendo assim, neste estudo, apesar de focarmos especialmente a *violência intrafamiliar* que envolve crianças e adolescentes, também, iremos destacar outros âmbitos da violência interpessoal, que também, podem estar relacionados à violência contra crianças e adolescentes, como a violência comunitária e a violência coletiva.

Segundo Minayo (2006a, p. 81), a violência coletiva é caracterizada por atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando, também, a dominação por grandes grupos de pessoas e pelo Estado. Para Krug et al. (2002), a violência

coletiva é subdividida em: social, política e econômica. Do ponto de vista social, a violência coletiva se expressa nos crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões. No campo político, ela pode ser identificada nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. Já o aspecto econômico da violência coletiva se relaciona a ataques econômicos entre grupos e nações, motivados, muitas vezes, por interesses de dominação (MINAYO, 2006a, p. 81).

A violência estrutural é um tipo de violência que Minayo (2006a) acrescentou à classificação de violência coletiva criada pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da OMS (2002) e neste estudo, utilizaremos este conceito, proposto por Minayo. Sendo assim, a violência estrutural se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e de etnia (MINAYO, 2006a, p. 81). É aquela que incide sobre as condições de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando seu desenvolvimento e crescimento mais vulnerável (MINAYO, 2001, p. 93) e se refere ao contexto mais amplo de relações entre crianças, adolescentes e a sociedade. Bazon (2008) relaciona a *violência estrutural* à "miserabilidade", à estrutura socio-econômica, à ausência ou à precariedade de políticas públicas suplementares e é uma forma de violência mais evidente. Minayo (2006, p. 83) aponta que a violência estrutural é um tipo de violência que está relacionado ao setor saúde, pois sua atuação deve ser feita para "reduzir e eliminar desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção e no âmbito da cidadania".

A violência comunitária é definida como aquela que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneos ou não) e que podem ou não se conhecerem, geralmente fora de casa. Suas expressões estão nos ataques sexuais, estupros, agressões físicas, abuso infantil e inclusive a violência institucional, como acontece em escolas, prisões e asilos (MINAYO, 2006a; KRUG et al. 2002).

Outro tipo de violência que também, atinge criança e adolescente é a violência infanto-juvenil que está relacionada à violência estrutural e comunitária. Ela se refere à adesão de crianças e adolescentes ao tráfico e ao uso de drogas, às situações de delinquência, como roubo, contrabando, mortes, crimes violentos, porém, esta característica da delinquência infantil e juvenil tem outro lado. A violência infanto-juvenil é bem menor do que a reação da sociedade contra ela, tanto é que, muitas crianças e adolescentes acabam morrendo em ações de extermínio cometidas por policiais militares e outras pessoas para conter estas situações de tráfico, uso de droga e roubo que são características, também, da violência estrutural e que acabam envolvendo diretamente crianças e adolescentes (MINAYO, 2001). A violência

infanto-juvenil pode ser considerada um tipo de violência em que a atuação do setor saúde, também, localiza-se no engajamento dos profissionais em processos políticos de transformação social (MINAYO, 2006b, p. 83).

A violência intrafamiliar é outro tipo de violência que atinge crianças e adolescentes, cuja natureza do ato pode ser: *física, sexual, psicológica* e a *negligência* (KRUG et al., 2002). Ela ocorre, principalmente, nas relações familiares e dentro de casa. Neste estudo utilizamos o conceito de violência intrafamiliar, proposto pelo Ministério da Saúde em uma publicação inédita do Departamento de Atenção Básica em 2002, pois se trata de um conceito que não exclui a complexidade do fenômeno. Sendo assim, a violência intrafamiliar pode ser:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade e em relação de poder à outra (BRASI, 2002a, p.15).

Esse conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações de poder que se constroem e se efetuem na sociedade, aos aspectos culturais e morais que a cercam. Sendo assim, a violência intrafamiliar, sobretudo no Brasil, é a que submete as crianças à autoridade paterna, materna ou de seu cuidador. No caso de crianças e jovens, estas são colocadas sob o domínio e não sob proteção dos adultos. Alguns valores culturais sustentam a violência dentro dos lares, a partir de perspectivas de idade que legitimam a violência contra crianças e adolescentes que são muito semelhantes à perspectiva de gênero que muitas vezes legitima a violência contra a mulher (CHAUÍ, 1985). No caso da violência contra crianças e adolescentes, sobretudo aquela que ocorre no microcontexto das relações familiares se trata de uma transgressão do poder disciplinador do adulto, convertendo a diferença de idade, adulto-criança/adolescente numa desigualdade de poder intergeracional e numa negação do valor da liberdade (GUERRA, 1998). A título de ilustração, logo em seguida, encontram-se alguns discursos que sustentam esta perspectiva:

- o homem é o chefe, dono e sabe o que é bom ou ruim para todos;
- a criança e o adolescente para serem educados precisam ser castigados e punidos pelo pai, pela mãe e pelos substitutos e
- que a mulher é domínio e posse do homem.

Esses exemplos ilustram as expressões culturais da violência e ainda assim, elas mantêm relações com o setor saúde, pois, de acordo com Minayo (1994a) os métodos e técnicas da saúde coletiva na intervenção comunitária, podem lograr êxitos quando estão voltados às sensibilizações e mudanças de valores culturais de uma comunidade. Por esse motivo, reforçamos que os aspectos culturais e valores morais que organizam uma sociedade podem estar relacionados ao setor saúde, especialmente junto às equipes de saúde da família que conseguem trazer para a assistência os aspectos históricos, sociais e culturais como fazendo parte do processo de saúde-doença da população (CAMARGO-BORGES, 2010). Em documento publicado pelo Ministério da Saúde, sobre a clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico individual, ele também reforça a importância do próprio profissional de saúde avaliar seus próprios valores e aqueles que estão em jogo na sociedade. O que pode ser correto para o profissional, pode estar contribuindo para o sofrimento ou adoecimento de um usuário (BRASIL, 2007a, p. 14). Portanto, acolher situações de violência intrafamiliar a partir da ESF, impulsiona o profissional de saúde a avaliar os aspectos culturais e históricos da violência, seus próprios valores e também, os contextos em que as situações de violência se produzem, como por exemplo, considerar as condições materiais de vida da família.

Segundo Vigotski (1999), estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança, sendo este o princípio básico do processo dialético. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, não é um fenômeno natural, mas construído historicamente nas relações sociais, e seus sentidos e significados foram se transformando ao longo do tempo. Historicamente a violência física e sexual tem sido considerada respectivamente como uma prática educativa e como um sinal de poder entre adulto (pais/responsável) e crianças/adolescentes, de autoridade. Nesta direção ela foi e ainda tem sido naturalmente aceita em muitas sociedades, apesar de atualmente, dependendo da gravidade, ela ter sido considerada como algo inaceitável.

Quanto à natureza das situações de violência intrafamiliar, como já apontamos brevemente acima, podem ser de quatro formas: a violência psicológica que se refere às agressões verbais, gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. A violência física que significa o uso da força física para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. O abuso ou a violência sexual que diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorrem nas relações e visa a estimular ou usar a vítima para obter prazer sexual, realizar práticas eróticas, pornografias impostas por meio do aliciamento, violência física ou ameaças. Por último, a negligência ou

abandono que inclui a ausência, recusa, deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidado (MINAYO, 2006a, p. 82).

Segundo Ferreira et al. (2009a), a negligência é um dos tipos mais graves de violência. Compreende uma enorme variedade de condições que vão desde a oferta inadequada de alimentos até a falta de carinho. Algumas características da negligência nem sempre estão relacionadas à ausência de cuidados necessários à criança por parte de um adulto responsável (pais/cuidadores). Ferreira et al. (2009a) apontam que, no caso da negligência física, esta pode estar relacionada à ausência de moradia adequada e higiênica para a criança, segurança, vestimentas, alimentação saudável para seu crescimento e desenvolvimento. Sendo assim, a negligência é um exemplo claro em que se ampliam os possíveis agentes dela, não centrado apenas na relação pais e filhos ou seus cuidadores. No caso da negligência, existem múltiplos atores envolvidos com o cuidado da criança, inclusive o Estado⁵ responsável pela criação de políticas públicas (FERREIRA et al., 2009a). Por isso, é tão importante compreender os contextos, as relações familiares, as condições sociais, econômicas e os aspectos culturais que organizam a relação pais/filhos de uma determinada família, legitimando a complexidade do fenômeno da violência e, ao mesmo tempo, a variedade de possibilidades de ajuda que não estão centradas exclusivamente no indivíduo (agressor/vítima).

Esse aspecto é apontado também, pelos autores Krug et al. (2002) que afirmam que a saúde coletiva tem condições de analisar os contextos em que a violência intrafamiliar ocorre, legitimando, assim, abordagens que considerem múltiplos aspectos que podem estar envolvidos nela, como por exemplo: valores culturais, papéis assumidos pelos pais/responsáveis muitas vezes sustentados na autoridade, as questões sociais e econômicas que atravessam a violência intrafamiliar, a ausência de redes sociais de apoio às mães ou às famílias que tiveram o primeiro filho, entre outros. Com relação ao macrocontexto (a comunidade ou o território em que vive esta família), este pode apresentar fatores de risco e proteção à violência contra crianças e adolescentes, como, por exemplo, no caso de fatores de risco, podem ser o tráfico de drogas no bairro e uso de drogas por algum integrante da família e que o setor saúde, também, pode ter alguma responsabilidade sob estes elementos, a partir de uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial (KRUG et al., 2002).

Pelos motivos apontados acima é, que procuramos descrever e dar destaque aos vários tipos de violência que envolvem crianças e adolescentes, não só a violência intrafamiliar,

⁵ O Estado é responsável pela organização e controle social (MINAYO; LIMA, 2009). É formado por um conjunto de instituições que controlam e administram toda uma nação. É uma unidade política básica no mundo. É a “casa forte” das leis que devem reger e regulamentar a vida em sociedade (HOUAISS; VILLAR, 2001).

apesar de ser este o foco desta investigação. Buscamos com isso refletir sobre outros tipos de violência que podem fazer conexões com a intrafamiliar que ocorrem no âmbito das relações familiares e que podem envolver, direta ou indiretamente, crianças e adolescentes.

A saúde coletiva e os profissionais que trabalham na ESF partem da análise dos contextos que se originam o processo saúde-doença, considerando seus determinantes, condicionantes e a participação coletiva do cuidado em saúde, tanto para o adoecimento do indivíduo e comunidade quanto para a recuperação e manutenção da saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Dessa forma, possivelmente a violência intrafamiliar toma outros contornos, passa a ser também compreendida a partir de seus contextos de produção, destacando, assim, para uma diversidade de fatores que a desencadearam, o que possibilita ampliar propostas de ajuda ou práticas sociais (ZUMA, 2005) a partir da ESF. Sendo assim, como destaca Zuma (2005), a violência pode ser compreendida a partir de uma visão sistêmica, como um processo interacional que possibilita o ato e que deve ser visto em seu contexto, meio cultural e momento histórico em que ocorreu. Por esse motivo que buscamos explorar neste tópico os diferentes tipos de violências interpessoais e coletivas (MINAYO, 2006a, p. 80) que possuem conexões com o campo da saúde e mais precisamente com a ESF.

2.3 A política pública e os documentos nacionais e internacionais sobre violência

A 1ª Conferência de Saúde, realizada pelo setor sobre o tema violência ocorreu em 1993 na cidade de Washington, nos EUA, sob responsabilidade da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (MINAYO; LIMA, 2009). A OPAS reuniu nesta conferência, pela primeira vez, ministros, consultores e profissionais da região das Américas para discutir a questão da violência que afeta a qualidade de vida das populações (MINAYO; LIMA, 2009). Esta Conferência precedeu a aprovação da Resolução XIX, no 37º Conselho Diretor da OPAS, na qual foi feito um convite aos governos para estabelecer planos nacionais e políticas para a prevenção e controle da violência, com ênfase especial nos grupos mais vulneráveis (OPAS; OMS, 2003).

Podemos notar que nos EUA, a Conferência de Saúde realizada em Washington teve a violência, como um dos temas discutidos. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, incluiu em sua pauta, para o debate, questões relacionadas à violência. Nesta Conferência, no documento final publicado pelo Ministério da Saúde em 1987,

estiveram registrados os discursos de pronunciamento da cerimônia de abertura que mencionou questões relacionadas a alguns tipos de violência como do “governo contra seu próprio povo” (BRASIL, 1987, p. 36) e a “violência das relações pessoais” (BRASIL, 1987, p. 64). De maneira geral o tema: “saúde e violência” esteve então presente no regimento especial da 8ª Conferência (BRASIL, 1987, p. 408), portanto, ela foi contemplada no decorrer da mesma.

Segundo Camargo-Borges (2007), as Conferências de Saúde destinam-se a tratar das atividades que estão sendo realizadas no país sobre saúde e trazê-las para o campo de conhecimento do governo federal ou da instância governamental responsável pela produção de políticas, a fim de que se alcancem concessões de auxílio para a realização de projetos ou de respostas consideradas fundamentais para o desenvolvimento no campo da saúde. Para Rua (2009), políticas públicas são resultantes da atividade política e estas consistem na resolução pacífica de conflitos e resolução de interesses coletivos, processo essencial à preservação da vida em sociedade.

Sendo assim, a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (PNRMAV), publicada pelo Ministério da Saúde em 2002 e aprovada pela Portaria 737 de 2001 (BRASIL, 2001a), foi o primeiro passo dado pelo setor saúde, após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ou seja, a primeira Conferência de Saúde que abordou o tema da violência. Em termos de respostas políticas, este foi o primeiro passo dado pelo governo federal que desencadeou uma série de outras publicações relacionadas ao tema da violência, voltadas não apenas ao setor saúde, mas, especialmente para este setor.

A PNRMAV foi criada considerando a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva para a morbidade e mortalidade relacionada à violência. Os pontos importantes explicitados nesta política são os seguintes: que a saúde assumiu a violência como uma questão para o campo da saúde, porém, assumiu ao lado de outros setores da sociedade civil, ao lado de outras políticas, como habitação, educação, urbanismo, etc. Além disso, também, nesta política, o setor saúde propôs estratégias de respostas às situações de violência, começando pela promoção da saúde. São apontados, também, os fundamentos do processo de promoção da saúde, relativos à capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2001a).

A política incentiva ações de corresponsabilização entre a comunidade, equipe de saúde, outras políticas públicas e setores da própria comunidade para propor respostas positivas às situações de violência.

Nessa direção, podemos notar que a PNRMAV aponta para ações coletivas, colaborativas, de responsabilização de todos, envolvendo diversos segmentos da sociedade, inclusive o setor saúde e a comunidade, partindo de uma concepção de violência, que inclui sua complexidade, pois não aponta apenas para ações centradas no indivíduo.

Outras Conferências Nacionais de Saúde, após a publicação da PNRMAV, ainda mantiveram o tema violência e saúde na pauta de discussão e consequentemente, uma prioridade para os governos, como a 13ª e a 14ª Conferências Nacionais de Saúde que ocorreram em 2007 e 2012, respectivamente, e a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010 (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012a;).

Dando continuidade ao envolvimento do setor saúde, com a questão da violência, o Ministério da Saúde publicou o “*Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e adolescência*” (BRASIL, 2001b), sendo este o primeiro documento sobre o tema, publicado no mesmo ano em que foi lançada a PNRMAV.

O Ministério da Saúde fortaleceu seu compromisso com a sociedade, seguindo as recomendações das Conferências de Saúde e as diretrizes da PNRMAV, publicando a Portaria 1.969 de 26 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001c) que dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, em 2002 foi publicado também, pelo Ministério da Saúde, o documento intitulado: “*Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*” (BRASIL, 2002b). No mesmo ano, no contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica o “*Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*” (KRUG et al., 2002).

No “*Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e adolescência*” (BRASIL, 2001b, p. 16) os pontos mais marcantes encontrados neste documento e que corroboram as propostas desta investigação foram aqueles que tratavam dos desafios que os profissionais enfrentam, quando identificam casos de violência como, por exemplo: ter de “assumir o papel de denunciante, ter de depor durante a investigação, com risco ou medo de sofrer retaliação por parte da família e insegurança para abordar o paciente e seus responsáveis”. Estes aspectos foram apontados neste documento como uma barreira para o acolhimento efetivo das famílias, crianças, adolescentes e mulheres em situações de violência, pelo profissional da saúde. Já no documento: “*Notificação dos maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*” o ponto mais relevante explorado nele foi que o Ministério coloca que o respectivo documento não se trata de uma

receita, mas, sugestões ou seja, abrindo possibilidades para o uso mais reflexivo deste material, para que a equipe de saúde possa ser coprodutora de processos de ajuda coerentes com os contextos, as famílias e os recursos do território em que cada equipe atua para responder às situações de violência (BRASIL, 2002b).

O documento seguinte, publicado pelo Ministério da Saúde, exclusivamente pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) foi “*Violência intrafamiliar: orientação para prática em serviço*” (BRASIL, 2002a), em 2002. Este Departamento, dentro do Ministério da Saúde, é composto por diferentes coordenadorias responsáveis pela elaboração, publicação e avaliação da execução das políticas voltadas exclusivamente para a Atenção Básica.

Neste documento do DAB, o Ministério da Saúde apontou que o profissional da saúde deve estar atento às situações de violência intrafamiliar que envolve qualquer membro de uma família e que qualquer aproximação por parte do profissional de saúde que seja da confiança da família poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda (BRASIL, 2002a). Nessa mesma direção, outro aspecto citado nessa publicação nos convida a refletir sobre processos de ajuda que demandam conversações bastante difíceis que envolvem diferentes pontos de vista. Por exemplo, quando o Ministério da Saúde, nesta publicação supracitada, coloca que: “numa equipe, os diferentes profissionais assumem papéis e procedem de acordo com seu conhecimento e vivência acumulados” (BRASIL, 2002a; p. 28) e, também, que: “a equipe de saúde deve criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas que garantam maior qualidade ao atendimento” (BRASIL, 2002a; p. 28), o Ministério da Saúde vem sugerindo que a construção de processos de ajuda para crianças e adolescentes, envolvidos em situação de violência, deve partir não apenas de um conhecimento já estruturado. Este aspecto nos leva a considerar que as relações dialógicas e conversacionais são fundamentais neste momento de compartilhamento, referindo-se à intersecção de diferentes tipos de conhecimento, como: o racional (informações, teorias, fatos), o prático (método, técnicas, o “como fazer”) e o conhecimento relacional (conhecimento que não está acabado. É o conhecimento que se produz ao estar com pessoas, que se une às nossas experiências pessoais, de vida e do cotidiano) (SHOTTER, 1994).

Além disso, essa publicação do Ministério tem muito para contribuir com as equipes da Atenção Básica, gerando reflexões, pois, novamente, não se trata de um guia, um manual ou protocolo que deve ser seguido por todas as equipes da Atenção Básica independente das especificidades de seus contextos, como foi mencionado no respectivo documento (BRASIL, 2002a). Trata-se de uma ferramenta e não uma doutrina.

Em 2004, o Ministério da Saúde, deu início à formulação de um plano de ação, iniciada em 2003 e sua implantação e implementação em 2005. Este plano foi formalizado pela publicação da Portaria MS/GM nº 936 de maio de 2004 (BRASIL, 2004a) que dispõe sobre a estruturação da *Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde* e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde em Estados e municípios. O Ministério da Saúde, para a implantação destes núcleos de prevenção, estabeleceu um *ranking* dos municípios com mais de 100 mil habitantes, através da análise dos dados de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídios que fossem mais dramáticos, os municípios que já vinham desenvolvendo ações do Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no território nacional e os municípios de fronteira, onde se realizavam ações integrais de prevenção da violência e promoção da saúde (MINAYO, 2007).

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou “*Impactos da violência na saúde dos brasileiros*” (BRASIL, 2005a) e “*Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*”, 2ª edição (BRASIL, 2005b). Nesta primeira publicação supracitada, referente a 2005, dois aspectos cruciais relacionados à violência garantiram espaço neste documento, sendo eles: o suporte às equipes de saúde e a rede integrada de atendimento, apontando para organização de grupos de discussão com os profissionais que promovam o diálogo e a troca de conhecimento teórico, prático e pessoal com relação à violência e a seus múltiplos determinantes, colocando em discussão, também, o limite da atuação de cada profissional (BRASIL, 2005b). Além disso, segundo Minayo (2007, p. 1265), durante o ano de 2005, como parte do plano de ação, citado acima, criaram-se núcleos em quinze universidades de diferentes regiões do Brasil, para cumprir missões diversas de acordo com a capacidade de cada universidade, e entre elas estiveram: “a criação de redes, apoio na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, monitoramento da implantação dos núcleos de atuação e avaliação das ações de redução”.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o documento “*Violência faz mal à saúde*” (BRASIL, 2006b) e, no mesmo ano, implantou o “*Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*”. Este sistema foi estruturado em dois componentes: vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

Considerando as limitações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) em descrever as características apenas dos

casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente, o Ministério da Saúde implantou o VIVA com o objetivo de detalhar os casos menos graves e sobre os quais não existiam dados, pois o VIVA se refere aos casos que não são registrados pelos tradicionais sistemas de informação em saúde do país, como o SIM e o SIH/SUS. Estes dois últimos sistemas permitem o conhecimento sobre os casos mais graves, de grande magnitude, porém, os casos de menor gravidade que demandam serviços especializados de atendimento às vítimas de violências e aos acidentes permaneciam desconhecidos pelo setor saúde. O VIVA e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) têm como um de seus componentes a coleta contínua de dados com objetivo de descrever o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências pela ficha de notificação/investigação individual – violência doméstica, sexual e/ou outras violências criada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2007, o Ministério da Saúde, pensando na organização da atenção à saúde do adolescente e do jovem, publica “*Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a organização de serviços de saúde*”. O Ministério chama atenção para as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde com a comunidade, pontuando que essas equipes se proponham a atender necessidades locais e às especificidades da atenção integral a adolescentes e jovens. Diante disso, certas ações poderão ser desenvolvidas através de “visita domiciliar, atendimento individual, atividade em grupo para adolescentes, jovens e familiares, ações educativas e de promoção à saúde, participação juvenil e atividades intersetoriais” (BRASIL, 2007b, p.17). Com relação à visita domiciliar, neste guia, o Ministério da Saúde aponta algumas vantagens, como a oportunidade de fortalecer vínculos, convidar as famílias e os jovens para atividades educativas e identificar situações de risco como violência doméstica, uso de droga e evasão escolar (BRASIL, 2007b, p. 17).

Em 2008, o Ministério da Saúde publica “*Impactos da violência na saúde das crianças e adolescentes. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz*” (BRASIL, 2008b). Neste documento, o Ministério chama a atenção para a naturalização da violência intrafamiliar, apontando para “a aceitação social da violência contra crianças e adolescentes utilizadas como justificativa para educar” (BRASIL, 2008b, p. 6). A aceitação social, ou até mesmo, a naturalização da violência contra crianças e adolescentes que ocorre através de castigos físicos e humilhantes praticados por alguém da família ou alguém que faz parte do contexto familiar se perpetuam nas relações desiguais de poder, na desqualificação do outro e no excesso de autoritarismo. Nesta publicação de 2008, podemos inferir que o Ministério da Saúde pode estar chamando a atenção da equipe de saúde para o perigo de “re-rotular” o ato

de violência, adquirindo assim características devastadoras, como, por exemplo, afirmar que uma agressão física, não é um ato violento e sim uma forma de educação ou cuidado e, muitas vezes, esta forma de “educação” ganha legitimidade social (SLUZKI, 1996, p.229). Concluimos, portanto, que o Ministério da Saúde, também, tem chamado a atenção do profissional da saúde, para os aspectos históricos e culturais que naturalizam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Ainda em 2008, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) entrega ao Ministério da Saúde uma proposta elaborada a partir das reuniões do Conselho de Saúde, para o enfrentamento da violência. Tais propostas constituíram a elaboração de um documento intitulado “O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas” (BRASIL, 2008c). As propostas contidas neste documento são organizadas em seis áreas de atuação: 1) Vigilância; 2) Prevenção e Promoção; 3) Organização da Assistência; 4) Formação e Educação Permanente; 5) Pesquisa; 6) Legislação. O objetivo do CONASS de entregar a proposta ao Ministério da Saúde é de construir com os demais gestores do SUS, uma política nacional de enfrentamento da violência, com foco nas possibilidades de atuação da área de saúde e seu papel de articulação com as demais políticas públicas (BRASIL, 2008c).

Em 2009, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica (DAB) novamente traz para a arena política o tema da violência, publicando um documento intitulado: “*Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência*” (BRASIL, 2009b) especialmente voltado para a Estratégia Saúde da Família, propondo parceria com o setor Judiciário, no sentido de promover, não apenas a redução da violência interpessoal dentro das famílias, mas a violência comunitária, a segurança e a paz no território onde se encontra cada equipe de saúde da família (BRASIL, 2009b). Neste documento, as ações propostas partem da produção de políticas públicas nos territórios onde existem equipes de saúde e representantes de segurança pública. A repressão à criminalidade trabalha com ações educativas, preventivas, e principalmente, com a implementação de serviços sociais de qualidade em territórios que ainda não possuem escolas, centros de lazer, educação, centros profissionalizantes, centros de saúde, cultura e esporte (BRASIL, 2009b, p. 4).

Em 2010, o Ministério publica “*Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência. Orientação para gestores e profissionais de saúde*” (BRASIL, 2010a). A organização do atendimento por linhas de cuidado propõe um novo funcionamento entre os serviços para garantir que o problema de cada pessoa seja resolvido com a estrutura adequada e no tempo necessário, garantindo a

resolubilidade do problema (BRASIL, 2010a). A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, na tentativa de garantir a integralidade do cuidado que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010a). É entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários para dar respostas às situações de risco, aos agravos ou condições específicas do ciclo de vida, se articulando à rede de serviços de saúde ou, também, à rede de outras áreas.

Diante disso, nesse documento, publicado em 2010, o Ministério da Saúde chama a atenção para a importância da integralidade do cuidado às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e proteção social). Além disso, chama atenção para as ações de promoção à saúde e da cultura da paz, tendo como base o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e ajuda mútua (BRASIL, 2010a). Além disso, a implantação da linha de cuidado na temática da violência, pelo Ministério da Saúde, permite “desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência” (BRASIL, 2010a, p.50). O acolhimento, também, se torna fundamental e ele foi citado nesta publicação, sendo apontado como um facilitador para prestar cuidados às pessoas que se encontram num contexto de violência (BRASIL, 2010a). Segundo o Ministério da Saúde, há diferentes definições para acolhimento, revelando, assim, os múltiplos sentidos e significados atribuídos a este termo. Sendo assim, o mais importante não é a busca por uma definição correta e mais verdadeira de acolhimento, mas, sim, a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando diferentes perspectivas e intencionalidades (BRASIL, 2011a). Sendo assim, neste documento o acolhimento às famílias, crianças e adolescentes em situação de violência pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica, adequação na organização dos serviços de saúde, o uso ou não de saberes e afetos, para a humanização das relações de cuidado e a melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2010a).

Em 2011, o Ministério da Saúde publica documento voltado para atenção às situações de violência que envolve mulheres e adolescentes, intitulado “*Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Matriz pedagógica para a formação de redes*” (BRASIL, 2011b). Este documento foi resultante das discussões realizadas ao longo dos anos de 2004 e 2005, quando os diversos parceiros do Ministério da

Saúde, da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e da Secretaria de Segurança Pública elencaram temas para serem abordados durante a formação dos profissionais que atuam nas redes municipais e estaduais de serviços para o enfrentamento da violência sexual e doméstica (BRASIL, 2011b). Sendo assim, o preparo ou a qualificação profissional, também, foram mencionados neste documento, apontando para mudanças de paradigma e mudanças de formas de atenção em saúde. Sendo assim, o Ministério de Saúde, aponta para ações em saúde que possam acolher e “escutar” mulheres e adolescentes em situação de violência nos serviços de saúde e que possam, também, reconhecer a violência como uma questão de saúde.

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde continua as discussões e publicações sobre a violência. Sendo assim, publica documento intitulado “*Metodologia para o cuidado de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência*” (BRASIL, 2011c). Neste documento, o Ministério da Saúde propõe novamente a atuação em linha de cuidado, como ocorreu em 2010. A integração de serviços proposta pela Linha de Cuidado requer articulação entre as várias políticas de saúde, da educação, assistência social, sistema Judiciário e os sistemas de garantia de direitos, propondo parcerias e diálogos e buscando a construção de políticas sociais, no âmbito da prevenção, da promoção da saúde e da assistência.

No biênio de 2010 a 2012, uma das prioridades do Pacto pela Vida, esteve relacionada à atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência (BRASIL, 2009c). Isto demonstra que a violência esteve, durante esse período, no conjunto de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, no componente pela Vida. Foi em 2006 que o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde, representadas pelo CONASS, e as secretarias municipais de saúde, representadas pelo CONASEMS, construíram de forma conjunta, negociada e corresponsável o Pacto pela Saúde do Brasil, para consolidação do SUS (BRASIL, 2006c). Sua finalidade maior é promover a melhoria na quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população e a garantia do acesso a todos esses serviços (BRASIL, 2006c). O Pacto pela Saúde é formado por três Pactos: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida estabelece compromissos para atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS para que resulte em um impacto real no nível de vida e saúde da população (BRASIL, 2006c).

Ainda em 2012 o Ministério da Saúde apresenta sua última publicação do ano, voltada novamente à saúde da mulher e da adolescente. O documento intitulado “*Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra a mulher e adolescentes*” é a 3ª edição atualizada e ampliada publicada pelo Ministério da Saúde. A 1ª edição foi publicada em 1999, e a 2ª edição, em 2005. Esta 3ª edição, após revisão, explorou novos temas. Sendo

assim, no tópico sobre o Apoio Psicossocial, por exemplo, foi incluído um item sobre a atenção ao autor da violência sexual. No tópico sobre a Anticoncepção de Emergência foi incluída, na parte de contra indicação, a segurança do paciente e os aspectos éticos e legais (BRASIL, 2012b).

O mapa da violência publicado em 2012, por Julio Jacob Waiselfisz, foi direcionado especialmente para crianças e adolescentes do Brasil, apresentando o panorama das situações de violência que envolve este grupo etário. Entre elas, Waiselfisa (2012) destacou a violência física e sexual que chegam aos serviços do SUS e são notificadas a partir da ficha de notificação específica, alimentando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mas como ressaltou o autor, por baixo deste quantitativo visível, um enorme número de violências cotidianas nunca chega à luz pública.

Mesmo assim, o que notamos é que, após a publicação da PNRMAV em 2001, o Ministério da Saúde passou intensamente a se mobilizar, discutir e publicar documentos referentes à violência, fomentando discussões sobre este tema no âmbito da prevenção, assistência, formação e pesquisa. Estes documentos foram produzidos já fundamentados na concepção ampliada de saúde, no paradigma da produção social da saúde e da promoção da saúde, a partir do momento em que foram incluídas preocupações com a articulação intersetorial, o cuidado em saúde também voltado para o autor da violência, a qualificação profissional, mudança na formação do profissional da saúde e a educação permanente. Ao mesmo tempo, os desafios, também, começam a se apresentar para os profissionais da saúde, no âmbito assistencial.

2.4 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

No processo histórico mundial, são apresentadas diferentes interpretações para a Atenção Primária à Saúde (APS). A OMS, em 2004, identificou quatro correntes interpretativas que englobam os arranjos para a implantação da APS, sendo as seguintes:

APS como atenção primária seletiva: Definida como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres e, portanto, caracterizado por um número limitado de serviços de alto impacto, sem compromisso de integração com um sistema de referência para níveis de serviços com maior densidade tecnológica. Oferece ações e tecnologias simples e de baixo

custo com escassa qualificação de pessoal para resolver problemas muito prevalentes em populações pobres como, por exemplo, vacinação, aleitamento materno, reidratação oral.

APS como nível primário do sistema de serviços de saúde: Compreende o primeiro nível de atenção do sistema de serviços, sendo concebida como modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema de saúde. Propõe-se a resolver os problemas mais comuns de saúde, pautando-se em racionalizar custos econômicos e, portanto, se compromete a ofertar ações simplificadas para satisfazer às demandas da população.

APS como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde: Nesta corrente, a APS é identificada como estratégia para reorganizar todo o sistema de serviços de saúde, recorrendo de forma singular à apropriação, recombinação, reorganização e reordenação de todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades em saúde, às demandas e às representações da população, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. Nesta perspectiva, adota-se que, na APS, a densidade tecnológica é reduzida, mas reconhece alta complexidade presente na produção do cuidado em saúde.

APS como enfoque de saúde e direitos humanos: Concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos, com ênfase em políticas de inclusão social e busca da equidade.

Nota-se que as duas últimas correntes interpretativas consideram que a APS é adotada como estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde, para promover a saúde, atender às necessidades de saúde mais complexas que vão além da cura da doença. Além disso, procura apreender os determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença da população, utilizando, para isso, baixa densidade tecnológica, apesar de reconhecer a alta complexidade presente na produção do cuidado em saúde (ABRAHÃO-CURVO, 2010). A concepção de APS dentro dessas duas últimas correntes interpretativas tem sido apontada como uma abordagem renovada da APS. No contexto brasileiro, quando o Ministério da Saúde adotou o modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para reorganizar a APS, ele se pautou nestas duas últimas concepções, pois a ESF apresenta características que estão em consonância com estas duas últimas características, como veremos com mais detalhes, a seguir.

Desde o momento em que a ESF foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, ela tem sido uma das prioridades do governo federal para reorganizar os serviços de saúde, inclusive a APS (FRANCO; MERHY, 2007). A ESF vem sendo apontada também, como a principal resposta oferecida à crise do modelo assistencial. Esta crise se relaciona, entre outros fatores, ao modelo tecnoassistencial que muitas vezes ainda é adotado, “marcado por serviço

de natureza hospitalar, focalizado em atendimento médico e que segue uma visão biologicista do processo saúde-doença” (FRANCO; MERHY, 2007, p. 56), voltando as ações em saúde exclusivamente para a cura e o tratamento da doença.

Historicamente, o modelo assistencial em saúde, inclusive a APS, viveu o predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras no processo de produção do cuidado em saúde. As referências trazidas pelos estudos de Merhy (1997) e Merhy e Franco (2003), sobre núcleos tecnológicos do agir em saúde, são uma das mais importantes e têm sido adotadas para a reflexão sobre o modelo assistencial e a prática profissional. Os respectivos autores definem as tecnologias leve-duras como aquelas ligadas ao conhecimento técnico, uma parte já bem estruturada e outra que depende da forma como cada trabalhador se apropria e a utiliza. As tecnologias duras são definidas pelo uso de equipamentos e procedimentos médicos (MERHY, 1997).

Merhy e Franco (2003) apontam que as tecnologias leves de cuidado são relacionais. O trabalho em saúde é relacional por que depende do trabalho vivo em ato, no momento em que está se produzindo, com o usuário. Na APS/ESF, há a predominância do trabalho vivo em ato, onde a produção do cuidado está centrada em tecnologias leves e são estas tecnologias de cunho mais relacionais que são capazes de captar e responder às necessidades de saúde dos usuários (MERHY; FRANCO, 2003).

Sendo assim, a ESF atua com caráter substitutivo, não no sentido de criar novas estruturas de serviços (exceto em áreas que não existem tais serviços) e, sim, na substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo se centra na vigilância à saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

A vigilância à saúde se refere às ações do setor saúde guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana das pessoas que vão definir e conformar práticas adequadas a essas singularidades, garantindo, assim, maior e provável aproximação com a produção social dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e do coletivo (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Os autores apontam que primeiramente é importante conhecer os contextos sociais onde acontecem as relações humanas, os valores culturais e as regras sociais tanto do microcontexto (das famílias: seus valores culturais, integrantes da família, suas redes sociais, condições econômicas, etc.) quanto do macrocontexto (objetos geográficos relevantes, condições ecológicas e geomorfológicas como: estrada, ruas, escola, áreas de lazer, pontos de tráfego, ou pontos de maior risco, como ruas altamente movimentadas, rede de esgoto, terreno baldio, depósito de lixo, área florestal, etc.) (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A vigilância em saúde é um modelo assistencial cujo objeto que organiza o processo de trabalho são: riscos, necessidades e determinantes de saúde, modos ou condições de vida das pessoas, utilizando tecnologias de cuidado como a comunicação social, planejamento local e situacional, a construção de políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais e intervenção específica (promoção da saúde, prevenção e recuperação). Nesse sentido, a vigilância em saúde é entendida como rearticuladora de saberes e práticas sanitários e se apoia no conceito positivo do processo saúde-doença, deslocando o objeto da saúde pública da enfermidade para os modos de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A ESF incorpora a vigilância em saúde como modelo assistencial e busca consolidar com isso o ideário e os princípios do SUS. Ao analisarmos a ESF à luz do desenvolvimento histórico do SUS, destacamos um campo de lutas do setor saúde, para propor mudanças efetivas dos modos de fabricar os modelos de atenção à saúde (MERHY, 2007). Merhy (2007) aponta que o que se pretende construir com o SUS é um projeto em defesa da vida individual e coletiva, muito mais do que um projeto interessado em apenas curar enfermidades. Diante disso, a ESF é estruturante do SUS e como modelo de organização da APS, ela é resultante de sua evolução histórica, como discutimos acima e tem como princípios doutrinários a *universalidade*, *integralidade* e a *equidade*. Ela também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS, como: *acessibilidade*, *resolubilidade*, *regionalização*, *descentralização*, *hierarquização* e *participação popular* (ANDRADE, BARRETO, FONSECA, HARZHEIM, 2006). Além disso, por ser um modelo de Atenção Primária à Saúde, também, incorpora suas *características*, como: funcionar como *porta de entrada* ou como o primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde, a *longitudinalidade* do cuidado (vínculo e responsabilização), a *integralidade* (abrangência) e a *coordenação do cuidado* (organização das respostas ao conjunto de necessidades) (ANDRADE, BARRETO, FONSECA, HARZHEIM, 2004).

No contexto da ESF, todos os *profissionais da saúde* possuem atribuições comuns e específicas e entre as atribuições comuns estão: a atenção continuada ou *longitudinalidade*, *integralidade* do cuidado, *intersetorialidade*, a *visita domiciliar*, prática na equipe (multiprofissionalidade e *interdisciplinaridade*), realizar a notificação de doenças e outros agravos e situações de importância local, prática coletiva, prática inter e intrainstitucional (ANDRADE, BARRETO, FONSECA, HARZHEIM, 2006).

Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde cria, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a publicação da Portaria nº 154 de

24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008d). O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes (BRASIL, 2008d).

O NASF pode ser composto por profissionais como: assistente social, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, sanitarista, entre outros (BRASIL, 2011d). Para sua implantação, são necessários vontade política, iniciativa do gestor municipal de saúde e recursos financeiros enviados pelas três esferas do governo (estadual, federal e municipal), pois a Portaria que cria o NASF já está regulamentada e publicada em Diário Oficial (CRP, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a organização do processo de trabalho do NASF nos territórios de sua responsabilidade deve ser estruturada priorizando (BRASIL, 2009d, p. 20):

- Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos, tanto do NASF quanto da Saúde da Família. Ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico, orientações, bem como atendimento conjunto; (criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail, etc)
- Intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de Saúde da Família, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias;
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e outros setores. Como, por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, acolhimento das situações de violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc.).

Os incentivos do Ministério da Saúde, para o fortalecimento da ESF, como por exemplo, com a implantação dos NASFs em 2008, colocam o tema da violência como parte

integrante do cuidado integral à saúde das pessoas e deve ser tratado em parceria pela equipe do NASF e da ESF.

As características da Atenção Primária à Saúde, da prática profissional neste contexto, bem como, os princípios organizativos e doutrinários do SUS têm sustentado mudanças marcantes na prática sanitária, têm estruturado novas respostas sociais organizadas diante de problemas e necessidades sociais e de saúde mais abrangentes e complexas. É por esse motivo que o Ministério da Saúde tem apostado na ESF como reorganização da APS, no NASF para o fortalecimento da ESF, sendo tomada, portanto, como uma política capaz de reduzir iniquidades em saúde, de se comprometer com a defesa da vida e não apenas com a cura da doença, de materializar a versão positiva da concepção de saúde que se encontra no documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde e de instituir uma prática sanitária focada na vigilância da saúde ao invés da atenção médica.

As atribuições dos profissionais, bem como os princípios doutrinários e organizativos do SUS e as características da APS, serão explorados no tópico a seguir, pois acreditamos que eles podem sustentar práticas em saúde capazes de acolher problemas complexos, como a violência.

2.5 A Estratégia Saúde da Família e o acolhimento às situações de violência intrafamiliar

Estruturar a lógica da atenção às necessidades de saúde da população exige mudanças tanto na concepção de saúde, como também, no modelo assistencial (MENDES, 1999). A concepção da saúde antes vinculada à ausência de doença e morte é, hoje, mais vinculada à noção de processo saúde-doença, à qualidade de vida, aos direitos sociais, à participação popular e à produção social, exigindo dialeticamente mudanças no paradigma sanitário, na prática sanitária, na reestruturação produtiva e transição tecnológica e na estrutura dos serviços de saúde (MENDES, 1999). Ao mesmo tempo, a dimensão cognitivo-tecnológica, também, sofreu influência destas mudanças, em especial, com relação à produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os pressupostos políticos-ideológicos do projeto de produção social da saúde (MENDES, 1999).

O projeto de produção social da saúde, segundo Mendes (1999) e Feuerwerker (2005), se refere a um novo paradigma sanitário que busca superar o modelo biomédico e curativista, estes últimos pautados no paradigma flexineriano (MENDES, 1999). Mendes (1999) aponta

que em uma sociedade, por meio da produção social, poderá se produzir tanto a saúde como a doença. A compreensão sobre saúde passa, então, de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas. A produção social da saúde pode se inscrever, portanto, como campo de conhecimento na ordem da interdisciplinaridade e como prática social, na ordem da intersetorialidade (MENDES, 1996).

Nesse sentido, a Constituição Federal Brasileira de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada na Conferência Nacional de Saúde de 1986, teve seu capítulo sobre saúde marcado pelo paradigma da produção social da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999), ou seja, a definição de saúde atualmente se relaciona às estruturas sociais, a ter emprego, renda, moradia, ou seja, remetendo à qualidade de vida em vários aspectos. Diante disso, os princípios organizativos e doutrinários do SUS, bem como as características da APS, têm estreita ligação com este paradigma que almeja, portanto, responder às necessidades de saúde da população e à mudança do modelo de atenção em saúde, como proposto pelo movimento da Reforma Sanitária, desde a década de 1970.

Nesse cenário, novas práticas de atenção à saúde passam a ser exigidas para a produção do cuidado, especialmente pelas equipes de saúde da ESF, buscando atender às necessidades sociais de saúde e fazer valer o conceito ampliado de saúde proposto pela Reforma Sanitária e contemplado na Constituição Federal de 1988.

O trabalho em saúde, dentro do paradigma da produção social da saúde, se caracteriza como um processo relacional que se produz através do trabalho vivo em ato, ou seja, no encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções, criando com isso espaços de escuta, fala, empatia e interpretações (FERREIRA et al., 2009b). Para a concretização desses elementos que citamos acima, como parte integrante do cuidado em saúde, o profissional pode lançar mão, em sua caixa de ferramentas, de tecnologias leves e leve-duras que incluem aspectos inter-relacionais do cuidado (a autonomia, diálogo, etc.) ou ele pode, também, apenas utilizar tecnologias duras, como os componentes de suas valises tecnológicas para a produção do cuidado, produzindo resultados distintos. As tecnologias leves e leve-duras podem compor a caixa de ferramenta do profissional, quando este tem como seu projeto oferecer qualidade de vida às pessoas e não apenas curar doenças. Já as tecnologias duras (máquinas, equipamentos, procedimentos) são procedimentos centrados no corpo biológico que adoece, buscando recobrar a saúde.

A prática do profissional da saúde se faz a partir de três tipos de valises tecnológicas: as leves, leve-duras e duras. No caso do médico, por exemplo, uma valise está articulada a sua mão e na qual cabem, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos duros que compõem uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; a outra está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra presente no espaço relacional trabalhador–usuário que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (MERHY, 2000, p. 109).

No contexto da ESF, a centralidade do cuidado está no trabalho vivo em ato e na utilização de tecnologias leves e leve-duras que organizam o cuidado ou governam as ações profissionais (FERREIRA et al. 2009b). O desejo ou a subjetividade da equipe de querer fazer, de querer atender às necessidades sociais de saúde, de incluir a subjetividade ou singularidade do sujeito em suas ações, também, compõem o trabalho vivo em ato e a utilização de tecnologias leves de cuidado (FERREIRA et al. 2009b), no contexto da ESF, permitindo, portanto, responder às necessidades sociais e subjetivas das pessoas, não só as biológicas, apontando, para possibilidades de inclusão de propostas de cuidado voltadas à questão da violência intrafamiliar.

Organizar projetos terapêuticos cuidadores que envolvem predominantemente o uso de tecnologias leves de cuidado em saúde, como a capacidade de escuta, função social em resolver e amenizar conflitos, reconhecer a singularidade de cada família e ajudá-las com sensibilidade e ética (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008) demandam, “conhecimentos e práticas sociais na ordem da intersectorialidade” (MENDES, 1999, p. 241) e também, da integralidade, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, através do trabalho em equipe. São precisamente estas características da prática social, no contexto da ESF, que poderão acolher, também, as situações de violência intrafamiliar que envolvem crianças e adolescentes, seguindo o que vem sendo almejado pela PNRMAV e pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (BRASIL, 2001a; KRUG et al.; 2002).

A prioridade desses dois documentos, do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, é apresentar ideias que centralizam o tema da violência no campo da saúde coletiva. No tópico a seguir, buscamos, portanto, centralizar as discussões sobre a violência intrafamiliar a partir das valises tecnológicas centrais que organizam a produção do cuidado na ESF (tecnologias leves de cuidado, a intersectorialidade, trabalho em equipe e a integralidade).

2.6 Atenção às situações de violência intrafamiliar no contexto da Estratégia Saúde da Família e os fundamentos do Relatório Mundial Violência e Saúde e a Política Nacional sobre Violência

Neste tópico serão apresentados, com mais detalhes, os princípios do SUS, as características da APS/ESF, como também, da prática profissional neste contexto, buscando articulações com os princípios da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), do Ministério da Saúde e com alguns aspectos marcantes inseridos no Relatório Mundial de Violência e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. Porém, vamos citar e explorar apenas aqueles princípios que, também, estão citados nos respectivos documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, sobre violência. Buscamos, com isso, apontar as potencialidades ou recursos que o SUS, através da ESF, pode oferecer. Entendemos que existem muitos desafios na prática cotidiana do profissional da saúde, quanto ao acolhimento das situações de violência, inclusive a intrafamiliar no contexto da saúde, particularmente na ESF, mas, ao mesmo tempo, entendemos que as respostas que o setor saúde pode oferecer às situações de violência apontam para novas formas de concebê-la e de construir ações pautadas no paradigma da produção social da saúde, não apenas centrada no indivíduo e em seus aspectos individuais.

No quadro abaixo, encontram-se algumas diretrizes e características do modelo assistencial do SUS definidas constitucionalmente, algumas características da APS/ESF, bem como características ou atribuições dos membros de uma equipe que trabalham no contexto da ESF. Em seguida, serão feitas considerações sobre estes aspectos articulando-os com algumas diretrizes da PNRMAV e do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.

SUS
<ul style="list-style-type: none"> • INTEGRALIDADE (prevenção, promoção e reabilitação)

CARACTERÍSTICAS DA APS/ESF
<ul style="list-style-type: none"> • INTEGRALIDADE (necessidades de saúde)
<ul style="list-style-type: none"> • LONGITUDINALIDADE

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> • VISITA DOMICILIAR
<ul style="list-style-type: none"> • INTERSETORIALIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • AÇÕES DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E REABILITAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • ATENÇÃO INTEGRAL ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Na PNRMAV (Portaria nº 737/2001) são contempladas a *assistência interdisciplinar* e a *intersetorial* às vítimas, famílias ou pessoas que vivem situações de violência. Estas duas importantes diretrizes da Política centralizam a atenção e o cuidado às situações de violência no contexto da ESF. Segundo a Portaria nº 737 de 2001, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p. 32) aponta que a assistência às situações de violência:

deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas Estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além, daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

O sentido de assistência *intersetorial*, proposta pela PNRMAV, se relaciona à capacitação do profissional para identificar situações de maus-tratos e acionar outros serviços existentes próximos da comunidade e aqueles que fazem parte da rede de serviço de saúde (BRASIL, 2001a). A *intersetorialidade*, como atribuição do profissional da APS/ESF se refere à “identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe” (ANDRADE, BARRETO, FONSECA, HARZHEIM; 2006, p.

96). Sendo assim, a intersetorialidade propõe oferecer novas respostas às necessidades de saúde da população e um serviço de base comunitária como a ESF é capaz de propor. Um exemplo: uma líder comunitária pode ser uma rede de apoio para a equipe de saúde. Ela pode favorecer a sensibilização da comunidade quanto à violência contra mulher, pois ela é a mais próxima das famílias, tem um vínculo importante com as mulheres da área de abrangência da ESF. Um representante da Vara da Infância e Juventude pode ser uma rede de apoio para os profissionais de saúde para tirar dúvidas quanto às ações jurídico-legais que geralmente são tomadas em casos de violência que envolve crianças e adolescentes e suas implicações. Estes são exemplos de parcerias intersetoriais.

Mendes (1999, p. 253) aponta que a questão fundamental da intersetorialidade é a “ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores”. O que vai caracterizar a intersetorialidade é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade, ao diálogo e ela se impõe por razões da complexidade dos problemas. Esta intersetorialidade se constitui na proximidade dos problemas que emergem na concretude dos territórios e das suas realidades (MENDES, 1999). A violência por não ser um “problema médico típico” (MINAYO, 2009, p. 22), demanda tal articulação e, geralmente, o que podemos notar é que o recurso tecnológico mais utilizado pelos profissionais na APS, em especial, com relação à violência, é exatamente aquele apontado por Merhy (2007), ou seja, das tecnologias leves de cuidado em saúde (vínculo, autonomia, corresponsabilização e acolhimento) que podem materializar o princípio da intersetorialidade, através de processos de comunicação e articulação, com outros setores da sociedade e seus representantes.

As tecnologias leves de cuidado promovem a transversalização da prática de cuidado em saúde, construindo espaços de diálogo no encontro entre trabalhador de saúde, usuário, familiares, bem como entre outros serviços de saúde ou serviços comunitários (ALMEIDA, 2008). Sendo assim, a intersetorialidade, por exemplo, aponta para articulação com diferentes serviços que podem ajudar na construção de redes de apoio às famílias e à própria equipe.

A *interdisciplinaridade* também é apontada na PNRMAV como um recurso do profissional da saúde, inclusive para aqueles que trabalham na ESF para responder às situações de violência, especialmente no âmbito da assistência (BRASIL, 2001a) e, também, é mais uma atribuição do profissional da APS, porém esta atribuição, neste nível de atenção, é denominada como “trabalho em equipe multiprofissional” (ANDRADE, BARRETO, FONSECA, HARZHEIM; 2006, p. 91). A disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, que busca alcançar a interdisciplinaridade, como aponta a PNRMAV, se torna importante para assegurar assistência médica, psicológica e social necessária às vítimas e suas famílias

(BRASIL, 2001a, p. 34). No contexto da APS, o trabalho em equipe é altamente valorizado, pois aponta para a mudança no modelo de atenção à saúde. Além disso, no contexto da APS, ressaltam-se as diferenças entre o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Este primeiro se resume à justaposição de pessoas de diversas disciplinas ou áreas de formação (SCHERER et al., 2008), onde os integrantes se encontram no mesmo local de trabalho, interagindo mais ou menos informalmente (SCHERER et al., 2008). No contexto da APS, busca-se efetivar a *interdisciplinaridade* e esta não se relaciona apenas ao encaminhamento dos usuários para um profissional de outra especialidade, pelo contrário, demanda uma relação de constante diálogo entre diferentes profissionais, buscando, colaborativamente, ajudar este usuário em suas necessidades sociais, subjetivas e problemas de saúde. Para Meirelles (2003), é o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa que facilita a assistência humanizada e a construção de respostas às necessidades mais abrangentes de saúde, não apenas aquelas relacionadas à cura da enfermidade.

A *interdisciplinaridade* pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações e dos saberes dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de aflições, sentimentos, desejos e racionalidade (VIEGAS; PENNA, 2013). No contexto da ESF, ela prevê uma ruptura com o modelo biomédico e a construção de uma nova prática, usuário-centrado.

No caso da violência que envolve crianças e adolescentes, a interdisciplinaridade aponta para ações que podem envolver diferentes perspectivas sobre as situações de violência e o compartilhamento de responsabilidades. Gomes et al. (2009) apontam que no caso da violência, seja a de gênero ou contra crianças e adolescentes, a integração dos conhecimentos de diversas disciplinas pode superar a fragmentação e a compreensão limitada acerca dela, que é considerada atualmente um fenômeno complexo, a fim de gerar um saber novo que não é do domínio de uma disciplina específica e que possibilita interpretar questões complexas e multifacetadas. Os autores Muza (1994) e Neves et al. (2010) também, apontam para a potencialidade da *interdisciplinaridade* e a importância dos processos de comunicação entre diferentes profissionais na tentativa de ajudar as famílias, crianças e adolescentes, que vivem situações de violência, seja, sexual, física ou psicológica. Neves et al. (2010) apontam, também, que a *interdisciplinaridade* amplia discussões sobre a violência, podendo, assim, lançar um olhar diferenciado para questões relacionadas a ela, focando esta problemática como um todo, buscando analisá-la a partir de sua complexidade, envolvendo todos os fatores relacionados à violência. Muza (1994) aponta que a abordagem metodológica e conceitual

sobre a violência ainda precisa ultrapassar a perspectiva que foca no indivíduo a raiz e origem da violência, buscando, com isso, a ampliação de conhecimento que possa legitimar outros aspectos, como sociais, econômicos, culturais e de interação de fatores pessoais e ambientes que só uma abordagem interdisciplinar pode favorecer (MUZA, 1994).

O trabalho em equipe *interdisciplinar* não está separado da *intersectorialidade*, ele é uma extensão desta, pois a articulação com outros serviços demanda, também, articulação com seus representantes que são sujeitos de diferentes especialidades.

A *integralidade* do cuidado, enquanto diretriz assistencial do SUS se refere às ações de prevenção, promoção da saúde e reabilitação de doenças ou problemas de saúde. Esta vertente da atenção integral se relaciona à capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, prevenir situações de risco à saúde e propor ações de reabilitação, cura e tratamento. Porém, elas devem estar integradas umas às outras, o serviço não deve focar só na prevenção e cura da doença, mas também propor ações de promoção à saúde. Com relação à violência, por exemplo, o setor saúde tem procurado inserir ações de “Prevenção à violência e de estímulo à cultura da paz”, como consta na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 37). Nesta Política, também, constam ações de sensibilização e capacitação de gestores e profissionais da saúde na identificação e encaminhamento adequado às situações de violência para outros serviços que podem, alguns destes, oferecer ajuda especializada.

Como existem diferentes sentidos para *integralidade*, outra definição que se ajusta às características da APS, como também, à prática profissional neste contexto, se refere não apenas ao conjunto de serviços ofertados às pessoas mas ainda à oferta articulada de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento. Esta outra definição se refere principalmente à assistência ou apoio ao indivíduo e sua família nas crises vitais, em seus problemas cotidianos, como, por exemplo, uma orientação sobre direitos individuais, ou seja, contemplando suas necessidades sociais de saúde (TAKEDA, 2006) e tais necessidades podem estar relacionadas à identificação de situações de violência intrafamiliar que envolvem uma criança ou adolescente. Esta vertente compreensiva sobre integralidade do cuidado está voltada para a apreensão de necessidades de saúde mais complexas ou para as condições de vida da população (MERHY, 2007).

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde, um aspecto referente à *integralidade* do cuidado e à violência está na proposta de inclusão dos vários tipos de violência no campo da saúde coletiva, apontando para o acolhimento dela pelo setor saúde, pois, como apontou Minayo (2009), não se trata de um problema médico típico e,

sim, de uma questão social e cultural muito mais ampla, que apesar de não ser exclusivamente uma questão médica, reserva conexões com o setor saúde. Além disso, no Relatório Mundial, o sentido de integralidade relacionado à articulação entre ações de prevenção, promoção da saúde e reabilitação, é considerado. Sendo assim, neste documento da OMS, seguindo os níveis de prevenção característicos da prática profissional no contexto da saúde coletiva, são apresentados os seguintes exemplos de prevenção primária, secundária e terciária (KRUG et al., 2002) como mostra o quadro a baixo.

Prevenção primária: abordagens que visam a evitar a violência antes que ela ocorra, ex. sensibilização da comunidade, homens, mulheres (pais/mães/responsáveis por crianças e adolescentes) e dos profissionais da saúde,

Prevenção secundária: abordagens que têm como foco as respostas mais imediatas da violência, tais como assistência pré-hospitalar, serviço de emergência ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis após violência sexual,

Prevenção terciária: abordagens que visam à assistência em longo prazo em casos de violência, como reabilitação e reintegração e tentam diminuir ou reduzir o trauma e, a invalidez de longo prazo associada à violência (KRUG et al., 2002, p. 19).

Como apontado no quadro acima, um exemplo de prevenção primária, segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, pode se referir à *visita domiciliar* (KRUG et al., 2002). Ela é uma atribuição de todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde. No Relatório Mundial, a visita domiciliar como recurso, como tecnologia de cuidado diz respeito às possibilidades de melhorar as relações familiares, treinamento de habilidades específicas para a maternidade e paternidade, oferecer aconselhamento, treinamento e monitoramento para mães de baixa renda, famílias que estão esperando ou tiveram o primeiro filho e famílias sob risco de cometer abusos contra os filhos (KRUG et al., 2002, p. 45).

No contexto da APS, a *visita domiciliar* tem um sentido um pouco diferente. Trata-se de um espaço para interação e comunicação (BORGES; D'OLIVEIRA, 2011), representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe com as pessoas, capaz de fortalece o vínculo entre profissional, equipe e usuário. Torna-se um espaço que promove

mais interação e diálogo, ultrapassando um cuidado em saúde, pautada em procedimentos técnicos. Na visita domiciliar, a equipe de saúde consegue identificar necessidades de saúde, como, por exemplo, problemas relacionados à violência intrafamiliar, uso de droga, condições socioeconômicas e sanitárias das famílias, buscando, assim, atender a tais necessidades sociais de saúde, pautada na integralidade do cuidado e oferecendo recursos assistenciais que ultrapassam aqueles relacionados aos procedimentos médicos ou à medicalização.

A visita domiciliar como recurso, como uma tecnologia para o cuidado em saúde (LOPES, SAUPE, MASSAROLLI, 2008) em função das novas políticas públicas e novos modelos assistenciais em saúde, tem possibilitado compreender a complexidade da violência intrafamiliar, compreendê-la a partir de seus contextos, podendo, com isso, construir estratégias de ajuda que respondam não apenas ao ato em si da violência, procurando culpados e vítimas, protegendo uns e punindo outros e, sim, olhar para o contexto destes acontecimentos.

Zuma (2004) aponta algumas possibilidades de construir respostas à violência intrafamiliar que vão além do tratamento das lesões e de qualquer outra forma de ajuda prestada apenas às vítimas da violência e à culpabilização do agressor. Ele coloca que o diagnóstico situacional de famílias com crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos deve incentivar a formação de rede comunitária de apoio às famílias e sensibilizações sobre a violência intrafamiliar para a comunidade (líderes comunitários e profissionais da saúde), sendo que tais propostas mudam a maneira tradicional de responder à violência, que geralmente está voltada exclusivamente para a proteção e apoio da criança e adolescente, punição ou afastamento imediato dos autores da violência de seu contexto familiar, ou seja, um modelo centrado no indivíduo e não na complexidade do fenômeno da violência intrafamiliar (ZUMA, 2004) como estamos tentando explorar neste estudo desde o início.

Esse diagnóstico situacional proposto por Zuma (2004) adota uma visão sistêmica da violência intrafamiliar, pois procura englobar todas as formas de violência que podem ocorrer no âmbito das relações familiares, sem desconsiderar a prevalência de alguns tipos sobre outros. O que está sendo considerado neste diagnóstico situacional são os contextos onde surgem o fenômeno e todas as direções que tomam as forças atuantes. Com essa leitura, emerge a lógica de trabalhar com todos os envolvidos na violência intrafamiliar, em todos os níveis, isto é, com os envolvidos no ato de violência, como o autor, a vítima, as testemunhas, a rede significativa mais próxima, os envolvidos na primeira acolhida ou suporte, ou seja, a família extensa, a escola e a comunidade, com os profissionais dos serviços de referência, a polícia, a emergência do hospital, com a justiça e seus representantes e podemos citar o

Conselho Tutelar, como um exemplo, destes representantes. Além disso, com essa leitura, torna-se possível, também, iniciar reflexões a respeito do contexto cultural que mantém a possibilidade da violência (Zuma, 2004). Um exemplo desse contexto cultural são os repertórios utilizados no cotidiano por nós, e muitas vezes pelos próprios profissionais da saúde, que favorecem a manutenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Alguns desses repertórios podem ser: “*É de pequeno que se torce o pepino*”, “*um tapa só, não dói*”, “*são os pais que mandam, os filhos tem que obedecer*”. A visita domiciliar realizada pelos integrantes de uma equipe de saúde da família pode proporcionar o conhecimento com mais detalhes do contexto em que as situações de violência intrafamiliar acontecem. Permite tomar conhecimento a respeito de seus determinantes e condicionantes, pela proximidade da equipe de saúde com o cotidiano das famílias. Permite conhecer um pouco mais da situação econômica, seus valores culturais e como se relacionam entre si.

Esse diagnóstico situacional aponta exatamente para o uso de tecnologias de cuidado pautadas na intersetorialidade, interdisciplinaridade, integralidade, no diálogo e nos recursos comunitários, como vêm propondo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde e a PNRMAV (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2001a). Além disso, tais tecnologias de cuidado são, também, os princípios do Sistema Único de Saúde, características da APS e atribuições das equipes que trabalham no contexto da Estratégia Saúde da Família, como já explicitamos no tópico anterior, com mais detalhes.

No âmbito da saúde coletiva, com relação às questões de saúde de ordem social, relacional, cultural, como é caso da violência intrafamiliar, a ênfase no tratamento está relacionada à dimensão do cuidado, em construir projetos de ajuda ou soluções ao invés de receitar ou propor um tratamento. “Cuidar da saúde é mais do que construir um objeto e intervir sobre o mesmo” (AYRES, 2002).

3 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

- Compreender os sentidos que os profissionais de uma equipe de saúde da família atribuem à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.
- Investigar os desafios e as potencialidades dos profissionais de saúde da família na assistência à violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva. A escolha do método qualitativo se deu por este se interessar pelo universo de significados construídos pelos sujeitos (MINAYO, 2010), correspondendo, assim, aos objetivos propostos nesta investigação. Para Gonzáles Rey (2002), o método qualitativo se preocupa com o sentido que as pessoas dão às suas vivências e à vida, buscando compreender como elas percebem as questões que estão sendo focalizadas e como são organizadas as experiências no cotidiano, possibilitando a produção de um conhecimento sobre o assunto estudado. Já a natureza descritiva da pesquisa, segundo Triviños (1994), possibilita uma visão mais ampliada do campo e do objeto que está sendo estudado, tendo por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, buscando formular os problemas de forma mais precisa ou levantar hipóteses que poderão ser estudadas posteriormente.

Bogdan e Biklen (1994) apontam quatro principais características do método qualitativo de pesquisa, sendo as seguintes: 1) o significado é de importância vital na pesquisa qualitativa. Interessa-se pela maneira como as pessoas dão sentidos as suas vidas, sendo fundamental, portanto, dar visibilidade às formas como as pessoas interpretam suas experiências e descrevem as coisas, refletindo numa espécie de diálogo entre participante e pesquisador; 2) a investigação qualitativa é descritiva. A palavra escrita tem fundamental importância, tanto para o registro dos dados colhidos (as transcrições e imagens) quanto para a disseminação dos resultados; 3) interessa-se pelo processo do que simplesmente pelo resultados finais e 4) a análise dos resultados é feita de forma indutiva.

Sendo assim, a escolha pelo método qualitativo se deu por este propor o estudo das coisas em seu *setting* natural, buscando dar sentidos ou interpretar fenômenos em termos das significações trazidas pelos participantes da pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 1994).

4.2 Local da pesquisa

O presente estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do distrito Norte da cidade de Ribeirão Preto – São Paulo. O Distrito Norte foi selecionado por possuir a segunda maior concentração de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo assim, é composta por uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), sete UBSs com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e quatro USFs (Anexo – A). (RIBEIRÃO PRETO,

2009a). Além disso, segundo dados da Vigilância Epidemiológica do município de Ribeirão Preto, de 2006 a 2011, o Distrito Norte apresentou o maior coeficiente de incidência, por 100.000 habitantes, de casos de violência doméstica (Anexo - B) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A escolha por uma das quatro Unidades de Saúde da Família do Distrito Norte, se justifica, por esta ser a primeira USF implantada neste Distrito, conforme informação do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

4.3 Considerações éticas

O trabalho foi aprovado em 15/06/2011 conforme protocolo nº 1267 (Anexo-C) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Este estudo teve como princípio básico a participação voluntária das pessoas, esclarecimento e respeito quanto à possibilidade de decisão do participante de não aceitar ou retirar sua participação após início do estudo e quanto à ausência de risco aos envolvidos e o sigilo em relação às informações obtidas, de acordo com a Resolução 196/96 sobre “pesquisa envolvendo seres humanos” (BRASIL, 1996b). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A - TCLE). Além, disso, o nome dos participantes foi modificado para preservar a identidade dos mesmos.

4.4 Participantes da pesquisa

Fizeram parte deste estudo cinco profissionais de saúde, entre eles: um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde que compõem uma mesma equipe. Para a escolha dos participantes, nos baseamos em dois critérios: 1) Profissionais que já trabalham na respectiva unidade de saúde há mais de um ano; 2) Profissionais que façam parte da composição tradicional de uma equipe mínima recomendada pelo Ministério da Saúde, para a ESF.

Segundo Deslandes (1994, p. 43) e Turato (2011), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma boa pergunta para a escolha dos participantes, é “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a

ser investigado?” (DESLANDES, 1994, p. 43). A pesquisa qualitativa se preocupa menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno em estreita relação de determinação e determinantes de uma realidade (MINAYO, 2010).

Além disso, estudos sobre o tema da violência e o setor saúde têm demonstrado que os profissionais de saúde ocupam um lugar estratégico para identificar situações de violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes (VILELA, 2005; COCCO et al., 2010). Para Minayo e Deslandes (2009) o setor saúde tem sido, com todas as suas limitações, um campo pioneiro e estratégico para a identificação das situações de violência, do cuidado às vítimas e de produção reflexiva e crítica sobre esta temática. Outros estudos têm apontado, também, que os profissionais de saúde principalmente aqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família, apesar dos desafios e limitações para acolher questões de saúde relacionadas à violência intrafamiliar, têm melhores condições para identificá-las e construir possibilidades de intervenção a partir das concepções de prevenção específica e promoção da saúde (SANTOS, 2005; ROCHA; MORAES, 2011; ZANELATTO et al., 2012; MOREIRA, 2012). Portanto, Rocha e Moraes (2011) ainda reforçam que essa questão seja considerada prioridade na Estratégia Saúde da Família.

No quadro a baixo, são apresentados os participantes desta pesquisa. Priorizamos conhecer os significados sobre violência, a partir de diferentes categorias profissionais, buscando compreender as diferentes impressões que os profissionais têm sobre a violência, a partir de suas atribuições específicas e gerais exercidas.

QUADRO 01: Caracterização dos participantes da pesquisa.

Participante	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de trabalho na USF	Formação	Tempo de atividade profissional
Matheus	46	casado	Superior Completo com Pós-graduação em Saúde Pública	10 anos	Médico	22 anos
Juliana	50	solteira	Superior Completo com Pós-graduação em Saúde Pública	1 ano e meio	Enfermeira	27 anos
Camila	47	divorciada	Médio Completo, profissionalizante.	1 ano e 3 meses	Auxiliar de Enfermagem	23 anos
Paula	40	divorciada	Médio Completo, com formação em ACS	05 anos	ACS	05 anos
Elena	33	casada	Médio Completo, com formação em ACS	06 anos e meio	ACS	06 anos e meio

4.5 Procedimento para coleta, registro e análise dos dados

A entrada no campo

Antes de iniciar a imersão no campo, foi feito contato inicial com o gerente da Unidade de Saúde da Família explicando sobre o tema da pesquisa e da prévia aprovação já obtida pela Secretaria de Saúde do município através de uma carta de autorização assinada pelo secretário. Após a autorização do gestor da unidade, demos início à imersão no serviço de saúde, observando o dia a dia do funcionamento da unidade, incluindo a participação nas reuniões de equipe e realizando as entrevistas com os participantes.

A inserção no campo empírico se deu em novembro de 2011, após contato com os profissionais da equipe de saúde da USF, os quais tiveram oportunidade de conhecer o projeto de pesquisa, por ocasião de sua apresentação em uma reunião de equipe multiprofissional, após submetermos ao Comitê de Ética em Pesquisa. A partir da entrada no campo, tivemos acesso a algumas informações sobre a USF. Ela foi implantada pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) em julho de 2002 em um prédio adaptado onde funcionava uma Base de Apoio Comunitária (BAC). Em abril de 2011, ela foi reinaugurada, contando atualmente com um espaço de 1,261m² de área construída. É uma unidade espaçosa, bem cuidada, com fotos espalhadas pelas paredes da unidade, retratando uma parte do cotidiano do trabalho das equipes e da população. Além disso, segundo a enfermeira da unidade, a equipe vem tentando mudar sua proposta de atuação, buscando realizar mais atividades de promoção à saúde e de se articular com os outros equipamentos disponíveis no bairro.

Outros equipamentos sociais como a escola e o Centro de Referência da Assistência Social e seus respectivos profissionais têm aos poucos firmado parcerias com a equipe da USF, buscando realizar ações conjuntas na tentativa de atender às necessidades de saúde da população, construindo alternativas assistenciais.

Cada uma das equipes que trabalham nessa unidade de saúde da família é composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Apenas duas delas, são também, compostas por um dentista e um auxiliar de consultório dentário. A equipe escolhida para este estudo é composta por dentista, auxiliar de consultório e cinco agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável, em média, por 3.000 famílias. Segundo o Ministério da Saúde, é recomendável que uma equipe de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de

enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsável por, no máximo, 4.000 habitantes por Estratégia de Saúde da Família, sendo a média recomendada de 3.000 famílias (BRASIL, 2011d).

As informações acima foram obtidas através de contato direto com os profissionais do serviço e, também, com a Secretaria Municipal da Saúde.

A coleta e registro dos dados

O estudo teve como procedimento de coleta de dados a realização de entrevistas com profissionais de saúde da família.

A entrevista, segundo Spink (2004, p. 184), é uma técnica que permite dar voz ao entrevistado, de forma a entendê-la como "ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade", correspondendo, assim, aos objetivos desta investigação. Dentre os tipos de entrevistas, optamos pela semiestruturada para coletar os dados e, segundo Bocchi, Juliani e Spiri (2008), ela é conduzida a partir de um conjunto de perguntas abertas e fechadas, seguindo uma ordem específica. Todas as entrevistas foram aplicadas individualmente e áudiogravadas em gravador digital com o consentimento dos participantes e, em seguida, realizada a transcrição na íntegra do material pela própria pesquisadora. Cada uma delas foi agendada com antecedência e realizada em salas disponíveis na própria USF, durante o horário de trabalho dos profissionais. Para garantir o anonimato dos participantes, substituímos os nomes dos profissionais por nomes fictícios, escolhidos pela pesquisadora. Ao longo dos depoimentos, optamos também por omitir qualquer dado que pudesse comprometer o sigilo das informações fornecidas pelos participantes, por exemplo, nome de profissionais de saúde ou local de ocorrência de determinada situação descrita.

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi construído com perguntas que pudessem responder aos objetivos desta investigação e, também, explorar determinados temas trazidos pelos participantes que apontavam para a complementaridade dos dados e que ajudaram a explorar o tema em questão. Ele foi elaborado pensando em permitir ampla liberdade e flexibilidade do pesquisador, para explorar e aprofundar com novas perguntas não contidas no roteiro o tema da pesquisa, elucidando, assim, determinados pontos de interesse trazidos pelo participante durante o processo de produção de significados. Segundo Minayo (2010, p. 191), um roteiro para entrevista semiestruturada deve apresentar os “vários indicadores

considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”.

Além disso, no decorrer da entrevista, perguntas foram reformuladas, outras foram incorporadas alinhadas aos objetivos principais da entrevista. Este roteiro funcionou mais como um guia, sendo utilizado sem muito rigor, sem seguir precisamente a ordem exata das perguntas, porém, manteve-se o foco nos objetivos desta investigação.

Sendo assim, o roteiro foi composto por quarenta perguntas. Elas foram divididas em nove tópicos conforme o conteúdo específico das questões, sendo os seguintes: 1) sentidos sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, 2) violência como questão de saúde, 3) impacto emocional no profissional da saúde que atende a casos de violência, 4) direitos de crianças e adolescentes, 5) formação e capacitação profissional, 6) conhecimento legal e jurídico, 7) as redes intersetoriais de prevenção à violência e assistência às vítimas, 8) prática profissional frente à violência intrafamiliar, 9) busca por pontos positivos no trabalho do profissional da saúde da ESF com relação à violência.

Embora as entrevistas tenham sido realizadas em momentos oportunos, escolhidos pelo próprio profissional e agendadas com antecedência, um desafio encontrado foi a falta de tempo dos profissionais para realizá-las, sendo assim, duas delas, tiveram de ser interrompidas ainda sem ter sido concluída e retomada em outro momento, devido à rotina de trabalho do profissional.

Apesar de a pesquisadora já ter vivenciado toda a rotina de trabalho de uma equipe de saúde da família do Distrito Oeste por dez meses, enquanto estagiária voluntária do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde na Comunidade foi importante acompanhar um pouco do cotidiano desta equipe, reconhecendo o território e suas características específicas e um pouco mais, mesmo que breve, dos problemas e necessidades de saúde das famílias da área durante as reuniões que ocorriam na unidade de saúde, semanalmente.

4.6 Procedimentos para a análise dos dados

A finalidade da fase de análise é estabelecer compreensões dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e, o mais importante, ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto

cultural do qual faz parte (GOMES, 2008). Diante disso, os dados foram analisados por procedimento qualitativo de análise de conteúdo do material.

A análise de conteúdo como orientação para tratamento dos dados coletados por intermédio das entrevistas, composta por técnica de análise de comunicação, visa a obter aspectos significativos e inferenciais dos conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens (MINAYO, 2010). A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para alcançar um nível mais profundo que ultrapasse os significados manifestos. A análise de conteúdo busca articular a superfície do texto descrito em análise, com fatores mais amplos que determinam suas características que são: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem no âmbito de uma relação entre pesquisador e entrevistado (MINAYO, 2010).

A mais importante autora que propõe a análise de conteúdo é Laurence Bardin (2011, p. 48) e ela a define como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Esta análise busca descobrir núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, apresente algum significado para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011). “A análise de conteúdo pode ser uma análise dos “significados”” e uma das técnicas utilizadas para isso é a análise temática (BARDIN, 2011, p. 41).

Segundo Minayo (2010), a análise de conteúdo temática do material, se fundamenta no tema e comporta um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. O tema está relacionado a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Este tipo de análise é adequado às investigações qualitativas do material produzido em pesquisas no campo da saúde e busca descobrir núcleos de sentidos que formam uma comunicação, cuja ausência ou presença podem ser significativas para o tema que está sendo investigado e para os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2010).

Operacionalmente, a análise temática percorre os seguintes passos: leitura compreensiva, exploração do material ou análise e síntese interpretativa (GOMES, 2008), compondo, assim, as três etapas da análise temática. Sendo assim, para Minayo (2010) a análise temática compreende as seguintes fases: *pré-análise*, a *exploração do material* e o *tratamento dos dados obtidos e interpretações*.

A constituição do *corpus* para a análise se deu com a transcrição na íntegra do material audiogravado. Duas fases iniciais delimitaram a análise do *corpus*: uma pré-análise das entrevistas individuais e uma análise propriamente dita. De posse do material já transcrito, a *primeira fase da análise* aconteceu com *leituras exaustivas e flutuantes* do material, buscando organizá-lo conforme similaridades dos discursos e outros aspectos relevantes trazidos pelos participantes, de acordo com o tema geral desta investigação, se configurando como uma *pré-análise do corpus* (MINAYO, 2010). Para Minayo (2010), esta fase requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.

A *segunda fase* da análise se deu com a *exploração do material* que consiste na categorização, para alcançar núcleos de sentidos ou de compreensão do texto. Nesse momento, buscamos criar categorias através de expressões e palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala ou das falas foi organizado. A categorização serviu para avançarmos na análise temática do material, em que demos prioridade aos sentidos sobre violência intrafamiliar e ao trabalho do profissional na Estratégia de Saúde da Família, segundo os objetivos propostos. A partir daí, fomos criando, também, subcategorias relacionadas a outras dimensões do tema investigado, mas que ainda assim correspondiam ao tema central desta investigação (MINAYO, 2010).

A *terceira e última fase da análise* se deu com o *tratamento dos dados obtidos e interpretações*. Nesta etapa, as interpretações se deram com base no quadro teórico. Nesse momento, realizamos, também, inferências e abrimos outras pistas ou dimensões sugeridas a partir da leitura exaustiva do material. As informações obtidas são colocadas em relevo, e a partir daí, se propõem inferências e se realizam interpretações (MINAYO, 2010).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer de todo esse processo, foi possível construir quatro categorias empíricas, conforme os objetivos desta pesquisa a partir dos discursos dos profissionais entrevistados, consideradas como base para discussões e interpretações. Uma das categorias gerais criada foi seguida de desmembramento, gerando três subcategorias, para facilitar e ampliar a interpretação e a discussão dos dados.

5.1 Da violência na família à violência estrutural e comunitária

Na análise do material, os elementos que se constituíram como semelhantes e que estiveram relacionados aos sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, transcenderam aquela que ocorre dentro da família. As descrições sobre a violência estiveram relacionadas ao envolvimento de crianças e adolescentes com o uso e o tráfico de drogas no bairro, caracterizando a presença da violência comunitária (KRUG et al., 2002) ou infantojuvenil (MINAYO, 2001). Apesar disso, a violência intrafamiliar ou interpessoal não se neutralizaram. Sobre esta, os profissionais mencionaram elementos relacionados às situações de desemprego, à situação econômica precária, ao alcoolismo e às drogas utilizadas por pessoas da família para explicarem a ocorrência da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no lar. Conseguiram identificar que a violência no lar, também, é movida pelo desemprego, pela desintegração comunitária, pelo alcoolismo e uso de drogas por alguém da família. Os aspectos culturais que legitimam práticas educativas que utilizam da violência física severa, também, fizeram parte das explicações mencionadas por eles.

Quanto à natureza da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a violência psicológica e a negligência se destacaram. Um elemento que foi mencionado por uma participante deste estudo esteve relacionado à violência entre irmãos, que se configura como mais um aspecto da violência intrafamiliar, porém, ele tem sido pouco explorado pelas pesquisas sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no campo da saúde. Mesmo não tendo sido um elemento comum em todos os discursos, consideramos que este seja um elemento novo e relevante para abrir mais campos de pesquisa sobre o tema.

Os discursos a baixo ilustram algumas explicações sobre a ocorrência da violência intrafamiliar, na perspectiva dos profissionais de saúde. Estes apontam para a complexa rede de conexão entre a violência que ocorre dentro da família e a violência estrutural. Os aspectos

culturais também estiveram presentes, legitimando a violência física severa como uma prática educativa, onde a iniquidade de poder na relação entre adultos e crianças mantém a violência entre pais/adultos e crianças/adolescentes. Porém, vale ressaltar que os profissionais não resumiram suas explicações centrais sobre a ocorrência da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes nesta relação desigual de poder, como veremos a seguir, nos seguintes discursos:

Eu vejo assim, muito a questão da falta de estrutura da família. Às vezes criança que a gente atende que sofre maus-tratos pela mãe, por parentes próximos, às vezes tem problema com alcoolismo, problema de droga, às vezes é desemprego, situação econômica precária, às vezes a mãe está numa situação financeira precária, teve uma gravidez não planejada. Isso acaba levando a família a não estar se estruturando. Isso leva a uma série de complicações. [...] tem muita criança aqui que é cuidada pela avó, até de uma forma assim, porque não tinha outra opção e as crianças depois têm problemas na escola, problemas de agressão com outras crianças, a indisciplina ou a dificuldade de aprendizado e a hora que você vai ver melhor a situação dessa criança, vem tudo isso aí, ou questão de abandono, a avó que está cuidando e nem sempre tem condições. (Juliana).

Às vezes a gente fica sabendo de pai que bate no filho exageradamente. Machuca, dá uns puxões de orelha. Eu não sou contra, até eu fazia, mas, depende do tipo de correção. (Matheus).

Muitas vezes é um pai que age com violência para com o filho e se você for ver o histórico dele, só está tentando educar o filho. Por que se você está educando seu filho de uma forma não violenta, você está passando uma forma de linguagem para ele. Se você age com violência a sua linguagem é violenta. (Camila).

Os estudos de Harzheim (2013), Bazon et al. (2010) e Martins (2006) apontam que a vulnerabilidade socioeconômica da população pode ser um fator de risco para a presença da violência intrafamiliar. Viver em condições materiais extremamente adversas potencializam situações de violência intrafamiliar, principalmente, com relação à negligência, embora não seja um determinante dela (BAZON et al., 2010; MARTINS, 2006). A vulnerabilidade socioeconômica é uma característica da violência estrutural (MINAYO, 2006). Neste estudo,

as condições materiais de existência foram o contexto de produção das explicações etiológicas a respeito da violência intrafamiliar. Elementos da violência estrutural também foram citados como: o desemprego e a situação econômica precária, cujas origens para tal situação se encontram nas relações desiguais de distribuição das riquezas, característica do capitalismo.

A sociedade capitalista é marcada pelo individualismo exacerbado, a competição e a desigualdade. Embora o patriarcado⁶ seja anterior ao advento do capitalismo, são dois sistemas que ainda permanecem e estão, agora, interligados. São duas formas que produzem e reproduzem a vida em sociedade a partir de relações de dominação e anulação do outro, especialmente dos corpos, da liberdade e da autonomia (NARVAZ; KOLLER, 2006).

O estudo de Santos (2005) mostrou que os profissionais da ESF, ao trazerem explicações sobre a violência intrafamiliar, também o fizeram a partir do reconhecimento do atravessamento da violência estrutural nas situações de violência intrafamiliar. Em nosso estudo, podemos afirmar, segundo o discurso dos profissionais, que “violência gera a violência” e a violência estrutural mantém suas relações com a que está presente no interior das relações familiares. No estudo de Lobato, Moraes, Nascimento (2012) e Moreira (2012a), os profissionais de saúde da família, também, associaram a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes ao uso de drogas, álcool, envolvimento de algum familiar com o tráfico de drogas, o desemprego e a pobreza.

O que podemos notar é que as concepções sobre a violência intrafamiliar não foram naturalizadas, os componentes históricos, sociais, econômicos e, a natureza ideológica da cultura atravessaram o discurso dos profissionais e foram o pano de fundo para as explicações sobre ela.

No estudo de Villar (2007), as respostas dadas pelos profissionais de saúde da família, sobre as violências que mais acometiam crianças e adolescentes, foram encaixadas nas seguintes modalidades: violência física, psicológica e sexual. Os tipos de violências que podem estar relacionados à violência estrutural, como a negligência, por exemplo, que tem sua origem nas condições socioeconômicas da família, porém, não exclusivamente, foram pouco reconhecidos como violência por eles. O estudo de Villar (2007) constatou que devido ao empobrecimento da população atendida, que vivencia situações de extrema miséria e vulnerabilidade, os profissionais entrevistados encontraram dificuldades em estabelecer limites entre pobreza e negligência, justificando certas atitudes dos familiares para com as crianças e adolescentes e não os incluindo como violência. Por outro lado, em nosso estudo,

⁶ Constitui um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade, representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (SAFFIOTI, 2004, p. 57).

os profissionais da ESF conseguiram reconhecer elementos da violência estrutural como um dos determinantes para a violência na família. O discurso de Juliana ilustra com detalhes esta questão quando fala a respeito do desemprego, da situação econômica precária, da gravidez não planejada, levando a uma série de dificuldades.

No estudo de Lobato, Moraes, Nascimento (2012) e Andrade e col. (2011), os profissionais, também, mencionaram a desestrutura familiar como um dos determinantes para a violência na família, semelhante aos dados do nosso estudo. A desestrutura familiar mencionada por Juliana esteve relacionada ao cuidado diário das crianças feito exclusivamente pelos avós e a gravidez não planejada agravada pela precariedade socioeconômica da mãe. Em estudo realizado por Gutierrez e Minayo (2011), os avós são importantes fontes de ajuda prática, para compartilhar o cuidado com os pais ou apenas o pai ou mãe, além de serem uma referência simbólica para as crianças/adolescentes. Entretanto, os profissionais não mencionaram os avós como importante rede de apoio e cuidado, pois, como ilustra o discurso de Juliana, o cuidado parece ser realizado exclusivamente pela avó, sem nenhuma presença do pai ou mãe, sobrecarregando-a no cuidado.

A violência estrutural, segundo Minayo (2006, p. 83), é aquela que incide sobre as condições de vida da criança, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais e, muitas vezes, ela aparece de forma naturalizada, como se não houvesse a interferência daqueles que detêm o poder e a riqueza. Em nosso estudo, os profissionais relacionaram alguns aspectos da violência estrutural à violência intrafamiliar, como, por exemplo, as situações de negligência. Sabemos que o abandono é uma característica da negligência e esta é definida como a natureza das situações de violência intrafamiliar, ao lado da violência psicológica, sexual e física. Para Minayo (2006, p. 82), a negligência ou abandono, inclui a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. Falta de atenção e cuidado em relação às necessidades básicas, como: não alimentar, não cuidar da higiene, prover tratamento médico inadequado à criança quando ela necessitar, absentismo da escola e omissão de atenção e de limites frente às várias situações do cotidiano (MINAYO, 2006; SANCHEZ; MINAYO, 2004).

Os aspectos culturais também marcaram as explicações sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Os discursos de Camila e Matheus ilustram este aspecto, ao se referirem ao uso da violência física exagerada para educar ou corrigir.

Notamos, nesses discursos que o poder patriarcal e a dominação ainda regem as relações entre pais e filhos, e a violência física ainda é associada à prática educativa. Os profissionais percebem que o uso da violência física pelos pais ou cuidadores em crianças e

adolescentes é utilizado para corrigir e educar. Ela pode se manifestar de várias formas: tapas, socos, empurrão, mordidas, chutes, queimaduras, corte, estrangulamento, etc. (BRASIL, 2002a).

Para Flood (2009), a natureza da violência intrafamiliar, como por exemplo, a violência física e sexual, não são fatos biológicos, naturais, intrínsecos aos seres humanos. Ao invés disso, são fatores sociais e culturais. No estudo de Rocha e Moraes (2011), os profissionais da ESF que foram entrevistados sobre maus-tratos infantis informaram que percebem a banalização da utilização de agressões físicas utilizadas por pais e cuidadores como prática educativa.

Freyre (1997) também traz importantes contribuições para refletirmos sobre a legitimação de uma relação de dominação histórica e cultural em detrimento dos discursos associados à natureza biológica da violência que é, por sua vez, uma construção naturalizada do poder patriarcal sobre os filhos. Ele ressalta que especialmente no período colonial, os filhos (crianças e adolescentes) assim como as mulheres estiveram submetidos à autoridade paterna e até mesmo depois de crescidos. Quando jovens e casados ainda eram tratados como seres incompetentes pelas pessoas da família.

Zuma (2004) também concorda que os fatores históricos e culturais acerca da relação hierárquica entre pais e filhos e o bater como prática educativa mantêm a violência contra crianças e adolescentes. Para Zuma (2004) a violência física severa geralmente está associada a uma prática educativa, assim como ressaltaram os participantes, Matheus e Camila. Fatores culturais podem manter o uso da violência física exagerada como uma prática educativa e de correção. Entretanto, os fatores familiares, comunitários e outros externos à pessoa criam situações propícias à violência física que ocorre na família, além dos fatores culturais. Ele diz que estes fatores interagem com os biológicos, individuais, formando uma complexa rede de explicações para a violência. Porém, apenas os fatores internos, de ordem biológica⁷ não são suficientes para explicar a violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes, inclusive aquela cuja natureza dos atos é da ordem da violência física (ZUMA, 2004).

Em nosso estudo, assim como citou um dos profissionais entrevistados, a violência física severa é aquela que não deve ser aceita e naturalizada como uma prática educativa ou

⁷ Sobre as concepções biológicas da violência, Camargo, Alves e Quirino (2005) ressaltam que ela é também explicada a partir de concepções biológicas do comportamento humano, sendo essas, entendidas como a primeira raiz ou origem da violência humana. O ser humano é dotado de instinto agressivo que se instrumentaliza ou se manifesta através de atos violentos. Lorenz (1963) foi quem popularizou o método etológico para o estudo da agressão. Para ele todo ser humano tem uma tendência para agressão intraespecífica, isto é, agressão voltada para outros homens. O método etológico estuda o comportamento humano a partir de um enfoque biológico. Diante disso, Lorenz sugere então, soluções individuais para descarregar o instinto agressivo como, por exemplo: participação em esportes e outras atividades competitivas inofensivas.

corretiva. Posicionamo-nos contra este tipo de estratégia utilizada para educar e os discursos dos profissionais também ressaltam isso, como foi o caso do participante Matheus. No estudo de Villar (2003), os profissionais de saúde entrevistados, também, tiveram esta compreensão de que a violência física severa utilizada pelos pais ou cuidadores em crianças e adolescentes é uma prática educativa, de correção e muitas vezes ela utiliza da força física exagerada, em busca de cooperação do outro. Ou seja, a tradição cultural naturalizada e a relação de poder do adulto com a criança, foram, também marcantes, segundo as falas dos profissionais no estudo do autor supracitado e em nosso estudo também.

O estudo de Ramos e Silva (2011), sobre a violência doméstica contra crianças e os profissionais de Unidades Básicas de Saúde, concluiu que a violência que ocorre dentro da família, contra crianças e adolescentes, tem influência dos determinantes socioeconômicos, porém, a matriz cultural que rege as relações de poder e desigualdade entre pais e filhos, em que o adulto faz uso do poder que tem pela violência é um aspecto que também deve ser considerado. Para Minayo (2006a), deve-se incluir a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem da violência (do comportamento e das ações). Em nosso estudo, os profissionais apresentaram esta compreensão dos fatores, dos determinantes e do contexto em que a violência ocorre.

A violência entre irmãos, também, fez parte do discurso de um dos participantes entrevistados. Apesar de apenas um deles ter mencionado a violência entre irmãos, como aquela que mais ele identifica quando faz visitas domiciliares, consideramos pertinente destacar esta questão neste estudo, pois se trata de um aspecto pouco explorado em pesquisas sobre a violência contra crianças e adolescentes pelo setor saúde. Os autores Noland e Liller (2000), Eriksen e Jensen (2009), Johnstone e Marcinak (1997), Phillips, Phillips, Grupp e Trigg (2009), Reese-weber (2008), Finkelhor, Turner e Ormrod (2006) e Noland et al. (2004) a consideram um elemento da violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes. O seguinte discurso ilustra este aspecto:

[...] por que acontece mesmo, briga entre irmãos principalmente. Um não aceita o outro ninguém aceita ninguém [...] Já vi de pai para filho aqui na vizinhança sim, mas, irmãos é muito frequente.

São poucos os estudos que focam a questão da violência entre irmãos, como uma forma de violência no contexto familiar e que envolve crianças e adolescentes. Dos estudos que trataram especialmente da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e os

profissionais de Saúde da Família, a pesquisadora Tatiana das Neves Fraga Moreira (2012), mencionou a violência entre irmãos como um elemento da violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes.

Os estudos brasileiros que tratam apenas da violência entre irmãos são ainda menores do que aqueles publicados em outros países. Além do estudo de Moreira (2012) outras pesquisas sobre a violência entre irmãos também, foram publicadas, porém, em número reduzido. Dos estudos realizados no Brasil, foram encontrados dois artigos sobre o tema (CASTANHO, 2010; ASSIS, 1995) e apenas um livro (BRITO, 2002). No artigo de Assis (1995), a autora realizou estudo baseado em inquérito epidemiológico sobre o tema da violência física doméstica que envolve adolescentes, identificando elevada prevalência de violência entre irmãos. Já no estudo de Castanho (2010), ela chama a atenção da população para a naturalização ou tolerância desta forma de violência familiar que envolve crianças e adolescentes, quando, por exemplo, os pais ou adultos responsáveis aceitam o clima de disputa, se omitem de proteger um ou outro e, assim, deixam que os mesmos se “entendam” sem regular a convivência entre eles.

Por outro lado, o número de publicações internacionais encontradas sobre o tema violência entre irmãos (sibling violence) foi maior, totalizando sete publicações (NOLAND; LILLER, 2000; ERIKSEN; JENSEN, 2009; JOHNSTONE; MARCINAK, 1997; PHILLIPS, PHILLIPS, GRUPP, TRIGG, 2009; REESE-WEBER, 2008; FINKELHOR, TURNER, ORMROD, 2006; NOLAND et al., 2004). O estudo de Eriksen e Jensen (2009) ressalta um aspecto relacionado ao grau de severidade da violência entre irmãos, podendo variar dependendo de fatores contextuais, como estresse e recursos familiares. Os autores Noland e Liller (2000), Eriksen e Jensen (2009), Johnstone e Marcinak (1997), Phillips, Phillips, Grupp e Trigg (2009), Reese-weber (2008), Finkelhor, Turner e Ormrod (2006) e também, Noland et al. (2004) foram unânimes ao afirmarem que se trata de uma forma de violência familiar que envolve crianças e adolescentes (principalmente adolescentes) muito comum, porém, que ela é a menos compreendida como uma forma de violência. Ela é vista como menos séria quando comparada a outros tipos de violências que envolvem crianças e adolescentes. Os autores ainda apontam que as pessoas (familiares e outras fora do contexto familiar) geralmente são mais complacentes, mantendo certo silêncio em torno dela.

Harris et al. (1981), também, concordam com este aspecto, afirmando que no caso da violência física entre irmãos, ela é considerada altamente normal, apesar de parecer inconveniente aos pais. Para os autores, muito cedo as crianças aprendem um sistema de justiça através da violência física para alcançar o que querem e que a quantidade dela entre

irmãos está relacionada à inconsistência exibida pelos pais na aplicação de um sistema diferente de cooperação que não esteja vinculada à violência física.

Além da violência física que ocorre no microcontexto da relação familiar, os profissionais ressaltaram outros tipos de violências que, também, acometem crianças e adolescentes, como a violência comunitária ou infanto-juvenil. Os seguintes discursos ilustram estes dois aspectos:

Os ACS que estão na rua e estamos aqui há mais de dez anos, podíamos contar nos dedos quem mexia com drogas. Hoje, é impressionante o que tenho de pacientes, crianças envolvidas com droga já é grande, piorou de mais. Não sei o que está acontecendo, as famílias estão ruins hoje (Matheus).

As famílias aqui têm boas condições, mas o número de adolescentes que se envolve com álcool é grande. (Juliana).

[...] Aconteceu isso aqui. Vinha uma moça, uma adolescente, ela não contou para a mãe. Ela estava grávida e ela não contou para ninguém que ela foi vítima de violência sexual. Ela disse que estava a pé e veio um carro com duas pessoas e que estavam mexendo com ela. Até que chegaram em um ponto e jogaram ela dentro do carro e ela disse que estava com tanta vergonha de contar para a mãe e não teve coragem de contar para ninguém, agora ela está grávida e a mãe pressionando ela para saber de quem ela estava grávida por que ela não saía muito de casa e nem tinha namorado, aí ela começou a chorar e contou para a mãe e a mãe trouxe ela aqui. [...] Ela tinha 21 anos. [...] Uma vez eu escutei uma conversa de uma criança. Se eu quiser roubar eu posso, se eu quiser matar alguém, eu posso por que é para comer. A criança tinha seis anos [...] E ela disse: minha mãe não tem muita comida em casa e eu vou te ajudar. Vamos descobrir qual é a razão dele. O pai estava preso [...] Para você mostrar para a criança que este ato de violência é errado, que não é padrão para ele, é difícil por que ele vive isso dentro de casa e ele acha certo, então você vai mudar a opinião de uma criança. (Cláudia).

Os discursos acima apontam para a potencialidade que os profissionais de saúde da família têm para identificar outros tipos de violências. A violência comunitária ou infanto-juvenil, também, se constitui como preocupação ou um problema para na perspectiva dos

profissionais de saúde e eles legitimam este outro tipo de violência, como aquele que atinge crianças e adolescentes. Eles transcenderam suas descrições sobre a violência em crianças e adolescentes, para além do microcontexto das relações familiares. Além disso, como ressaltou uma das participantes deste estudo, a Cláudia, as vítimas chegam ao serviço de saúde, e os profissionais trabalham neste território onde este tipo de violência acontece. Como apontam Krug et al. (2002), Minayo (2006) e Benetti et al. (2006), a violência comunitária ou infanto-juvenil se refere à exposição, principalmente de adolescentes, a agressões, estupros, assaltos, roubos, homicídios, presença de armas e tráfico de drogas no local onde moram. Ela se refere à adesão de crianças e adolescentes às situações de delinquência, contrabando, mortes, crimes violentos, porém esta característica da delinquência infantil e juvenil, de acordo com Minayo (2001), pode estar relacionada também, à violência estrutural. Como pudemos notar os participantes: Matheus, Juliana e Cláudia citaram características deste tipo de violência, semelhantes às encontradas na literatura.

O estudo de Galvão e Dimenstein (2009) sobre violência e o setor saúde, também, apontou para o reconhecimento pelos profissionais da rede básica de saúde, de outros tipos de violência, além da interpessoal que ocorre dentro da família, como por exemplo, aquela que ocorre na vizinhança, nos arredores, no território onde moram as famílias e trabalham os profissionais da Atenção Básica. Os estudos de Moreira (2012) e Lobato, Moraes e Nascimento (2012) também, mencionaram que os profissionais de saúde da família relatam histórias do cotidiano do atendimento, ou em visitas domiciliares ou na unidade de saúde, relacionadas ao envolvimento de crianças e adolescentes com o uso de drogas e, também, com o tráfico. Além disso, dizem tentar buscar ajuda para esses casos que são denominados como questões sociais e que podem ser solucionadas a partir da ESF. Porém, no estudo de Moreira (2012) os profissionais citaram que estas questões requerem a construção de políticas públicas mais efetivas, na área da educação, emprego e lazer.

O discurso de Cláudia, a respeito da violência sexual que ocorreu no bairro com uma jovem de vinte poucos anos, ilustra uma das características da violência comunitária e foi um caso que chegou até a Unidade de Saúde da Família, para assistência. O estudo de Moreira (2012) também apontou que as crianças e adolescentes do bairro estavam expostas a outros tipos de violência, cuja natureza era da ordem da violência sexual e ameaça de morte por traficantes do bairro. Para Velho (1996), o envolvimento de crianças e adolescentes com o tráfico de drogas, roubos e assassinatos ilustra um cenário triste de incapacidade de poder público de prover o básico e necessário com qualidade. Eles acabam enxergando na transgressão uma possível forma de acesso ao que lhes é negado sendo o crime, apesar dos

riscos, gratificante. A violência no território não ameaça apenas crianças e adolescentes, mas também os profissionais que ali trabalham, muitas vezes causando medo e, insegurança, podendo, até mesmo, fragilizar o vínculo entre as famílias e os profissionais de saúde.

A relevância de outros tipos de violência que ocorrem fora da relação familiar não substituíram ou neutralizaram a violência que ocorre no microcontexto das relações, denominada também, segundo Krug et al. (2002) como violência interpessoal.

5.2 Das violências reveladas às veladas

Os sentidos atribuídos à violência contra crianças e adolescentes, também, estiveram relacionados à natureza dos atos de violência que são basicamente quatro: sexual, física, psicológica e a negligência/abandono (MINAYO, 2006, p. 82). No discurso dos profissionais de saúde, se destacaram as violências veladas, aquelas mais sutis e pouco identificadas pelo setor saúde como: a violência psicológica e também, elementos relacionados à negligência.

Violência para mim, não é só violência física, vejo muita negligência alimentar, obesidade. Você cansa de falar com a mãe: ela está gorda ou a dieta fraca e é responsabilidade da mãe e ela está sendo negligente, no sentido do cuidado. É alimentação. [...] Ontem eu atendi uma criança e ele tinha um defeito no nariz e a mãe chamava-o de feio e dizia: não puxou para mim, puxou para o pai. Fiquei pensando a própria mãe fala para o filho que ele é feio. Imagina a auto estima dessa criança e imagina o que os outros fazem com ele. (Matheus).

Eu vejo muito aqui violência emocional. Crianças que sofrem por causa da falta de estrutura familiar, não de maus-tratos físicos, mas, por que a criança sente-se abandonada. Auto-estima baixa também, é ruim. Crianças que presenciam os pais se agredindo. A gente não vê lesão física aqui não, aquelas graves, sabe? São outras formas de agressão que a gente vê aqui. [...] Eu tive um caso de abuso, mas, era suspeito. É tudo da ordem dos maus-tratos emocionais e falta de cuidado com a criança [...] Vi crianças que são criadas pela avó, não veem os pais, que a mãe abandona (Juliana).

É uma violência que você não vê. [...] Aquilo que tá ferindo a integridade física e moral dela, pode não ferir de uma vez, mas, aos poucos, isso vai fazer estragos na vida dela, no emocional dela. [...] violência não é só física não. Pode ser um ato físico, verbal, moral, qualquer ato que atinge a integridade de alguém é violência e as violências veladas. As pessoas não dizem nada, mas as atitudes dizem tudo. (Cláudia)

[...] tudo aquilo que você pode estar fazendo tanto fisicamente quanto moralmente que venha agredir seu próximo e isso pode ser com palavras, com ação. Acredito que seja isso. Palavras para ofender [...] Ameaçar, não respeitar. (Helena).

De acordo como Minayo (2006), Bazon (2008) e Garbarino (1993), a violência psicológica se refere às situações em que os adultos sistematicamente depreciam ou ameaçam as crianças ou adolescentes, em nome de uma educação rigorosa ou por hostilidade. São agressões verbais ou gestuais com o objetivo de rejeitar, ou seja, recusar-se a reconhecer a importância da criança e a legitimidade de suas necessidades. Amedrontar ou aterrorizar, ou seja, a criança é atacada verbalmente, criando um clima de medo e terror, fazendo-a acreditar que o mundo é hostil. Humilhar ou até mesmo, atitudes que isolam ou restringem a liberdade e o convívio social, separando a criança de experiências sociais normais impedindo-a de fazer amizades, fazendo com que a criança acredite estar sozinha no mundo. Ignorar, ou seja, privar a criança de estimulação, reprimindo o desenvolvimento emocional e intelectual e corromper, que se relaciona às situações que o adulto conduz negativamente a socialização da criança, estimula e reforça o seu engajamento em atos antissociais, também, são características da violência psicológica, segundo os autores supracitados.

O estudo de Rocha e Moraes (2011) com os profissionais da ESF, identificou, em primeiro lugar, a ocorrência de violência psicológica como a mais frequentemente utilizada pelos pais ou cuidadores contra crianças e adolescentes. Em 2004, um estudo realizado em São Gonçalo, Rio de Janeiro, envolvendo adolescentes de escolas públicas e particulares, constatou que 48% referiram ter sofrido violência psicológica de pessoas significativas da família ao longo da vida ou em algum período, apenas 14,6% referiram ter sofrido violência física e 11,8%, violência sexual na família (ASSIS et al., 2004).

Já no estudo de Villar (2007), a violência psicológica foi a segunda mais identificada pelos profissionais de saúde da família que participaram do estudo, e a violência física ficou em primeiro lugar. No estudo de Zanelatto et al. (2012), a violência física bem como a psicológica, foram consideradas pelos profissionais de saúde da família a natureza da

violência que mais atinge crianças e adolescentes. Os mesmos conseguem percebê-la e legitimá-la como uma forma de violência, não menos grave que a física.

Por outro lado, no estudo de Ramos e Silva (2008), os autores concluíram que a violência psicológica passa despercebida pelos profissionais de saúde da família e mesmo quando presenciam a violência física pelas marcas deixadas no corpo, não perceberam que a psicológica pode vir associada. Os profissionais entrevistados não citaram a violência psicológica como aquela que, também, é praticada em crianças e adolescentes dentro da família.

Em nosso estudo, a violência psicológica se destacou como aquela que mais facilmente consegue ser percebida e identificada como mais um elemento da violência intrafamiliar.

A violência psicológica é uma forma invisível de violência e, segundo Claussen e Crittenden (1991), ela é pouco legitimada no campo da saúde como um aspecto da violência familiar que, também, envolve criança e adolescente, e que pode ser tão ruim quanto a violência física. Por outro lado, Abranches e Assis (2011) apontam que, após a década de 1970, a violência psicológica foi alcançando maior legitimidade no campo da saúde. Se compararmos ao início dos estudos científicos publicados sobre a violência, em meados de 1860 e 1946, com os médicos Tardieu e Caffey, notamos que esses estudos focavam a violência física e intervenções baseadas no modelo biomédico, na identificação das lesões, cura e tratamento. Atualmente, outros aspectos da violência também, têm encontrado certo destaque no campo da saúde, como apontaram Claussen e Crittenden (1991), Abranches e Assis (2011) ao se referirem à violência psicológica.

Outro elemento da violência psicológica está relacionado ao envolvimento, mesmo que indiretamente, da criança, em brigas ou agressões entre os pais. Presenciar os pais se agredindo, como citou Juliana, segundo Zanelatto et al. (2012) entra na categoria das violências, cuja natureza é a psicológica. Além disso, a violência entre os pais, entre o homem e a mulher, mais conhecida como a violência de gênero, também, reserva relações com a violência contra crianças e adolescentes. Portanto, a violência contra criança e adolescentes não deve ser analisada isoladamente. É possível que a violência entre adultos possa dar sinais de que ocorra, também, violência contra crianças e adolescentes no lar, assim como o inverso.

A negligência também foi legitimada pelos profissionais do nosso estudo, como um elemento da violência intrafamiliar. Os participantes Matheus e Juliana, ao descreverem a violência intrafamiliar trouxeram elementos relacionados à negligência, no caso, relacionada à

alimentação e a obesidade e também, elementos da negligência relacionados aos maus-tratos emocionais, como a falta de cuidado, de atenção e afeto.

Para Ferreira et al. (2009a), a negligência compreende uma enorme variedade de condições que vão desde a oferta inadequada de alimentos até a falta de carinho. As autoras ainda ressaltam que existem dificuldades para identificar e abordar casos de negligência que estão relacionados a questões sociais e econômicas da família, sendo importante analisar os recursos que cada família possui para prover as necessidades da criança (FERREIRA et al., 2009a). Os autores chamam a atenção para uma relação muito próxima entre a violência intrafamiliar, no caso da negligência, por exemplo, com aspectos da violência estrutural, pois, ter ou não recursos para prover cuidado às crianças pode atravessar a questão socioeconômica e até mesmo a responsabilidade do Estado, em prover melhores condições gerais de vida à população.

O participante, Matheus, menciona preocupações com relação à negligência alimentar que está relacionada ao crescimento saudável e integral da criança. Porém, é importante ressaltar que a negligência, seja de qualquer forma (oferta inadequada de alimento, falta de carinho), pode estar correlacionada à questão econômica, de não ter condições financeiras de prover uma dieta mais saudável, até mesmo, questões de estilo de vida, relacionadas aos hábitos alimentares da família. Martins (2006) aponta que apesar da pobreza não determinar a negligência é um fator importante que contribui para seu surgimento ou agravamento. Sendo assim, não são apenas os pais, responsáveis pela negligência, pois, ela também está ligada à violência estrutural. Para Minayo (2010, p. 81), a maioria dos tipos de violências interpessoais (âmbito familiar e comunitário) tem sua base na violência estrutural e a negligência é uma delas. Esta categoria, segundo Minayo (2010), se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que mantêm situações de miséria e desigualdade.

Esse aspecto no contexto da ESF é de extrema importância, pois sabemos que os problemas de saúde que mais se destacam atualmente são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Os fatores de risco relacionados às DCNTs têm imposto uma sobrecarga no quadro de mortalidade e morbidade da população brasileira (MALTA e MERHY, 2010). Diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares causas externas (acidentes e violências), obesidade, neoplasias são alguns exemplos das atuais doenças crônicas não transmissíveis que se destacam e apresentam fatores de risco modificáveis, relacionados a fatores ambientais, estilo de vida, hábitos alimentares, sedentarismo e ao nível socioeconômico e cultural da população (BRASIL, 2011e).

Para Malta e Merhy (2010, p.593), as DCNTs são aquelas de longa duração, demandando intensa atuação de cuidadores, projetos terapêuticos, acesso aos serviços e ações integradas. São questões de saúde que requerem linhas de cuidado (LC)⁸, pressupondo a existência do uso de tecnologias leves e atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório (MALTA; MERHY, 2010, p.593). O acesso à alimentação saudável, um elemento que pode ser considerado como responsável por diminuir a obesidade, ou a melhoria da ingestão de nutrientes necessários para uma criança ou adolescente crescerem saudavelmente, implica não somente escolhas individuais (hábitos alimentares saudáveis), mas, fundamentalmente, políticas públicas integradas, desde ações educativas, acesso à merenda escolar saudável, informações nutricionais em produtos industrializados, até a regulação do conteúdo das propagandas que atingem públicos específicos e condições econômicas para compra de alimentos (MALTA; MERHY, 2010).

Além disso, Martins (2006) aponta que a negligência deve ser compreendida a partir dos atravessamentos subjetivos das relações entre pais e filhos, de carinho, afeto e cuidado. Crianças que sofreram negligência necessitam não apenas de cuidados nutricionais e de saúde, mas de amparo emocional que lhes permita restaurar as possibilidades de vinculação afetiva (MARTINS, 2006). Nessa direção os discursos dos profissionais destacaram essa questão, pois eles trazem elementos relacionados ao microcontexto da relação entre pais e filhos, como, por exemplo, a falta de cuidado, abandono, usar palavras para depreciar, ofender e ameaçar.

No contexto da ESF, as tecnologias leves de cuidado possibilitam atuar sob esses determinantes, sob a mudança de hábitos alimentares individuais e da família e a articulação intersetorial, pautando ações sob a perspectiva da promoção da saúde e da prevenção, incluindo ações educativas. Portanto, a corresponsabilização pela situação de saúde das famílias, também, atravessa a prática do profissional da ESF e, também, mudanças no âmbito da política. A negligência alimentar, por exemplo, não é tão somente responsabilidade da mãe/pai ou apenas da equipe de saúde. Ambos são corresponsáveis pela melhoria das condições de vida das pessoas, inclusive, essa questão citada por Matheus sobre a negligência alimentar. Ela demanda mudança de hábitos alimentares, de valores, e a reeducação alimentar

⁸ Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A Linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois, não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita (FRANCO; FRANCO, s/d).

que podem obter resposta a partir de ações de promoção à saúde no contexto da ESF, mudança nas condições sociais e econômicas da família e também mudança na relação de cuidado com a criança.

Diante disso, novamente compartilhamos com Ferreira et al. (2009a) especialmente com relação à negligência, que ela deve ser cuidadosamente avaliada, pois, algumas características dela podem estar relacionadas à ausência de moradia adequada e higiênica para a criança, à segurança, a vestimentas, à alimentação saudável para seu crescimento e desenvolvimento, por questões econômicas e pela ausência de políticas públicas. Portanto, se ampliam os possíveis agentes desta modalidade de violência, pois existem múltiplos atores envolvidos com o cuidado da criança, inclusive os órgãos responsáveis pela formulação de políticas públicas (FERREIRA et al., 2009a).

5.3 O trabalho da equipe de saúde da família e a violência contra crianças e adolescentes: desafios e potencialidades

Nesta categoria, serão discutidos aspectos relacionados ao trabalho cotidiano do profissional de saúde, no contexto da ESF. Iremos destacar potencialidades e desafios do trabalho, com relação ao acolhimento da violência intrafamiliar a partir da ESF. Para aprofundamento da discussão dos desafios e potencialidades, optamos em criar três subcategorias, dentro desta categoria geral.

Todos os profissionais entrevistados acreditavam no seu potencial para acolher situações de violência desde a prevenção até a assistência a partir da ESF, porém, apontaram algumas limitações como: a formação, a falta de parceria com outros setores, de apoio de outras especialidades profissionais na discussão e condução dos casos e o medo de sofrerem represália por alguém da família, caso haja intervenção de terceiros. Como ressaltou Moreira e Sousa (2012), a transformação dos sentidos e significados acerca da violência parece ter possibilitado que ela passasse a ser vista, também, como questão de saúde, compartilhando com outros campos, como a justiça e o campo social, certa responsabilidade com esta questão. A mudança no conceito de saúde possibilitou que a violência fosse considerada como questão de saúde (MINAYO; SOUZA, 1999). Além disso, no contexto da ESF, os profissionais de saúde estão voltados para as necessidades sociais e de saúde da população e para atendê-las requerem diferentes ferramentas para a construção do cuidado em saúde, que possa responder

a estas demandas. Nesse sentido, os profissionais citaram que as reuniões de equipe, a criatividade, a experiência pessoal e o diálogo com as famílias têm sido as ferramentas de trabalho mais utilizadas por eles até o momento, para atender a situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Apesar de acreditarem que possuíam potencial para responder às situações de violência, alguns discursos dos profissionais não apontaram para um consenso com relação ao reconhecimento da violência como questão de saúde. No estudo de Galvão e Dimenstein (2009), os autores também concluíram a partir dos discursos dos profissionais entrevistados que não existe um consenso por parte deles quanto ao fato de a violência ser uma demanda de fato para o setor saúde. Tanto em nosso estudo como no de Galvão e Dimenstein (2009), os profissionais não se sentem seguros ou preparados para ajudar, não reconhecem como questão de saúde e encontram muitos limites em sua prática para intervenção.

Os discursos, a seguir, ilustram esses aspectos com relação à pergunta: você considera a violência uma questão/problema de saúde?

Sim, mas, a gente não é preparado para isso, mas a experiência do dia a dia ajuda muito. Não tenho recursos, estrutura para ajudar e nem conhecimento. Você aqui, se sente na obrigação de ajudar, fazer alguma coisa, a gente se sente muito mais no sentido de ajudar. A gente só tem a escola e o centro de saúde aqui e às vezes temos problemas sociais, econômicos que não sabemos o que fazer (Matheus).

Eu acho que a gente tem o básico para trabalhar essas questões familiares [...]. Acho que a gente tem oportunidades melhores do que os outros profissionais. Trabalhar a questão da prevenção da droga, álcool [...]. A gente acaba sendo uma porta de entrada, o profissional médico é importante, mas a escuta maior aqui dentro da unidade é o enfermeiro. Os Agentes Comunitários estão nas casas o tempo todo e constantemente eles vêm primeiro, trazem os problemas para o enfermeiro. A grande parte do problema é social, coisas familiares, financeiras (Juliana).

Com certeza. Por que os profissionais que ficam na unidade não se envolvem como a gente se envolve. No final de semana eu continuo aqui no bairro, eu não vou para minha casa. A gente já tinha um vínculo com essas famílias antes então acho que é relevante o que podemos fazer (Paula).

Nem sempre, mas, muitas vezes a gente tem sim. Mas o que a gente tem que aprender, precisamos de duas coisas, a primeira é tempo para ouvir, coisa que muitas vezes a gente não tem. Tem dia que a pessoa senta aqui e fica conversando comigo, mas, tem dia que a pessoa tá aqui, mas, tem uma fila lá fora (Camila).

Eu acho que faz parte do nosso trabalho. A gente acaba muito limitada, quando você olha e fala: gente, vou fazer o que mais? Mesmo por que eu sou mãe, eu moro aqui (Elena).

O estudo de Zanelatto et al. (2012) apontou que os profissionais da ESF podem acolher situações de violência, a partir de uma nova visão para abordar a violência infantil no campo da saúde dentro dos princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade, a hierarquização e a resolutividade. O estudo de Moreira (2012a) concluiu, também, a partir dos discursos dos profissionais de saúde que a organização do serviço a partir das diretrizes da ESF é um facilitador para a identificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e também para a construção de estratégias de cuidado. As respectivas falas de Juliana e Paula: “somos uma porta de entrada. A grande parte do problema é social, coisas familiares, financeiras [...] A gente tem oportunidades melhores do que outros profissionais” e “Acho que é relevante o que podemos fazer” apontam para a potencialidade do setor saúde, mais precisamente da ESF para acolher situações de violência no campo da saúde, apesar de não haver consenso quanto ao reconhecimento da violência como questão de saúde.

Corroborando os dados acima apresentados, Minayo e Souza (1999) apontam que o esforço teórico, metodológico e político para reconceituar a saúde e, assim, compreendê-la como questão complexa, com determinação social, condicionantes culturais e produto da relação do indivíduo com a sociedade, possibilitou a entrada da violência para o campo da saúde, por volta da década de 1980. Podemos notar que, no contexto da ESF, embora existam muitos desafios de acolhê-la como questão de saúde, ela é considerada pela equipe como um problema de saúde também.

Com isso, talvez possamos inferir que a violência consegue se legitimar como questão de saúde e para a área da saúde, dividindo responsabilidades com outros setores, como o policial, jurídico e social.

Nos discursos a seguir, se destacam os recursos ou potencialidades que os profissionais têm para acolher situações de violência no campo da saúde, a partir da ESF:

Aqui a gente resolve mais diretamente, a gente aciona o Conselho Tutelar em segundo momento. A gente conhece a família toda, os pais. A gente tem liberdade de abordar de outra forma, de chegar não como autoridade. A gente faz reuniões de equipe só para discutir esses casos, pede para o ACS fazer visitas mais frequentes. O PSF tem essa diferença, um tipo de abordagem diferenciada [...] Quando é violência física, geralmente a gente notifica e acho que a gente tem que notificar. Para nós a criança não conta diretamente, mas, queixas do tipo: muita dor de cabeça, dificuldade escolar, brigas com alguém. Quando vejo que as coisas não estão muito claras eu pergunto, converso com a criança. Quando precisa de outros profissionais a gente chama. Tem paciente agendado o dia todo, não dá para escutar, fazer uma abordagem em 15 minutos. Eu chamo a Juliana, por exemplo, e ela conversa com a família e a gente conversa com a equipe, conversa com os pais, por que está assim? Vamos norteando o problema, mas, é principalmente conversar para entender o que está acontecendo (Matheus).

A gente discute todos os casos com a equipe, faz visita em conjunto. A gente sabe que não dá para resolver a metade, um décimo dos problemas familiares, mas, com certeza a gente vê a prioridade. Considero que todos os profissionais da Atenção Básica são importantes, têm uma atuação importante na questão da violência. A gente tem um vínculo maior. Eles nos respeitam, vêm buscar nossa ajuda. Nossa maior ferramenta é o diálogo. É tentar conversar, é melhorar as relações interpessoais, alguém de fora pode ajudar a trazer outros olhares para aquela situação (Juliana).

A gente tenta conversar, orientar, tenta conversar com a família mesmo, para conversar com os filhos, seja mais presente na vida deles, saibam quem são seus amigos. Queria uma varinha de condão, mas, acho que orientar, mas, não faço nada. Eu compartilho com a equipe o que estou vendo ali, para ter uma ideia diferente. [...] você trabalha com saúde da família, você trabalha com equipe e aquilo ali não é um problema do Agente Comunitário de Saúde, é um problema da equipe [...] Eu também, tenho que ajudar a resolver. Todo mundo tem uma função nisso (se referindo às situações de violência) (Elena).

O que sempre faço primeiro é tentar ouvir os dois lados, tentar ouvir a vítima, o que aconteceu e como aconteceu. Muitas vezes a gente não consegue interpretar mesmo os

sinais, se tem alguma coisa ou não. Tentar ouvir o pai, por que uma criança de dois anos que foi espancada, a criança não é o problema, mas o que ela representa para aquele adulto (Camila).

Minha função, eu não posso falar: fiquei sabendo de um caso e trago pra cá. Se a equipe toda não souber levar o caso de maneira correta, ela pode dizer: ah! Foi o Agente Comunitário que contou, não conto mais nada para ela. Se a gente não souber como intervir, a gente prejudica (Paula).

Acho que a orientação previne, a gente orienta quando vê e leva para a equipe para discussão, na verdade a gente tem mais que escutar do que orientar (Paula).

Para Merhy (1999), o trabalhador em saúde tem uma caixa de ferramenta para conformação do cuidado. A caixa de ferramenta aqui é entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para ação de produção de atos de saúde (MERHY, 1999). Portanto, Juliana diz que sua maior ferramenta é o diálogo, principalmente quando se trata de situações de violência que envolvem crianças e adolescentes. O diálogo, bem como o acolhimento, o vínculo e corresponsabilização são apontados como tecnologias leves de cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2003) e são, também, importantes instrumentos para alcançar a integralidade e a humanização do cuidado (MERHY, 1999). É o diálogo e o relacionamento entre a família e o profissional que possibilitarão apreender necessidades de saúde, como a violência intrafamiliar e, assim, negociar formas de cuidado, como apontaram os profissionais entrevistados.

No contexto da Estratégia Saúde da Família, o diálogo possibilita a negociação e compreensão de valores culturais, crenças, mitos e a visão de mundo das famílias, necessitando que estes possam ser compartilhadas com a equipe de saúde, para assim, orientar o foco de atenção e o cuidado em saúde.

O estudo de Moreira (2012a) sobre os profissionais de saúde da ESF e sobre a violência familiar apontou que as estratégias construídas pela equipe para atenção às situações de violência familiar estiveram centradas na ideia de cuidado, no diálogo com as famílias e suas necessidades, alternando, em alguns momentos, com o modelo prescritivo, de controle, cerceamento e pouca participação da família nas decisões. Em nosso estudo, um dos participantes mencionou que eles têm liberdade e autonomia para abordar as famílias de outra forma e buscam fazer a notificação e acionar o Conselho Tutelar em um segundo momento.

Para os profissionais, acionar o Conselho Tutelar significa chegar às famílias para resolver o problema como autoridade, e os profissionais preferem solucionar esta questão de outra forma, chamando para conversar e entendendo o que está se passando. Como ressalta Moreira (2012a) em seu estudo, são estratégias de redução de danos, no sentido de buscar negociar as ações de saúde e acionar serviços adequados.

Além disso, o diálogo esteve presente também, em outra estratégia de assistência prestada pela equipe, em casos de violência intrafamiliar como ressaltaram os participantes: Matheus, Helena e Paula. Conversar e, compartilhar com a equipe é uma estratégia de cuidado encontrada por eles, buscando, com isso, uma resolução conjunta. No estudo de Moreira (2012a), a reunião de equipe é apontada como espaço utilizado para a construção de estratégias de cuidado. Em nosso estudo, também, houve a valorização deste dispositivo pelos profissionais entrevistados (“levo para discutir com a equipe”). Essa relevância do trabalho em equipe remete ao potencial de ampliação da capacidade criativa e de compartilhamento, onde diferentes olhares e saberes possibilitam ampliar a capacidade de enfrentamento e intervenção às situações que se apresentam às equipes de saúde da família, incluindo a violência intrafamiliar.

Percebemos que o trabalho nesta equipe é de cooperação, e seu desenvolvimento não acontece de forma isolada. Além disso, podemos inferir que questões relacionadas à violência mobilizam inquietações, emoções negativas, impotência e parece que, a partir dos discursos, compartilhar com a equipe traz algum alívio, pois reconhecem que não estão sozinhos, e a violência é uma questão complexa que demanda uma abordagem multiprofissional, pois ela não faz parte do núcleo de saber de uma única especialidade profissional.

Para Dimenstein e Galvão (2009, p. 12), o trabalho em equipe pode ser um espaço adequado para produzir saúde de forma democrática, pois coloca os profissionais na condição de articular o seu saber com os demais, no nível das relações, entre si. Até nas reuniões de equipe, a produção da saúde se dá necessariamente no nível relacional, no trabalho vivo em ato, a partir do uso de tecnologias leves de cuidado em saúde.

O tema da violência parece estremecer os recursos tecnológicos específicos de cada profissional, mobilizando o compartilhamento e o trabalho em equipe onde os recursos tecnológicos como prescrição de exame e medicação ocupam um lugar restrito, muito delimitado, forçando a construção de novos “diagnósticos” que perpassam a história da família, seus recursos, problemas, sua rede social e os dispositivos do território como os instrumentos de ajuda.

Mesmo os profissionais tendo apontado o trabalho em equipe, formado pela equipe mínima, como uma estratégia de cuidado, para eles ainda parece ser insuficiente para a atenção à complexa situação de violência intrafamiliar. Sendo assim, os profissionais de saúde apontaram a necessidade de uma equipe ampliada e sabendo que são propostos para a ESF outros profissionais, os mesmos ressaltam a importância das equipes de apoio, como o NASF para aumentar a potencialidade e a capacidade de resolubilidade do setor saúde, com relação às situações de violência. Os seguintes discursos apontam esta questão:

Acho que o pessoal da psicologia e do Conselho Tutelar aqui conosco para sentar e conversar e dar retorno para nós. [...] só nossa equipe sozinha acho muito difícil (sobre a prevenção das situações de violência). Como você falou, ter supervisão, alguém junto, por que se não a gente não consegue, falta perna. (Matheus).

Por exemplo, aqui a gente trabalha mais com a escola, tem a EMEI e a creche que é aqui ao lado, mas, a assistente social que é aqui da área e eu estou aqui há um ano e meio e eu estou sempre falando, preciso ir lá conhecê-la. Às vezes a gente atende paciente, sabe que ele precisa de um benefício ou tem algum. [...] a assistente social, é sobre o benefício, o LOAS, por exemplo, e até discutir se determinada família precisa e pode ter um benefício, só que geralmente é a saúde que detecta e manda pra ela. [...] tem que ter essa articulação, precisa ter um melhor entrosamento. Tem uma psicóloga que atende os casos, eu vou pessoalmente lá falar com ela, ela me orienta e posso dar um feedback para as famílias. [...] Tinha o NASF, que é para discussão dos casos e eu acho importantíssimo, ter um psicólogo, um fisioterapeuta, um assistente social não aqui, mas, um grupo, um núcleo com pessoas que nos ajudem a discutir por que tem coisas que não são da nossa área. Não adianta a gente pensar, ah tem um psiquiatra lá, a gente tem que ligar, entrar em contato, isso na rede pública não dá certo. Esses grupos que são os apoiadores das equipes são extremamente importantes (Juliana).

Olha você quer ver uma coisa. Primeiro, a rede familiar, mas, uma coisa que eu gostaria de saber é: se eu tenho um caso grave, quem aciona? Como chego àquele promotor? Quem vai vir aqui me ajudar? (Camila).

Mas, assistente social não trabalha conosco e acho péssimo. Além de não estar próxima, de repente tem um casal de idoso ali. Vou te contar um caso que aconteceu, para mim, é uma forma de violência os dois morarem sozinhos, ela ter caído, quebrou o fêmur e ele ficou cuidando dela este tempo todo, os dois oitenta e tantos anos, dormiam no chão. A gente precisou acionar o Conselho do Idoso, para arrumar um lugar para ela ficar. A assistente social não ficou sabendo disso. Nós ligamos para o Centro de Referência, é o CRAS, ela nunca soube, a assistente social lá, não funciona aqui não. Então acredito que poderia ter uma assistente social aqui na Unidade (Paula).

Podemos inferir, a partir das falas acima, que os profissionais estão apontando para a urgente necessidade de ampliar a equipe para que assim a equipe mínima que compõe a ESF possa ampliar o escopo de suas ações em saúde focadas nas necessidades sociais das famílias, inclusive, com relação às várias formas de violência. Segundo as diretrizes do NASF, acolher as situações de violência presentes em seu território de abrangência se constitui em ações comuns da equipe de saúde da família em conjunto com a equipe do NASF (BRASIL, 2009d).

A partir da revisão da literatura e leitura minuciosa de todas as produções científicas sobre o tema violência, crianças, adolescentes e a ESF, entre 2002 e 2012 (CAVALCANTI, 2002; SANTOS, 2005; VILLAR, 2007; ROCHA; MORAES, 2011; LIMA et al., 2011; RAMOS; SILVA, 2011; MOREIRA, 2012a; MOREIRA, 2012b; LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012), apenas uma mencionou diretamente a atuação da equipe do NASF e da ESF no atendimento às situações de violência (MOREIRA 2012a), porém, no estudo de Santos (2005, p. 111), apesar de não ter citado explicitamente o NASF, os profissionais da ESF participantes do estudo mencionaram a necessidade de incorporação de outros profissionais (psicólogos e assistentes sociais) para atenção às situações de violência intrafamiliar que transcendem a perspectiva individual focada apenas na vítima. Em nosso estudo, os profissionais mencionaram que a presença de psicólogos e assistentes sociais ajudaria na construção de processos de ajuda às situações de violência intrafamiliar.

No estudo de Moreira (2012a) entre os resultados da pesquisa, um deles esteve relacionado à melhora qualitativa no atendimento às situações de violência familiar contra crianças e adolescente a partir da presença de psicólogo e assistente social que fazem parte da equipe do NASF, sendo, portanto, um diferencial para o acolhimento da violência no contexto da ESF. No município onde se realizou essa investigação, o NASF ainda não faz parte da rede

de serviços de saúde⁹, porém, algumas unidades de saúde da família contam com uma equipe de matriciamento.

Em estudo realizado por Stoever e Silva (2010), a atuação em conjunto, entre a equipe da ESF e do NASF, é capaz de prevenir situações de negligência na primeira infância. Nesse estudo, as autoras relatam que devido às queixas recorrentes durante discussões de casos entre a equipe de uma unidade de saúde da família e do NASF, com relação à negligência dos pais com os cuidados dispensados às crianças pequenas, em uma cidade no Sul do Brasil, a equipe do NASF e da ESF estreitou ações de trabalho em conjunto, buscando promover o incentivo do aleitamento materno, o cuidado prazeroso entre mãe e bebê e também, formar redes de apoio à família que dela necessitar, acolher o binômio mãe-bebê e, também, garantir os direitos das crianças e sua proteção e cuidado. Elas concluíram ao final do estudo que se tratou de uma estratégia positiva e possível de ser colocada em prática quando em conjunto com as equipes de apoio da ESF (STOEVER; SILVA, 2010).

Os participantes do nosso estudo sentem a necessidade de contar com a ajuda de uma equipe de apoio como a do NASF, como citou diretamente Juliana: “tinha o NASF, que é para discussão dos casos e eu acho importantíssimo, ter um psicólogo, um fisioterapeuta, um assistente social não aqui, mas, um grupo, um núcleo com pessoas que nos ajudem a discutir por que tem coisas que não são da nossa área” e indiretamente, Matheus: “alguém junto, por que se não a gente não consegue, falta perna”. Diante da complexidade de demandas com as quais se deparam a atenção básica, dentre as quais, certamente destaca-se a violência, as equipes de saúde, também, precisam de um conjunto diferenciado de saberes e práticas para ser eficiente e resolutiva, respondendo às necessidades mais amplas de saúde da população.

Madeira (2009) ainda ressalta que pensando neste contexto de trabalho, na ESF, onde já se realiza um trabalho interdisciplinar com os integrantes da equipe mínima, parece óbvio incorporar novas competências aos processos de trabalho, cujos serviços tendem conseqüentemente a ampliar sua capacidade e melhorar sua resolubilidade. Podemos inferir, portanto, que neste cenário, a violência intrafamiliar poderia ainda mais ser considerada uma questão de saúde, e obter, deste setor, respostas efetivas, a partir da prevenção e promoção da saúde.

Alarcão (2012) ressalta que se trata de uma problemática que solicita a intervenção de saberes e profissionais diversos, desde as forças de segurança ao sistema judicial, passando pelas áreas da saúde, da educação e do apoio psicológico e social. Diante disso, os

⁹ No município onde se realizou esta investigação, o NASF ainda não faz parte da rede de serviços de saúde, composta por serviços de atenção primária, secundária e terciária, como mostra o organograma da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo A).

profissionais Matheus e Paula ressaltam que gostariam de se aproximar de profissionais da Promotoria e do Conselho Tutelar, para sentar, conversar e dar um retorno junto com a equipe de saúde e não isoladamente. Vale ressaltar que os profissionais mencionaram desejar dialogar com outros representantes que, também, defendem o direito de crianças e adolescentes e não apenas “jogar” o problema para outras instâncias, para que assim resolvam sozinhas. Contudo, em seus discursos eles parecem trabalhar isoladamente, dificultando que a violência possa realmente ser considerada uma questão de saúde e a ESF um dos espaços apropriados para a construção de estratégias de ajuda.

5.3.1 Desafios e potencialidades da intersetorialidade

A intersetorialidade emerge dos discursos dos profissionais ora como um desafio, ora como uma potencialidade, ou seja, uma das possíveis estratégias de cuidado às situações de violência intrafamiliar. Portanto, nesta categoria se encontram os discursos que apontam para a potência que a intersetorialidade pode ter para atenção às situações de violência a partir da ESF, porém, eles apontam os entraves para a concretização desta intersetorialidade. Os discursos destacam dificuldades de comunicação e de valores entre os representantes de diversos setores que trabalham em defesa do direito de crianças e adolescentes e a concepção de cuidado, manifestada pela equipe de saúde. A intersetorialidade, entendida como a articulação da saúde com outros setores, outras políticas sociais (educação, desenvolvimento social, da geração de trabalho e renda, do esporte, lazer, meio ambiente, assistência social, órgãos específicos de defesa e proteção), é um dos princípios organizativos do SUS. Para o SUS, ela está vinculada a outras políticas sociais e projetos de diferentes dimensões, como projetos de urbanismo, segurança pública, educação, moradia e estes devem estar aptos a resolver situações com a saúde pública (MESSIAS, 2008). Além disso, a intersetorialidade é um dos princípios do SUS e da PNRMAV. Os discursos a seguir ilustram os desafios de efetivar o princípio da intersetorialidade, como uma ferramenta de cuidado em saúde, para a atenção às situações de violência:

Deveria ter mais aproximação, parece que cada um faz a sua parte e fica no seu canto. Não existe muito essa articulação aqui não. Acho que tá todo mundo voltado para si. Ah, tem que fazer outra coisa, primeiro vem dengue, depois vem gripe, aquilo vai te

consumindo e você sabe que deveria funcionar de outro jeito, mas, você fica apagando outro fogo. Tem falha nossa e de todos os outros atores, a gente sabe de um caso de violência aqui, outro ali, deveríamos trabalhar mais juntos. Mas, cada um trabalha no seu espaço, você solicita uma ajuda e às vezes não vem, você desacredita (Matheus).

A gente tem que contar com o que conseguimos fazer, acionar os recursos disponíveis. E recursos são para alguns casos, não para todos: Conselho Tutelar, Promotoria Pública, assistente social e nem sempre você consegue falar com uma assistente social. Por exemplo, Bolsa Família, trabalha diretamente com a família, deveria ter esta articulação, por exemplo, os grupos seriam excelentes oportunidades para conversar. Mas, estamos pensando em estruturar melhor a assistência aqui, conhecer melhor a área que foi redividida, para traçar indicadores, para fazermos um planejamento mais preciso (Juliana).

A unidade de saúde com a escola funciona muito bem. A dentista vai lá dar palestra e aborda todos os assuntos, os alunos de enfermagem que estão aqui conosco estão indo na escola também. Poderíamos trabalhar mais próximo de outros setores, iria fluir mais as coisas, mas, tem muita burocracia. Isso não pode porque não é da minha área, porque interfere aqui e ali. Isso é com você e não é comigo e não é só na área da saúde não. Se as pessoas fossem mais humanas, se sensibilizassem mais com as pessoas e famílias, as coisas seriam diferentes (Paula).

Você vai, usa a rede, mas não tem retorno. Queria alguém de outros órgãos aqui, para conversar com a gente, o Conselho Tutelar, o Poder Judiciário. Mas tem que haver esta troca, primeiro. Imagina a vacinação, por exemplo, tem bairro que não tem Agente Comunitário, aí chega uma pessoa que você nunca viu, um agente de vetores e pede para ver a carteira de vacinação do seu filho. Se esse pessoal do controle de vetores viesse pedir nossa ajuda, nós com certeza teríamos informações para compartilhar, tem que haver esta troca entre órgãos. [...] Eu acho que se conseguíssemos falar a mesma língua, de conversar e de um ajudar o outro funcionaria muito bem se articular com o Conselho Tutelar, eles seriam parceiros muito bons. É delicado o conselho. A ideia é interessante da articulação, das redes, para que isso aconteça essa rede precisa existir e funcionar junto com a gente aqui do serviço e não isoladamente (Elena).

Como podemos notar nos discursos acima, não foi possível separar os desafios das potencialidades, pois, em um mesmo discurso, eles aparecem juntos. A intersectorialidade se constitui como um dos principais pressupostos para efetivação da mudança do modelo assistencial, a partir do paradigma da promoção da saúde (ALMEIDA, 2008) e para a legitimação da assistência, voltada, também, para as necessidades de saúde mais amplas, seguindo o conceito ampliado de saúde, proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde. No caso específico da violência intrafamiliar, a intersectorialidade além de ser uma diretriz da PNRMMAV, ela vem sendo apontada como eficiente proposta de ajuda às pessoas envolvidas em situação de violência doméstica/intrafamiliar (ALARCÃO, 2012).

Entre os setores que a equipe de saúde sente como desafiador está o Conselho Tutelar, apontando para o isolamento não apenas das famílias que vivem situações de violência, mas também da equipe de saúde que não encontra apoio e a ajuda de que precisam em outros órgãos. Ao mesmo tempo em que discursos apontam que os profissionais precisam do apoio, de um canal de diálogo aberto entre eles e o Conselho Tutelar, Promotoria Pública e o Serviço Social, eles colocam, também, que existem desafios na comunicação entre estes setores. Os discursos de Helena e Juliana apontam para isso, quando se referem às dificuldades de fazer parcerias com outros setores e outros profissionais, como a assistente social. E ainda conseguem avaliar como positiva a articulação com outras redes ou serviços.

Lobato, Moraes e Nascimento (2012) também concordam que a violência, por ser uma questão complexa, que ultrapassa o microcontexto das relações interpessoais, deve encontrar respostas a partir de uma larga articulação com setores sociais, como: segurança, educação, Judiciário e outros. Mas no estudo realizado por eles com os profissionais da ESF sobre a violência, os participantes também, mencionaram assim como em nosso estudo, que a parceria entre eles e outros órgãos, como Conselho Tutelar, Poder Judiciário e Serviço Social era insuficiente ou quase não existia (LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012).

Embora em todos os distritos, Norte, Sul, Leste e Oeste exista pelo menos um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)¹⁰ e, também, já exista na região de Ribeirão Preto um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a equipe de saúde não encontra apoio e articulação com estes serviços. O CREAS lida com situações de

¹⁰ De acordo com a Política Nacional da Assistência Social (PNAS), o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é “uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social.” (2004b, p.35). Geralmente, nos CRASs, os profissionais (assistente social, psicólogo, educador físico) trabalham juntos desenvolvendo ações de acolhimento, atendimento individual e em grupo, visita domiciliar, orientação e encaminhamento à rede de serviços de acordo com a necessidade apresentada pelas famílias atendidas, inclusão de famílias em programas de transferência de renda, entre outros. (BRASIL, 2004b).

violação de direitos sociais e situações de violência, oferecendo serviços de enfrentamento à violência física, sexual e psicológica contra crianças e adolescentes.

Ampliando um pouco mais o discurso de Elena, quando diz que o Conselho Tutelar seria um bom parceiro se conseguisse falar a mesma língua que a equipe de saúde, podemos inferir que, não apenas o Conselho Tutelar, mas também a equipe do CRAS seriam bons parceiros, mas, por falarem linguagens diferentes a articulação não se efetua. Moreira (2012) esclarece que podem existir estes entraves na articulação intersetorial, pois os diferentes modos como cada serviço compreende os casos e são por eles mobilizados relacionam-se ao grau de aproximação dos profissionais com a família em questão e, também, com o papel que o equipamento assume na comunidade e os princípios que o organizam e o grau de integração ou de entrosamento entre os serviços e a equipe de saúde. O discurso de Elena ressalta que deve haver primeiro uma troca entre estes setores, para assim, juntos pensarem em estratégias de ajuda, somando os olhares e as contribuições que a equipe de saúde tem para oferecer sobre as famílias também.

Almeida (2008) aponta que a intersetorialidade, por se constituir em um espaço de compartilhamento de saber e poder, de construção de novas linguagens, de democratização das relações e da intensificação de uma ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços, ela é, assim, como a interdisciplinaridade, um processo complexo que envolve o enfrentamento destas contradições. E nos parece que esta equipe de saúde vem tentando superar tais contradições, reconhecendo inicialmente que elas existem, mas, ao mesmo tempo, reconhece que precisa de um entrosamento, precisa de outros setores, de compartilhamento, como ressaltaram Helena, Juliana e Matheus.

Para Almeida (2008), a intersetorialidade envolve o enfrentamento também, de restrições e resistências. Para Campos, Barros e Castro (2004), a intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. Cada um destes setores está impregnado de valores muito diversos, defendem ideias muitas vezes contrárias às propostas e aos valores que defendem os profissionais da ESF. Mesmo assim, autores apontam que a intersetorialidade implica na existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, BARROS, CASTRO; 2004).

Por isso, a intersetorialidade aparece como potencialidade bem como um desafio, e o discurso de Paula ilustra com mais detalhes esta questão, apontando para o desejo de fazer

essa aproximação com outros setores, embora haja tanta burocracia. Apesar das dificuldades em fazer parcerias com outros setores sociais, ela acredita que seria possível e compreende isso como um recurso desafiador e uma potencialidade para a assistência às situações de violência intrafamiliar, apesar das queixas relacionadas ao individualismo dos profissionais e à falta de corresponsabilização.

A violência contra crianças e adolescentes, especialmente aquela que ocorre no contexto familiar, é complexa e exige capacidade de reflexão, diálogo, pesquisa e intervenções, a partir de ações e serviços articulados de forma interdisciplinar e intersetorial, além, da formulação de políticas públicas que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas, que colaborem na mudança dos valores culturais e na estrutura social. Como ressaltamos, ao longo de todo este estudo, a violência é histórica, cultural e apresenta componentes relacionados às estruturas da sociedade.

No estudo de Rocha e Moraes (2011), a intersetorialidade foi citada como um recurso importante e promissor, pois a identificação de outros setores no território parece ser um ponto crucial na formação de redes de proteção para a equipe de saúde e para as crianças e adolescentes em situação de violência. Para Minayo (2004, p. 646), a violência é objeto da intersetorialidade na qual o campo médico-social se integra. Também, no estudo de Marmo, Davoli e Ogido (1995), os pediatras do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP relataram, em relação à violência na infância, que a maior dificuldade para acolher esta situação no campo da saúde encontra-se na identificação da situação de maus-tratos, muitas vezes em função da ausência de trocas entre diferentes setores da sociedade, ligados, também, à proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Na PNRMAV, de 2001, o Ministério da Saúde tem como uma das estratégias básicas a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento de ações comunitárias. Esta Portaria prevê que as ações de prevenção da violência e de acidentes devem estar incorporadas em todos os programas e projetos voltados aos grupos específicos da população. E também, prevê uma rede organizada e coordenada de serviços e atendimento que inclua equipes de reabilitação para o atendimento na própria comunidade, mediante serviços existentes no território. Além disso, define que a Atenção Básica pode ser uma das entradas da pessoa que vivenciou ou passou por situações de violência, a partir da qual será assistido, receberá orientação, acolhimento e quando necessário encaminhamento para um serviço adequado para suas necessidades (SANTOS, 2005).

Para Luna, Ferreira e Vieira (2010), o profissional de saúde, atualmente, já não pode mais estar alheio a tal situação, buscando se posicionar sempre que possível, como um

mediador e articulador nas redes que se configuram como apoio para a equipe e como proteção às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, principalmente, em casos de violência severa. Já no estudo de Ramos e Silva (2011), a intersetorialidade foi mencionada pelos profissionais de saúde como uma estratégia de cuidado ou de atenção às situações de violência, mas, os mesmos reforçaram que ela apresenta lacunas geradoras de sofrimento e insegurança para tratar desta questão.

Em nosso estudo, a participante Helena diz que “é delicado o conselho” se referindo à dificuldade de comunicação e articulação com alguns serviços de proteção, como, por exemplo, o Conselho Tutelar. Sobre isso o estudo de Galvão e Dimenstein (2009) apontou para a dificuldade na efetivação de parcerias entre Conselho Tutelar e Saúde, pelos seguintes motivos: alguns municípios ainda não têm esse serviço, e onde ele existe muitas vezes funciona em condições adversas (falta de infraestrutura, precariedade dos serviços de retaguarda, formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que enfrentam). Tais motivos ilustram divergências na conduta entre as unidades de saúde e os Conselhos, o que pode comprometer ações futuras.

Em nosso estudo, como mencionou Matheus: “deveria ter essa aproximação”, porém, eles identificam que têm trabalhado sozinhos, isolados. Apesar de solicitarem ajuda, apontam que esta não chega até eles. Além disso, percebem discordância de valores, objetivos e formas de trabalhar com a questão da violência, entre a ESF e os outros serviços de proteção.

5.3.2 Desafios da notificação compulsória

Todos os profissionais entrevistados apontaram para os desafios que enfrentam com relação à notificação compulsória por violência doméstica/interpessoal contra crianças e adolescentes. Embora reconheçam que é obrigatória, encontram muitos obstáculos para realizá-la, desde o desconhecimento quanto ao preenchimento, à extensão da ficha, ao medo de sofrer represália por alguém da família que foi notificada até a insegurança quanto às repercussões negativas que a notificação pode acarretar para a família. Os discursos a seguir ilustram estes aspectos.

A gente não gosta muito de escrever, deveria ser mais sucinta. Tem que ter tempo para preencher, ela é extensa demais. Quando são casos de violência física e

negligência grave a gente tenta resolver entre nós aqui. Existe uma subnotificação com certeza, mas a gente tenta resolver do nosso jeito aqui. Sabe, às vezes a pessoa vem aqui pedindo sua ajuda e ela não quer que um estranho, que o Conselho Tutelar bata lá na sua casa, fazendo um papel de investigação. Parece policiamento e na verdade é ajudar de outra forma e não ameaça. Porque têm acontecido estas situações de maus-tratos, sabe, sem chamar a polícia, Conselho Tutelar para resolver. Virou bandido, drogado, por que o conselho? É claro que não é espancando que vai resolver. [...] A acho que o pessoal da psicologia, do Conselho Tutelar conosco para sentar e conversar e dar retorno para nós (Matheus).

A gente faz a notificação, sim. No caso suspeito, que a avó veio e falou que ela acha que há dois anos, a neta foi vítima. É uma coisa muito vaga e já passou muito tempo, nós não fizemos a notificação não. Na verdade fala em obrigatoriedade, mas, muito profissionais não gostam de fazer. Porque mais que se discute que é sigiloso, que o profissional não vai se identificar, mas, no dia a dia você tem que se identificar. Por que muitas vezes você está ali na linha de frente com um traficante, a pessoa você conhece e é uma unidade de saúde na periferia. Eles te conhecem, sabem a hora que você chega e sai. E aqui você tem maior vínculo com as pessoas. No P.A. é mais tranquilo, você pode notificar ninguém vai voltar lá não. Mas, aqui eles voltam e nós vamos à casa deles. Você põe o nome do paciente, o tipo de agressão, a situação que aconteceu, o horário que foi e ali tinha a questão da identificação e esta ficou como opcional, você pode estar se identificando ou não (Juliana).

A ficha fica só no papel porque você encaminha e nada acontece. Eu gostaria que tivesse uma solução. Não notificamos por que não nos procuram. A pessoa é agredida por anos e ninguém nos procura. O pai bate no filho, chega bêbado e bate nos filhos, vou fazer uma notificação de algo que vai ocorrer na semana que vem de novo (Camila).

Eu acho ruim a notificação por que você ainda está pensando que caminhos tomar e tem essa pressão e às vezes pode não repercutir da melhor maneira (Elena).

É igual ao AUDIT, você não consegue aplicar em uma pessoa que bebe. Ela não vai falar que bebe, aplica com quem não bebe. A violência também tem que ficar na

unidade de saúde mesmo, para a gente preencher, mas, não usá-la no dia a dia. Até onde eu sei, só posso preencher a ficha com a permissão do agredido, se você de repente faz a notificação porque você ficou sabendo que a fulana me contou que há violência, ela pode dizer: Ah! Mas, ela está mentindo. Tem que resolver na unidade. A pessoa não faz de verdade essa notificação. Para preenchê-la, só com autorização do envolvido (Paula).

A notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar com a finalidade de prover cuidados sociosanitários voltados para a proteção da criança e adolescente que estejam sendo vítimas de maus-tratos (BRASIL, 2002b). Segundo Gonçalves e Ferreira (2002), o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência, no entanto, o ato de notificar tem sido objeto de questionamentos por parte desses profissionais, como pudemos notar em nosso estudo.

Em 2006, o Ministério da Saúde, convocou Estados e municípios para discutir e elaborar um modelo de protocolo de notificação da violência, na rede básica de saúde, que pretendia ser padrão para o país (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009). Segundo informações no site da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o município passou pelo processo de implantação da ficha, em 2006.

Desde então, ela tem sido instrumento importante de vigilância epidemiológica, apesar dos problemas relacionados à subnotificação nos Sistemas de Informação de Mortalidade e Hospitalar e, atualmente, no sistema VIVA. O VIVA tem como um de seus componentes a coleta contínua de dados, com objetivo de descrever a violência interpessoal/doméstica, sexual e outras violências, que foi sendo implantada pelo Ministério da Saúde, a partir de 2006.

Nos estudos publicados sobre o tema violência contra crianças e adolescentes e o setor saúde, especialmente aqueles realizados com os profissionais da ESF, mostraram-se os mesmos desafios encontrados pelos profissionais com relação à notificação. Sendo assim, no estudo de Villar (2007), Santos (2005), Moreira (2012), Lobato, Moraes e Nascimento (2012) fazer a notificação compulsória por violência desperta, nos profissionais de saúde da família, o medo de sofrerem represália por alguém da família, caso fiquem sabendo que alguém da unidade de saúde fez a notificação. Porém, vale ressaltar que o medo de sofrerem represália pode estar relacionado a outro fator que dificulta a notificação, ou seja: a maneira como a instância maior de defesa dos direitos da criança e adolescentes, ou seja, o Conselho Tutelar,

tem abordado estes casos. São especialmente os discursos de Matheus, Juliana e Elena que ilustram estes dois fatores. Lobato, Moraes e Nascimento (2012) ressaltam que os agentes comunitários de saúde são os mais expostos a uma possível situação de represália, porque moram na comunidade. A adesão de clientela, a territorialização, o acompanhamento contínuo ou longitudinal e o vínculo são os princípios nos quais uma unidade de saúde da família atua, e os respectivos autores ressaltam que, apesar de serem fatores que ajudam na identificação da violência intrafamiliar, são, também, os mesmos que dificultam a notificação.

Os discursos de Juliana e Matheus ilustram alguns entraves para a notificação, que é um dos princípios norteadores da prática do profissional de saúde da família, quando ressaltam que as pessoas da comunidade os conhecem, sabem quando chegam e saem. O vínculo entre os profissionais e as famílias faz com que eles tentem resolver do jeito deles. E o Conselho Tutelar, com seus representantes parece exercer um papel de policiamento, de investigação e os profissionais buscam ajudar de outra forma e não com ameaças.

Diante disso, os profissionais parecem criar estratégias de cuidado para além daquilo que está prescrito, por exemplo, com relação à notificação compulsória. Porém, citam, também, que, em casos de negligência e violência física grave, fazem a notificação de imediato, como ressaltou o participante Matheus. No estudo de Cavalcanti e Minayo (2004), Moreira (2012a) e Santos (2005), os profissionais da ESF fazem a notificação em último caso, como último recurso ou em casos graves de violência. Assim como nas pesquisas realizadas e como já citamos anteriormente, a resistência à notificação é justificada pelos profissionais, pelo receio de uma intervenção precipitada do Conselho Tutelar, pelo medo de sofrerem represália por alguém da família ou da comunidade, levando-os a criarem novas estratégias de atenção às situações de violência. Por outro lado, Rocha e Moraes (2011) ressaltam que é necessário desmistificar o caráter punitivo e criminalizatório que se tem em relação ao Conselho Tutelar, mas, em nosso estudo notamos que o receio do profissional não está apenas na atuação do Conselho junto à família, de criminalizá-la ou puni-la. A preocupação da equipe está também relacionada ao medo de se expor, de sofrer represália de algum familiar e de enfraquecer o vínculo com a família. Mesmo assim, os profissionais de saúde da família não se posicionam contra o Conselho, pelo contrário, conseguem vê-lo com um parceiro, para conversar e discutir com a equipe de saúde, em um primeiro momento, quais as soluções para a situação, como ilustra o discurso de Matheus quando diz que gostaria de sentar e conversar com alguém, do Conselho Tutelar e da psicologia.

O vínculo e o acompanhamento longitudinal são características do trabalho na APS, e intervenções precipitadas, na perspectiva dos profissionais, parecem colocar em risco o

vínculo com a família e a comunidade, prejudicando a continuidade do trabalho da equipe de saúde da família. A proximidade que os profissionais têm das famílias, os leva a questionar as consequências de cada decisão tomada. O discurso de Elena ressalta esta questão, pois a equipe analisa, reflete, discute e se aproxima da família para pensarem juntos quais os caminhos para ajudá-la. E ajudar, não apenas a criança e o adolescente em situação de violência, mas a família.

Nessa direção, concordamos com Galvão e Dimenstein (2009) de que o protocolo de notificação pode se configurar como instrumento analisador dos processos de trabalho na APS, como um potencial para a mudança da própria prática da equipe de saúde. Como podemos notar no discurso de Elena, a equipe se reúne, dialoga, acompanha a família, pensa em estratégias de ajuda que não seja a ameaça ou a pressão sentida por ela com relação à notificação. Notamos que o instrumento em si tem efeitos importantes no processo de trabalho da equipe. Ele parece se configurar como uma potência instituinte para mudança no modelo assistencial, pois opera na micropolítica, no nível do cotidiano, das relações de trabalho, das trocas entre saberes das diferentes especialidades profissionais. A lógica que opera não é a instrumental, mas, sim a relacional e dialógica. A produção do cuidado segundo os discursos dos profissionais, parece preponderar, pois, apesar de existir um procedimento comum: diagnóstico, notificação e encaminhamento, a equipe transcende estes elementos e busca criar novas estratégias de cuidado, não instituídas. O estudo de Moreira (2012a, p.98) apontou que os profissionais vivem um dilema entre um modelo em “defesa da vida” dos usuários e um modelo de “controle da vida e dos corpos”, mostrando sua presença viva na prática do profissional, como também foi observado em nosso estudo.

Apesar da potência do protocolo de notificação para a mudança da micropolítica, os profissionais apontaram também para: o desconhecimento da ficha de notificação, a falta de soluções para a situação, de apoio para a equipe de outras instituições e a forma como foi elaborada a ficha, como ressaltaram os participantes Matheus e Paula. Não conhecer a ficha de notificação não é um dado novo levantado apenas em nosso estudo. Luna, Ferreira e Vieira (2010) e Lobato, Moraes e Nascimento (2012) concluíram que esta é mais uma barreira para a notificação, ao entrevistarem profissionais de saúde da família sobre a violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais desconhecem a existência do protocolo de notificação.

O discurso do participante Matheus ilustra uma das dificuldades para a prática do preenchimento da ficha de notificação na rotina de atendimento, quando menciona que é um protocolo muito extenso. A ficha de notificação compulsória para a violência contém 70 itens

para serem preenchidos, conforme o caso de violência atendido pelo profissional. O discurso de Matheus levanta certos questionamentos quanto ao formato extenso da ficha e a necessidade de reformular este protocolo para que assim ele possa fazer parte da rotina do profissional, colaborando para o dimensionamento epidemiológico da violência. Para Saliba et al. (2007), a notificação permite o desenvolvimento de programas e ações específicas com relação à violência e, ainda, pode mobilizar redes de proteção e atenção à criança e adolescente que vivencia situações de violência no lar, rompendo com o ciclo de violência (SALIBA et al. 2007).

A obrigatoriedade da notificação inclui todos os profissionais de saúde, promovendo um novo impulso para a qualificação dos dados nacionais, dando maior visibilidade à violência, inclusive aquela que ocorre no espaço doméstico. Além de a notificação funcionar como analisador dos processos de trabalho da equipe de saúde, ela também parece buscar retirar a violência do silenciamento e da invisibilidade.

5.3.3 Potencialidade: a identificação, o diálogo e acolhimento dos casos de violência na ESF

Esta subcategoria trata dos recursos ou potencialidades que os profissionais de saúde da família possuem para identificar casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Além disso, ilustram as estratégias de ajuda utilizadas pela equipe, na assistência às situações de violência, na prevenção e na promoção da saúde de crianças e adolescentes. Embora tenham mencionado que estratégias de promoção à saúde ainda não fazem parte do cotidiano do trabalho da equipe, os mesmos mencionaram ações que gostariam e estariam colocando em prática futuramente. Pela rotina de trabalho e assistência à demanda espontânea, a equipe diz que ainda não conseguiu organizar ações planejadas, voltadas à promoção de saúde e prevenção.

Os profissionais mencionaram que conseguem identificar situações de violência no lar por estarem atuando na Política de Saúde da Família e, diante disso, buscam inicialmente através do diálogo com a família identificar recursos dentro dela e no território para promover a proteção às crianças e adolescentes. A orientação também foi mencionada como estratégia de atenção à violência intrafamiliar. As reuniões de equipe, a experiência pessoal e do cotidiano, o acompanhamento longitudinal e as visitas domiciliares, também, são apontados

como estratégias de prevenção à violência e assistência aos casos confirmados ou identificados. A visita domiciliar não é só uma estratégia de cuidado, é também um recurso que possibilita identificar situações de violência no lar. Por outro lado, uma profissional menciona que nem sempre consegue identificar casos de violência, pela falta de um vínculo maior, de proximidade entre a família e a equipe de saúde. Podemos inferir que o vínculo com a família pode possibilitar a identificação e a assistência aos casos de violência.

A gente teria que sentar e conversar, analisar os prós e contra. Avaliar se é mesmo uma situação que teríamos que intervir e se teria como intervir, porque acho meio complicado, acabamos nos envolvendo demais. Teria que sentar e conversar, não sei te dizer o que eu faria, nós faríamos. De repente, uma primeira forma, nós teríamos que chamar um parente mais próximo da família e passar para esse parente o que está acontecendo e esperar essa pessoa, esse parente mais próximo tomar uma atitude. De repente a gente levanta uma polêmica muito grande e depois fazemos o que? Nós soubemos de um caso, era da minha área antiga, agora já não é mais. Nós soubemos de um caso de um pai que violentava a criança, mas a mãe não queria perder o pai. Eu ia até a família, conversava, a criança não era introvertida, depressiva, quietinha. Os vizinhos que falavam, mas na relação entre eles você não diz que algo assim acontecia. E aí? Você vai fazer o que? E se de repente não é nada daquilo mesmo. Tem família que te dá abertura, que temos um vínculo muito bom, dá para sentar e conversar, então dá para sentar, conversar, confiar. Tem família que é só oi tudo bem, você não sai do oi tudo bem. Então até hoje a gente fica na dúvida se uma criança dentro da família sofre violência ou não (Elena).

Você consegue ver a violência acontecer, mas eles nunca trazem o caso para a gente. Por exemplo, olha nós não estamos dando conta, você vê e presencia isso. Mas, eles nunca levam para você, pedindo ajuda. Você presencia, vê a violência, mas fica só ali mesmo. Eu já vi uma vez, com certeza fica mais fácil identificar casos, já vi irmãos se pegarem (Paula).

Já atendi sim, mas, não aqui, aqui não. Fiquei chocada. Era um bebê, tinha um aninho, foi na região da Vila Virgínia [...] Muitas vezes você não consegue interpretar mesmo os sinais, se tem alguma coisa ou não. Tentar ouvir o pai, por que uma criança

de dois anos foi espancada. A criança não é o problema, mas o que ela representa para o adulto (Camila).

Eu vejo que quem agride mais é o pai, mas a criança não conta diretamente para nós, mas queixas do tipo: muita dor de cabeça, dificuldade escolar, brigas com alguém, quando vejo que as coisas não estão muito claras eu pergunto e converso com a criança. Quando precisa de outros profissionais a gente chama. Tem paciente aqui agendado o dia todo, não dá para escutar, fazer uma abordagem em 15 minutos. Eu chamo a Juliana, por exemplo, e ela conversa com a família e a gente conversa com a equipe, conversa com os pais, por que está assim, nortando o problema. Passo muita coisa para Juliana, principalmente conversar para saber o que está acontecendo (Matheus).

Os Agentes de Saúde estão nas casas o tempo todo e constantemente eles vêm e trazem o problema para o enfermeiro. A gente discute os casos com a equipe, faz visita em conjunto. Mas a gente sabe que não dá para resolver a metade, um décimo dos problemas familiares, mas com certeza a gente vê prioridade. Somos só nós aqui. Seria legal se tivesse o NASF para discussão dos casos e eu acho importantíssimo ter um psicólogo, fisioterapeuta, assistente social que nos ajudem a discutir os casos porque tem coisas que não são da nossa área. Não adianta a gente pensar: ah! Tem um psiquiatra lá, a gente tem que ligar, entrar em contato, isso não rede pública não funciona. Esses grupos que são os apoiadores da equipe são extremamente importantes. [...] A nossa maior ferramenta aqui é o diálogo, é tentar conversar, melhorar as relações interpessoais, ouvir, e alguém de fora pode ajudar a trazer outros olhares para aquela situação [...] Ouvir os dois lados, às vezes melhora com pouca coisa, ajudar a refletir. [...] Nós estamos pensando em estruturar melhor a assistência aqui. Conhecer melhor a área que foi redividida, para traçar indicadores, para realizar planejamento mais preciso.[...] Aqui a gente trabalha com os grupos de atividade física que é mais alongamento. De quinta tem grupo de artesanato, que tem mais mulheres, gestantes, planejamento familiar e a escola. É o que estamos tendo pernas para fazer. E também, alguns grupos de doenças crônicas, hipertensão, diabete (Juliana).

As participantes Paula e Elena reafirmam aquilo que algumas pesquisas têm também mostrado. O vínculo, a proximidade com as famílias e a relação de confiança possibilitam identificar situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Zanelatto et al. (2012) e Villar (2007) concluíram que essa aproximação contribui para melhor apreensão do contexto familiar, possibilitando construir vínculo, o que facilita a detecção da violência. Além disso, em nosso estudo, os vizinhos também relatam casos de violência que ouviram e viram para a equipe de saúde. No estudo de Villar (2007), Santos (2005), Ramos e Silva (2011), Lobato, Moraes e Nascimento (2012) e Moreira (2012a), a identificação da violência que ocorre na família e envolve a criança ou adolescente, também, se fez através de denúncias, queixas e preocupações dos vizinhos junto à equipe de saúde. Mesmo assim, Elena ainda questiona se realmente consegue identificar situações de violência mesmo com esta proximidade com a família, especialmente porque não consegue se aproximar de todas as famílias, pois nem sempre elas permitem.

Além da detecção mais fácil da violência intrafamiliar pelas equipes da ESF, Cavalcanti (1999) ressalta que exatamente pela proximidade e vínculo construídos, os profissionais são capazes de auxiliar na resolução dos conflitos familiares, inclusive aquele que envolve a violência física, por exemplo, promovendo formas mais saudáveis de relacionamento e, assim, desenvolvendo estratégias de prevenção à violência. Só que para isso, como mencionou uma das participantes do nosso estudo, a Juliana, é preciso equipe ampliada e o NASF foi citado por ela como um recurso para a equipe e conseqüentemente para a família, para promover resolubilidade às situações de violência. Gomes (1998) sugere a disponibilidade de redes de apoio, de equipe multiprofissional para subsidiar as ações da equipe de saúde. A organização do processo de trabalho do NASF, no território de sua responsabilidade, prioriza uma série de questões, e entre elas está a construção de ações comuns desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e outros setores para o acolhimento de situações de violências (BRASIL, 2009d, p. 20). O estudo de Moreira (2012a) realizado com profissionais de saúde da família, cuja equipe contava com o apoio matricial, de uma equipe do NASF, apontou que a participação dos profissionais do NASF (psicólogos e assistentes sociais), nas reuniões de discussão de casos, foi considerada como um diferencial importante para o trabalho e que possibilitou agilidade e resolutividade no atendimento. Este é mais um fator que retira a violência da invisibilidade, pois, além, da possibilidade de diálogo e trocas de saberes entre as diferentes categorias profissionais, este diálogo durante a discussão conjunta de casos, promove resolutividade ou respostas à situação de violência. Ainda nessa direção, Matheus e Juliana ressaltam que conversam com os

integrantes de sua própria equipe de saúde inicialmente para discutirem os casos, sendo que esta ação se trata de um compartilhamento de saberes, já que a violência não é especialidade de uma ou outra categoria profissional.

Outras estratégias de ajuda mencionadas pela equipe de saúde de nosso estudo, direcionadas mais diretamente às famílias, se referiram ao diálogo, à orientação e a buscar ajuda entre os próprios integrantes da família. Estes elementos citados pelos participantes são características do acolhimento. O estudo de Ramos e Silva (2011) com as equipes de saúde da família em São Paulo, também, destacou que uma das ações dos profissionais gira em torno da orientação tanto no sentido de prevenção quanto de assistência, quando já identificadas situações de violência. O diálogo também foi mencionado no estudo de Moreira (2012a) como estratégia de redução de danos, de negociação de ações em saúde e encaminhamento a outros serviços necessários. Sabemos que o acolhimento, entre os vários sentidos que possui, se refere ao ato de escutar, receber, negociar e dialogar. É a promoção da escuta e da investigação associada à oferta de assistência e serviços que fazem parte da rede de saúde e da sociedade, mediante ações intersetoriais que podem resolver ou minimizar as necessidades apresentadas, incluindo situações de violência. Neste estudo, notamos que os profissionais acolhem as situações de violência, inicialmente através do diálogo, da escuta, buscando, com isso, delinear processos de ajuda.

Merhy (2000) aponta que dependendo da caixa de ferramentas (saberes e práticas) de que o profissional de saúde, dispõe para atender às pessoas, ele conseguirá responder apenas aos aspectos biológicos do processo saúde-doença ao invés de permitir que suas necessidades sociais e subjetivas possam, também, fazer parte deste processo, possibilitando até mesmo que problemas familiares e, de relacionamentos possam ser compartilhados com a equipe de saúde e possam ser acolhidos neste contexto. O que podemos observar é que o diálogo é a ferramenta desses profissionais, apontando para possibilidades de apreensão e assistência às necessidades da pessoa (“não centrada na enfermidade”) (CUNHA, 2007, p.21). É esta ferramenta, ou seja, o diálogo, que Merhy e Franco (2003) descrevem como um componente do grupo de tecnologias leves de cuidado. Esta ferramenta de cuidado em saúde pode possibilitar alternativas de atenção às situações de violência, negociação entre as famílias e a equipe de saúde acerca dos caminhos que poderão ser tomados para proteção de crianças e adolescentes. Para Cecílio e Merhy (2007, p. 200), “o cuidado é a somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores”. Uma complexa trama de atos,

procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compondo o que entendemos como cuidado em saúde.

Os profissionais entrevistados apontaram para a assistência em saúde, no contexto da ESF, do ponto de vista da humanização, da colaboração, da esfera relacional do cuidado, permeada pelo diálogo. Nesta direção, a noção de clínica ampliada na Atenção Básica proposta por Cunha (2007) vai ao encontro das descrições apresentadas pelos profissionais sobre o acolhimento das situações de violência. A clínica ampliada é o encontro entre sujeitos. Para Cunha (2007), a clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2007, p. 12). Nesta direção, os profissionais ressaltaram possibilidades de acolher problemas ou “lidar com elementos exteriores ao paradigma biomédico” (CUNHA, 2007, p. 107) com recursos diferenciados, como, por exemplo, aqueles apontados por Elena, Matheus e Juliana.

A possibilidade do diálogo contribui para o esclarecimento mais profundo das situações de violência e, principalmente, em situações de suspeita. A participante Camila ressalta este aspecto, quando diz que nem sempre a violência deixa sinais visíveis e que são difíceis de serem interpretados, portanto, ela busca conversar, ouvir e esclarecer melhor a situação para entender o contexto em que as situações de violência ocorreram e, principalmente, ouvir a criança ou adolescente vitimizados. Como ressalta Zuma (2005), a vítima precisa ser amparada, acolhida, escutada e defendida.

A estratégia de cuidado pautada inicialmente pelo diálogo, como citaram os participantes, ocupou lugar central e de relevância em nosso estudo, pois tanto a assistência e prevenção da violência quanto a construção de ações de ajuda pela equipe de saúde passam pela possibilidade do diálogo, da negociação e do compartilhamento de saberes e atitudes.

Dessa forma, ainda no campo das ações em saúde, a participante Juliana cita que a equipe está começando a estruturar as ações de promoção e prevenção e que algumas atividades de promoção à saúde já estavam sendo colocadas em prática. No estudo de Moreira (2012a), os profissionais entrevistados ressaltaram que os grupos eram espaços importantes de apoio aos adolescentes, por exemplo, entre outros motivos, para a prevenção da violência doméstica e que se tratava de um espaço cuja participação dos adolescentes era significativa. Neste grupo, o objetivo era proporcionar espaços de diálogo e reflexão a partir de temas como sexualidade, uso de drogas e violência. A utilização do grupo era, também, um espaço para relatar possíveis situações de violência e o fortalecimento da relação entre os jovens, se configurando como a expressão de cuidado e apoio mútuos, até mesmo, se configurando

como uma rede social de apoio para os mesmos. O discurso de Juliana vai ao encontro dos dados encontrados no estudo de Moreira (2012a) quando ela diz que os grupos de mulheres, gestante, planejamento familiar e de doenças crônicas já estavam sendo colocados em prática na unidade de saúde.

Porém, uma preocupação recai sobre as crianças. Embora a participante Paula não tenha falado exatamente sobre isso, seu discurso pode estar relacionado àquela violência que não chega diretamente ao serviço. No caso da violência contra mulher, ela pode chegar até o serviço pedindo ajuda ou buscando algum conforto, mas, muitas vezes, as crianças, nos dizeres de Paula: “nunca levam para você, pedindo ajuda”. A ESF pode ter este potencial, pois ela vai até a casa das pessoas. A visita domiciliar, por exemplo, é praticada pelos integrantes desta equipe, como disse a participante Marta. No estudo de Moreira (2012a), Lobato, Moraes e Nascimento (2012) Rocha e Moraes (2011) e Lima et al. (2011), a visita domiciliar na ESF é um recurso importante para identificar situações de violência, além, do atendimento feito em consultório ou dentro da unidade de saúde. No caso das crianças, esta pode ser uma estratégia de extrema importância, já que as mesmas não chegam espontaneamente ao serviço, geralmente são levadas por um adulto responsável. A visita domiciliar pode ser uma importante estratégia de prevenção à violência, observação de situação de riscos e de necessidades mais abrangentes da família, principalmente, das crianças.

Entretanto, a visita domiciliar, no contexto da ESF, perpassa questões éticas importantes (COSTA; CARBONE, 2009) e bastante delicadas, principalmente com relação à violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes. Primeiro que se deve respeitar a autonomia da família, suas decisões e valores, como uma atitude de atenção e cuidado em saúde, mas, ao mesmo tempo, é importante reconhecer que algumas pessoas podem estar mais fragilizadas em sua integridade física e mental, legitimando, assim, atitudes que situem a saúde e o bem-estar das famílias (COSTA; CARBONE, 2009).

Além da competência ética, na ESF, existem diferenças e especificidades que demandam mais sensibilidade para identificar e lidar com questões de ordem moral e valorativa de uma família. Alguns exemplos dessa competência moral e valorativa estão relacionados principalmente às situações de proximidade da esfera familiar que geram discussões sobre privacidade e limites nas relações humanas, como a violência doméstica, injustiça social e ilegalidade (drogas, crime organizado etc.) (COSTA; CARBONE, 2009, p. 44). Fracolli e Bertolozzi (2001) apontam que a visita domiciliar permite operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, compreendendo as relações

entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores e de desgaste para a saúde e para a doença, porém a visita domiciliar exige do profissional o cuidado para manter a ética na relação de cuidado e avaliar questões morais e valorativas que permeiam uma determinada situação, como as de violência, por exemplo.

Atualmente, a visita domiciliar é classificada como tecnologia leve de cuidado em saúde, uma vez que é composta principalmente por três tecnologias a serem aprendidas e desenvolvidas: 1) a entrevista (diálogo intencional e objetivo e não apenas uma conversa empírica); 2) a observação (atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados na entrevista); e 3) histórias relatadas pelas pessoas sobre suas vidas e os sentidos que elas dão às suas vivências (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001; COREN, 2011). Portanto, a partir dos discursos, especialmente de Elena, Paula e Juliana, a visita domiciliar faz parte da prática cotidiana dos profissionais e eles aproveitam deste momento para conversar e entender a situação de saúde-doença da família, suas necessidades e possíveis estratégias de ajuda para atender a tais necessidades, incluindo situações de violência que envolvem crianças e adolescentes.

5.4 Formação, capacitação profissional, educação permanente em saúde e o tema da violência

Nesta categoria exploramos aspectos relacionados à formação e capacitação do profissional de saúde desde a época da graduação até o momento atual. Os profissionais de nível superior, entre eles o médico e a enfermeira, disseram que durante a graduação tiveram pouco ou nenhum contato com o tema da violência e quando, discutiram a respeito, se tratava da violência contra a mulher. Os agentes comunitários disseram que durante o Curso de Formação para agente comunitário tiveram noções sobre violência. Ao analisarem sua própria formação, mencionaram que ainda deixa muito a desejar com relação à violência. Revelam também, que a enfermeira é a profissional que mais se aproximou durante sua formação com o tema, se sentindo mais preparada do que os outros profissionais. Os agentes comunitários tiveram mais contato com o tema da violência após o curso de formação, apesar de uma das entrevistadas dizer que se lembra de ter tido um módulo sobre violência durante o curso de

formação. Após a formação, tiveram contato muito rápido com o tema da violência em cursos de capacitação, palestras e encontros organizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

A capacitação profissional, a educação continuada, educação permanente e educação permanente em saúde não são conceitos opostos. Todos eles se referem à atualização do conhecimento. Porém, são conceitos que foram se transformando. Entretanto, a Educação Permanente é uma nova nomenclatura na área da saúde. Os discursos a baixo ilustram aspectos relacionados à formação durante a graduação dos profissionais de saúde, como médico e enfermeiro e, também, da auxiliar de enfermagem durante o curso técnico. Logo em seguida, estão apresentados os discursos relacionados à capacitação profissional, o que nos permitiu iniciarmos discussões sobre a importância da Educação Permanente em Saúde, embora esta última não tenha sido mencionada diretamente por nenhum profissional.

Não me lembro não. Acho que não. Naquela época nosso foco não era esse, não tinha solicitado esse tipo de aprendizado. A preocupação era de entender a doença e tratá-la. Não tem remédio, não tem pílula. Eu vejo o pessoal de hoje, tem vários alunos interessados pela saúde mental e antes ninguém nem podia ver psiquiatria. [...] Acho que a gente não tem muita formação para isso. É que como não temos muita habilidade para isso, a gente acaba deixando alguns casos, deixando de ver, não consigo, você se sente incapaz (Matheus).

Faz tanto tempo, há quase trinta anos. Discutia-se na época violência contra mulher, mas, sinceridade eu não me lembro especificamente se teve alguma disciplina só para discutir essas questões. De 1 a 10 acho que me dou uma nota 7,5. Nem sempre a gente sabe o que fazer com os casos de violência (Juliana).

Não, não teve nada sobre violência (Camila).

Ainda é incipiente a inclusão do tema violência na grade curricular dos cursos de medicina e enfermagem e, também, de cursos técnicos, como de auxiliar de enfermagem. No estudo de Souza et al. (2009), a respeito da presença do tema violência intrafamiliar no curso de graduação de medicina e enfermagem, o tema esteve presente explicitamente nos cursos de enfermagem, tendo sido mais abordado o ponto de vista psicossocial e da promoção da saúde com relação à violência intrafamiliar. Já no curso de medicina, o tema da violência intrafamiliar era abordado sob uma visão biomédica vinculada ao trauma físico,

especialmente em algumas áreas da medicina como a clínica geral e cirúrgica. O discurso de Matheus reflete este último aspecto, sobre o curso de formação em medicina e a mudança curricular, bem como a inserção do tema da violência, ao dizer que naquela época não lhe era solicitado este tipo de aprendizagem. A pesquisa realizada pelos autores citadas acima sobre a inserção do tema da violência intrafamiliar na grade curricular dos cursos de medicina e enfermagem ocorreu no período de 2006, e as autoras apontam que ainda é limitada a preocupação dos órgãos formadores de enfermeiros e médicos com a inserção deste tema na grade curricular. Nem ao menos nas disciplinas de saúde da criança e adolescentes e saúde da mulher, o tema da violência foi citado em algumas ementas dos cursos de enfermagem e medicina estudados pelas autoras (SOUZA et al., 2009). Elas apontaram que ainda são mais incipientes as referências relacionadas à violência estrutural nestes cursos de formação (SOUZA et al., 2009).

Além disso, segundo Souza et al. (2009), embora os currículos dos cursos de enfermagem sejam, também, influenciados pela perspectiva organicista, assim como a medicina, a abordagem social vem se expandindo muito mais nos cursos de graduação de enfermagem desde a década de 1970, do que no curso de medicina. É provável, inferimos, portanto, que embora o médico e a enfermeira tenham cursado a graduação entre as décadas de 1980 e 1990 e a enfermeira ter cinco anos a mais de formada do que o médico, ela cita que se lembra de ter tido algum contato com o tema da violência, no caso, contra a mulher durante a graduação, corroborando, assim, os dados encontrados por Souza et al. (2009), a respeito da abordagem social que os cursos de enfermagem já vinham seguindo desde a década de 1970. Este dado está de acordo com o discurso de Juliana que se lembra de ter entrado em contato com o tema da violência contra mulher durante a graduação. O discurso de Juliana aponta para a necessidade de inclusão do tema da violência contra crianças e adolescentes na grade curricular e não só a violência contra mulher ou de gênero. O estudo de Rosa et al. (2010) perguntou aos alunos do último ano dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia sobre conceito e vivência sobre violência durante a graduação ou seja, sobre a necessidade de abordar a violência na formação acadêmica. Os resultados mostraram que os alunos sentiam a necessidade urgente de entrar em contato principalmente com o tema da violência contra crianças, seguida da violência contra mulher, depois idosos e adolescentes. A violência contra crianças é um assunto pouco discutido na graduação dos profissionais de saúde, como pudemos notar, a partir da literatura e do discurso de Juliana.

No currículo do curso de medicina, como ressaltaram Souza et al. (2009) e Koifman, Menezes e Bohrer (2012), apesar de o tema da violência fazer parte da grade curricular dos

profissionais, eles ainda permanecem inseguros, e as discussões teóricas e práticas ainda permanecem voltadas para a perspectiva biológica, sugerindo a necessidade de novas estratégias pedagógicas para formar médicos capacitados para lidar com os casos de violência contra crianças e adolescentes.

Zanelatto et al. (2012) e Villar (2007) afirmam que as instituições formadoras devem começar a se preocupar em inserir o tema da violência e especificamente da violência intrafamiliar ou doméstica na grade curricular, pois no estudo que realizaram, também, identificaram que faltam subsídios teóricos para identificação da violência, uma vez que há lacunas no conhecimento e formação dos mesmos. Porém, no estudo de Villar (2007), os profissionais se consideram aptos para reconhecer e prestar assistência a situações de violência pautada em critérios pessoais. Luna, Ferreira e Vieira (2010), também, concluíram que a formação mais sólida, permeada por cursos de pós-graduação e capacitações, influencia significativamente na notificação de maus-tratos contra criança e adolescente.

Em nosso estudo, o médico e a enfermeira possuem pós-graduação, mas notamos que o médico se sente menos preparado que a enfermeira para lidar com casos de violência, pelos motivos já citados acima: a formação voltada para aspectos biológicos do cuidado em saúde, mais presente no curso de medicina do que no de enfermagem. A enfermeira, ainda, consegue se autoavaliar e, apesar de sentir que nem sempre sabe o que fazer com os casos de violência, se sente mais segura.

Logo abaixo estão os discursos que se referem especialmente às capacitações profissionais e visitas técnicas à Secretaria de Saúde. No discurso dos profissionais, eles parecem ter vivenciado apenas capacitações profissionais e visitas técnicas à Secretaria Municipal de Saúde, para dialogar com algum de seus representantes. Um dos cursos oferecidos aos profissionais parece ter ampliado as discussões sobre a violência, na tentativa de iniciar reflexões sobre ela a partir da complexidade do fenômeno. Por outro lado, outra participante demonstra certa insatisfação com os cursos oferecidos que apenas “ensinam” a identificar os casos e denunciar. Tal proposta não condiz com a prática profissional no contexto da ESF, pois, como já mencionamos anteriormente neste estudo, os profissionais procuram estratégias de ajuda que busquem assegurar o vínculo entre a equipe e a família, criticando estratégias que sirvam apenas para denunciar, sem oferecer algum suporte e apoio à família e à equipe de saúde. Neste cenário, a Educação Permanente em Saúde, considerada uma política pública, com a proposta de transformar o serviço e não apenas atualizar conhecimento (MASSAROLI; SAUPE, 2005), não foi mencionada pelos profissionais, eles

parecem não ter vivenciado este processo. Sendo assim, os discursos a baixo ilustram estas questões:

Eu já fui a uma reunião da secretaria de saúde. Lembro-me da Márcia, pessoal que trabalha com saúde da criança e do adolescente. Quando tem uma reunião com juiz, sabe que tem uma comissão que trabalha só com essa parte da violência, com a notificação. E a Márcia, me lembro que ela ficava responsável por isso, inclusive contracepção em crianças, adolescentes, de maneira geral e que sofreram violência sexual (Matheus).

A Secretaria da Saúde, constantemente oferece cursos, curso de humanização, vários treinamentos, para ouvir esses casos, teve vários seminários sobre violência, o que gera a violência também, as causas, a questão do uso de droga e álcool (Juliana).

Uma época, a gente teve uma palestra com um psiquiatra. Alguns anos atrás e uma psiquiatra falava sobre isso (Cláudia).

Não, bom, uma palestra uma vez que a Prefeitura que fez sobre violência doméstica, foi no hotel nacional, foi à Prefeitura que organizou (Paula).

É que agora não me lembro, já faz tanto tempo. É por módulo o curso, mas, a gente teve um curso, a gente faz vários cursos e entre eles foi o de violência doméstica [...] mas, não tinha nada a ver com o curso de ACS, mas acho que deve ter dado uma pincelada sim. A ideia na verdade era mais para identificar os casos de violência e denunciar, ah... Mas, aí é você funcionar como advogado do diabo (Elena).

A capacitação profissional geralmente é realizada buscando: 1) melhorar o desempenho profissional em todos os níveis de atenção, 2) contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão e gestão de qualidade e 3) pretende servir de substrato para transformação cultural de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, assistência e a relação com a população (BRASIL, 2009e). Porém, nem sempre toda a ação de capacitação profissional implica em processo de educação permanente. Apesar de focar na melhoria do desempenho do profissional, nem sempre as ações de capacitação representam estratégias de mudança

institucional, mudanças no processo de trabalho e orientação essencial nos processos de educação permanente (BRASIL, 2009e). A crítica com relação às capacitações se concentra especialmente no estilo e na prática que muitas delas utilizam. Segundo Mendonça (2008), as capacitações são mais pontuais e voltadas para aspectos técnicos do trabalho (MENDONÇA, 2008). Podemos inferir que os profissionais vivenciaram processos de educação em saúde a partir de capacitações profissionais. Juliana, Cláudia, Paula e Elena citam palestras, cursos breves, seminários teóricos sobre o que gera a violência e cursos que tocam no assunto sem aprofundamento.

Entretanto, o discurso de Elena, como ACS, aponta para insatisfação com a forma como vem sendo discutido o tema da violência nos cursos de capacitação, apenas para identificar e denunciar. No estudo de Oliveira, Almeida, Morita (2011), os profissionais de saúde da ESF, também, relataram terem tido algum contato com o tema violência após a formação, porém, em cursos de capacitação e de forma pontual ou, então, alguma aula ou discussão baseada numa visão acadêmica do assunto.

A ESF, segundo Villar (2007), propõe como parte de seu funcionamento uma capacitação continuada (educação permanente) aos diversos profissionais. E a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) contempla a capacitação de recursos humanos de acordo com as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes desta Política. A capacitação, de acordo com a Política, deve levar em conta as características sociais e culturais, fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional e deve incluir conhecimento e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo. A Política Nacional ressalta que os profissionais deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes para proteção da vítima e devem acompanhar os casos identificados, e para isso, serão garantidas à equipe condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e apoio à equipe e infraestrutura (BRASIL, 2001a). Notamos que a PNRMAV não se reduz a apontar apenas a necessidade de capacitação pontual para as equipes, mas, sim, supervisão e apoio para as mesmas, buscando disparar um processo de mudança na prática em serviço e não só de apreensão de conhecimento teórico sobre violência.

Ampliando os dados encontrados no estudo de Villar (2007) sobre a necessidade da implantação de capacitação, os profissionais necessitam mais do que conhecimento teórico e prático (como manejar os casos, a quem pedir ajuda, fazer a notificação). Precisam de apoio

de outros profissionais para ampliar possíveis formas de assistência e dar mais segurança para a equipe, para atender às situações de violência no cotidiano do serviço de saúde.

A proposta da Educação Permanente em Saúde foi citada por Oliveira, Almeida e Morita (2011, p. 415) como importante ferramenta para a educação em saúde junto aos profissionais de saúde da família que já estão inseridos no mercado. Além disso, os autores reforçam a relevância que esta metodologia de aprendizagem apresenta, pois, propõe uma capacitação fundamentada em reflexões sobre suas práticas, ferramentas técnico-científicas e diálogos com a comunidade e a equipe de trabalho. Esta proposta vai ao encontro das necessidades apontadas pelos profissionais, especialmente pela participante Elena.

Segundo Souza et al. (2009), há necessidade de uma formação socialmente contextualizada, com ensino, trabalho e realidade articulados, instrumentalizando os profissionais em formação para o enfrentamento de problemas e necessidades reais da população, como no caso da violência.

O Ministério da Saúde instituiu a política de Educação Permanente em Saúde em 2004 como estratégia de transformação das práticas de saúde e transformação no processo de trabalho dos profissionais de saúde, incluindo aqueles da Atenção Básica (MENDONÇA, 2008). A educação permanente busca incorporar a reflexão, a problematização, o trabalho em equipe e a integralidade das práticas de assistência e de ensino em saúde.

Para Tavares (2006, p. 288), a educação permanente exige programas educacionais baseados em definições de competências específicas, orientadas pelas necessidades da população, em cada realidade regional, em cada nível de complexidade do sistema de saúde e dos processos educativos críticos que buscam o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar. Além disso, a implantação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe romper com a lógica da repetição e fragmentação dos cursos de capacitação desenvolvidos de forma vertical e programática, que muitas vezes geram frustração no profissional que não consegue aplicar o conhecimento adquirido nos cursos, uma vez que falta a discussão dos problemas e das necessidades de saúde da população, ou seja, os elementos da realidade concreta do dia a dia do trabalhador com a comunidade e a própria organização de seu trabalho (CELEDONIO, 2012).

A partir da observação do Ministério da Saúde para a reduzida capacidade de mudança dos processos de trabalho e da prática profissional que uma capacitação profissional pode ter, ele começa a incluir nos manuais publicados sobre violência, especialmente os mais recentes a educação permanente em saúde como opção para qualificação profissional e mudança no processo de trabalho. É o que podemos notar a partir do seguinte documento, publicado em

2010, intitulado “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”. Neste documento, a educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços de saúde deve considerar as dificuldades e potencialidades da equipe, do serviço e do território na construção de habilidades e competências para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2010b) corroborando as necessidades dos profissionais em seu cotidiano de trabalho e com as premissas do SUS, bem como com as características da APS/ESF.

Porém, a partir das falas dos profissionais, não é exatamente isso que vem ocorrendo no município onde esta pesquisa foi realizada, pois nenhum dos profissionais mencionou elementos que se caracterizavam como um processo de educação permanente em saúde. Mesmo assim, é importante ressaltar que no Plano Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto, do período de 2010 a 2013, uma das prioridades mencionadas no tocante à Atenção Básica, se referiu à implantação de projetos pedagógicos de Educação Permanente em Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009b). No discurso dos profissionais, eles parecem não ter vivenciado estes projetos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como proposta investigar os desafios e potencialidade que os profissionais de saúde da família têm com relação à violência intrafamiliar que envolve crianças e adolescentes. Para isso, procuramos compreender suas concepções sobre violência e investigar elementos relacionados ao trabalho.

Embora nosso objetivo central tenha se relacionado à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, ou seja, ao microcontexto da relação entre pais/adultos e filhos (crianças e adolescentes) os profissionais de saúde da família ampliaram suas descrições. Nesse sentido, destacaram outros contextos que a violência contra crianças e adolescentes acontece.

Os profissionais de saúde, que trabalham na Estratégia Saúde da Família, trouxeram novos sentidos para a violência intrafamiliar, pois, estes não estiveram relacionados apenas aos aspectos internos ou biológicos da violência. As múltiplas determinações apontadas pelos profissionais para a ocorrência da violência intrafamiliar destacaram a importância da construção de respostas a partir do setor saúde junto com outros setores sociais, que vão desde a construção de políticas públicas para a infância e juventude, a melhoria das condições materiais de vida das famílias e a mudança de valores culturais que desconstruam o uso da violência física severa como forma educação e cuidado.

Nesta direção, embora a violência tenha entrado para o campo da saúde, esperando alguma resposta além da cura e tratamento das lesões, notamos que o setor saúde necessita da ajuda de outros setores sociais, buscando com isso, a mudança nas formas de atuação com relação à violência. No caso específico da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, ela ainda necessita do apoio de outros profissionais que possam agregar conhecimento e novas práticas no acolhimento às situações de violência contra crianças e adolescentes. É neste cenário que a gestão municipal da Atenção Básica começa a ser questionada. Os dilemas vivenciados pela equipe de saúde da família para atender situações de violência, destacaram a importância do matriciamento e da presença dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para dialogar e apoiar a equipe mínima, buscando com isso fazer valer a proposta do NASF que é de ampliar o escopo das ações em saúde e buscar atender necessidades em saúde. Necessidades sociais e subjetivas e não apenas biológicas, fortalecendo assim, a Atenção Básica.

Ainda com relação à gestão da Atenção Básica, os processos de aprendizagem e de capacitação profissional que também são elementos relacionados à gestão, precisam mudar. Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde se configurou como uma potência não apenas para construir conhecimento, mas também, mudar a prática profissional. A gestão

municipal é responsável pela construção de subsídios para o aperfeiçoamento da Atenção Básica.

As características da Atenção Primária à Saúde, como o vínculo e o acompanhamento longitudinal, mostraram a potência da ESF para a atenção às situações de violência, porém, estas mesmas características foram responsáveis pelo baixo número de notificação e de denúncia ao Conselho Tutelar. Mesmo assim, os profissionais necessitam manter um diálogo mais próximo com o Conselho Tutelar e, também, com outros órgãos de proteção à infância e adolescência para assim, se sentirem apoiados, procurando em conjunto uma solução, incluindo a família e dando voz a criança e o adolescente que vivem situações de violência. Tal situação, se efetivada pode levar ao aumento do número de notificações por violências pelos profissionais de saúde. A notificação é responsável pelo dimensionamento epidemiológico da violência e a construção de políticas públicas.

Embora a formação, durante a graduação, ainda esteja voltada para os aspectos biomédicos, para a cura e tratamento das lesões causadas pela violência física e a notificação compulsória, os profissionais de saúde da família ressaltaram preocupações com as violências veladas, como a psicológica e aquelas que ocorrem no território, como a violência infantojuvenil, comunitária e, também, a estrutural. Os profissionais que trabalham na ESF estão muito bem posicionados para identificar esses outros tipos de violências, que não demandam a cura e tratamento das lesões. Mesmo assim, há necessidade de diálogo e mais envolvimento dos profissionais de saúde tanto na graduação como após a formação com o tema da violência, especialmente para aqueles que atuam na ESF e estão em contato muito mais próximo com outros tipos de violências. Assim, podem gradativamente se sentir mais seguros no atendimento às necessidades de saúde como a violência.

As estratégias de cuidado, colocadas em prática pelo profissional de saúde, transformam as maneiras como a violência vem sendo tratada. Ela não é mais de responsabilidade apenas da justiça ou da polícia que muitas vezes utilizam estratégias repressivas contra o autor da violência e de proteção apenas à vítima. Na ESF os profissionais destacam o diálogo como importante recurso e, ao construírem estratégias de ajuda, procuram, dentro da própria família e nos vizinhos, as redes de apoio para a família e não apenas, para a vítima. Entretanto, articular setores-chave da sociedade, como por exemplo, o setor Jurídico e os serviços de proteção às crianças e adolescentes buscando formar redes para conseguir um maior impacto, seria uma ação valiosa quando agregada às outras redes de apoio como os vizinhos e pessoas da própria família.

Há o reconhecimento da violência como questão de saúde pelos profissionais de saúde da família, mas as barreiras que impedem que a violência se legitime como uma questão de saúde pública e uma responsabilidade também das equipes de saúde da família, atravessam questões desde a formação, a educação permanente, a rede intersetorial, a ausência de uma equipe ampliada com profissionais como assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Um aspecto positivo e de grande valor é que a violência parece impulsionar a mudança na prática de assistência, pois esta última quando pautada pelo modelo biomédico não lhe oferece resposta, exceto, para os casos de violência física que requerem procedimentos curativos, de tratamento das lesões. Diante disso, o profissional de saúde se torna um ator ativo no processo de mudança do modelo de atenção básica, pois, por meio de seu próprio trabalho, ele tem a potência de reinventar, criar e procurar por diferentes possibilidades de assistência, para além, dos manuais ou protocolos que indiquem o que e como se deve fazer em casos de violência.

Este estudo analisou o processo de trabalho da equipe de saúde da família, atravessada por um fenômeno específico, no nosso caso: a violência intrafamiliar. Nesta direção as discussões centralizaram as potencialidades e desafios encontrados pela equipe no acolhimento às situações de violência, a partir da ESF. A entrada da violência para o campo da saúde tem possibilitado a desnaturalização da violência, tornado-a mais visível. Especialmente no caso de uma equipe de saúde da família, o diálogo como ferramenta de cuidado utilizada por ela promove essa visibilidade e possibilita que a violência entre para as discussões sobre saúde, a partir de perspectivas de gênero, de idade, de relação de poder, de saúde da família e desenvolvimento comunitário.

A PNRMAV, do Ministério da Saúde (MS), o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, a Política Nacional de Promoção da Saúde e outros documentos publicados pelo MS têm discutido intensamente sobre a violência e a responsabilidade do setor saúde diante dela. A notificação compulsória aparece em vários documentos publicados como a primeira estratégia a ser cumprida pela equipe de saúde, porém, o protocolo levanta questionamentos, dúvidas e preocupações, impulsionando a equipe a construir recursos ou estratégias inovadoras para responder às situações de violência, para além, da notificação. A notificação não é usada de forma mecânica, servindo para repensar o processo de trabalho, pois esta desencadeia a criação de novas práticas, novas atitudes criadas dentro do processo de trabalho da equipe. Diante disso, as tecnologias leves de cuidado em saúde se destacam. O diálogo com a família, entre os profissionais da equipe de saúde, a comunicação com representantes de outros setores, a visibilidade dos determinantes sociais e culturais que atravessam a compreensão sobre a violência contra crianças e adolescentes, inclusive a

intrafamiliar, promovem novos subsídios para a construção de estratégias de ajuda que transcendem a perspectiva individual.

Este estudo não se interessou apenas pelas concepções de violência dos profissionais de saúde da família e a prática profissional. Ele procurou contemplar elementos relacionados à formação do profissional de saúde e, diante disso, apontar a urgência da inclusão do tema da violência, considerando a sua complexidade, na grade curricular e nos processos de educação permanente em saúde que se propõem a transformar o processo de trabalho e não apenas transferir conhecimento e modelos de intervenção. Alguns desses elementos estão relacionados à gestão da Atenção Básica. Portanto, existem muitos desafios para a gestão, pois conduzir um processo complexo requer não esquecer as especificidades de cada contexto e a necessidade de cada equipe de saúde, potencializando espaços para que a equipe encontre estratégias para lidar com a questão da violência. Não basta lançar relatório, manuais e protocolos sobre violência. Apesar de ajudar a retirá-la do silenciamento e da invisibilidade, ainda são necessárias mudanças desde os cursos de graduação em saúde, a inclusão de processos de educação permanente em saúde que provoquem mudanças na prática profissional e a criação de políticas públicas efetivas (educação de qualidade, trabalho, renda, segurança, entre outros) e serviços de proteção e apoio às crianças e adolescentes e também, suas famílias.

Este estudo foi uma tentativa de buscar retirar da escuridão e do silenciamento a violência, no caso, contra crianças e adolescentes, encontrando, na ESF, um potencial para iluminar este tema muitas vezes excluído da formação do profissional de saúde e do cotidiano do serviço.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO-CURVO, P. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção.** 2010. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 27, n. 5. 2011. p. 843-854.

ALARCÃO, M. Violência doméstica e intervenção em rede secundária: por que e para quê? In: REDONDO, J. (coord.). **Sem violência doméstica. Uma experiência de trabalho em rede.** Grupo violência: informação, investigação, intervenção. Serviço de Violência Familiar. Coimbra, 2012. p. 131-141.

AL-HOLOU, W. N.; O'HARA, E. A.; COHEN-GADOL, A. A.; MAHER, C. A. Nonaccidental head injury in children. Historical vignette. **Journ. Neurosurgery: Pediatrics**, Michigan v. 3, n. 6, p. 474-483, Jun. 2009.

ALMEIDA, A. M. R. de; MELO, E. M. de. Reflexões sobre a intersectorialidade e sua relação com o programa Saúde da Família. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17. n. ½, supl. 4, p. 310-316, dez. 2007.

ALMEIDA, A. M. R. **A intersectorialidade e a Estratégia Saúde da Família: desafios da relação entre o discurso e a prática.** 2008. 107p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ALVIM, S. F.; SOUZA, L. **Homens, mulheres e violência.** Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004, 143 p.

ANDRADE, L. O. A., BARRETO, I. C. H. C., FONSECA, C. D, HARZHEIM, E. A. Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I, GIUGLIANI, E. R. J., org. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed; 3ª ed., 4ª reimpressão, 2006. p. 88-100.

ANDRADE, E. M. (col.) A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a criança e adolescente: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 147-155. 2011.

ARAGÃO, A. S. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p.172-179, fev. 2013.

ARTIÈRES, P. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, F. **Foucault. A coragem da verdade**. São Paulo: Parábola, 2004. p.15-37.

ASSIS, S. G. Violência doméstica. Estudo epidemiológico sobre a vitimização física dos adolescentes de Duque de Caxias – Rio de Janeiro. **Medicina**, Ribeirão Preto, Centro Acadêmico Rocha Lima, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina. v. 1, n. 28, 1995, p. 51-60.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 43-51. 2004.

AVANCI, J. Q. et al. Escala de violência psicológica contra adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, 2005, p. 702-708.

AYRES, J. R. C. M. Conceptos y prácticas em salud pública: algunas reflexiones. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 20, n.2, 2002, p. 67-82.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2010. 191p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70, 3ª reimpressão da 1ª ed., 2011.

BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332. 2008. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/10.pdf>> Acesso em: 12.11.2012.

BAZON, M. R et al. Negligência infantil: Estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, 2010. p. 71-84.

BENETTI, S. P. C. et al. Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. **Psico.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 279-286, set./dez. 2006. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/File/1449/1137>> Acesso em: 09.06.2013.

BOCCHI, S. C. M., JULIANI, C. M. C. M., SPIRI, W. C. **Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão**. Dept. de Enfermagem, Faculdade de Medicina, UNESP, Botucatu, 2008. 31p.

BORGES, R; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, 2011. p. 461-472.

BOULDING, E. Las mujeres y la violencia social. In: DOMENACH, J-M. et al. **La violencia y sus causas**. (UNESCO, ed.), Paris: UNESCO, 1981. p. 265-279.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987. 430 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>> Acesso em: 09 abr. 2013.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p. 13-17.

BRASIL. Portaria MS/GM 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, n. 96, seção 1e. Ministério da Saúde, Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atuação frente aos maus tratos na infância e adolescência**. 2001b. 40p.

BRASIL. Portaria MS/GM 1969, de 26 de outubro de 2001. **Estabelece que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde - SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, Art. 1. Ministério da Saúde, Brasília, 2001c. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2175.htm?impressao=1>> Acesso: 07.04.13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Ministério da Saúde, Executiva**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica nº8. Série A – Normas e manuais técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde.** Um passo a mais na cidadania em saúde. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília. 2002b.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Nº 936 de 18 de maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.** **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, São Paulo, SP, 20 maio 2004a, Seção 1. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS.** Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Prevenção da Violência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde, normalidade e risco. In: _____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 39-45. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 2ª ed. Brasília, 2005b. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2. ed. Brasília, 2006a. 51p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília, 2006b. 298p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dialogando sobre o pacto pela saúde.** Série B, textos básicos de saúde. Brasília, 2006c. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006d. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2ª ed., Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2007a. p. 13-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília, 2007b. p. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida**. Brasília, 2008a, p. 20-111. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf> Acesso em: 09.04.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas**. Brasília, 2008c.

BRASIL. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008_rep_comp.html> Acesso em: 16 abr. 2013.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. São Paulo, SP, 2008e. p. 56-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2009a. 154p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e prevenção da violência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009b. p. 4-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 2.669, de 3 de novembro de 2009. **Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011**. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>. Acesso em: 27 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. 2009d. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Brasília, 2009e. 64p.

BRASIL. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010a. 210p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf> Acesso em: 09.04.2013.

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. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. 1, Cadernos de Atenção Básica n. 28, Brasília, 2011a. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Matriz pedagógica para a formação de redes**. 1ª. ed., 2 reimpr.- Brasília, 2011b. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologia para o cuidado de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Brasília, 2011c. 86p.

BRASIL. Portaria MS/GM 2.488, 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, 2011d. Disponível em:<http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/nova_pnabportaria_no_2488_0.pdf> Acesso em: 16 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. p. 20-22. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf> Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012a. 232 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf> Acesso em: 09 abr. 2013.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3ª ed. atualizada e ampliada. 1ª reimpressão. Brasília, 2012b. 124p.

BRITO, N. **Rivalidade Fraternal. O ódio e o ciúme entre irmãos**. São Paulo: Ágora, 2002. 256p.

CAMARGO, C. L. de.; ALVES, E. S.; QUIRINO, M. D. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 608-615, 2005.

CAMARGO-BORGES, C. A terapia social. Desenvolvimento humano e mudança social. **Arquivos Brasil. de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 48-57, 2010. Disponível em: <http://www.academia.edu/1338659/Terapia_social_desenvolvimento_humano_e_mudanca_social> Acesso em: 12 abr. 2012

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000.

_____.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004, p. 745-749. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300025&script=sci_arttext> Acesso em: 23 mar. 2012.

CANIATO, A. M. P. Da violência no ethos cultural autoritário da contemporaneidade e do sofrimento psicossocial. **Revista Psicologia Social Institucional**, Londrina, v. 2, n. 2. p. 197-215. 2000.

CARIOLA, T. C. et al. A Posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 158-162, 1995.

CASTANHO, G. M. P. Violência entre irmãos. Abuso físico, moral e sexual. In: **17º Congresso Brasileiro de Psicodrama**, 2010. Águas de Lindóia, Resumos, São Paulo, 2010, p. 01-19. Disponível em: <http://api.ning.com/files/71w0V0K8obBKOsyCUYxnUbbqeALprLM6e-d5dMDLfenuH5kr77ktYbKfBV6Q96GTOa3*U3O1UotGrccgweGHfBvwEN6ELgUs/Artigociientfico516ViolnciaentreirmosAbusofsicomoralesexual.pdf> Acesso em: 10 nov. 2012.

CARLOS, D. M. As tecnologias leves no contexto da Estratégia Saúde da Família: (re) organização do trabalho e das relações interpessoais. In: **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental**. 2009, Ceará. Resumos, Fortaleza, 2009. p. 8552-8555. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02558.pdf> Acesso em: 25 abr. 2013.

CASTRO, C. T. C. et al. Rede. In: _____. **Prevenção e Atenção à Violência Intrafamiliar e de Gênero: apoio às lideranças comunitárias**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010. p. 51-55.

CAVALCANTI, M. de L. T. Prevenção da violência na perspectiva dos profissionais de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 193-200, 1999.

CAVALCANTI, M. de L. T. **A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades**. 265f. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

CAVALCANTI, M. L. T.; MINAYO, M. C. S. Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 480-517.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado Como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saber e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: IMS. UERG. ABRASCO, 2007. p. 199-212.

CELEDÔNIO, R. M. **Educação permanente do enfermeiro na perspectiva do cuidado em saúde e da clínica para atenção básica**. 2012. 123f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos e Enfermagem em Saúde), Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, 2012.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: _____. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**, nº 4, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1985, p. 25-62.

CLAUSSEN, A. H.; CRITTENDEN, P. M. Physical and psychological maltreatment relations among types of maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 15, n. 5, 1991. p. 5-18.

COCCO, M., et al. Violência contra crianças e adolescentes: estratégias de cuidado adotadas por profissionais de saúde. **Ciênc. Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, 2010, p. 292-300. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8061/6108>> Acesso em: 25 abr. 2013.

CRP. Conselho Regional de Psicologia (org.). **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. CRP 6ª região de São Paulo – São Paulo, 2009. 40p.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN – SP GAB: Nº 071/2011. **Legalidade de realização de visitas domiciliares por enfermeiros de Saúde Pública, que não compõem a Estratégia de Saúde da Família – ESF**. 2011. 7p.

COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da família. Uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro, 3ª ed., 2009. 280p.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo, Hucitec, 2007. 212p.

DAHLBERG, L. L., KRUG, E. G. Violence a global public health problem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 277-292, abril/junh. 2006.

DALTOSO, D. **A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher**. 2009. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, Sage; 1994. 643p.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: DESLANDES, S. F. et al. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 31-50.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (coord.). **Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção às famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes**. CLAVES, UNICEF. Brasília, 2004. 204p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/livro_familiaviol.pdf>. Acesso em 12.10.2012.

DOMENACH, J. M. La violência. In: DOMENACH, J-M. et al. **La violencia y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981. p. 33-45.

ELLIOTT, A. N., CARNES, C. N. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. **Child Maltreatment**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 314-331. 2001.

ERIKSEN, S.; JENSEN, V. A push or a punch: distinguishing the severity of sibling violence. **Journal of Interpersonal Violence**, Washington, v. 24, n.1, 2009. p. 183-208.

FERREIRA, A. L. et al. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NAJAINÉ, K. (org.) et al. **Impactos da violência na saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009a. Cap. 6, p. 127-148.

FERREIRA, V. S. C. Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade. 313f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez. 2005.

FINKELHOR, D.; TURNER, H.; ORMROD, R. Kid's stuff: the nature and impact of peer and sibling violence on younger and older children. **Child Abuse & Neglect.**, Oxford, v. 30, n. 12, 2006. p. 1401-21.

FLOOD, M. **Domestic violence, boys, men and masculinity**. XY online, men masculinities and gender politics. 1997. Publicado em 10 julh. 2009. Disponível em: <<http://www.xyonline.net/content/domestic-violence-boys-men-and-masculinity>> Acesso em: 03 abr. 2013.

FRACOLLI, L. A., BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 4-8.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. [S.l.], [S/d]. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf> Acesso em: 11 abr. 2013.

FROTA, M. A. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um programa de saúde da família. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 4. 2009. p. 890-896.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 32ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1997. 569p.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar - Manejo, terapia e intervenção legal integrados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 337p.

GALVÃO, V. A. B. M., DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental [on line]**, Barbacena, v. 7, n. 13, 2009. Não paginado. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a10.pdf>> Acessos em 04. 04. 2013.

GARBARINO, J. Psychological child maltreatment. A developmental view. **Primary Care**, v. 20, n. 2. 1993. p. 307-315.

GERGEN, K. J.; GERGEN, M. Construcionismo social: um convite ao diálogo. Tradução Gabriel Fairman – Rio de Janeiro: Intituto Noos, 2010. 119p.

GOMES, R. Da denuncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças e vítimas de violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, abr./jun. 1998.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2008. Cap. 4, p. 79-108.

GOMES, N. P. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 14-17, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a03.pdf>> Acesso em: 12 jan. 2013.

GONÇALVES, H. S., FERREIRA, H. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan/fev. 2002. p. 318-319. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000100032&script=sci_arttext> Acesso em: 15 junh. 2011.

GONZÁLES-REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002. 188p.

GUANAES, C.; MATTOS, A. T. R. O grupo de reflexão na formação do profissional de saúde: um enfoque construcionista social. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 79-85. 2008.

GUERRA, V. N. de A. Violência física doméstica contra crianças e adolescentes: os difíceis caminhos do conhecimento científico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 1, n.3, p. 137-153, 1993.

GUERRA, V. N. de A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3ª ed., São Paulo: Cortez, 1998.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. **Papel dos avós no cuidado da saúde na família amazônica: uma aproximação**. 2011. Disponível em: < <http://www.metodista.br/ev/psicologia-da-saude/anais-1/2011/painel/p01/P01%20%20Papel%20Dos%20Avos%20No%20Cuidado%20Da%20Saude%20Na%20Familia%20Amazonica.pdf>>

HADDAD, J; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1994. Disponível em: <http://www.aulavirtual.site11.com/web_documents/educaci_n_permanente_en_salud__jorge_haddad_.pdf> Acesso em: 14 junh. 2012.

HARRIS, L. M. et al. **Forced Cooperation: Violence as a Communicative Act**. Paper presented at the Conference for Family Violence Researches, July, 1981. University of New Hampshire, Durhan, NH: Family Research Laboratory, University of New Hampshire.

HARZHEIM, E. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro**. Epidemiologia, pós-graduação, UFRGS, Faculdade de Medicina, Porto Alegres, 2013. 91p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 1244.

JOHNSTONE, H. A.; MARCINAK, J. F. Sibling abuse: another component of domestic violence. **Journal of pediatric nursing**, Pitman (NJ), v. 12, n.1, 1997.

KEMPE, H. C. et al. The battered-child syndrome. **The Journal of the American Medical Association**, [S.l.], v. 181, n. 1, p. 17-24, july. 1962.

KEMPE, H. C. et al. The battered-child syndrome. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 9, p. 143-154, 1985.

KLEINMAN, P. K. The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants - A Commentary. **American Journal of Roentgenology**, Leesburg, v. 190, n. 3, p. 559-560, 2008. Disponível em: <<http://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.07.3217>> Acesso em: 25 abr. 2013.

KOIFMAN, L.; MENEZES, R. M.; BOHRER, K. R. Abordagem do tema “violência contra a criança” no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 172-179, 2012.

KRUG, E. G. et al. (eds.). World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Geneva, World Health Organization, 2002. 241p

LABBÉ, J. Ambroise Tardieu: the men and his work on child abuse maltreatment a century before Kempe. **Child Abuse & Neglect**, Québec, v. 29, n. 4, p. 311-324, abr. 2005.

LEANDRO, E. L. **De agressor a dependente: a produção de sentidos sobre a violência de gênero em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas**. 2009. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

LIDCHI, V. **Maus-tratos e proteção de crianças e adolescentes: uma visão ecossistêmica**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010. 183p.

LIMA, M. C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 35, supl. 1, p. 118-137, jan/jun. 2011.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, 2012. p. 1749-1758. Disponível: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900013> Acesso em: 15 maio 2012.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, 2008. p. 241-247.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, març. 2010.

LORENZ, K. A agressão. In: MEGARGEE, E. I.; HOKANSON, J. E. (orgs.) **A dinâmica da agressão, análise de indivíduos grupos e nações**. SP, EPU, EDUSP, 1976. p. 7-11.

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. 2009. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, Set. 2010. P. 593-605. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>> Acesso em 11. 04. 2013

MARMO, D. B.; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança (parte 1). **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 313-316, 1995.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>> Acesso em: 25 junh. 2013.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Terapia Ocupac**, Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MARTINS, F. F. S. **Crianças negligenciadas: a face (in) visível da violência familiar**. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MARTINS, C. B. de G. **Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná: análise epidemiológica de suas notificações**. 2008. 285f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV**. 310f. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1999, p. 233-300.

MENDONÇA, F. F. Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores. 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

MENEZES, M. G. P. et al. A criança vítima de maus tratos atendidas em serviços de emergência. **Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 75-81, 1996. Disponível: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/224.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Departamento de Medicina Preventiva e Social – UNICAMP. 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2013.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09icse/v4n6/09.pdf>>. Acesso em 10.08. 2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez., 2003. p. 316-323.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo, Hucitec, 4ª Ed. 2007. p. 15-35.

MESSIAS, A. E. A. **A violência contra a mulher e os profissionais de saúde pública: o caso de Marília-SP**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Londrina, Londrina - PR, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Interdisciplinaridade na compreensão da violência e saúde**. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/Ensp. 1989.

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 1), 1994, p. 07-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>> Acesso em 23.01.2013.

_____; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 abr. 2013.

_____. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno Infant.**, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, maio/ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000200002&lng=pt> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____ et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. et al. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 49-81.

_____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, maio/jun. 2004.

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Rev. bras. de educ. médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 55-63, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/desafio.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2013.

_____. Quadro interpretativo da violência sob a ótica do setor saúde. In: _____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, cap. 8, 2006a. p. 69-82.

_____. Expressões culturais de violência e relações com a saúde. In: _____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, cap. 9, 2006b. p. 83-107.

_____. Elementos para atuação do setor saúde. In: _____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, cap. 11, 2006c. p. 117-125.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11(Sup.), 2007, p. 1259-1267. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>> Acesso 25.04.2013.

_____. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NAJAINÉ, K. (org.) et al. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. p. 21-42.

_____; LIMA, C. A. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: NAJAINÉ, K. (org.) et al. **Impactos da violência na saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. Cap. 2, p. 43-56.

_____; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, 2009, p. 1641-1647.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177 – 224.

MOREIRA, T. N. F. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família**. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012a.

MOREIRA, G. A. R. **Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 80f. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2012b.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **Rev. O Social em Questão**, Rio de Janeiro, Ano XV, n. 28, p. 13-26, 2012.

MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 56-60, 1994.

NAJAINÉ, K. et al. (org). Apresentação. In: _____. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009. p. 15-17.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicol. & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, Jan./Abr. 2006.

NEVES, A. S. et al. Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2010.

NEWBURY, J. **Contextualizing care: relational engagement with/in human service practices**. Taos Institute Publication. World Share Books, Chagrin Falls, Ohio, EUA, 2013.

NOGUCHI, M. S. **O dito, o não dito e o mal-dito: o fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes**. 2005, 120f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2005.

NOLAND, V. J. et al. Is adolescent sibling violence a precursor to college dating violence? **American Journal of Health Behavior**. [S.l.], v. 28 (suppl. 1), 2004. p. 13-23

NOLAND, V. J.; LILLER, K. D. **An exploratory study of adolescent sibling violence**. College of Public Health, Department of Community and Family Health, University of South Florida, Tampa, Flórida, 2000. Disponível em: <https://apha.confex.com/apha/128am/techprogram/paper_6343.htm> Acesso em: 07. julh. 2012.

OLIVEIRA, V. L. A. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2011. p. 412-420.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Final. 44º Conselho Diretor. 55º Sessão do Comitê Regional. **Repercussão da violência na saúde das populações americanas**. Washington, D.C., EUA, 2003. p. 28-29. Disponível em: <<http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-fr-p.pdf>> Acesso em: 9 abr. 2013.

PAIM, J. S. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. EDUFBA, Salvador, 2006. p. 139-153.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto SP**. 2008, 237f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PHILLIPS, D. A.; PHILLIPS, K. H.; GRUPP, K.; TRIGG, L. J. Sibling violence silenced: rivalry, competition, wrestling, playing, roughhousing, benign. **Advances in Nursing Science**, Germantown (EUA), v. 32, n. 2, 2009.

PINHEIRO, O. de G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (org) **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano – Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1997. Cap. 7, p. 183-214

PIRES, J. M. A. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. Recife, v. 5, n. 1, p. 103-8. 2005.

PUPIM, V. M.; CARDOSO, C. L.; FRANCESCHINI, T. R. C. A construção de grupos de promoção de saúde: repensando a prática profissional do psicólogo. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A. (col.). **Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. São Paulo: Vetor, 2005. Cap. 20, p. 445-459.

RAMOS, M. L. C. O; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2011. p. 136-146.

REESE-WEBER, M. A new experimental method assessing attitudes toward adolescent dating and sibling violence using observations of violent interactions. **Journal of Adolescence**, London, v. 31, n. 6, 2008. p. 857-876.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Organograma das Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto**. 2009a. Disponível em: < <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/organizacao/i16ubs.php>>. Acesso em: 10.04.2013.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 2009b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 23.07.2013.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Coefficiente de Incidência, por 100.000 hab., dos casos de violência doméstica, ocorridos em Ribeirão Preto, nos anos de 2006 a 2012, por Distrito de residência**. 2013. Disponível em: < <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/vigep/violencia-domestica-2013.pdf>> Acesso em: 10.04.2013.

ROCHA, P. C. X., MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectiva de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ/Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, julh. 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63019107028>> Acesso em: 02 junh. 2013.

ROCHE, A. J. et al. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. **Child Abuse & Neglect**, Montréal, Québec, v. 29, n. 4, p. 325-334, 2005.

ROQUE, E. M. S. T. **Violência na família contra crianças e adolescentes e a percepção dos operadores do direito, na comarca de Jardinópolis – SP**. 2001, 226f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 81-90. 2010.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração. UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 120 p.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 57-58.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477. 2007.

SANCHEZ, R.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-38.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999.

SANTOS, N. C. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso**. 2005. 155f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

SAYWITZ, K. J. et al. Treatment for sexually abused children and adolescents. **American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 9, 2000, p. 1040-1049.

SCHERER, Z. A. P. et al. Grupo de estudos interdisciplinar sobre violência (GREIVI): a construção de saberes e práticas. **Spagesp**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 76-83, 2008.

SHOTTER, J. Conversational realities: from within persons to within relationships. Paper prepared to the discursive construction of knowledge conference. University of Adelaide, Feb. 21st-25th, 1994. Disponível em <<http://pubpages.unh.edu/~jds/Adelaide94.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

SILVA, P. A. et al. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. **Ciênc. Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 01, jan./mar., 2009. p. 56-62. Disponível em: < <http://repositorio.furg.br:8080/xmlui/handle/1/1306> > Acesso em: 25 abr. 2013.

SILVA, L. M. P. da S., FERRIANI, M. G. C., SILVA. M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, out. 2011. p. 919-924.

SILVERMAN, F. N. Unrecognized trauma in infants, the battered child syndrome, and the syndrome of Ambroise Tardieu: rigler lecture. **Radiology**, Cincinnati, v. 104, n. 2, p. 337-353, aug. 1972.

SLUZKI, C. Violência familiar e violência política: implicações terapêuticas de um modelo geral. In: SCHNITMAN, D. F. et al. (org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 228-241.

SLUZKI, C. E. A rede social na prática sistêmica. Tradução: Cláudia Berliet – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 115-116.

SOUZA, E. R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 48-64, jan/mar. 1993.

SOUZA, E. R. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1709-1719, 2009.

SOUZA, E. R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 48-64, 1993.

SOUZA, E. R.; MELLO-JORGE, M. H. P. Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal a Saúde**. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2004, v. 1, p. 23-28.

STARFIELD, B. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf> Acesso em: 20 ago. 2012.

STOEVER, I.; SILVA, R. F. **Grupo maternagem: contribuição do NASF e UBS/PSF na formação de laços afetivos entre mãe e filho na Coordenadoria Regional de Saúde Sul.** São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2010. 1p.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. col. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** 3ª ed. 4ª reimpressão, Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 6, p. 76-87.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2006. p. 287-295.

TOMIO, A. G. S. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar do município de Itajaí– SC.** 2000, 168 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

TOMISON, A. M. Exploring family violence. Links between child maltreatment and domestic violence. **Child Abuse Prevention**, [S.l], n. 13, 2000. p. 1-24. Acesso em 2 jun. 2012.

VELHO, G. Violência, Reciprocidade e Desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: VELHO, G.; ALVITO, M. **Cidadania e Violência.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora FGV, 1996.

VENDRUSCOLO, T. S., FERRIANI, M. G. C., SILVA, M. A. I. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. **Rev. Latino Americana de Enf. Ribeirão Preto**, v. 15, n. spe., set/out. 2007. Não paginado. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_15.pdf> Acesso em: 24 abr. 2013.

VICENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. Brasileira de Cacerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, 2007. p. 79-85.

VIEGAS, S. M. F., PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2013/03/estudo.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2012.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** Tradução José Cipolla Netto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 85-86.

VILELA, L. F. Contextualizando a negligência na família. In: _____. (coord.). **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. p. 16-18.

VILLAR, E. B. **Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na perspectiva dos profissionais de Saúde da Família: contribuições para uma política pública de prevenção**. 2007. 141f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**. Crianças e adolescentes do Brasil. 1ª ed: Rio de Janeiro, 2012. 83p.

YUEN, A. Less pain, more gain: explorations of responses versus effects when working with the consequences of trauma. In: **Exploration: An E-journal of narrative practices**. Dulwich Centre Foundation, n. 1, 2009. p. 6-16. Disponível em: < <http://www.dulwichcentre.com.au/explorations-2009-1-angel-yuen.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2013.

ZALUAR, A. A guerra privatizada da juventude. Folha de São Paulo, 18 maio 1997. Caderno Mais.

ZANELATTO, P. F. et al. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da Estratégia Saúde da Família. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 2, agosto. 2012 .

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Abuso sexual na infância: um desafio terapêutico. **Rev. de Psiquiatria**, Porto Alegre, n. 13, p. 136-145, set./dez. 1991.

ZIGLER, E. Controlling child abuse in America: an effort doomed to failure? In: BOUME, R.; NEWBERGER, E. H. (Org.). **Critical Perspectives on Child Abuse**. Toronto: Lexington Books. 1979.

ZUMA, C. E. A violência no âmbito das famílias: identificando práticas sociais de prevenção. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004. 39 p.

ZUMA, C. E. Em busca de uma rede comunitária para a prevenção da violência na família. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA COMUNITÁRIA, 2005, Fortaleza. **Anais eletrônicos**, Rio de Janeiro: ABRATECOM, 2005. Disponível em: <<http://dc145.4shared.com/doc/ybDhy-mG/preview.html>> Acesso em: 15 abr. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Sentidos atribuídos à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde da família: desafios e potencialidades na assistência.

Meu nome é Emily de Souza Abrahão, sou psicóloga e aluna regularmente matriculada na pós graduação nível mestrado no Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer com a finalidade de conhecer como os profissionais da saúde da atenção básica compreendem e enfrentam a questão da violência intrafamiliar que atinge crianças e adolescentes. Espero com isso conhecer melhor o sentido da violência intrafamiliar para os profissionais e suas ações no campo da saúde pública. Sua experiência poderá trazer informações valiosas que poderão ajudar famílias que vivem em situação de violência e os profissionais da atenção básica que atendem ou se deparam com casos de violência em seu cotidiano de trabalho. Esta pesquisa se justifica pelo número crescente de casos de maus-tratos domésticos (ou violência doméstica) contra crianças e adolescentes e as atuais políticas de saúde e de proteção a crianças e adolescentes que foram surgindo no país em razão da visibilidade que a violência tem atingido em termos jurídicos, principalmente. Mesmo assim, ainda existem entraves, questionamentos, dúvidas sobre como agir frente à violência em crianças e adolescentes. Para isso precisaremos da sua participação em uma entrevista, que será audiogravada, se você permitir e trata-se de um roteiro com quarenta e uma questões divididas entre caracterização dos participantes e as demais referentes ao tema da pesquisa. Está prevista apenas uma entrevista de aproximadamente sessenta minutos, mas, se for preciso entraremos em contato com o (a) Senhor (a) para um novo encontro. Entendemos que os benefícios por você participar desta pesquisa serão maiores que os riscos, mas, esclarecemos que falar sobre esse tema poderá trazer algum desconforto. Sua participação não arrecadará custo, mas, também, não receberá remuneração financeira ou material de qualquer tipo. Gostaríamos de lembrar também, que sua participação é voluntária, que o (a) Sr. (a) poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo a sua pessoa e que poderá entrar em contato conosco diante de qualquer necessidade de esclarecimento de dúvidas. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão divulgados em revistas e congressos nacionais e internacionais, bem como em disciplinas de graduação e pós-graduação. Caso o (a) Sr. (a) aceite fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias e assinado por mim e minha orientadora. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Vale salientar que já contamos com a concordância do Secretário Municipal de Saúde, Dr. Stênio José Correia Miranda. Os nomes dos participantes não serão divulgados publicamente. Agradecemos por sua colaboração.

Eu _____ estou ciente das informações sobre a pesquisa e de que as informações por mim emitidas serão mantidas em anonimato das informações contidas em minha entrevista e a segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa. A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficarão sob guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento. Tendo recebido as informações acima de meus direitos, concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Ribeirão Preto, _____, de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado

Emily de Souza Abrahão

Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**Dados de Identificação**

Sexo: () Feminino () Masculino Idade:
Escolaridade: 2º grau completo Ocupação:
Você tem algum curso de especialização, residência ou pós-graduação?
Tempo de atividade profissional (anos):
Unidade de Saúde em que atua:
Tempo de atividade na instituição pesquisada:

Objetivo: Sentidos sobre a violência como uma questão de saúde.

- 1) Como você explica/ que sentidos você atribui à questão da violência intrafamiliar/doméstica em crianças e adolescentes?
- 2) Você considera a violência um problema de saúde? sim () não ()
- 4) Você acha que a violência pode ocasionar agravos à saúde e ao desenvolvimento de uma criança e/ou adolescente que seja vítima dela? Quais seriam esses agravos?
- 5) Você já atendeu casos de violência contra crianças e adolescentes na unidade de saúde em que trabalha?
- 6) Você sabe quais os tipos mais comuns de violências que atingem crianças e adolescentes?
- 7) Você considera que um profissional de saúde da rede de atenção básica tem condições de prevenir a violência, elaborar estratégias de promoção à saúde e reabilitação dos casos quando a violência já foi identificada?
- 8) Você acredita que pela sua formação profissional pode ter alguma papel relevante na detecção de casos de violência?

Objetivo: Sentidos sobre o impacto emocional no profissional quando atende ou toma conhecimento sobre casos de violência em crianças e adolescentes

- 9) Como você se sente quando atende casos em que você suspeita ou confirma qualquer tipo de violência sofrida por crianças e adolescentes?
- 10) O que você tem vontade de fazer?
- 11) O que você faz?

Objetivo: Sentidos sobre direitos das crianças e adolescentes

- 12) Você conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)?
- 13) O que você acha sobre essas orientações?

Objetivo: Formação e capacitação profissional

- 14) Durante sua formação você teve disciplinas que abordassem o tema violência contra crianças e adolescentes e seus impactos na saúde?
- 15) Você fez cursos de extensão, aperfeiçoamentos, treinamentos ou capacitações acerca do tema violência? Se não, por quê?
- 16) Como avalia sua preparação técnica e profissional para prestar atendimento integral às crianças e adolescentes vítimas ou suspeitas de terem sofrido algum tipo de violência?

Objetivo: Conhecimento legal e jurídico

- 17) Como você procede ao atender uma criança ou adolescente que pode ter sido vítima de violência doméstica, física, sexual, negligência ou psicológica?
- 18) Você conhece a ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica sexual e/ou outras formas de violências? Qual a sua opinião sobre este instrumento?
- 19) O que você acha sobre a notificação compulsória por violência realizada através da ficha de notificação/investigação de violência doméstica sexual e/ou outras? Você daria alguma sugestão para melhorá-la?

Objetivo: Conhecimento sobre redes intersetoriais de prevenção à violência e assistência às vítimas

- 20) Você já ouviu falar em rede intersetorial ou intersectoralidade? () sim () não
Em caso afirmativo, diga o quê?
- 21) Você considera que a unidade de saúde em que trabalha, atua em rede com os demais serviços de saúde, da educação, jurídico e da assistência social?
- 22) Você acha que trabalhar em rede com os demais serviços de saúde, da educação, jurídico e da assistência social (ou intersectoralidade) pode colaborar na prevenção, reabilitação dos casos de violências contra crianças e adolescentes e na elaboração de estratégias de promoção à saúde?

23) Você encontra dificuldades na articulação da rede (intersetorial) quando identifica casos de violências contras crianças e adolescentes? () sim () não

24) A unidade de saúde em que trabalha já realizou ou elaborou estratégias de prevenção à violência ou de promoção à saúde de crianças e adolescentes? () sim () não

Em caso afirmativo, quais foram? Cite alguma?

Objetivo: Sentidos sobre a prática profissional frente aos maus tratos

25. Como você descreveria as suas funções e atividades na prevenção e acompanhamento (em casos já confirmados) dos maus-tratos infantojuvenis?

26. Pense em um profissional que admira seu trabalho, o que essa pessoa diria sobre a importância de sua profissão na prevenção e/ou intervenção em casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes?

27. Conte um caso em que você e sua equipe tiveram sucesso na resolução de um caso suspeito ou confirmado de maus-tratos contra crianças e adolescentes. O que você e sua equipe fizeram?

28. Como você acredita que conseguiria prevenir os maus-tratos contra crianças e adolescentes? Quais ações você colocaria em prática?

29. Como você vê hoje sua atuação profissional frente à problemática dos maus-tratos infantojuvenis?

30. Sua prática atual proporcionaria mudanças futuras com relação aos maus-tratos?

31. Se você pudesse se articular/conversar/estar mais próximo (a) de outros setores da comunidade, que também, são responsáveis pela proteção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes com quem você se aproximaria?

32. Imagine que você ainda esteja na graduação, você gostaria que o tema maus-tratos infantojuvenis estivesse na grade curricular? Como você gostaria que o professor tratasse deste assunto em sala de aula?

Objetivo: Sentidos sobre o problema dos maus tratos contra crianças e adolescentes

33. Se você fosse responsável por realizar sensibilizações junto à população de referência do Centro de Saúde em que você trabalha, como você explicaria o que são os maus-tratos infantojuvenis?

34. Como você explicaria para uma pessoa de sua família ou próxima de você?

35. Como você explicaria para outro profissional de qualquer outra especialidade?

36. Quais foram às maneiras de compreender os maus tratos infanto juvenis que você considera que ajudou a modificar as relações entre pais e filhos ou cuidador e criança/adolescente atendidas neste local de trabalho?

Objetivo: A busca dos pontos positivos no trabalho do profissional da saúde.

37. O que você definiria como uma história de sucesso na prevenção como também, na intervenção em casos já identificados de violação de direitos por maus-tratos?

38. O que um paciente ou familiar definiriam como uma história de sucesso em casos de prevenção dos maus-tratos e intervenção em casos em que já houve a violação de direitos por maus-tratos?

39. O que você entende por redes sociais? (Aqui poderá ser conversado um pouco mais sobre redes sociais, na tentativa de construirmos sentidos sobre o tema).

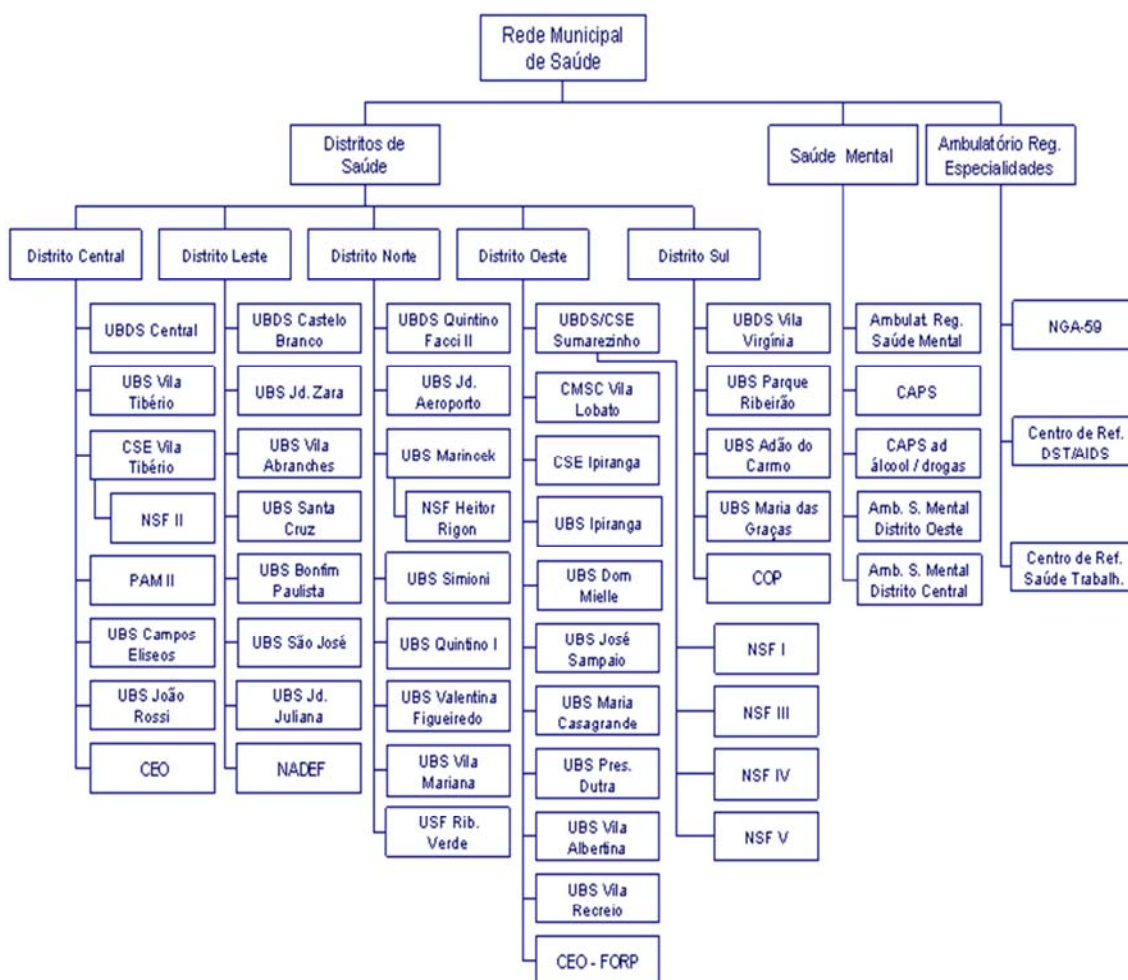
40. Em seu trabalho, você já realizou intervenções em casos de violência que favorecessem a articulação das redes sociais de uma família? Se a resposta for sim, vá para próxima pergunta.

41. Quais foram os aspectos positivos observados por você?

42) Você gostaria de falar mais alguma coisa, fazer alguma pergunta sobre o que conversamos aqui?

ANEXOS

ANEXO A - ORGANOGRAMA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO.



ANEXO B - GRÁFICO DO COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR DISTRITO.



ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 198/2011

Ribeirão Preto, 15 de junho de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 139ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de junho de 2011.

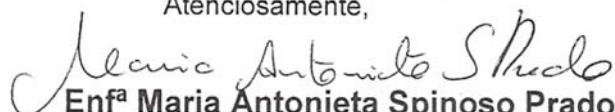
Protocolo: n° 1267/2011

Projeto: A violência contra crianças e adolescentes no contexto da atenção primária à saúde: conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais da saúde.

Pesquisadores: Zeyne Alves Pires Scherer
Emily de Souza Abrahão

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Zeyne Alves Pires Scherer

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP