

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

ROBERTA LAÍSE GOMES LEITE MORAIS

JEQUIÉ-BA
2012

ROBERTA LAÍSE GOMES LEITE MORAIS

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zenilda Nogueira Sales

**JEQUIÉ-BA
2012**

Morais, Roberta Laíse Comes Leite.

M826 Violência contra a criança e o adolescente: percepção dos profissionais/Roberta Laíse Gomes Leite Moraes.- Jequié, 2012.
97 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Zenilda Nogueira Sales.

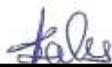
1. Violência contra a criança e o adolescente – Percepção dos profissionais que atuam nas instituições de proteção 2. Crianças e adolescentes vítimas de violência – Percepção dos profissionais que atuam nas instituições de proteção I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 362.76

FOLHA DE APROVAÇÃO

MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite. **Violência contra criança e adolescente: percepção dos profissionais**. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

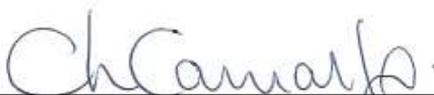
Banca Examinadora



Prof^a. DSc. Zênilda Nogueira Sales
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora



Prof^a. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof^a. DSc. Climene Laura de Camargo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia– UFBA

Jequié/BA, 17 de Dezembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o Autor da minha vida e Senhor da minha história! Sei que todas as minhas conquistas são graça Vossa. A vós todo meu amor!!!

Aos meus pais, **Norma** e **Beto**, pelo apoio e incentivo. Obrigada por todo esforço e dedicação de vocês, que me fizeram chegar até aqui...

Ao meu esposo, **André**, que esteve todo tempo ao meu lado. Obrigada pela compreensão das ausências e por me suportar nos meus momentos mais 'agitados'!

Aos meus irmãos... **Caca**, que mesmo de longe sempre me incentivava. E à minha querida **Renatinha**, que com seu carinho acalenta meu coração, te amo demais!!!

A todos os meus **familiares** que sempre acreditaram em mim... em especial, à minha **tia Sú**, que já não está em nosso meio, mas sei que do céu ela se alegra por mais essa vitória!

À minha orientadora **Zenilda**, por estar ao meu lado nessa árdua jornada, tornando-a, assim, mais leve. Obrigada por me acolher, me orientar, me incentivar! Fiquei sua fã!

À minha ex-professora e hoje amiga **Vanda Palmarella**. Obrigada pelos seus ensinamentos e incentivo desde o período de pré-projeto. Você me colocou neste caminho, essa vitória também é sua!!!

Às professoras **Ceci Vilar**, **Climene Camargo** e **Alba Benemérta**, que se dispuseram a participar de minhas bancas de qualificação e defesa. Obrigada por todas as contribuições que vocês trouxeram a esse estudo.

A duas especiais amigas que sonharam comigo este sonho e agora o concretizamos juntas... **Elisama**, a 'baixinha' que eu tanto admiro. E **Juliana**, este nosso reencontro fez crescer uma grande amizade... Obrigada pelo seu incentivo, suas descontrações e brincadeiras... enfim, obrigada por compartilhar comigo este momento!!!

Aos **colegas** do Projeto 'Violência Intrafamiliar no contexto das USF', pelo apoio e colaboração. Daí surgiu todo esse trabalho!

Aos **irmãos do Grupo de Oração Água Viva**, em especial aos meus queridos amigos do Ministério de Música. Obrigada pela compreensão e oração de vocês!

Aos **professores colegas** da área de Administração de Enfermagem, que viveram de perto este momento. Obrigada pela compreensão e por toda colaboração dada.

Aos colegas do Hospital Geral Prado Valadares, em especial a **Dinha**, **Tiana**, **Adriana**, **Bralio**, **Edna**, **Elano**, **Gabriela** e **Márcio**, por serem meus companheiros do dia a dia de trabalho, por me compreenderem e me incentivarem neste momento da minha vida.

A **todos os professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), obrigada por contribuírem na minha formação.

Aos **colegas** de mestrado pelos momentos que vivemos juntos.

Aos **funcionários do PPGES** pelo apoio nos momentos que precisei.

A todos os profissionais da **UFS, DEAM, CREAS e Conselho Tutelar** que se dispuseram a participar deste estudo. Obrigada pela colaboração. Vocês tornaram este trabalho possível!

A **todos** que direta ou indiretamente ajudaram a tornar este sonho realidade. Muito obrigada!!!

PAPAI..... DOI

*Esta é uma história verdadeira e meu nome é Chris, estou com três anos,
Meus olhos estão inchados... Eu não posso ver.*

*Eu devo ser estúpida, eu devo ser má,
O que eu poderia ter feito para meu pai ficar tão bravo?
Eu gostaria de ser melhor, eu desejo não estar tão feia,
Então, talvez a minha mãe, ainda queira me abraçar.
Eu não posso fazer algo errado, eu não posso falar nada,
Ou então eu fico presa durante todo o dia.*

*Quando estou acordada, eu estou sozinha,
A casa está escura, meus pais não estão em casa.
Quando minha mãe vier para casa, vou tentar ser agradável,
Então, talvez eu consiga, uma noite só com chicotadas.
Acabei de ouvir um carro, meu pai está de volta do Charlie's bar
Eu já ouvi ele amaldiçoando, meu nome é chamado, eu me aperto contra a parede.*

*Eu tento me esconder de seus olhos
Tenho tanto medo agora, eu estou começando a chorar.
Ele encontra-me a chorar, chama-me por um monte de palavras feias.
Ele diz que tudo é culpa minha, ele sofre muito no trabalho.
Ele bate e bate e grita comigo ainda mais,
Eu finalmente me vejo livre e corro para a porta.
Ele já fez o bloqueio e eu começo a gritar,
Ele me leva e me joga contra a parede.
Eu caio no chão com os meus ossos quase partidos,
E meu pai continua com mais palavrões.
"Sinto muito!", Eu grito, mas agora é tarde demais,
Seu rosto fica retorcido em uma forma inimaginável.
E magoa e chuta, novamente e novamente.*

*Por favor, Ó Deus, tem misericórdia!
O por favor, faça isso acabar!
E finalmente ele para e se dirige para a porta,
Enquanto eu estava ali, imóvel, esparramada no chão.*

*Meu nome é Chris, estou com três anos,
Esta noite meu pai,
Me matou!*

*E você pode ajudar. Enjoa-me a alma, se você ler isso e não transmitir.
Eu rezo para o seu perdão.
Você teria que ser uma pessoa sem coração, não ser afetado por este poema.
E porque você é afetado, faça algo sobre isso!*

(Autor desconhecido)

*“... todas as vezes que fizestes isto a um destes meus irmãos
mais pequeninos, foi a mim mesmo que o fizestes.”*

(Mateus 25, 40)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral apreender a percepção de profissionais sobre as ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência; e como objetivos específicos: compreender o significado da violência a crianças e adolescentes para os profissionais que atuam nas instituições de proteção, descrever as ações de proteção a crianças e adolescentes vitimizados pela violência e identificar os fatores que interferem na realização dessas ações. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que foi desenvolvida no município de Jequié-Bahia, no Conselho Tutelar, no Centro de Referência Especializada de Assistência Social, na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e em 04 Unidades de Saúde da Família, tendo como sujeitos 29 profissionais das equipes multiprofissionais dos referidos serviços. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2012, após aprovação Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Protocolo nº 064/2011, através de uma entrevista semiestruturada. Para tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática, sendo estes dados, posteriormente, discutidos a partir do referencial teórico pertinente ao estudo. A partir da análise dos dados, surgiram 3 categorias: Significado da violência para os profissionais; Ações de proteção à violência; Fatores que interferem nas ações de proteção; e suas respectivas subcategorias. Nestas categorias, evidenciou-se que os profissionais realizam ações voltadas tanto para a prevenção como para o manejo das situações de violência contra crianças e adolescentes e que estas ações sofrem a influência do olhar que os mesmos possuem a respeito da violência e de fatores como a estrutura organizacional dos serviços e do próprio município, de fatores psicoemocionais e da articulação entre os diversos setores. Percebeu-se, com isso, que tais profissionais necessitam de apoio e capacitação, para que possam repensar suas práticas e ter um novo olhar em busca de intervenções mais efetivas para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

Palavras chave: Violência; violência doméstica; saúde da criança.

ABSTRACT

This study has as general objective to grasp the perception of professionals on the protection actions to child and teenagers victims of violence; and as specific objectives: to understand the meaning of violence to children and teenagers for professionals who work in the protection institutions, to describe the protection actions for children and adolescents victimized by violence and to identify the factors that influence the performance of these actions. It is a qualitative, descriptive and exploratory research, which was developed in the city of Jequié-Bahia, at the Guardian Council, the Social Assistance Specialized Reference Center, at the Specialized Police Station for Women's Assistance and at 04 Family Health Units, with 29 professionals as subjects of those services. Data collection was conducted in the first half of 2012, after approval by the Ethics and Research Committee of the Southwest Bahia State University, Protocol n. 064/2011, through a semistructured interview. For data treatment it was used the thematic content analysis, and these data were, subsequently, discussed using the relevant theoretical framework for the study. From the data analysis, three categories appeared: Meaning of violence for professionals; Protective actions to violence; Factors that interfere with protective actions; and their respective subcategories. In these categories, it became clear that professionals perform actions aimed at both to prevention and for the management of situations of violence against children and adolescents and that these actions were influenced by the look that they have about violence and factors such as organizational structure of services and the municipality itself, psycho-emotional factors and the links among the various sectors. It was noticed, therefore, that these professionals need support and training, so they can rethink their practices and have a new look in search of more effective interventions for addressing violence against children and adolescents.

Keywords: Violence; domestic violence; child health.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internamento Hospitalar
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DIS – Diretoria de Informação em Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GM – Gabinete do Ministério
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SIANI – Sociedade Internacional de Abuso e Negligência na Infância
SIH – Sistema de Informação de Internamento Hospitalar
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS – Sistema Único de Saúde
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF – Unidade de Saúde da Família
VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias	32
Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo, idade, cor da pele e renda familiar.....	36
Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à escolaridade, formação e ocupação.....	37
Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias.....	38

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REVISÃO DE LITERATURA	17
1.1 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA.....	17
1.2 OS PROFISSIONAIS E A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE	24
2 METODOLOGIA.....	29
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
2.2 LOCAL DA PESQUISA.....	30
2.3 ATORES SOCIAIS	31
2.4 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	32
2.5 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS	33
2.6 TRATAMENTO DOS DADOS	33
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	36
3.2 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS MANIFESTOS – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	38
3.2.1 Categoria 1 – Significado da violência para os profissionais	39
3.2.2 Categoria 2 – Ações de proteção à violência	52
3.2.3 Categoria 3 – Fatores que interferem nas ações de proteção	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE A - Roteiro da entrevista.....	99
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	100
ANEXOS.....	101
ANEXO A - Ofício CEP/UESB 320/2011	102
ANEXO B - Protocolo 64/2011	103
ANEXO C - Ofícios	105

INTRODUÇÃO

Estima-se que, em 2000, morreram cerca de 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro decorrente da violência, sendo que metade foi relacionada ao suicídio, quase 1/3 foi de homicídios e 1/5 relacionado a guerras. No Brasil, a taxa de mortalidade por lesão intencional, no período de 1990 e 2000, foi de 27,7 por mil habitantes (OMS, 2002). As violências constituem a terceira causa de morte na população em geral, sendo as principais responsáveis pelas mortes de indivíduos até 39 anos no país (BRASIL, 2008a).

Diante deste quadro, em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceram a violência como um problema de saúde pública (BRASIL, 2008a).

Para Minayo (2006), a violência não é, em si, um tema da área da saúde, porém a afeta por ocasionar lesões, traumas físicos, emocionais e mortes, o que acarreta procura dos serviços de saúde. Neste sentido, para compreender o impacto da violência sobre a saúde é preciso uma discussão conjunta dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida.

Embora qualquer pessoa possa praticar ou sofrer um ato violento, as maiores vítimas são mulheres, crianças, jovens, idosos, homossexuais e indivíduos com deficiência, o que leva a crer que tal ato ocorre em consequência das relações de desigualdade, poder, discriminação, preconceito e dependência (BRASIL, 2001a). No que tange à criança e ao adolescente, estes são vistos como propriedades dos pais, que, para educá-los, precisariam puni-los ao cometerem erros (SÃO PAULO, 2008).

Conforme o Mapa da Violência de 2012, o Brasil ocupa o 4º lugar, entre 92 países analisados, em relação aos homicídios de crianças e adolescentes. Entre os anos de 1980 e 2010 as taxas cresceram 346%, vitimando 176.044 crianças e adolescentes (WAISELFISZ, 2012).

Dados do Ministério da Saúde registrados pela Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), entre agosto de 2006 a julho de 2007, indicam que a maioria das crianças e adolescentes vítimas de violência atendidas são do sexo feminino (59% e 78%, respectivamente) e sofreram agressão sexual (43,6% e 56,3%, respectivamente). Esses dados mostram, ainda, que 43% da violência contra criança

foi praticada pelo pai e/ou mãe e 50% da violência contra o adolescente aconteceu na residência (BRASIL, 2008a).

No ano de 2008, o VIVA registrou 8.766 casos de violência, dos quais 2.075 referiam-se a crianças e 2.389 a adolescentes. Indivíduos do sexo feminino continuam sendo as maiores vítimas nessas faixas etárias (63% e 75%, respectivamente) (BRASIL, 2010a).

Analisando os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2011, evidencia-se que a violência contra crianças e adolescentes continua a ocorrer de forma preponderante na residência da vítima, tendo como principal agressor os pais (39,1%). Quanto ao tipo de violência prevaleceu a notificação a violência física (40,5%), seguida da violência sexual (20%) (WAISELFISZ, 2012).

Cabe salientar que para coibir os atos violentos contra crianças e adolescentes, a Constituição Brasileira de 1988 deu um grande passo para a garantia da proteção a crianças e adolescentes, quando, em seu artigo 227, reconhece este grupo etário como sujeito de direitos. Direitos estes que foram regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, o qual estabelece as condições para que crianças e adolescentes nasçam e vivam de forma saudável e respeitosa (BRASIL, 2002a).

Levando em consideração que a violência é vista como algo que traumatiza e deixa cicatrizes profundas naqueles que a sofrem, entendemos que esta se configura como um problema de saúde pública, permeado por vários fatores históricos e culturais, que necessita da ação conjunta de diversos profissionais e diversos setores da sociedade, tais como: justiça, assistência social, conselho tutelar e saúde.

Do mesmo modo, para o enfrentamento desta problemática é fundamental que os profissionais, além de atenderem as vítimas da violência, desenvolvam métodos para identificar, controlar riscos e acompanhar os grupos mais vulneráveis. É preciso, ainda, buscar articular e dialogar com familiares, serviços públicos e organizações em geral que atuem na implementação de políticas públicas inclusivas e protetoras (SÃO PAULO, 2008).

Diante do exposto, o meu interesse pelo desenvolvimento desde estudo surgiu a partir da minha participação como membro da equipe executora do projeto de pesquisa intitulado 'Violência Intrafamiliar no Contexto das Unidades de Saúde da

Família', da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), realizado em três unidades de saúde da família do município de Jequié-BA. Pelos resultados desta pesquisa, foi evidenciado que a violência contra a criança é uma das principais manifestações da violência no âmbito da saúde da família.

Além disso, enquanto discente da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, do curso de enfermagem da UESB, tive a oportunidade de desenvolver atividades em um orfanato que abrigava crianças vítimas de violência em ambiente familiar e, por isso, foram afastadas de suas famílias. A história de cada criança, o seu olhar, a necessidade de apoio e conforto, inquietavam-me, o que veio a ser fortalecido a partir dos depoimentos relatados no projeto de pesquisa que ora faço parte.

Diante de tais argumentos surgiu a seguinte questão norteadora:

- Qual o significado da violência a crianças e adolescentes, segundo os profissionais que lidam com a proteção no município de Jequié-BA?

Frente a essas considerações e para responder a este questionamento, foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Apreender a percepção de profissionais sobre as ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência.
-

Objetivos Específicos:

- Compreender o significado da violência a crianças e adolescentes para os profissionais que atuam nas instituições de proteção.
- Descrever as ações de proteção a crianças e adolescentes vitimizados pela violência.
- Identificar os fatores que interferem na realização das ações de proteção.

Ao apreender a percepção que os profissionais possuem sobre as ações de proteção, almejamos proporcionar novos conhecimentos que subsidiem o redimensionamento dessas ações, em busca de uma assistência de melhor qualidade a crianças e adolescentes que sofrem agressões.

Acreditamos que este estudo contribuirá também para o ensino, a pesquisa e a extensão, uma vez que poderá subsidiar a realização de outros trabalhos na área. Além disso, poderá auxiliar a reestruturação das ações dos órgãos envolvidos com a prevenção e controle desta situação e a avaliação das políticas públicas voltadas a esta temática.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA

O Brasil inicia o século e o milênio com mais um grave desafio para a saúde pública com o fenômeno da violência (BRASIL, 2005). Considera-se este tema relevante para a saúde pública em virtude de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva, levando a um grande incremento na morbimortalidade, além de trazer graves consequências como a diminuição na expectativa e qualidade de vida, principalmente de jovens e adolescentes; o aumento nos custos assistenciais, sociais, emocionais e com segurança; o absenteísmo no trabalho e escola e a desestruturação familiar (BRASIL, 2008a).

Apesar da dificuldade de se obter estimativas exatas sobre a violência, a OMS, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado em 2002, revela que mais de um milhão de pessoas morrem e muitas outras sofrem lesões não fatais, por ano, decorrentes da violência auto infligida, interpessoal ou coletiva (OMS, 2002).

A violência, assim como outros problemas de saúde, não se distribui de maneira uniforme entre os gêneros ou faixa etária. Em 2000, ocorreram cerca de 520 mil homicídios, dos quais 77% atingiram homens. Em relação à faixa etária, os maiores índices de homicídio do mundo estão entre os homens de 15 a 29 anos (OMS, 2002).

Outro fator que influencia na ocorrência da violência é o nível de renda do país. Nos países de baixa a média renda, o índice de mortes violentas, em 2000, foi de 32,1 por 100 mil habitantes, enquanto que nos países de alta renda este índice foi de 14,4 por 100 mil habitantes (OMS, 2002).

No Brasil, os dados relativos à violência são mensurados dentro de amplo grupo chamado de causas externas, no qual se inserem não só os eventos violentos, mas também os acidentes (BRASIL, 2010a). As principais fontes de dados utilizadas para este monitoramento são o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através das Declarações de Óbito, e o Sistema de Informação de Internamento Hospitalar (SIH/SUS), pelas Autorizações de Internamento Hospitalar

(AIH) (MASCARENHAS et al., 2009). Por meio da análise destes dados, evidenciou-se um total de 2.824.093 óbitos por causas externas, entre os anos de 1980 a 2006 (BRASIL, 2010a).

No entanto, os dados advindos dessas fontes são limitados, por abrangerem apenas aqueles eventos que culminaram em óbitos ou internações hospitalares em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, com o intuito de melhorar a vigilância dos eventos não fatais, o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2010a; MASCARENHAS et al., 2009).

Em um inquérito realizado pelo VIVA, no ano de 2009, em 138 serviços sentinelas de urgência e emergência de 23 capitais, do Distrito Federal e de 24 municípios, foram registrados 54.434 atendimentos decorrentes de causas externas, sendo que 5.146 foram classificados como eventos relacionados à violência. Destes últimos, 3.654 acometeram indivíduos do sexo masculino e 1.205 pessoas de 0 a 19 anos de idade (BRASIL, 2010a).

Quanto ao local de ocorrência dos eventos violentos, estes aconteceram em maior proporção na via pública, seguida da residência. Porém, se analisados apenas os eventos sofridos por mulheres ou por crianças e adolescentes a residência representa o local de maior ocorrência (BRASIL, 2010a; MASCARENHAS et al., 2009). A maioria dos atendimentos tinha como agressores indivíduos do sexo masculino (BRASIL, 2010a).

Em relação às crianças e adolescentes, a OMS estimou que mundialmente aconteceram 57 mil mortes relacionadas a homicídios em indivíduos até 14 anos e 199 mil entre adolescentes e adultos jovens (10 a 29 anos), no ano 2000. Bebês e crianças muito jovens (0 a 4 anos) tiveram um índice de homicídio duas vezes maior que para o grupo de 5 a 14 anos (OMS, 2002). Na América Latina, estima-se que mais de 6 milhões de crianças sofrem abuso severo e cerca de 80 mil morrem por violência doméstica (OPAS, 2008).

No Brasil, entre 1990 a 2000, morreram 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violência (SOUZA; JORGE, 2005); entre os anos 2000 a 2010 a taxa de homicídios passou de 11,9 para 13,8 assassinatos por 100 mil crianças e adolescentes (WAISELFISZ, 2012) e, no ano de 2007, aproximadamente 11.700 crianças sofreram violência intrafamiliar (LACRI, 2005 apud GURGEL, 2008). A Sociedade Internacional de Abuso e Negligência na Infância (SIANI) estima que

ocorram, em nosso meio, cerca de 18.000 espancamentos diariamente nesta população (LEITE, 2005 apud LIMA; FARIAS, 2008).

Na faixa etária de 0 a 9 anos, a violência constitui-se como a 4ª causa de morte. Já entre os adolescentes de 10 a 19 anos, ela está em primeiro lugar (BRASIL, 2008b). No entanto, é importante salientar que a maior parte dos atos violentos praticados contra crianças e adolescentes não podem ser mensurados, uma vez que permanecem encobertos dentro dos lares (GOMES et al., 2002a). Apenas 1 em cada 10 a 20 casos de abusos físicos são notificados (OMS, 2002; PASCOLAT, 2001).

Quanto à morbidade relacionada à violência, os dados do Ministério da Saúde, de janeiro de 2010 a setembro de 2012, revelam que 25.013 internações de crianças e adolescentes ocorreram por agressões no Brasil, 9.349 no Nordeste e 4.666 no estado da Bahia (DATASUS, 2012). Enquanto que foram registrados no SINAN, no ano de 2011, 39.281 atendimentos de indivíduos menor de 1 a 19 anos de idade por violência no SUS, no Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Dados da Diretoria de Informação em Saúde (DIS) revelam, ainda, que na Bahia, entre 2008 a 2010, houve 3.023 casos notificados de violência doméstica, sexual e outras, sendo que 754 atingiram crianças (0 a 9 anos) e 2269 adolescentes (10 a 19 anos). Neste mesmo período, ocorreram 40 casos notificados no município de Jequié, com 22 óbitos por homicídios na faixa etária de 0 a 19 anos (DIS, 2011).

Diferente das demais faixas etárias, na infância, os meninos correm menos riscos que as meninas de sofrerem infanticídio, abuso sexual, negligência e prostituição. Porém, em relação às punições físicas severas os meninos são os mais atingidos (OMS, 2002). Também no Brasil, a violência contra crianças e adolescentes atinge em maior proporção indivíduos do sexo feminino (WAISELFISZ, 2012).

Diante disso, corrobora-se com o exposto pelo Ministério da Saúde ao evidenciar que:

Reconhecer a violência como questão de saúde pública é mais que um avanço para o país. É sinal de que estamos atentos a uma problemática enraizada na sociedade contemporânea, pautada na complexidade das relações humanas (BRASIL, 2008a, p. 7).

Cabe destacar que a definição de violência sofre a influência de normas sociais, costumes naturalizados e dispositivos legais. Por isso, pode-se dizer que a

violência possui uma definição complexa, que varia conforme a época, local ou circunstância em que ocorre (BRASIL, 2005).

Neste aspecto, em 2002, a OMS definiu violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, ou um grupo ou uma comunidade, podendo resultar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Em relação ao conceito da violência infantil, em 1999, o Conselho de Prevenção contra o Abuso Infantil da OMS esboçou a seguinte definição:

O abuso ou maus-tratos em relação à criança constitui todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2002, p. 81).

Essas definições são importantes por incluir, nas consequências da violência, danos e custos muitas vezes imensuráveis e invisíveis, como os danos psicológicos, privação e deficiência no desenvolvimento. A violência sofrida por mulheres, crianças e idosos, por exemplo, pode resultar danos imediatos ou latentes, levando a problemas psicológicos e sociais que não necessariamente levam a lesões, invalidez ou morte (OMS, 2002).

Do ponto de vista operacional, o setor saúde trabalha com classificações, tipologias e estratégias de abordagem para a violência (MINAYO, 2006). Nesse contexto, a OMS (2002) desenvolveu uma tipologia, dividindo a violência em três categorias (autoinfligida, interpessoal e coletiva), conforme a característica de quem comete o ato violento.

A violência autoinfligida é aquela na qual a pessoa atinge a si mesma. Esta se subdivide em comportamento suicida (pensamento suicida, tentativa de suicídio e suicídio completo) e autoabuso (atos de mutilação) (OMS, 2002).

A violência interpessoal é classificada em dois âmbitos: a intrafamiliar e a comunitária. A violência intrafamiliar é aquela que ocorre entre os membros da família e parceiros íntimos, mas, não necessariamente, dentro do domicílio. A violência comunitária é definida como a que acontece no ambiente social, entre indivíduos sem laços de parentescos, como exemplo: a violência juvenil, os ataques sexuais por estranhos e até a violência institucional em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (OMS, 2002).

Por sua vez, a violência coletiva relaciona-se a atos violentos que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos e do Estado. Do ponto de vista social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, a violência coletiva se expressa nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. Já no campo econômico, caracteriza-se por ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (OMS, 2002).

Em acréscimo à classificação desenvolvida pelo Relatório da OMS (2002), existe a violência institucional exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, podendo incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços (BRASIL, 2001b).

Minayo (2006) acrescenta, ainda, à classificação realizada pela OMS, a violência estrutural, referindo-se aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes, ressaltando que a maioria das violências referidas anteriormente tem sua base na violência estrutural. Evidencia também que este tipo de violência é difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetuando-se nos micro e macroprocessos socio-históricos, repetindo-se e naturalizando-se na cultura, sendo responsável por privilégios e formas de dominação.

Além da classificação acima apresentada, a violência pode ainda ser subdividida em violência física, psicológica, sexual, negligência ou privação, quando analisada quanto à natureza do ato violento (OMS, 2002).

A **violência física** ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas (BRASIL, 2001b).

A **violência psicológica** é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento biopsicossocial da pessoa, podendo gerar efeitos deletérios na constituição da personalidade e na forma do indivíduo enfrentar a vida (BRASIL, 2001b; SÃO PAULO, 2008).

A **violência sexual** é toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação. Dentro da violência sexual inclui-se: **estupro** – todo ato de penetração oral, anal ou vaginal, utilizando o pênis ou objetos e cometido à força ou sob ameaça, submetendo a vítima ao uso de drogas ou ainda quando esta for incapaz de ter julgamento adequado; **abuso sexual na infância ou na adolescência** – consiste na participação de uma criança ou adolescente em atividades sexuais impróprias a sua idade e ao seu desenvolvimento; **sexo forçado no casamento** – consiste na imposição de manter relações sexuais no casamento, provocando constrangimento à mulher; **assédio sexual** – pode ser definido por atitudes de conotação sexual em que haja constrangimento de uma das partes, através do uso do poder de um (a) superior na hierarquia, reduzindo a capacidade de resistência do outro (BRASIL, 2001b). Ainda, neste tipo de violência, inclui-se a exploração sexual visando lucro, como a prostituição e a pornografia (SÃO PAULO, 2008).

A **negligência** é a omissão da responsabilidade, principalmente em relação aos indivíduos que necessitam de ajuda por questões de idade ou alguma condição específica (BRASIL, 2001a).

A violência não é um fenômeno que possui uma causa única, mas, ao contrário, possui múltiplas causas, complexas e correlacionadas com os determinantes sociais e econômicos e com aspectos relacionados a comportamentos e cultura (BRASIL, 2008a).

Diante disso, pode-se argumentar que também é preciso a inter-relação de múltiplas áreas – profissionais da saúde, justiça, educação, iniciativa privada, sociedade civil organizada, meios de comunicação – para uma efetiva ação sobre a violência.

Em se tratando de um problema de saúde pública, a área da saúde deve assumir sua responsabilidade através do trabalho adequado à vítima, da geração de informações e da participação, junto com outros setores, na definição e implementação de políticas públicas de “prevenção da violência, promoção da saúde e de uma cultura pela paz e pela vida” (BRASIL, 2008a, p. 7).

Em relação à infância e adolescência, estas são fases da vida extremamente importantes e delicadas; as experiências vivenciadas nesta fase formarão a base da

personalidade adulta. Por isso, crianças e adolescentes requerem suporte social e grande investimento emocional para um pleno desenvolvimento (BRASIL, 2002a; 2005). Neste sentido, atos violentos praticado contra indivíduos nesta fase da vida, podem transformar suas vidas em uma catástrofe, bloqueando o seu projeto de vida futuro (GALLI; VIEIRO, 2008).

Diante de tal realidade, foi regulamentada, em 1990, a lei nº 8096/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual traz, em seu artigo 5º, que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2008c, p. 10).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criança é a pessoa com até doze anos de idade incompletos e, adolescente, aquele com idade entre doze e dezoito anos (BRASIL, 2008c).

Apesar das leis existentes, a violência contra crianças e adolescentes ainda é uma realidade dolorosa. Alguns fatores como as características do ambiente e dos responsáveis pelas crianças podem influenciar nos maus-tratos nesta faixa de idade. Os homens são os principais responsáveis pela violência sexual, enquanto que mães e/ou pais solteiros, jovens, pobres, desempregados e de baixo nível educacional possuem maior probabilidade de cometerem abuso físico (OMS, 2002).

Entre as principais consequências da violência para crianças e adolescentes estão os problemas sociais, emocionais e psicológicos, manifestados, muitas vezes, por meio do desenvolvimento de comportamento de risco à saúde e problemas de saúde mental – ansiedade, transtorno depressivo, baixo desempenho escolar, comportamento agressivo e até tentativa de suicídio (BRASIL, 2008b), favorecendo dessa maneira o desenvolvimento de um ciclo de violência intergeracional.

Com o ECA, o atendimento à criança e ao adolescente passou a exigir da família, da sociedade e do Estado a priorização de suas necessidades (BRASIL, 2002a), ou seja, este grupo etário, além de ser respeitado, deve agora ser protegido, pela sua condição de indivíduo em desenvolvimento físico, moral e psicológico (SÃO PAULO, 2008).

Neste aspecto, o enfrentamento deste grave problema de saúde pública, a violência contra crianças e adolescentes, envolve questões complexas e necessita

da interação de ações entre diversos setores, órgãos e instituições, dentre os quais podemos citar: Conselho de defesa dos direitos da criança e do adolescente – deliberam e acompanham a política de enfrentamento da violência; Conselhos Tutelares – acolhem, averiguam e encaminham denúncias e realizam orientações nos casos de violação dos direitos da criança e adolescente; Ministério Público – destina-se à preservação dos direitos fundamentais da comunidade; Delegacias – realizam atividades de proteção à vítima e responsabilização dos agressores (BRASIL, 2001a).

Além dos setores anteriormente referidos, o setor saúde passou a ter grandes responsabilidades na prevenção, diagnóstico, notificação dos casos de violência, busca de proteção à vítima e apoio à família (BRASIL, 2008b; SÃO PAULO, 2008).

1.2 OS PROFISSIONAIS E A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Muito importante para orientar as ações dos profissionais em relação à violência contra crianças e adolescentes, é o artigo nº 13 do ECA, o qual diz que, obrigatoriamente, todos os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos devem ser comunicados ao conselho tutelar (BRASIL, 2008c; SÃO PAULO, 2008). Acrescido a isto, no ano de 2001, o Ministério da Saúde incluiu a violência contra criança e adolescente na lista de agravos de notificação compulsória, reconhecendo-a como problema prioritário de saúde pública (BRASIL, 2001c). Esta ação pode ser considerada como o primeiro passo para a detecção, controle e prevenção da violência.

O conselho tutelar, ao receber uma notificação, deverá analisar o caso quanto à procedência, chamar o possível agressor ou verificar *in locu* o fato ocorrido, para esclarecê-lo. Os casos mais graves deverão ser encaminhados ao conhecimento do poder judiciário e ministério público (SÃO PAULO, 2008).

A notificação proporciona visibilidade epidemiológica e social ao problema da violência, auxiliando no dimensionamento de sua magnitude e possibilitando o planejamento de ações do setor saúde e de outros setores que lidam com a infância e juventude, assim como o desenvolvimento e aprimoramento de redes de proteção. Ao comunicar a ocorrência de maus-tratos, é possível distinguir as necessidades

especiais e urgentes da vítima e chamar o poder público à sua responsabilidade (BRASIL, 2002a; DESLANDES et al., 2011; SÃO PAULO, 2008).

O profissional que realiza a notificação deve explicar a família a importância e o benefício que este ato pode trazer. Além disso, é imprescindível a continuidade do vínculo entre os serviços e a família. Exceto em casos excepcionais, esta deverá participar, juntamente com os profissionais, da busca de soluções, sempre a favor da criança e do adolescente (SÃO PAULO, 2008).

Apesar dos benefícios que a notificação pode trazer para o enfrentamento dos casos de violência, alguns profissionais ainda resistem em fazê-la. Alguns fatores que favorecem a não notificação são: a realização de atendimentos superficiais e rápidos, por conta da grande demanda e da falta de experiência em lidar com tal problema; o entendimento de que a violência contra crianças e adolescentes se refere a um problema de família, de forma que não se deve intervir; o desconhecimento sobre o que realmente deverá ser notificado e a crença de que a notificação não trará resultados concretos para o seu trabalho (SÃO PAULO, 2008).

Diante disso, fica clara a necessidade do desenvolvimento de estratégias que auxiliem na implantação de boas práticas de assistência e notificação (SÃO PAULO, 2008). Com este intuito, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência traz como uma de suas diretrizes a:

capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, [...], com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violência (BRASIL, 2001d, p. 28).

Com o ECA, o setor de saúde passou a também se responsabilizar pela atuação na prevenção, no diagnóstico e na notificação de casos de violência. Desta forma, foi criado um novo espaço para a identificação, o acolhimento e o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, assim como para a orientação às famílias (BRASIL, 2005).

Com o advento do Programa de Saúde da Família (PSF), o setor saúde ganhou um novo aliado para o enfrentamento de tal questão, especialmente na efetivação de ações preventivas da violência intrafamiliar, já que seu alvo de ação é a família. Através do estreito relacionamento e da criação de vínculos entre a equipe de saúde e a família, é possível identificar aquelas expostas a maiores riscos de

ocorrência da violência e instituir protocolos de vigilância e monitoramento das mesmas (ROCHA; MORAES, 2011).

Ressalta-se, ainda, que colocar em prática as ações contra a violência definidas nas Políticas Públicas de Saúde depende, fundamentalmente, dos profissionais de saúde. Já que, essas políticas repercutem-se na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de novos saberes, que favorecerão o atendimento adequado às necessidades de saúde da criança e do adolescente vitimizado (GARCIA, 2007).

Outro órgão de grande importância para atuação contra a violência a crianças e adolescentes é o conselho tutelar. Segundo Teixeira (1998), o trabalho deste órgão se dá nas seguintes etapas:

- **notificação ou denúncia**, as quais geram a necessidade de atuação, em busca do reestabelecimentos dos direitos da criança e do adolescente e da prevenção de novas infrações;

- **averiguação do caso**, através de visitas domiciliares e notificação aos pais, responsáveis e/ou demais pessoas envolvidas no caso. É importante salientar que a visita domiciliar deverá ser realizada após a permissão dos moradores, exceto em casos que a criança ou adolescente correr risco de vida;

- **aplicação de uma medida de caráter emergencial**, caso se confirme que a denúncia procede;

- **o estudo de caso**, que é indicado para situações mais complexas. Dele poderão participar outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, entre outros) que, por sua formação, auxiliarão os conselheiros a definir as medidas necessárias para o caso;

- **aplicação de medidas propostas pelo ECA**, podendo necessitar e, assim, requisitar serviços das áreas de educação, segurança pública, saúde, serviço social, trabalho e previdência. Essas medidas incluem desde o apoio e acompanhamento às famílias até a suspensão do pátrio poder e tem como objetivo prevenir a reincidência da violência (MILANI; LOUREIRO, 2008);

- **acompanhamento** das medidas, a fim de verificar se a situação de violência foi modificada. Ocorrendo isso, o caso é **arquivado**; do contrário, novas medidas deverão ser tomadas.

Percebe-se, no entanto, que para atuação na prevenção e controle da violência alguns desafios precisam ser superados. O primeiro é a incorporação da notificação na rotina dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes. O segundo é a sensibilização e capacitação dos profissionais, para que estes possam compreender o significado, as manifestações e as consequências da violência neste grupo etário e consigam diagnosticar e encaminhar os casos atendidos (SÃO PAULO, 2008). E o terceiro desafio a ser superado é a necessidade de articulação e formação de parcerias entre os diversos setores que trabalham com a infância e a juventude (SÃO PAULO, 2008), ou seja, a necessidade da formação de uma rede de proteção a estes indivíduos.

Segundo Melman (2009), a rede de proteção à violência ou rede de paz é um conjunto de organizações públicas e da sociedade civil organizada, que tem o objetivo de promover ações articuladas para o enfrentamento da violência, buscando, assim, a criação de uma cultura de paz.

Para a construção dessa rede, é imprescindível a reestruturação dos serviços e a capacitação e motivação dos profissionais, no intuito de ampliar sua capacidade de acolhimento, escuta, orientação e tratamento para com os sujeitos em situação de violência (MELMAN, 2009).

Todo o processo de atuação contra a violência a crianças e adolescentes deve ser realizado como uma construção coletiva, com intuito de proteger a vítima e dá o suporte necessário ao agressor, para, assim, transformar o atual quadro cultural e social da violência (SBP, 2000).

Por fim, é importante destacar que a violência contra crianças e adolescentes costuma acontecer no ambiente familiar, fazendo parte de uma forma de relacionamento, comunicação e correção caracterizados pela agressividade e por concepções culturais adultocêntricas. Assim, a realização de intervenções neste ambiente deve ser estimulada e acompanhada, pois as transformações se dão de forma lenta, em decorrência das características próprias desta faixa etária: infância e adolescência (ROCHA; MORAES, 2011; SÃO PAULO, 2008).

Outro fator a se considerar no atendimento das famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência é que o profissional deve ter uma atitude acolhedora, não julgadora e não punitiva, para assim, conseguir manter uma relação de confiança com a mesma e evitar maiores sofrimentos, o que favorecerá a avaliação da situação e o planejamento e acompanhamento das ações necessárias,

com maior chance de adesão (FERREIRA, 2005). Toda ação realizada deve ser norteada e ter como objetivo a proteção da criança e adolescente (GOLDMAN et al., 2003 apud FERREIRA, 2005).

Salientamos, ainda, que só será possível a diminuição da violência contra a criança e o adolescente quando estes forem respeitados e tratados como ser humano, sujeito de sua história de vida, que possuem capacidade de pensar, agir e reagir ante as adversidades do meio em que vivem (DE BIASIL; PENNA, 2004).

Conclui-se, com isso, que para conseguir transformar o quadro de violência vivenciado por crianças e adolescentes “é preciso construir um processo socializador fundado na ideia do diálogo como meio insubstituível para a resolução de conflitos” (BRASIL, 2002, p. 8). É necessário, ainda, unir forças para assim conseguirmos respeitar e aplicar os preceitos preconizados nas legislações e sistemas de proteção existentes em nosso país.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Quanto ao delineamento, caracteriza-se como estudo de campo, com abordagem de natureza qualitativa, tendo como aporte teórico, referencial teórico pertinente ao objeto de estudo proposto.

Entendemos que a abordagem qualitativa é a que mais se adapta ao objetivo deste trabalho, já que, segundo Silva, Gobbi e Simão (2005, p. 71) a pesquisa qualitativa é utilizada quando se busca “compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os indivíduos, em situações particulares”.

Acrescenta-se, ainda, que a pesquisa qualitativa possibilita o trabalho com o universo dos significados, crenças, percepções, sentimentos, valores, opiniões e atitudes dos sujeitos sociais e, assim, permitir compreender um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2010).

Quanto aos objetivos propostos, o presente estudo é caracterizado como exploratório e descritivo.

Os estudos exploratórios são realizados quando se almeja examinar um tema ou problema de pesquisa ainda pouco estudado, do qual se tenham muitas dúvidas ou que não tenha sido abordado antes (SAMPLERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Entendemos ser esta proposta adequada ao presente estudo vez que, até o momento de início deste trabalho, não foram localizados em literatura científica e bases de dados online consultadas, trabalhos que enfoquem a violência em criança e adolescentes no município de Jequié-BA.

Segundo Santos (2010), os estudos descritivos são utilizados para mensurar, avaliar ou coletar dados sobre diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno a ser pesquisado. O estudo descritivo propicia, ainda, a seleção de uma série de questões e pode medir ou coletar informação sobre cada uma delas, para assim descrever o que se pesquisa (SAMPLERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Severino (2007) salienta também que, a pesquisa descritiva ou explicativa, além de registrar e analisar os fenômenos estudados, identifica suas causas através da interpretação por métodos qualitativos.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado no município de Jequié, situado no interior do Estado da Bahia, na Mesorregião do Centro-Sul, localizado a uma distância de 365 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga (JEQUIÉ, 2012). Possui uma área total de 3.227 km², com uma população de 151.895 habitantes, segundo o recenseamento de 2010 (IBGE, 2010).

Como campo de pesquisa foram utilizados os serviços, do município de Jequié, que trabalham com a assistência e/ou proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência: o Conselho Tutelar, o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e 04 Unidades de Saúde da Família (USF).

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, porém não jurisdicional, que tem o objetivo de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. Possui como principais funções o atendimento a denúncias; a comunicação e/ou encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados de violências, determinando as medidas de proteção necessárias; o aconselhamento e o auxílio nos casos de pensão alimentícia e guarda dos filhos (BRASIL, 2008c). Foi implantado em Jequié no ano de 1992, sendo constituído por cinco conselheiros titulares e cinco suplentes, os quais são eleitos a cada 3 anos (informação verbal)¹.

O CREAS é um centro de referência público estadual que atende crianças, adolescentes, idosos e mulheres que sofrem algum tipo de violência (BRASIL, 2010b). Desenvolve como principais atividades: o apoio psicológico individual e/ ou em grupo, a orientação familiar, oficinas educativas, o acompanhamento e encaminhamento dos usuários à rede de serviço (informação verbal)².

A DEAM, implantada em Jequié no ano de 2008, atua embasada na Lei 11.340/2006 (BRASIL, 2010c), com uma equipe multidisciplinar, para o atendimento de mulheres vítimas de violência. Tal órgão foi incluído na pesquisa, pois, como no município não existe uma delegacia especializada para atender os casos de violência contra crianças e adolescentes, estes são atendidos no referido órgão.

¹ Segundo informações colhidas no conselho tutelar do município de Jequié – BA, em maio de 2012.

² Segundo informações colhidas no CREAS do município de Jequié – BA, em maio de 2012.

Entre os serviços de saúde existentes no município de Jequié, foram escolhidas as USF como campo de estudo, pois, corroborando com Rocha; Moraes (2011, p. 3286), entendemos que “a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) [...] abriu novas possibilidades de atuação do setor saúde frente ao problema (*da violência*)”. Suas diretrizes e metodologia de trabalho, como a territorialização e a formação de vínculos com o usuário, favorecem o enfrentamento de problemas complexos, dentre estes a violência.

No momento da pesquisa, o município de Jequié dispunha de 18 USF, porém utilizamos alguns critérios de inclusão para definir aquelas que iriam fazer parte deste estudo. Assim, foram estabelecidos os seguintes critérios: equipe mínima completa, segundo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; equipes com o tempo mínimo 6 meses de experiência; unidades com 80% a 100% das famílias cadastradas e acompanhadas; Unidades de Saúde da Família com apenas uma equipe; unidades da zona urbana e unidades onde não possui relato de trabalhos sobre a violência contra criança e adolescente. Com base nesses critérios, foram então selecionadas quatro USF.

2.3 ATORES SOCIAIS

Para a definição da amostragem na pesquisa qualitativa é importante se perguntar “quais indivíduos sociais tem uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado” (MINAYO, 2002a, p. 43), por isso, a mesma não se baseia em critérios numéricos para garantir a sua representatividade.

Neste sentido, os sujeitos do estudo foram 29 profissionais das equipes multiprofissionais dos serviços de proteção e assistência, a saber: três conselheiros do Conselho Tutelar; uma assistente social, dois psicólogos e uma advogada do CREAS; dois investigadores de polícia, um escrivão, uma delegada e uma psicóloga, da DEAM; quatro enfermeiras, uma médica, dois odontólogos, duas técnicas de enfermagem e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF. A escolha destes informantes se deu de forma intencional, com base nos objetivos deste estudo e no interesse e disponibilidade dos profissionais.

Buscando a garantia do anonimato dos informantes, os entrevistados foram identificados pela letra “E” acompanhada pelo número correspondente a sua

entrevista (E1, E2, E3...) e de uma sigla relacionada à sua ocupação, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias

OCUPAÇÃO	SIGLA
<i>Psicólogo</i>	PSC
<i>Enfermeiro</i>	ENF
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	AXENF
<i>Agente Comunitário</i>	ACS
<i>Médico</i>	MED
<i>Assistente Social</i>	ASOC
<i>Odontólogo</i>	ADT
<i>Delegada</i>	DEL
<i>Escrivão</i>	ESC
<i>Advogada</i>	ADV
<i>Investigador de Polícia</i>	IP
<i>Conselheira Tutelar</i>	CT

2.4 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, utilizamos a entrevista aberta, semiestruturada, a qual foi composta por itens de identificação (sócio demográfico) dos participantes e questões norteadoras pertinentes ao objeto de estudo (Apêndice A). A mesma aconteceu no primeiro semestre de 2012, entre os meses de março a maio, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, Protocolo nº 064/2011 (Anexo B), conforme ofício CEP/UESB nº 320/2011 (Anexo A). Sendo realizada de forma aleatória e individual, com o auxílio de um gravador.

A utilização de entrevista como método de coleta de dados enriquece a pesquisa qualitativa, uma vez que esta oferece todas as perspectivas possíveis para que o pesquisado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, além de valorizar a presença do pesquisador (SALES, 2003).

Para Michael (2009) a entrevista tem como objetivo a averiguação de fatos e a determinação de sentimentos, expectativas e motivos conscientes para opiniões; e possui como vantagens poder ser utilizada em todos os segmentos da população e oportunizar o alcance de dados relevantes que não se encontram em fontes documentais.

2.5 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS

No intuito de obedecer aos preceitos éticos e legais das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP – UESB), sendo aprovado sob Protocolo nº 064/2011 (Anexo B). Após aprovação pelo CEP, a coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde encaminhou aos órgãos definidos como campo de estudo (Conselho Tutelar, CREAS, DEAM e Secretaria Municipal de Saúde – responsável pela liberação da pesquisa nas USF) ofício solicitando autorização para a coleta de dados, a qual nos foi concedida (Anexo C).

A partir daí, entramos em contato com as coordenadoras dos serviços para informá-las a respeito da pesquisa e agendar dia e horário para a realização das entrevistas.

As entrevistas aconteceram após esclarecimento dos objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B) pelos sujeitos, no qual se assegurava o sigilo e anonimato, permitia o direito de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, bem como autorizava a publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

2.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Em relação à análise dos dados, foram analisados os núcleos de sentido abstraídos das falas dos sujeitos investigados. Os dados brutos da entrevista aberta receberão tratamento tendo como base a análise de conteúdo.

A técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2010, p. 44) é:

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.

Para Silva, Gobbi e Simões (2005) esta técnica possibilita a compreensão dos significados da interpretação da realidade do grupo estudado, que muitas vezes se encontram obscuros, através do processo de decomposição das falas para posterior categorização do fenômeno.

Corroborando com os autores acima, pode-se dizer que a análise de conteúdo busca conhecer o que está por trás das palavras e possui os seguintes objetivos: a superação da incerteza, buscando perceber se o que se vê realmente está contido na mensagem, e o enriquecimento da leitura (BARDIN, 2010).

Diferentes tipos de técnica podem ser adotados para o desenvolvimento da análise de conteúdo (BARDIN, 2010; OLIVEIRA, 2008), neste estudo optamos por utilizar a Análise de Conteúdo Temática.

De acordo com Bardin (2010), a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação, cuja presença ou frequência de aparição significa algo para o objetivo analítico pretendido. A autora nos diz ainda que “a análise temática é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” e comparáveis (BARDIN, 2010, p. 199); sendo, geralmente, utilizada para examinar motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, dentre outros.

Realizamos a análise dos dados seguindo as etapas proposta por Bardin (2010): 1) a pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise é realizada a organização propriamente dita, através da construção do *corpus*, leitura flutuante e preparação de todo material. Em nosso estudo, o *corpus* foi constituído por 29 entrevistas. Após a transcrição das entrevistas no programa *Word* (versão 2010), realizamos a leitura flutuante deste material, buscando criar um maior contato e familiaridade com o mesmo.

A fase de exploração do material é constituída por operações de codificação, decomposição ou enumeração. Nela foi realizada uma leitura mais exaustiva das entrevistas, buscando aquilo que se mostrava mais significativo e preparando-as para as próximas etapas.

Optamos por utilizar o tema para delimitação dos núcleos de sentido, os quais foram recortados por meio da palavra, frase ou parágrafo, conforme critério semântico. Seguimos, então com a agrupação e classificação das unidades temáticas, bem como sua enumeração. Com isso, agrupamos o material em três

categorias e nove subcategorias, a partir das unidades semanticamente equivalentes.

Por fim, na última fase, os dados foram tratados em busca de interpretações guiadas pelos objetivos propostos. A partir das falas dos profissionais entrevistados realizamos, então, interpretações e discussões, tomamos como base referencial teórico pertinente ao objeto de estudo.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste momento serão apresentados e discutidos os resultados encontrados no estudo, buscando, assim, atender aos objetivos propostos. Iniciaremos com a caracterização dos sujeitos participantes do estudo. Em seguida, serão descritas e analisadas as categorias e subcategorias, surgidas através da agregação das unidades temáticas semanticamente análogas.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A partir dos dados sociodemográficos coletados durante a aplicação da técnica de entrevista, foi possível descrever as características dos sujeitos participantes do estudo, as quais serão apresentadas nas tabelas abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo, idade, cor da pele e renda familiar.

Características	Número	Frequência
Sexo		
<i>Masculino</i>	07	24,1%
<i>Feminino</i>	22	75,9%
Idade		
<i>20 a 29 anos</i>	08	27,6%
<i>30 a 39 anos</i>	14	48,3%
<i>40 a 49 anos</i>	04	13,8%
<i>> 50 anos</i>	03	10,3%
Cor da pele³		
<i>Branca</i>	06	20,7%
<i>Negra</i>	06	20,7%
<i>Parda</i>	15	51,7%
<i>Morena</i>	02	6,9%
Renda familiar		
<i>1 salário mínimo</i>	04	13,8%
<i>2 a 5 salários mínimo</i>	09	31%
<i>6 a 10 salários mínimo</i>	07	24,2%
<i>> 10 salários mínimo</i>	09	31%

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié – BA, 2012.

³ A cor da pele foi determinada pelos entrevistados, sem ter sido dadas alternativas para a resposta. Ou seja, cada entrevistado referiu a cor de sua pele conforme sua autoidentificação. Por isso, as cores “negra” e “morena” apareceram no trabalho.

Participaram do estudo 29 profissionais dos serviços que trabalham com a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência. Conforme tabela acima (Tabela 1), a maioria dos profissionais é do sexo feminino (75,9%), tem idade entre 30 a 39 anos (48,3%), sendo que a idade dos informantes variou de 20 a 68 anos, e se declararam como tendo cor da pele parda (51,7%).

Quanto à renda familiar, mais da metade dos sujeitos (55,2%) informaram ter renda acima de seis salários mínimos, sendo que destes 31% possuem renda maior que 10 salários mínimos. Tal fato pode estar relacionado a um melhor nível socioeconômico e melhores condições de vida dos informantes, o que poderá influenciar nas visões de mundo destes e, conseqüentemente, no significado que os mesmos atribuem à violência.

A tabela 2 demonstra o grau de escolaridade, formação e ocupação dos sujeitos:

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à escolaridade, formação e ocupação.

Características	Número	Frequência
Escolaridade		
<i>Ensino Médio</i>	11	37,9%
<i>Ensino Superior Incompleto</i>	01	3,5%
<i>Ensino Superior Completo</i>	17	58,6%
Formação		
<i>Psicologia</i>	03	17,6%
<i>Enfermagem</i>	04	23,5%
<i>Medicina</i>	01	5,9%
<i>Assistente Social</i>	02	11,8%
<i>Odontólogo</i>	02	11,8%
<i>Advogada</i>	01	5,9%
<i>Delegada</i>	01	5,9%
<i>Pedagogia</i>	01	5,9%
<i>Matemática</i>	01	5,9%
<i>História</i>	01	5,9%
Ocupação		
<i>Psicólogo</i>	03	10,3%
<i>Enfermeira</i>	04	13,8%
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	02	6,9%
<i>Agente Comunitário</i>	08	27,6%
<i>Médico</i>	01	3,5%
<i>Assistente Social</i>	01	3,5%
<i>Odontólogo</i>	02	6,9%
<i>Delegada</i>	01	3,5%
<i>Escrivão</i>	01	3,5%
<i>Assistente Jurídica</i>	01	3,5%
<i>Investigador de Polícia</i>	02	6,9%
<i>Conselheira Tutelar</i>	03	10,3%

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié – BA, 2012.

Quanto à escolaridade, 58,6% dos informantes referiram possuir ensino superior completo, o que reflete um bom nível educacional da maioria destes. Os mesmos possuem formação bastante diversificada, como vemos na tabela 2.

Em relação à ocupação, a maioria dos entrevistados eram ACS (27,6%), seguindo por enfermeiras (13,8%), conselheiras tutelares (10,3%) e psicólogos (10,3%).

3.2 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS MANIFESTOS – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A entrevista, enquanto técnica de apreensão do conteúdo manifesto, possibilitou, por meio da análise temática, a emersão de 3 categorias, com 9 subcategorias

Apresentaremos a seguir o quadro de distribuição das categorias e subcategorias (Quadro 1) e suas respectivas frequências.

Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias

CATEGORIA/ CÓDIGO	SUBCATEGORIA/ CÓDIGO	UNIDADES DE ANÁLISE		SUBTOTAL	
		F	%	F	%
Significado da violência para os profissionais (SVP)	Violência relacionada aos fatores socioeconômicos (SVP-vrfs)	12	3,2	105	28,2
	Vulnerabilidade da criança (SVP-vc)	22	5,9		
	Família, fonte de violência (SVP-ffv)	33	8,9		
	Violação de direitos (SVP-vd)	38	10,2		
Ações de proteção da violência (APV)	Prevenção (APV-p)	45	12,1	114	30,7
	Manejo das situações de violência (APV-msv)	69	18,6		
Fatores que interferem nas ações de proteção (FIAP)	Estrutura organizacional (FIAP-eo)	58	15,6	153	41,1
	Fatores psicoemocionais (FIAP-fp)	62	16,6		
	Trabalho em rede (FIAP-tr)	33	8,9		
TOTAL		372	100	372	100

3.2.1 Categoria 1 – Significado da violência para os profissionais

Esta categoria surgiu a partir da agregação dos núcleos de sentido que descrevem os significados que os profissionais possuem a respeito da violência.

Torna-se aqui necessário discutir o conceito de significado. Segundo Sacconi (1996, p. 610) significado é “significação”, é o “valor semântico da palavra, o que representa, o que quer dizer por si mesma. A ideia”; é ainda definido como “conceito” (WIKIPÉDIA, 2012).

No entanto, ressaltamos que os profissionais não deram um conceito concreto à violência, eles atribuíram ações, causas e fatores associados ao significado da violência. Além disso, destacamos que a violência não possui uma definição única e seu conceito não é natural, ou seja, ele sofre a influência histórica da época, local e circunstância em que ocorre e é construído social e culturalmente (BRASIL, 2005; GALHEIGO, 2008; RICAS; DONOSO, 2010; SANTOS et al., 2011).

Diante do exposto e a partir das unidades de análise, dividimos esta categoria em quatro subcategorias: *violência relacionada aos fatores socioeconômicos; vulnerabilidade da criança; família, fonte de violência e violação de direitos.*

3.2.1.1 Subcategoria 1.1 – Violência relacionada aos fatores socioeconômicos

Nesta subcategoria, foram reunidas as unidades de análise que expressam o significado da violência através de sua associação aos fatores socioeconômicos.

A violência é um problema fundamentalmente social, que possui profundas raízes macroestruturais e que se desenvolve no dia a dia das relações interpessoais (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999; MINAYO; SOUZA, 1997). Neste sentido, entende-se que a violência é “um fenômeno construído a longo prazo [...] é uma reação construída num período de tempo longo” (E24PSC). Ela se manifesta sob diversas formas, as quais se interligam, retroalimentam-se, interagem e se fortalecem (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999; MINAYO; SOUZA, 1997).

Dentre as manifestações da violência, Minayo (2006) destaca a violência estrutural, como aquela que, muitas vezes, serve de base para as demais formas, referindo-se esta aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e

cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes.

Algumas unidades de análise mostram que os profissionais também reconhecem a violência social como uma das manifestações da violência contra crianças e adolescentes, destacando a omissão do poder público em assegurar uma boa qualidade de vida a esta população.

[...] essa violência, ela é sempre oriunda das camadas mais baixas da sociedade (E11P).

Existe também a violência social, que pra mim é a pior, porque o estatuto fala que a criança tem direito à saúde, educação, lazer, alimentação. Mas, não é isso que acontece. Muitas vezes, elas não têm nem mesmo o que comer, aí tem que ir pra rua, a menina tem que se prostituir, às vezes, até pra conseguir dois reais pra comprar o pão (E11CT).

[...] a falta de assistência do poder público, muitas vezes, a educação também, nível social baixo (E17ODT).

A questão financeira, a questão de moradia, de alimentação, que essas pessoas também tem muito essas carências. [...] e isso contribui muito pra ter a violência (E29ENF).

A pobreza e os fatores relacionados a ela, como as más condições de moradia e educação, alimentação precária, dificuldades de acesso aos serviços de saúde por si só configuram-se como uma forma de violência em qualquer período da vida, mas principalmente na infância e adolescência, já que esta é uma fase em que os indivíduos necessitam de condições adequadas para se desenvolverem plenamente.

Os entrevistados E15ACS e E27ESC não só admitem a existência da violência estrutural, como também a reconhecem como a causa de outras formas, como a violência intrafamiliar e a exploração infantil.

É mais a violência por causa do desemprego. Tem criança que tá aqui mesmo que não tem nem o que comer, a mãe bota eles pra pedir e ainda vende os alimentos (E15ACS).

[...] são atitudes tomadas, são resultados de ações. [...] ela é resultado da falta de educação, saúde, de todas as condições sociais que uma pessoa deveria ter pra viver bem. [...] quando a família não tem educação, não tem saúde, não tem uma moradia digna, entendeu, emprego, isso aí gera um desconforto, gera uma desarmonia no ambiente familiar, que acaba refletindo na criança (E27ESC).

Além disso, algumas famílias podem omitir e permitir a ocorrência da violência contra crianças e adolescentes, por estarem sendo financeiramente amparadas pelos agressores, reforçando assim a influência dos fatores socioeconômicos, como vemos na unidade de análise a seguir: “[...] que tem casos também que a mãe, às vezes, finge que não sabe, porque tá sendo financeiramente ajudada, principalmente pessoas carentes também” (E2IP).

Concordando com nossos achados, diversos autores descrevem como fatores de risco para a violência contra crianças e adolescentes o desemprego, a luta pela sobrevivência, a baixa qualidade da educação e a pobreza (ANDRADE et al., 2011; BAZON, 2008; BRASIL, 2005; MARTINS, 2010; PINHEIRO, 2007; RICAS; DONOSO, 2010; ROCHA; MORAES, 2011).

Estudos também relatam o mau desempenho do Estado em garantir os direitos da criança e do adolescente, exprimindo, desta forma, a violência estrutural e sua relação com a violência neste grupo etário (BAZON, 2008; PIERANTONI; CABRAL, 2009; SILVA; FERRIANI, 2007).

Zottis, Algeri e Portella (2006) demonstram, ainda, que crianças pobres, quando comparadas com crianças de classe média, possuem chance 22 vezes maior de serem maltratadas, 56 vezes maior de terem sua educação negligenciada e 60 vezes maior de morrer por negligência ou agressão.

Em um estudo realizado por Nunes, Sarti e Ohara (2009), os profissionais acreditam que os pais que vivem em condições precárias são mais propensos a agredir seus filhos, pois estes perdem a noção de dignidade e identidade própria, não aderindo a valores que podem impedir a violência. Além disso, a convivência diária com atos da violência social acaba por neutralizar outras formas de violência, tidas como menores (ROCHA; MORAES, 2011).

Apesar de se reconhecer que os fatores socioeconômicos agem como facilitadores e promotores da violência (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006), é importante ressaltar, porém, que associar a violência apenas à pobreza e às classes menos favorecidas é uma forma de aumentar o preconceito e a discriminação em relação aos pobres, ou seja, esta é uma das mais perversas formas de associação, constituindo-se processo de dupla violência (SIQUEIRA, 2010).

Pesquisas apontam que a violência contra crianças e adolescentes acontece em qualquer classe social, independente do credo, raça ou cultura, no entanto, a visibilidade é maior nas classes populares, já que estas realizam atendimentos em

serviços públicos, o que proporciona um maior registro dos casos (CARVALHO et al., 2009; DOSSI et al., 2008; MARTINS, 2010; PIERANTONI; CABRAL, 2009; ROCHA; MORAES, 2011; SANTOS et al., 2011).

Desta forma, o grande número de casos de violência nas classes sociais mais baixas pode estar relacionada não a sua maior ocorrência em tal classe, mas ao maior número de relatos realizados por tais indivíduos.

3.2.1.2 Subcategoria 1.2 – Vulnerabilidade da criança

O termo vulnerabilidade, bastante utilizado nos últimos anos, apresenta diferentes perspectivas de interpretação. Para a advocacia internacional pelos Direitos Universais do homem, de onde este termo se originou, a vulnerabilidade indica grupos ou indivíduos fragilizados, política ou juridicamente, na garantia, promoção ou proteção de seus direitos (ALVES, 1994 apud SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

A partir daí, outros conceitos foram surgindo, com o envolvimento e o entrelaçamento de novos fatores a este conceito, como o direito das pessoas, o empoderamento e a política econômica (WATTS; BOHLE, 1993 apud SOUSA, MIRANDA; FRANCO, 2011).

Na área da saúde, tal termo começa a ser utilizado no início dos anos 80, contribuindo para uma nova interpretação na identificação dos indivíduos e grupos que estão mais expostos à epidemia da AIDS (BUSSO, 2001 apud SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011). Segundo Ayres (2003), a vulnerabilidade envolve a avaliação de três pontos interligados: o indivíduo, o social e o programático ou institucional. Ou seja, a vulnerabilidade passa a ser entendida como a suscetibilidade do sujeito, em decorrência de um conjunto de fatores sociais, epidemiológicos, culturais, biológicos e psicológicos e suas relações com o coletivo (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

Apesar de esta última definição ser a mais comumente utilizada para o trabalho com a violência e suas vítimas (PERES, 2007), não é a que vamos nos ater neste estudo, já que os profissionais entrevistados relacionaram a vulnerabilidade à fragilidade e à falta de defesa que, especialmente, a criança apresenta,

aproximando-a, desta forma, do seu conceito original, conforme percebemos nas unidades de análise abaixo:

[...] a criança, ela fica mais fragilizada, mais exposta [...] Então eu não poderia imaginar como é que uma pessoa adulta, ela chega ao ponto de agredir uma criança, que ela não tem noção, ela não tem discernimento sobre as coisas (E11P).

[...] a gente entende a criança como um ser que não se defende sozinha. [...] Então, é aquela coisa, de você machucar alguém que é indefeso, literalmente. [...] falar em violência contra criança é falar no ser que não consegue se defender sozinho, do ser que precisa de um porta voz. [...] a criança, ela fica mais vulnerabilizada (E3PSC, E21AXENF, E6ACS, E16ACS, E7ENF, E18ENF).

A violência contra a criança e o adolescente é intolerável. Principalmente contra a criança, porque o adolescente ainda consegue se defender, mas a criança não (E11CT).

[...] não tem necessidade, pra que violência se a criança não tem como se defender [...] o adolescente tá se formando (E14ACS).

É muito doloroso você vê uma criança indefesa um adulto espancar. [...] uma crueldade muito grande com as crianças, por ela ser tão indefesa [...] Ainda mais com uma criança que está em estado de desenvolvimento [...] (E19ACS, E10ADV).

Além de a criança ser mais indefesa e, assim, exposta à violência, E25PSC nos chama atenção que a própria violência a diminui e a fragiliza ainda mais, fazendo-a, muitas vezes, se sentir culpada pelo que está acontecendo.

É um processo doentio, que diminui, que trata esse ser como se ele fosse minúsculo, pequeno [...] nessa coisa tão minuciosa da criança e do adolescente, que é um ser que tá em desenvolvimento perante o estatuto da criança e do adolescente, ele não sabe, ele não tem conhecimento que ele tá sendo violado e, muitas vezes, ele se sente culpado (E25PSC).

A infância e adolescência são fases da vida em que o ser humano está passando pelo processo de maior desenvolvimento e, por isso, encontra-se em constante aprendizagem (SOUZA; JORGE, 2005; WOISKI; ROCHA, 2010). A criança sofre fortemente a influencia do meio em que vive, sendo o afeto a proteção do adulto essencial a esta fase. Pode-se dizer ainda que “[...] a criança é um ser inofensivo que não tem maldade em nada [...]” (E20ODT).

Diante disso, os pais devem orientar e proteger seus filhos, permitindo sempre a expressão de sentimentos, para que os mesmos se desenvolvam de forma saudável e segura, física e emocionalmente (WOISKI; ROCHA, 2010). Infelizmente, porém, não é sempre que isso acontece e a criança fica, então, exposta a diversos

perigos, dentre eles a violência e “[...] a criança, como é a parte mais fragilizada, acaba sofrendo mais” (E27ESC).

Na verdade, sua fragilidade e dependência do adulto leva a criança e o adolescente a estarem hierarquicamente menos poderosos que os primeiros, tornando-os assim mais expostos aos atos de violência e suas consequências (GARBIN et al., 2011; MARTINS, 2010; TAVARES, 2006).

Sabemos que durante muito tempo, este grupo etário foi considerado como um grupo socialmente inferior e quase que ignorado pela sociedade, fazendo com que, ainda hoje, nossa cultura admita direito sem limite do adulto sobre a criança e o adolescente, apesar da já existência de legislações e órgãos protetores a estes indivíduos, como o ECA e o conselho tutelar (BRASIL, 2002b; RICAS; DONOSO; GRESTA, 2006; RICAS; DONOSO, 2010; ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

3.2.1.3 Subcategoria 1.3 – Família, fonte de violência

A família, ao desempenhar papéis básicos na sociedade, como a reprodução física e social de seus membros, é considerada como uma das instituições sociais mais importantes que existe. Ela se fundamenta no valor moral atribuído aos laços de parentesco e nas relações afetivo-sexuais que os unem (SAURET et al., 2011). Neste sentido, a família é entendida como um local privilegiado de segurança e proteção.

Porém, chamamos atenção que a família não está isenta de influências sociais e que a solidariedade entre seus membros irá se desenvolver a partir dos referenciais hierárquicos de geração e gênero. Ou seja, as condições de vida e as experiências passadas poderão determinar a convivência familiar. Desta forma, muitas famílias deixam a sua função cuidadora e passam a ser produtoras e reprodutoras da violência (SAURET et al., 2011).

A violência intrafamiliar é uma realidade triste e dolorosa, que atinge milhares de crianças e adolescentes. Ao se analisar eventos violentos sofridos por este grupo etário, percebemos que o local de maior ocorrência é sua residência (BRASIL, 2010a; COSTA et al., 2007; LIMA et al., 2011; MASCARENHAS et al., 2009; 2010; NUNES; SARTI; OHARA, 2009; WAISELFISZ, 2012), sendo os principais agressores o pai, a mãe e/ou outros familiares (BRASIL, 2008a; COSTA et al., 2007;

LIMA et al., 2011; ROCHA; MORAES, 2011; SARAIVA et al., 2012; WAISELFSZ, 2012).

Vindo ao encontro dos dados acima, em nosso estudo também foi relatado a violência perpetrada pelos pais, especialmente, no ambiente familiar:

[...] porque, infelizmente, a maioria das agressões domésticas são feitas por alguém querido, próximo a ela (E3PSC, E10ADV).

[...] começa na família, principalmente dentro das famílias (E6ACS, E11CT).

O que prejudica, na área familiar, acho que são mesmo os pais. Os pais tem responsabilidade total, assim, sobre essa violência. [...] Tudo eu acho que tá ligado à família (E22AXENF).

[...] e a maioria dos casos que ocorrem dentro aqui na delegacia é justamente dentro do lar, principalmente em relação aos abusos sexuais (E26DEL).

A violência contra crianças e adolescentes, infelizmente, em muitos casos, é provocado por alguém próximo e querido, fazendo com que “[...] a criança, ela fica sem proteção” (E10ADV).

Os entrevistados E23ENF, E6ACS e E15ACS percebem como um dos motivos desencadeante da violência intrafamiliar o uso de álcool e outras drogas:

Mãe drogada, que chega pega a criança e espanca, deixa a criança na rua o tempo todo. Saía um dia, deixava, levava dois dias pra chegar em casa. [...] Tem a questão do alcoolismo [...]. Esses problemas de droga, alcoolismo na família cai assim sobre a criança (E6ACS).

Muita droga, pai e mãe usa. [...] muita droga (E15ACS).

[...] tem a questão de vícios [...] (E23ENF).

Algumas pesquisas corroboram com nossos achados, salientando que o alcoolismo e o uso de drogas são fatores de risco para a violência intrafamiliar (ANDRADE et al., 2011; MARTINS, 2010; MARTINS; JORGE, 2009a).

Outro fator citado na literatura (ANDRADE et al., 2011; MARTINS, 2010; SANTOS; FERRIANI, 2007) e também em nosso estudo como promotor da violência intrafamiliar é a desestruturação familiar:

[...] tem um significado em termos de ocorrer aquela violência, porque não existe uma família estruturada, [...], quando a criança é vítima da violência, ela tem, na maioria das vezes, uma família desestruturada. [...] existe essa desestruturação familiar [...] (E1IP).

É a família desestruturada, que é o principal começo de violência contra criança. Começa tudo pela família. (E4CT, E17ODT).

Santos e Ferriani (2007) destacam que a família desestruturada, que vive em constante crise, não consegue constituir e manter a responsabilidade para com o grupo familiar, favorecendo, desta forma, a ocorrência da violência. Questões como conflitos conjugais, separação, número excessivo de filhos, vícios, pais muito jovens e com baixa escolaridade, más condições de vida, pobreza e desemprego são fatores determinantes para a perturbação da dinâmica familiar (MARTINS, 2010; NUNES; SARTI; OHARA, 2009; WOISKI; ROCHA, 2010).

Além disso, E23ENF salienta que “tem a questão de, às vezes, a criança que não é aceita, foi uma criança que veio e aí gera uma série de transtornos porque aquela criança não foi desejada. E a falta de amor mesmo [...], elas vieram por algum motivo”, fator este também relatado por Martins (2010) e Zottis; Algeri; Portella (2006).

Por fim, um último elemento motivador da violência contra crianças e adolescentes citado pelos entrevistados foi a reprodução intergeracional das experiências negativas pelos pais e/ou responsáveis.

[...] tem questões de pais que foram violentados [...] Porque é assim, tem pessoas que fazem algum tipo de violência com o filho, que no entender deles aquilo não é violência, porque eles receberam isso dos pais (E23ENF).

[...] as mães não sabem, por elas não ter tido essa conduta, de ter um amor, de ser bem educada, de ser bem orientada pelos pais, também passam isso, essa conduta pro seus filhos (E29ENF).

Eu acredito que a violência em si, ela seja um sintoma, um sintoma talvez de quem já foi violentado também (E24PSC).

[...] porque ela (*a família*) também, muitas vezes, foi negligenciada, ela passou por esse processo de violência e ela vai reproduzir, ela vai transferir e isso vai se tornando cada vez mais um problema (E25PSC).

As experiências vivenciadas na infância tendem a ficar gravadas em cada indivíduo, acreditamos que algumas dessas experiências chegam a se enraizar e passam a fazer parte destes indivíduos. Neste sentido, a violência pode ser transmitida entre gerações, não sendo, muitas vezes, entendida como violência.

Grande número de autores confirma a influência da reprodução intergeracional da violência. Martins (2010) e Ricas; Donoso (2010) dizem que grande parte dos agressores sofreu maus-tratos e negligências quando pequenos. Em um estudo realizado por Antoni; Barone; Koller (2007), 65% dos pais pesquisados informaram, espontaneamente, terem sofrido maus-tratos por seus

cuidadores. Com isso, quando adultos, os indivíduos tendem a repetir um comportamento de funcionamento inadequado com as crianças, aprendido na sua infância (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003; OMS, 2002; ZOTTIS, ALGERI; PORTELLA, 2006), especialmente quando os envolvidos não entendem a gravidade dos atos a que foram expostos (MELMAN et al., 2009; NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Para Zottis, Algeri, Portella (2006), Santos e Ferriani (2007), nos primeiros anos de vida, a criança utiliza muito da imitação para seu aprendizado, tendo como referencial para comportar-se e formar afetos seu núcleo familiar. Castro, Cunha, Souza (2011), Barbosa (2009), Santos e Ferriani (2007) argumentam ainda que muitos educadores apontam a reprodução da violência, ainda na infância e adolescência, destes indivíduos com seus pares. Neste sentido, E25PSC ressalta que

[...] quando violentamos uma criança, a gente tem que pensar que se não houver um trabalho específico, se não houver uma redução de danos com essa criança, com esse adolescente, nós estaremos lançando aí um adulto na sociedade que pode vir a violentar pessoas que estão próximas, violentar seus filhos e aí se tornar cada vez mais uma bola de neve.

Outro comportamento da família que pode favorecer e fortalecer a violência contra crianças e adolescentes é a não confiança dos pais no relato destes sujeitos e a omissão desta família frente a tal ato.

[...] acontece também da família, algumas tentar obstruir nosso trabalho, querer proteger, querer negar. [...] tem gente que sabe que acontece a violência, até dentro da própria família e, às vezes, não denuncia. Dificulta, é isso, às vezes, as pessoas não querem mostrar a realidade, até da própria família (E21P).

E, às vezes, a própria mãe daquela criança não acredita no fato e aí dificulta realmente a questão de tirar o agressor do lar. [...] a criança quer que a mãe acredite, quer que a mãe confie (E26DEL).

[...] até porque nas visitas domiciliares as mães, às vezes, omite do agente [...]. Então, ela, às vezes, não fala. E a dificuldade que a gente encontra é a omissão também desses acontecimentos, que muita das vezes agente não tem o conhecimento (E29ENF).

Muitos profissionais não entendem e, às vezes, se sentem revoltados com o fato da família negar e proteger o agressor. Esta conduta pode estar relacionado ao sentimento de medo e desproteção e ao grau de dependência que a família possui em relação ao agressor (WOISKI; ROCHA, 2010).

Na violência intrafamiliar, portanto, estão presentes as relações de submissão e dominação, expresso na dinâmica de poder/afeto, em que os papéis desempenhados por pais e filhos tornam-se rígidos e opostos (SILVA, 2008).

Os maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes em seu lar, local de suposta proteção, e a necessidade de conviver com seu agressor, além do pacto do silêncio que cerca toda esta situação, podem trazer sentimentos de profundo desamparo e gerar efeitos danosos na formação da personalidade destas vítimas (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2004).

3.2.1.4 Subcategoria 1.4 – Violação de direitos

Nessa subcategoria foram reunidas as unidades de análise que expressam o significado da violência como uma violação de direitos.

Quando a gente fala assim em violência, a primeira coisa que vem em nossa mente é bater, é espancar, [...] Mas só que violência, ela vai muito além disso. [...] violência é você tratar mal uma criança, é você não cuidar da criança, é você não dá a criança o direito que ela tem em ir pra escola, em participar aqui do posto, [...], isso também se torna uma violência. [...] Que tá violando de qualquer forma algum direito que a criança tenha (E5ACS, E9ASOC).

[...] você agredir, maltratar, fazer alguma coisa com a criança e adolescente que não é correto perante a lei e que você vai tá martirizando aquela criança, deixando ela até com traumas. [...] tá sendo negligente, tá maltratando, tá colocando a criança em situação de risco. Violência vem no ato de criminar (E11CT, E12CT).

O significado enquanto profissional é de uma violação do direito, [...] é um mau trato. [...] É uma violação muito grande (E25PSC).

Collet e Oliveira (2002 apud THOMAZINE; OLIVEIRA; VIERA, 2009, p. 831) vem corroborar com este significado dado à violência, uma vez que a conceitua como:

Toda ação praticada ou omitida por indivíduos, instituição, Estado ou sociedade e que resulte em alterações, as quais venham a privar a criança de sua liberdade e de seus direitos, prejudicando seu desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social.

Ou seja, a violência contra crianças e adolescentes se constitui numa negação dos direitos que estes possuem de serem tratados como sujeitos e

indivíduos que estão em uma fase especial de crescimento e desenvolvimento (BAZON, 2008; BRASIL, 2002b).

Os sujeitos E7ENF, E12CT e E25PSC destacam algumas consequências da violência contra crianças e adolescentes:

[...] além do sofrimento, é isso que a criança tá passando, é além, que impede o desenvolvimento dessa criança, normal (E7ENF).

[...] ela causa um trauma muito grande na vida da criança (E12CT).

Isso adocece a sociedade, adocece a família [...] (E25PSC).

A violência contra crianças e adolescentes realmente possui consequências devastadoras, podendo resultar um sério fator de impedimento do desenvolvimento físico, psíquico e social destes indivíduos, além de favorecer a reprodução e a ocorrência de outras formas de violência (BARBOSA, 2009; MARTINS, 2010; ROCHA; MORAES, 2011; WOISKI; ROCHA, 2010), já que as experiências vivenciadas na infância repercutem pelo resto da vida.

Podemos, então, dizer que “[...] essa questão da violência contra criança é uma coisa bem ampla e abrange várias coisas” (E23ENF), “[...] a violência de não ter direito a ir a uma escola, não ter uma alimentação, um vestuário correto, não ter um lar, não ter direito de brincar, de ser criança” (E18ENF).

Existem quatro formas de manifestação da violência contra crianças e adolescentes: a negligência, a violência psicológica, a violência sexual e a agressão física (OMS, 2002). Os sujeitos de nosso estudo reconhecem a existência destas múltiplas manifestações, conforme vemos a seguir.

Não só através de espancamento. [...] toda aquela violência que agride não só o físico, mas como o psicológico, como coagir (E7ENF, E11CT, E18ENF).

Quando a gente fala de violência a gente sempre pensa na questão de bater, espancar e tem violências ditas, com situações e com palavras ou com gestos, que ela te destrói bem mais do que um tapa na cara, do que uma palmada (E23ENF).

[...] não é só a violência física, mas é a falta de amor, a falta de orientação, do diálogo, [...] isso também é a violência. [...] a agressão física não fere tanto quanto à agressão psicológica, a verbal que aquela criança ouve (E29ENF).

É mais do que violência doméstica, é mais do que negligência [...] (E10ADV).

É qualquer ação que possa ferir a integridade física ou mental dessa criança. Qualquer situação que possa causar um dano físico, seja sexual ou não, seja por abuso ou, simplesmente, por destrato ou situações de violência psicológica, de coação, de humilhação, de isolamento proposital dessa criança do meio. Qualquer coisa que possa ferir o desenvolvimento mesmo físico e mental, social dessa criança (E28MED).

A literatura também vem mostrar estas diversas formas de apresentação da violência (OMS, 2002; BRASIL, 2001b; NUNES, SARTI; OHARA, 2009; MASCARENHAS et al., 2010; PIERANTONI; CABRAL, 2009). Nos estudos realizados por Acioli et al. (2011), Castro, Cunha e Souza (2011), Ramos e Silva (2011) os profissionais relataram que a violência não é só física, que os maus-tratos contra crianças podem acontecer também verbalmente ou pelo simples fato do não cuidado.

A agressão física, por deixar marcas visíveis, é a mais fácil de ser reconhecida, “a violência [...] atinge a integridade física principalmente daquela criança” (E26DEL). Porém, é importante que os profissionais deem mais atenção à violência psicológica e à negligência, pois como suas manifestações são sutis, podem passar despercebidas (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006; GARBIN et al., 2011).

Chamamos atenção, no entanto, para o fato de que também a violência física, muitas vezes, se torna invisível, pois acaba por se naturalizar nas relações entre pais e filhos.

[...] a gente não tem esses casos aqui não. Do tempo que eu tô aqui trabalhando, eu nunca vi uma criança chegar aqui espancada (E21AXENF).

[...] bater é também uma violência, dependendo de como se bate. [...] a gente não tem muito essa questão de violência. [...] a gente não tem fatos de violência, violência. Deve ter um pai ou outro que da uma palmada aqui outra ali, mas nada que chegue aqui pra gente que seja gritante. [...] violência em si, aquela coisa aflorada não faz parte de nossa rotina (E23ENF).

Um dos motivos, bastante citado na literatura, dessa invisibilidade está na representação cultural da punição física como medida educativa (ANDRADE et al., 2011; ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007; PIERANTONI; CABRAL, 2009; SALIBA et al., 2007; SARAIVA et al., 2012; SILVA, 2008). Em pesquisas realizadas em Recife, 50% dos indivíduos de 7 a 14 anos entrevistados informaram o uso do castigo corporal como forma de disciplinamento (COSTA et al., 2007). Observamos aí o uso

da punição física para o estabelecimento de limites das crianças e adolescentes (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

A unidade de análise a seguir, nos mostra que este tipo de agressão, além de não ser percebida como violência, também é instigada por E23ENF, uma profissional de nível superior, confirmando a aceitação social que ainda se tem de tal prática, para a educação dos filhos.

Eu já levei várias palmadas, cresci, não sou revoltada, entendeu. Eu acho que em alguns momentos a criança, não é bater, espancar, mas uma palmadinha não mata ninguém. Você quer dizer pra ele que aquilo não pode. Acho que as crianças hoje, do ponto de vista dos direitos, são criadas com muita liberdade, por isso, que algumas situações as coisas estão do jeito que estão. Acho que criança tem que ter limites (E23ENF).

Nunes, Sarti e Ohara (2009) também encontraram, em seu estudo, profissionais que defendiam o uso da palmada e da força física leve, em algumas ocasiões, para fins corretivos, porém consideravam o espancamento um tipo de violência. Um grande problema é que, ao tentar estabelecer limites através de ameaças e palmadas, os pais tendem a utilizar formas cada vez mais severas de agressão, fortalecendo o ciclo da violência intrafamiliar.

No entanto, outros profissionais em seus discursos mostram entender que a violência não educa:

As pessoas acham que bater, espancar é educar, mas o que educa mesmo é o diálogo (E11CT, E21AXENF).

[...] a violência não resolve nada, porque pancada não conserta ninguém.
[...] Pancada não resolve o problema de ninguém. O que conserta é você conversar, orientar (E13ACS).

Reconhecendo a violação advinda desta prática e suas consequências e buscando superar tais questões, na década de 90, o Brasil, através da criação do ECA e da implantação dos conselhos tutelares, passa a reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direitos (ANDRADE et al., 2011; MASCARENHAS et al., 2010). A partir daí, outras iniciativas começaram a se desenvolver no país como a Campanha Nacional Não Bata, Eduque e a criação do Projeto de Lei nº 7672/2010, aprovado pela Câmara dos Deputados em 14 de dezembro de 2011, que proíbe o uso de castigos corporais a crianças e adolescentes (BRASIL, 2010d; SILVA, 2008).

Porém, há muito ainda a ser feito, é urgente aprofundar a discussão sobre o tema da violência intrafamiliar, uma vez que a real garantia dos direitos da criança e do adolescente está intimamente ligada à superação da cultura de práticas educativas violentas e humilhantes (SILVA, 2008).

3.2.2 Categoria 2 – Ações de proteção à violência

Na categoria ações de proteção à violência, com suas duas subcategorias: *prevenção e manejo das situações de violência*, abordaremos as ações realizadas para proteção da violência contra crianças e adolescentes abstraídas a partir das falas dos profissionais entrevistados.

Estas ações podem acontecer antes do aparecimento da violência, buscando a prevenção desta, ou após sua ocorrência, com intuito de cessar o ato violento e minimizar suas consequências.

3.2.2.1 Subcategoria 2.1 – Prevenção

As práticas de maus-tratos contra crianças e adolescentes possuem raízes muito profundas em nosso meio, fazendo parte da cultura brasileira (SILVA, 2008). É recente a preocupação com esta temática em nosso país. A partir da década de 90, com a promulgação da Lei nº 8.069/ 90 (ECA), este grupo etário passou a ser reconhecido como sujeito de direitos (BRASIL, 2002a).

Apesar de sua complexidade e das consequências advindas dos atos violentos, é importante destacar que a violência pode ser prevenida, ou seja, ela é potencialmente evitável e passível de intervenção (SANTOS, 2006). Muito mais que isso, a prevenção é imprescindível para o controle da violência (DESLANDES et al., 2007).

Dentre as unidades temáticas, os entrevistados destacam algumas ações para prevenção da violência.

[...] Em questão de prevenção, a gente faz algumas campanhas, trabalhos. [...] divulga o que é violência, o que não é violência. [...] Distribui panfletos, vai na escola [...] explicando, que muitas pessoas acham que violência é só agressão física, mas que não, que existe outras formas de violência, quais são essas e quais são os procedimentos a ser tomados. Então, a gente tenta explicar, pra população, o que elas podem tomar de providências. [...] quais são os órgãos que devem ser procurados. [...] Os tipos de casos que a gente investiga (E3PSC).

[...] a gente tá levando orientações e informações. [...] dependendo do que a gente vê naquela família, aí a gente entra com alguma conversa, com alguma orientação [...] eu posso tá assim abrindo assim, os olhos dele, conversando (E5ACS, E8ACS, E16ACS).

[...] a gente exerce na educação, na educação que a gente vai pras escolas ou então a gente faz aqui alguma coisa, sala de espera na unidade e aí a gente aborda esses temas sobre violência (E17ODT).

Eu simplesmente oriento as mães a não ser tão violenta com os filhos, ter mais calma, mais paciência com as crianças (E19ACS, E20ODT, E21AXENF, E22AXENF).

[...] a gente faz as oficinas [...] (E21AXENF).

A gente atua na orientação aos pais, às famílias, através de palestras que a gente faz, que a gente realiza com a comunidade [...] a gente trabalha muito essa questão do respeito [...] (E23ENF, E29ENF).

As ações de prevenção são palestras [...] divulgar ao máximo quais os direitos garantidos dentro do estatuto da criança e do adolescente. [...] é feito através de palestras, campanhas, eventos. [...] panfletagem [...] palestras nas escolas, no CREAS e no CRAS [...] (E26DEL).

Concordando com diversos estudos (COSTA et al., 2010; DESLANDES et al., 2007; PAIXÃO; DESLANDES, 2011; RAMOS; SILVA, 2011; SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011), para a prevenção da violência, os profissionais citam ações como divulgação dos direitos da criança e do adolescente e orientações sobre o que é violência e quais as providências a serem tomadas na sua ocorrência, através da distribuição de panfletos, conversa com os pais, realização de campanhas, palestras e oficinas.

Saraiva et al. (2012) salientam que a realização de campanhas esclarecedoras configura-se como o primeiro passo para a proteção da violência. Enquanto que Britto et al. (2005) referem que estas ações contribuem no fortalecimento dos laços afetivos e nas transformações das relações familiares, favorecendo o cuidado e proteção às crianças e adolescentes.

Existem alguns serviços, como por exemplo, os serviços básicos de saúde, especialmente as USF, que são considerados espaços privilegiados para a

prevenção da violência, por suas características próprias como o estabelecimento de vínculos e a proximidade com as famílias/comunidade, a realização de visitas domiciliares, a formação de grupos comunitários, a ênfase dada nas atividades educativas e o trabalho dos ACS (ROCHA; MORAES, 2011).

Os profissionais deste setor reconhecem a importância de tais características para o trabalho com a violência:

A vantagem que eu acho que tem é pelo tempo que eu tenho de trabalho, pela afinidade que eu tenho com a comunidade, pela confiança que eles têm em mim. [...] e pela afinidade que a comunidade tem comigo [...] (E5ACS).

O fator positivo [...] são realmente os agentes comunitários, que eles são um elo muito forte com as famílias. Eu acho que o positivo é isso, é ter pessoas que estão lá dentro, integrada à comunidade, que tem como passar, assim, fidedigno, esses casos, que não deixa muitas vezes se perder (E7ENF, E29ENF).

[...] o vínculo que a gente cria é suficiente para a criança ou adolescente te dar alguma informação. [...] vínculo de confiança, garantir privacidade. [] Algo que pode contribuir um pouco é o papel do agente comunitário, que tem uma noção da inserção dessa criança dentro daquela comunidade (E28MED).

Os profissionais das USF, pela sua forma de trabalho, acabam por criar um vínculo de afinidade com a comunidade que atende, o que contribui para uma relação de confiança entre os mesmos. Essa relação permite que os profissionais conheçam melhor cada família e tenham, assim, maior abertura para discussões de temas considerados por muitos como íntimo e polêmico, como por exemplo, a violência.

Um estudo realizado por Kairys e Johnson mostrou que a visita domiciliar tem sido eficaz para a redução do risco de comportamentos de maus-tratos dos pais para com os filhos (FERREIRA, 2005). Em nosso estudo, os agentes comunitários confirmam a sua participação para proteção da violência através da visita domiciliar: “A gente vai na casa, orienta (E13ACS) . Nas visitas domiciliares, a gente conversa com a família e o adolescente [...]”; “No dia a dia durante as visitas que a gente vai trabalhando em prol disso” (E14ACS).

Além disso, a vinda da criança à unidade, acompanhada de seus responsáveis para as consultas de atenção à criança, constitui-se um momento factível de educação em saúde (ROCHA; MORAES, 2011).

As unidades de análise abaixo vêm mostrar que os profissionais da saúde realmente aproveitam os momentos de consultas, reuniões e atividades educativas realizadas com a equipe e com a comunidade para a realização de ações voltadas à prevenção da violência:

[...] vários grupos educativos e um desses grupos educativos é o grupo de adolescente, que a gente tem aqui na comunidade. E aí a gente convida sempre algum profissional pra tá falando [...] e um dos assuntos que a gente envolve muito pra poder falar é sobre a violência (E5ACS, E6ACS, E22AXENF).

Mais questão educativa, orientação, não só às mães e os responsáveis [...] também pra equipe, principalmente os agentes comunitários, eles são o olhar da enfermagem, lidam mais com o dia a dia da comunidade, observam, percebem e nos instrui a respeito da família ter algum problema (E7ENF, E18ENF).

[...] também no grupo de gestante que a gente tem e nos atendimentos de CD, na saúde da mulher como um todo (E29ENF).

Os ACS estão, no seu dia a dia de trabalho, em contato direto com as famílias, podendo se tornar grandes aliados na prevenção da violência, por isso a adequada orientação destes profissionais em relação a tal fenômeno é de extrema relevância.

No entanto, cabe destacar que, para uma efetiva abordagem da violência, é importante que as estratégias de prevenção sejam realizadas não só por alguns grupos, mas por toda a sociedade (BRASIL, 2008c), levando em consideração a multiplicidade de fatores que estão relacionados ao fenômeno da violência. (GONÇALVES et al., 1999; MARTINS; JORGE, 2010).

Neste sentido, E25PSC enfatiza

a importância de ser multiplicador do conhecimento com a sociedade, com os familiares onde eles estão inseridos e na busca da parceria também na sociedade. É preciso esse despertar da sociedade e da família também, perceber-se enquanto pessoa e fazendo parte desse processo.

Mais do que isso, para a construção de uma sociedade de direitos e livre da violência, é preciso o desenvolvimento de ações interdisciplinares, interprofissionais e intersetoriais, que abordem não só os fatores de risco, mas também o fortalecimento dos fatores de proteção existentes naquele grupo (GOLDMAN et al., 2002 apud FERREIRA, 2005; MINAYO, 2002b; OMS, 2002).

Conforme nos traz o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (OMS, 2002), as abordagens de prevenção da violência devem se dar, concomitantemente, em quatro níveis: individual, relacional, comunitário e social. No nível individual, deve-se focar no encorajamento de atitudes saudáveis em crianças e jovens. O nível relacional concentra-se nas interações que podem ser causa das situações de violência, especialmente os relacionamentos íntimos e familiares (GALHEIGO, 2008).

As abordagens comunitárias devem fortalecer a consciência local e a corresponsabilização pela prevenção da violência. Por fim, nas abordagens sociais, devem-se focar nas inúmeras situações geradoras de violência relacionadas a questões sociais, culturais, políticas e econômicas (GALHEIGO, 2008; MARTINS; JORGE, 2009b).

3.2.2.2 Subcategoria 2.2 – Manejo das situações de violência

Além da realização de ações preventivas, os profissionais necessitam desenvolver ações para o controle das situações de violência que deparam no seu dia a dia de trabalho, pois apesar do Artigo 5º do ECA trazer que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...]” (BRASIL, 2008c), essa não é a realidade vivenciada por milhares de crianças e adolescentes brasileiras. Ao contrário, o fenômeno da violência tem se mostrado como um sério problema social.

O primeiro passo para o manejo das situações de violência é a sua identificação. Entende-se por identificação o conhecimento ou suspeita dos casos de violência (RAMOS; SILVA, 2011). Os sujeitos do estudo, em seu dia a dia de trabalho, buscam realizar essa identificação, conforme vemos nas unidades de análise a seguir.

A gente olha as condições, se tá tendo alguma violência, como é que a mãe trata a criança (E13ACS, E15ACS).

Faço um trabalho de identificação da violência (E25PSC).

[...] a gente tem que buscar pra vir a informação e, se ela vier, aí sim a gente toma uma conduta. [...] A equipe toda, na verdade, do PSF, cada um com sua função pode ajudar sinalizando pra alguma mudança de comportamento daquela criança [...] ou de contato com alguém que ela não

tinha antes e que aquilo ali, a partir daquele momento, foi notado uma mudança (E28MED).

[...] observando como é que essa criança se comporta e dali a gente tá levantando, como é o estilo de vida daquela criança (E29ENF).

Para os profissionais de saúde, a consulta é um ótimo momento para a identificação da violência. Nela, através da anamnese e exame físico, pode-se avaliar a criança, seu comportamento, sua rotina e inserção na família e, assim, identificar alguma marca, mudança de comportamento ou algum indício que sinalize a ocorrência de violência.

Na hora que a gente tá avaliando a criança, a gente já tá avaliando essa parte toda, tanto o físico e quanto ali também o conversar, o jeito da criança, que a gente percebe. Aquela criança que é agitada, aquela criança que sempre aparece com hematomas (E7ENF).

Quando a gente faz o atendimento, a gente sempre procura ver a inserção dela na família. Então, identificar quem é de fato o cuidador dessa criança, a rotina dela [...] e identificar quem são os adultos ou até outras crianças e adolescentes que tenham contato com esse paciente. [...] tentando identificar as relações de proximidade, vê se tem alguém que exerce algum tipo de coerção, algum tipo de violência ou física ou psicológica [] É na conversa, na anamnese, na consulta médica propriamente dita [...] (E28MED).

Além disso, o profissional deve-se atentar para as histórias relatadas pelos pais para explicar o aparecimento de lesões em seus filhos, pois nem sempre elas são compatíveis com os achados do exame físico (SARAIVA et al., 2012).

Estudiosos referem que, por ser comum a ocorrência de lesões em cabeça e pescoço e pela continuidade do atendimento odontológico, os odontólogos possuem grande possibilidade de identificar a violência (CARVALHO et al., 2001; WHITTAKER, 1990 apud LIMA et al., 2011). Porém, concordando com outras pesquisas já realizadas (LIMA et al., 2011; SILVEIRA, MAYRINK; NÉTTO, 2005), que trazem pequeno número de relatos da violência por estes profissionais, também, neste estudo, nenhum odontólogo relatou como ação sua a identificação da violência.

França-Junior (2003) ressalta que o diagnóstico da violência está relacionado a diversos fatores como: sinais físicos e gravidade da lesão, visibilidade da instituição e sensibilização dos profissionais e situações familiares e comunitárias que bloqueiam a comunicação.

Salientamos que a identificação precoce dos casos de violência é de extrema importância para a prevenção de novas ocorrências, favorecendo, com isso, a proteção à vítima e o cuidado à família (CAVALCANTI, 2002; SARAIVA et al., 2012).

Após a identificação da violência ou a sua suspeita, o próximo passo a ser dado é a sua notificação. Notificar a violência contra criança e adolescente é emitir uma informação para o conselho tutelar, com o intuito de desencadear cuidados para a proteção dessa criança ou adolescente (BRASIL, 2002a). A partir daí é possível, então, deter as atitudes e comportamentos violentos praticados pelo agressor (LUNA et al., 2010).

Podemos, com isso, dizer que o principal objetivo da notificação é garantir segurança e proteção à criança e ao adolescente e sua família. Porém, esta não é a única finalidade de tal ato, ela pode também determinar a epidemiologia da violência, subsidiando, assim, o planejamento adequado das ações de atenção à vítima; favorece a dispersão do conhecimento dos casos de violência por diversos setores, convocando-os ao desenvolvimento de ações conjuntas para o controle de tal fenômeno; é um poderoso instrumento de política pública e de adequação de novas propostas de atenção integral (BRIERE, 2003 apud LIMA et al., 2011; GOMES; CAETANO; JORGE, 2008; LUNA et al., 2010; MILANI, 2006; SILVA, 2006).

O ECA, no seu Artigo 13º, diz que “os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL, 2008c, p.12). Já o Artigo nº 245 traz que a omissão da notificação configura-se como uma infração administrativa que pode resultar em pagamento de multa de 03 a 20 salários de referência como pena (BRASIL, 2008c).

No âmbito da saúde, a Portaria GM nº 1968/ 2001 vem reafirmar esta obrigatoriedade da notificação e, desde 2005, que a Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde tem buscado capacitar profissionais responsáveis pelo registro de dados, de diversas partes do país, com intuito de qualificar tais registros (BRASIL, 2001c; LUNA et al., 2010).

Além disso, o código de ética de diversas profissões (medicina, odontologia, enfermagem, psicologia) considera dever destes profissionais a preservação da dignidade e integralidade de seus pacientes e proíbe a omissão de fatos que coloquem em risco a vida destes indivíduos, dentre os quais se pode citar a violência (SALIBA et al., 2007).

Diante do exposto, entendemos que a notificação é uma obrigação legal e ética dos profissionais. Porém, nem sempre ela é realizada. Nesse estudo, por exemplo, apenas dois profissionais relataram, entre suas ações, a realização da notificação:

A primeira coisa que a gente faz é denunciar (E4CT).

[...] a gente tenta denunciar [...] a gente traz o problema pra aqui, aqui liga pra lá e aí eles vão até a casa das pessoas (E14ACS).

Além do pouco relato da notificação por parte dos sujeitos de nosso estudo, as falas de E4CT e E14ACS nos fazem perceber que os profissionais ainda relacionam o ato de notificar à realização de uma 'denúncia'. Acreditamos que esta ideia possa ser um dos motivos pelos quais o profissional tenha medo de notificar, buscando, assim, não se envolver em atos legais.

Concordando com esses achados, outros autores referem que, mesmo com diagnóstico evidente da violência, os profissionais muitas vezes são omissos à notificação ou poucos a realizam (BRASIL, 2002a, 2008c; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005; LIMA; FARIAS, 2008; LUNA et al., 2010).

Com intuito de confirmar a pouca importância dada por profissionais à notificação, destacamos, ainda, a seguinte unidade temática "A gente vai chegar e falar, denunciar não. Se caso tiver, se for uma pessoa mais chegada da gente, a gente vai conversar [...]" (E13ACS).

Percebe-se que, vários são os fatores que podem favorecer a não notificação, dentre os quais podemos citar: o desconhecimento da legislação existente, a invisibilidade dos indicadores de abuso por parte dos profissionais, que dificulta a identificação da violência, o medo de represálias dos agressores, aspectos culturais como a consideração de que a violência contra criança e adolescente é um problema familiar, que não deve sofrer a interferência de terceiros ou a não consideração da punição física como violência, mas sim como uma prática educativa (ACIOLI et al., 2011; BRASIL, 2008c; GRANVILLE-GARCIA; SILVA; MENEZES, 2008; SARAIVA et al., 2012; SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011; THOMAZINE; OLIVEIRA; VIERA, 2009; VECINA; MACHADO, 2010).

Neste sentido, para que os profissionais sejam capazes de identificar e notificar os casos de violência que se apresentam no seu cotidiano de trabalho é necessária a capacitação destes profissionais, com a quebra de ideias pré-

concebidas e a incorporação da importância de tal ato (SALIBA et al., 2007). Além disso, é preciso desmitificar a ideia de que notificar é ‘denunciar’, é ‘culpabilizar a família’, ao contrário, ela tem como principal intenção promover o bem-estar da criança e adolescente (DESLANDES, 1999; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Entretanto, o trabalho para o controle das situações de violência contra criança e adolescente vai além da identificação e notificação, requerendo atitudes mais concretas, com o envolvimento de profissionais de vários setores – saúde, assistência social, psicossocial, jurídico-policial.

O setor saúde tem sido reconhecido, cada vez mais, como um importante espaço para o enfrentamento da violência (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008). Moura, Reichenheim (2005), Rocha, Moraes (2011) referem que os profissionais de saúde, além de identificar e tratar a violência, biologicamente, podem criar estratégias para a proteção do vitimado. Goldman et al. (2003 apud FERREIRA, 2005) dizem ainda que as funções chave do setor saúde são:

[...] identificar e notificar casos suspeitos; implementar serviços para diagnóstico e tratamento; interagir com agências de proteção; atender às demandas judiciais; fornecer informações aos pais sobre necessidades, cuidados e tratamento de seus filhos; identificar e prover suporte para famílias de risco para maus-tratos; desenvolver e conduzir programas de prevenção primária; providenciar treinamentos e participar de equipes multidisciplinares (p. 174).

As unidades de saúde, tendo como um de seus princípios a integralidade, devem garantir uma assistência integral aos indivíduos e famílias e, dentro desta assistência, deve-se incluir as situações de violência (LUNA et al., 2010; MACHADO, 2011). É importante destacar que as vítimas de violência demandam de uma avaliação mais criteriosa, buscando-se identificar problemas não tão evidentes e nem sempre relatados (LUNA et al., 2010).

Porém, as narrações das condutas adotadas pelos profissionais de saúde para lidar com os casos de violência, além da identificação e notificação, foram apenas voltadas para a investigação e, especialmente, os encaminhamentos, conforme podemos ver nas unidades de análise abaixo:

[...] tá tentando observar algum tipo de agressão e nisso tá investigando com os agentes comunitários, com até mesmo algumas perguntas com a mãe [...] a gente tá tentando investigar e buscar isso. [] quando a gente descobre alguns casos, a primeira coisa que eu faço é fazer um ofício e tá encaminhando pro CRAS daqui do bairro. A primeira coisa que a gente faz é encaminhar. Ele faz uma visita, investiga e traz o retorno [...] (E7ENF).

[...] já teve situações de a gente acionar o conselho [...] encaminha pra psicólogo (E23ENF).

[...] a gente fica buscando quais são os motivos que pode tá levando essa relação (E29ENF).

A gente vai chegar, vai olhar, vai analisar como é que tá sendo feito, se tá tendo violência mesmo e aí, se tiver tendo alguma violência, a gente passa pra enfermeira e daí a gente encaminha (E13ACS).

[...] a gente fica de olho e aí a gente encaminha pro CRAS [...] encaminhou pro CRAS e o CRAS conseguiu encaminhar pra o conselho tutelar (E15ACS, E20ODT).

Diversos autores corroboram com os nossos achados, mostrando que as principais atitudes tomadas pelos profissionais da saúde oscilam entre a investigação e o encaminhamento (MACHADO, 2011; MINAYO; DESLANDES, 2009; RAMOS; SILVA, 2011).

Andrade et al. (2011) destacam que os profissionais, muitas vezes, por se sentirem inaptos ou por não quererem se envolver com a vítima, realizam os encaminhamentos buscando, em instituições juridicamente mais preparadas, a resolução dos casos.

Em relação aos serviços psicossociais, Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010) relatam que estes são responsáveis por atividades clínicas, sociais e educativas, que englobam atendimentos individuais ou em grupo; suporte a outros profissionais e serviços; discussão de casos e acompanhamento em visita domiciliar.

Este serviço, em nosso estudo, foi representado pelo CREAS, nele os profissionais realizam ações condizentes aos achados da literatura:

[...] eu encaminho pra esse psicólogo [...] faz todo o trabalho de acompanhamento [...] a gente acolhe a criança e tenta buscar soluções o tempo inteiro, mediante o ministério público, mediante o Fórum, mediante o conselho tutelar. [...] nós corremos atrás pra tentar resolver da melhor maneira e mais rápida possível [...] (E10ADV).

[...] faço atendimento aos usuários, faço acolhimento [...] a gente recebe ofícios da vara da infância e juventude e do ministério público a pedido de solicitação de relatórios psicossociais, visitas e relatórios e nós fazemos isso também [...] e uma vez por semana nós fazemos um estudo de caso [...] (E24PSC).

A realização do acolhimento, relatado por E10ADV e E24PSC, é uma prática de extrema importância para o trabalho com a violência, já que este momento torna possível a escuta do usuário, permitindo que o mesmo se abra para uma relação de confiança com o profissional, o que facilitara na superação de barreiras e

dificuldades que possam surgir durante o atendimento (FERREIRA, 2005; LUNA et al., 2010).

Neste sentido, entende-se acolhimento não como um espaço ou local, mas como uma postura ética que demanda de um compartilhamento de saberes e angústias, onde o profissional toma para si a responsabilidade com a criança e o adolescente (BRASIL, 2006).

Reafirmamos, então, que para que os serviços que trabalham com a violência não se tornem novos espaços de reprodução desta violência, é preciso que os profissionais, em seus atendimentos, tenham uma postura de escuta, acolhimento e respeito para com a vítima e sua família (JUSTINO et al., 2011; NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Em relação aos serviços jurídico-policiais, nos quais englobamos o Conselho Tutelar e a DEAM, os profissionais relataram desenvolvimento de ações que vão desde o registro e a investigação dos casos de violência, encaminhamentos internos e externos, atenção psicológica até a busca pela punição dos autores, conforme podemos perceber nas unidades temáticas abaixo:

A gente recebe a denúncia e faz a apuração daquela denuncia, começa a fazer o procedimento de investigação da veracidade da denúncia. [...] que é a outiva da vítima, outiva da testemunha pra poder se chegar a um veredito [...] aí a gente já direciona para outros setores da delegacia. Em se tratando de criança, o padrão é sempre encaminhar para a psicóloga. [...] ela na realidade é que acaba fazendo a investigação [...] encaminhamos para a atividade cartorial [...] (E1IP).

[...] a partir dessa notícia crime a gente começa os procedimentos que é a investigação, é ir no local onde tenha acontecido tal fato [...] a gente sempre tá indo, tá visitando, tá tirando foto, tá questionando, tá perguntando, tá investigando [...] a gente acaba intimando essa pessoa. Às vezes, a delegada pede um pedido de busca para abrir computador [...] a gente tem que ir em busca, tem que conversar, tem que intimidar [...] a gente vai com a psicóloga, que acompanha a equipe, e ela faz um pré-atendimento [...] intima os responsáveis até chegar ao autor do delito. É feito o inquérito policial, que é remetido à justiça e, às vezes, vem a punição e até a prisão, em alguns casos (E2IP).

[...] então, a gente faz isso junto com a equipe, essa investigação, tá conversando com a criança junto, separado dos pais, indo na escola, conversando com vizinho, vendo como é o comportamento delas (E3PSC).

[...] registra e faz os encaminhamentos. [...] encaminha pra DEAM e nos casos mais sérios, fazemos o encaminhamento também para o ministério público. [...] também encaminho para o CREAS. A DEAM é que vai fazer a investigação [...] as vezes, a gente vai na casa averiguar o fato. [...] às vezes a gente conversa com a criança também, mas quando ela tá muito abalada a gente deixa pra depois ou encaminha pra psicóloga do CREAS

[...] as pessoas acham que nos fazemos investigação, mas não fazemos (E4CT, E11CT).

[...] a gente vai na residência, [...] chama a polícia no local, fazer o flagrante, caso o pai e a mãe esteja realmente agredindo, para que esse seja preso. E na criança é feito corpo de delito pra comprovar. [...] a criança, é acompanhado por toda uma equipe técnica de psicólogo, assistente social e entregue a outro familiar, a outra pessoa da família [...] as nossas ações é denúncias [...] a gente tá, constantemente, procurando os ditos, crianças violentadas, pra gente tá ajudando no que for preciso, tomando as medidas possíveis (E12CT).

Quando tem uma denuncia ou alguma ocorrência que envolve criança e adolescente, o primeiro ato que se faz na delegacia é registrar o fato, [...] a minha função é ouvir as partes envolvidas [...] em companhia da delegada, registro todo o depoimento das partes envolvidas [...] formaliza através de documentos específicos e encaminha para as autoridades competentes que é a promotoria judiciária. Também encaminha pra psicóloga, quando tem necessidade (E27ESC).

Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010) corroboram com nosso estudo, pois trazem que o principal papel de tais órgãos é a apuração e investigação da violência. Outros autores também descrevem o papel dos serviços jurídico-policiais, especialmente do Conselho Tutelar. Estas ações devem ser norteadas pelo ECA e incluem os encaminhamentos para Ministério Público ou serviços psicossociais, retirada da criança do lar, aplicações de sanções aos pais e de medidas de proteção às crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b; BARBOSA, 2009; HABIGZANG et al., 2006; MILANI; LOUREIRO, 2008; SIQUEIRA, 2010).

E12CT refere, ainda, que uma de suas ações é estar “visitando o Disque 100”, ou seja, realizar a apuração das denúncias feitas através deste serviço. O Disque 100 ou Disque Denúncia Nacional é um serviço de proteção a crianças e adolescentes, com foco na violência sexual, vinculado ao Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Ele foi criado em 1997, por organizações não governamentais e em 2003 passou a ser de responsabilidade do governo federal (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2012).

Tal serviço é considerado como um canal de comunicação entre a sociedade civil e o poder público, que tem o objetivo de interromper as situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes, através do conhecimento e avaliação da dimensão desta violência, bem como pela orientação na elaboração de políticas públicas (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2012).

Ressaltamos, ainda, que o Conselho Tutelar não deve apenas “registrar todos os casos e denúncias prestadas a este órgão e encaminhar para os órgãos competentes, que é o CREAS, Ministério Público, CRAS, juizado da infância e juventude. Então, nosso papel é registrar e encaminhar para os órgãos competentes” (E12CT). Ele precisa atuar em todas as situações em que os direitos da criança e do adolescente forem ameaçados ou violados e na busca por políticas públicas de proteção infanto-juvenil (MILANI; LOUREIRO, 2008; SIQUEIRA, 2010).

Um aspecto importante a se considerar no trabalho com a violência, é que ela é um fenômeno do qual fazem parte a vítima, o agressor e demais familiares, neste sentido, para uma abordagem adequada dos casos todos devem ser incluídos no processo de atendimento (NUNES; SARTI; OHARA, 2009). Nos serviços estudados, o atendimento à família é feito, especialmente através de um trabalho individual ou em grupo e de visita domiciliar:

Às vezes, a gente visita também, dependendo da necessidade (E4CT).

Faço atendimento individual e em grupo [...] então, realizamos visita domiciliar tanto aos usuários quanto aos possíveis praticantes da violência (E24PSC).

[...] identificando essa violência, formamos grupos de iguais, onde essa violência vai ser trabalhada dentro das especificidades. Esse trabalho é feito tanto individual como coletivo [...] com a vítima da violência e também com os familiares que estão diretamente ligados com a violência (E25PSC).

No entanto, em um levantamento realizado por Paixão e Deslandes (2010), reacionado à violência sexual em nosso país, foram encontrados poucos serviços de suporte aos agressores. Ao contrário, experiências internacionais não só buscam o envolvimento da família, mas o empoderamento desta e o estímulo das capacidades nela existente (DESLANDES; ASSIS, 2004).

Destacamos uma unidade de análise que mostra que, mesmo que talvez de forma pontual, os profissionais de nosso estudo também buscam o ‘empoderamento’ e a autonomia familiar:

Desse conhecimento de que eles fazem parte de um processo, de que eles estão envolvidos numa rede de assistência social e que podem buscar nesse empoderamento, nesse conhecimento que eles passaram a ser detentores de procurar também ajuda, de ter autonomia (E25PSC).

Apesar da dificuldade de se trabalhar com o agressor, pois este, na maioria das vezes, provoca a repulsa do profissional, é preciso lembrar que tais indivíduos

necessitam de tratamento e acompanhamento, não só pelo ato já realizado e suas consequências, mas também pela possibilidade de reincidência. Mais do que isso, eles devem se envolver ativamente no processo de intervenção (BAZON, 2007; JESUS, 2006; NJAINE et al., 2006; ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

Esta intervenção envolvendo a família não tem o objetivo de desresponsabilizar o adulto, mas de buscar a superação da perspectiva meramente punitiva para a mudança de comportamentos. Ou seja, busca-se com isso promover a família e efetivar intervenções positivas (BAZON, 2007).

Enfim, a atuação dos profissionais frente à violência contra criança e adolescente exige “práticas inovadoras, baseadas em valores sociais legítimos e em articulações de saberes e competências de diferentes disciplinas científicas, bem como de diferentes instituições e programas de intervenção” (BAZON, 2007, p. 1111).

3.2.3 Categoria 3 – Fatores que interferem nas ações de proteção

Vários são os fatores que podem influenciar nas ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. Estes fatores podem atuar favorecendo ou dificultando o desenvolvimento de tais ações.

Destacamos, nessa categoria, aqueles que foram reconhecidos pelos sujeitos do estudo como fatores que interferiram no seu trabalho, objetivados nas seguintes subcategorias: *estrutura organizacional*; *fatores psicoemocionais* e *trabalho em rede*.

3.2.3.1 Subcategoria 3.1 – Estrutura organizacional

Os serviços que trabalham com o fenômeno da violência precisam ser dotados de uma boa estrutura organizacional para que possam desenvolver um trabalho efetivo. Dentro dessa estrutura englobam-se recursos físicos, materiais, econômicos e humanos.

No nosso estudo, os profissionais referiram não dispor dessa estrutura apropriada, ao contrário, ressaltaram que muitas vezes acabam “esbarrando numa

falta de estrutura” (E1IP), com deficiência de recursos materiais, humanos, financeiros e de equipamentos, prejudicando o seu trabalho.

[...] estrutura. [...] quando a gente fala de estrutura, a gente fala de estrutura humana, a gente fala de equipamento, [...] a delegacia de violência contra mulher hoje, ela tem uma delegada de polícia, dois escrivão de polícia, dois agentes de polícia, uma psicóloga, um motorista, um atendente e dois atendentes administrativos. [...] são 9 profissionais do estado para atender uma população de 160 mil habitantes [...] (E1IP, E2IP).

[...] a gente não tem assim mais instrumentos também. Até mesmo de recursos de poder tá indo mais fundo (E7ENF).

[...] não tem aquele recurso próprio pra fazer essa viagem. Tem o recurso pra botar gasolina no carro e tal, mas, às vezes, você tá sem dinheiro. [...] essa questão do financeiro mesmo, do recurso (E11CT).

[...] suporte a gente não tem [...] não tem suporte, não tem panfleto [...] (E13ACS).

Outra questão que atrapalha e prejudica demais é o grande fluxo do trabalho realmente e o quantitativo que é muito pequeno. [...] a gente trabalha com [...] um quadro extremamente reduzido. [...] a demanda realmente é muito grande (E26DEL).

A falta de uma estrutura adequada e o quantitativo reduzido de material humano são fatores que dificultam o desenvolvimento de um bom trabalho.

A literatura atesta a falta de infraestrutura dos serviços que lidam com a violência, apontando questões como a sobrecarga de trabalho devido a grande demanda versus o pequeno quantitativo de profissionais, a falta de recursos orçamentários, a precariedade de material, a insuficiência das instalações físicas e a baixa remuneração, como um fator limitante de suas ações, corroborando assim com os nossos achados (ANDRADE et al., 2011; AZEVEDO; FERNANDES; CARRETEIRO, 2007; BARBOSA, 2009; COSTA et al., 2010; DESLANDES et al., 2007; LIMA et al., 2011; MINAYO; DESLANDES, 2009).

Pinheiro (2007) também concorda com tal situação, citando que entre os principais pontos de preocupação do Comitê sobre os Direitos da Criança estão a escassez de recursos financeiros e humanos alocados nesta área.

Em relação aos profissionais de saúde, foi ainda citado como dificuldade a obrigação do cumprimento de metas de número de consultas, resultando com isso em atendimentos mais superficiais, que não contribuem para o trabalho com as vítimas de violência.

[...] a gente tem que cumprir meta de número de consultas. [...] a demanda por número de pacientes/dia, a necessidade de fazer um determinado número de consulta, faz com que sua consulta tenha que ser mais rápida e essa não é uma situação que, definitivamente, você consegue resolver em 20 minutos. Então, isso pode atrapalhar bastante. [...] eu já tive na situação de acreditar que se eu conseguisse ter mais tempo com aquela criança e adolescente eu teria mais informação, eu teria mais chance de ajudar em alguma coisa e eu tinha 20 pacientes na porta me esperando. [...] e que seria, na verdade, minha oportunidade de tocar no assunto e que, pelo decorrer do tempo, eu não conseguir e, muitas vezes, também se perdeu (E28MED).

Outro aspecto relacionado às questões estruturais, segundo os entrevistados, é que “[...] o poder público nunca faz a sua parte, sempre deixa a desejar” (E6ACS). Neste sentido, foram citados também como fatores negativos a insuficiência de projetos para crianças e adolescentes e o reduzido número de abrigos e creches em nosso município. Estas questões não só atuam prejudicando as ações de proteção, mas podem também favorecer ou se configurarem em novas formas de violência.

Hoje nós só temos um abrigo. [...] institucionalizar uma criança que sofre dessa violência é extremamente complicado. [...] seria necessário outro, porque a demanda de violência infantil é muito grande. [...] O promotor da infância e juventude é sobrecarregado (E10ADV).

[...] a questão do poder executivo, que eu acho que deveria propiciar, está mais junto com a gente, olhar mais pra esse lado. [...] o município teria que disponibilizar mais ações, mais recursos destinados a crianças e adolescentes. Questão de também ter mais projetos. [...] a gente só tem um abrigo. Questão de creches também, eu acho que tá necessitando [...]. A questão também salarial das conselheiras, o valor é baixo, não recebe nenhum benefício social ainda. O conselheiro tutelar não tem vínculo empregatício nenhum com a prefeitura de Jequié (E11CT).

[...] a questão dessa criança poder ficar numa creche ou numa escola, mesmo que fosse aquela educação de qualidade, aquele cuidado de qualidade até pros pais puderem tá trabalhando (E18ENF).

[...] ausência do poder público, no sentido de que, a cidade não tem uma casa de acolhimento ao menor, o fator de crianças que são agredidas por pais, familiares, não tem um local específico para acolher as crianças. [...] o poder público falta [...] (E27ESC).

Um estudo realizado no município de Feira de Santana-BA, o qual avaliou as ações do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais, mostrou como uma das principais dificuldades a falta de apoio das políticas públicas (COSTA et al., 2010). Enquanto que Brito et al. (2005) vem trazendo que, não só alguns municípios, mas no Brasil como um todo, existe uma “carência de políticas públicas eficazes que viabilizem a criação e, principalmente, a manutenção de programas preventivos e de

tratamento, necessários para promover o aprimoramento e evolução de técnicas eficazes no enfrentamento dessa problemática” (p.144).

Além desses fatores, a falta de capacitação específica dos profissionais que lidam com a violência também foi bastante citada.

Às vezes, a gente debate assim com alguma situação e fica sem saber de como lidar com a situação pra não ser prejudicada [...]. Aí a gente, às vezes, fica com as mãos atadas, sem saber o que fazer (E5ACS).

[...] falta de capacitação dos profissionais [...] porque trabalhar no CREAS não é trabalhar em qualquer lugar. Então, eu acho que a SEDES ou o MDS ou a própria secretaria municipal, ela deveria tá mais atenta a qualificação de seus profissionais (E24PSC).

A violência contra criança é uma violência que requer, de certa forma, um certo cuidado do tratar com a criança, não é qualquer um que pode atender uma criança, assim, tem que ter um certo treinamento (E27ESC).

O atendimento das vítimas de violência demanda de conhecimentos específicos, que normalmente, não são aprendidos na academia. Dessa forma, ressaltamos que a capacitação dos profissionais é imprescindível, sendo esta uma das metas do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001e), especialmente porque se “trabalhar com ser humano já é complexo, trabalhar com ser humano vítima de violência torna-se ainda mais complexo e você precisa de preparo” (E24PSC).

Diversos autores reafirmam o despreparo dos profissionais em identificar e resolver os casos de violência, pela ausência de capacitações, causando nestes, muitas vezes, um sentimento de impotência e frustração (ANDRADE et al., 2011; BARBOSA, 2009; COSTA et al., 2010; HANADA; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010; HABIGZANG et al., 2006; JUSTINO et al., 2011; LIMA et al., 2011; LUNA et al., 2010; MINAYO; DESLANDES; 2009; SARAIVA et al., 2012; NUNES; SARTI; OHARA, 2009; RAMOS; SILVA, 2011; SALIBA et al., 2007; SIQUEIRA, 2010; SILVA; FERRIANI, 2007; TRINDADE et al., 2009; VECINA; MACHADO, 2010).

Paixão e Deslandes (2010) dizem ainda que quando esta capacitação existe, elas são pontuais, descontínuas e não conduzidas a grupos específicos, não trazendo, por isso, impacto na conduta profissional. Para que sejam efetivas, na sua realização, é importante considerar os saberes já existentes e as lacunas desses saberes (LUNA et al., 2010) e, assim, atuar tentando desfazer estas lacunas.

Como no município de Jequié não há uma Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente, a DEAM fica, então, responsável por atender este tipo de demanda, porém os profissionais de tal órgão referem também não se sentirem preparados para estes atendimentos, por não receberem treinamento específico.

[...] eu acho que, nós absorvemos uma tipificação de crime, que é o crime contra a criança e o adolescente, que já é um desvio da delegacia. [...] na delegacia da mulher, nós hoje não temos uma estrutura adequada para tratar dos crimes contra criança e adolescente e aí vai [...] até a estrutura de treinamento, porque a gente tem um treinamento pra lidar com a violência contra mulher, [...] nós não temos um treinamento específico para lidar com a criança vítima [...] (E11P).

Nosso objetivo não é criança e adolescente. E uma das coisas também muito prejudiciais é a demora em a gente tentar achar a solução [...] (E26DEL).

Os profissionais da DEAM recebem treinamento para lidar com os casos de violência contra mulher. A criança e o adolescente possuem características específicas e, por isso, para o trabalho com esses indivíduos é necessário também uma capacitação específica, levando em conta os aspectos relacionados a esta faixa etária.

Martins e Jorge (2010) discutem a importância da inclusão de tal temática na formação dos profissionais que trabalhem direta ou indiretamente com crianças e adolescentes, pois assim estes estarão mais preparados para contribuir na prevenção, diagnóstico e tratamento da violência contra criança e adolescente. Saraiva et al. (2012) dizem ainda que é dever ético, legal e moral de todo profissional estar qualificado para poder agir precocemente, impedindo a reincidência e o aumento das consequências causadas pela agressão.

Um estudo realizado por Nunes, Sarti e Ohara (2009) revela que os profissionais sentem a necessidade não só de ter uma estrutura de trabalho fisicamente organizada, mas uma estrutura que favoreça a troca de experiências e a exposição dos sentimentos surgidos durante o trabalho com a violência.

No nosso trabalho, apesar de todas as deficiências estruturais relatadas, os profissionais buscam superar tais dificuldades, através da disponibilidade e motivação, transformando seu ambiente de trabalho em um local acolhedor e aconchegante, o que é de suma importância para o trabalho com a violência.

Positivo a gente tenta fazer o ambiente ser o mais adequado possível, [...] fez uma brinquedoteca, [...] trabalha muito com brinquedo. [...], trabalhar em cima do lúdico [...] criança, ela fica mais propensa a tá falando, a tá conversando com você quando você tem algumas atividades. [...] tenta fazer da delegacia um espaço mais acolhedor [...] tanto os profissionais quanto o espaço em si, a gente toma o cuidado de deixar o mais agradável possível (E3PSC, E27ESC).

[...] o fator que ajuda é a boa vontade aqui da coordenação, [...] eu acho que os recursos humanos aqui do CREAS, especificamente, tem uma boa vontade e vendo essa boa vontade nos colegas, [...] eu acho que isso é um fator motivador (E24PSC).

[...] nós temos alguns profissionais que, de certa forma, eles acolhem e abraçam a causa [...] nós não temos muitos profissionais, mas o pouco que temos são suficiente pra tentar resolver esse problema [...] (E10ADV).

A questão da equipe que a gente tem aqui. [...] a gente tem, assim, uma comunicação muito boa [...] ambiente fique favorável ao trabalho da gente (E11CT).

3.2.3.2 Subcategoria 3.2 – Fatores psicoemocionais

O fenômeno da violência é capaz de produzir diversos sentimentos tanto em quem a sofre como naqueles que lidam com suas vítimas. Galheigo (2008) ressalta que a vivência com a violência na vida contemporânea gera sentimentos ambíguos de atração e repulsa, fascínio e medo. Outras sensações como ódio, pena, culpa também podem surgir, nos obrigando a assumir aquilo de humano que há em nós. Inegavelmente, a violência não é algo que a maioria dos profissionais gosta de se deparar (VECINA; MACHADO, 2010).

Neste sentido, os fatores psicoemocionais poderão ter forte influência nas ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. As unidades de análise abaixo podem demonstrar alguns sentimentos gerados pelo trabalho com a violência:

[...] sou cidadão também, que sofro uma consequência psicológica daquele ato que eu vá realizar (E11P).

Eu acho que ela é bem forte. [...] a gente fica, às vezes, até meio chocado, meio abismado (E21P).

É muito triste [...] muito triste mesmo. É horrível. É uma coisa muito triste [...]. É uma tristeza. (E8ACS, E10ADV, E12CT, E21AXENF).

Só de falar chega dói no coração, não gosto não (E19ACS).

É um tema forte. Acho que a violência em si ela é forte. [] E a violência é um tema forte (E24PSC).

[...] eles têm medo disso (E28MED).

Alguns profissionais podem sofrer represálias dos agressores e/ou sua família, gerando grande sentimento de medo. Isto pode ser agravado ainda mais pela falta de suporte e segurança por parte dos órgãos competentes.

[...] não ter uma segurança, um respaldo [...] a gente não tem, na realidade, segurança. [...] tem situação que a gente vai que as pessoas, por tá numa situação bastante constrangedora, alcoolizado, acaba partindo pra cima da gente, vindo com agressões físicas, com discussões. Já teve vários conselheiros aqui que já foram ameaçadas, que já levaram tapa na cara (E12CT, E18ENF).

Deveria ter um órgão que protegesse [...]. Como teve uma colega minha que [...] ela foi apanhar na área. Foi ameaçada e tudo (E15ACS).

[...] não tem nenhuma proteção. Por isso eu só oriento, mais nada além disso [...] nenhum advogada a secretaria mandou pra mim (E16ACS).

A falta de proteção provoca, nos profissionais, um sentimento de insegurança, fazendo com que os mesmos, muitas vezes, reduzam suas ações em relação ao controle da violência.

Para os ACS, por sua proximidade com a família e visibilidade na comunidade, as ameaças podem acontecer com mais frequência. Além disso, eles têm receio de que seu envolvimento em problemas familiares 'tão íntimos' possa interferir no dia a dia de seu trabalho.

E a gente também trabalha numa comunidade que é um pouco perigosa sabe, a gente fica até com medo de deles querer fazer algo com a gente. [...] e se eu falar e a pessoa depois descobrir que eu falei e depois não me receber mais na casa. E tem coisa que você até se restringe em fazer, porque na verdade vai comprometer o seu trabalho [...] (E5ACS).

[...] por nós ser uma pessoa muito visada na comunidade, a gente, muitas vezes, quer fazer uma denúncia e a gente não pode aparecer. [...] porque se aparecer, a família cai pra cima da gente. A gente fica com medo, por ser uma área também que existe muitos pontos de droga. [...] interfere no nosso trabalho [...] (E6ACS).

A gente tem que ver, olhou lá, viu, a gente analisa, chega e passa pra enfermeira sem que a família saiba que a gente fez isso. E aí vem outras pessoas analisar. Eu não posso chegar lá e aquela família saber que fui eu que denunciei, porque ela não vai me aceitar mais na casa dela (E14ACS).

[...] mas tudo de uma forma, assim, da gente não aparecer, porque se não dá o maior problema. [...] e, muitas vezes, nem tem cobertura, porque a mãe fica sabendo, às vezes, que foi a gente que fez a denuncia e aí dá muito problema (E15ACS).

Já fui muito agredida por causa de denúncias. [...] fui penalizada praticamente por toda comunidade, pelo fato de denunciar. [...] eu não me envolvo mais em nada. [...] Se eu vê, eu não falo nada. Até mesmo pra unidade eu não falo, porque eu fui penalizada e ninguém resolveu nada, ninguém tirou a porrada que eu levei (E16ACS).

O informante E16ACS, na sua fala, vem mostrar a falta de proteção vivida pelos ACS no manejo das situações de violência. Uma denúncia de um caso de violência pode causar represálias por parte da família agressora e da própria comunidade. Bem como, percebe-se uma omissão por parte da unidade de saúde, que não buscou proteger este profissional, fazendo com que o mesmo se feche ao desenvolvimento de novas ações para o controle da violência.

A literatura também confirma a grande vulnerabilidade a que os ACS estão expostos, já que estes convivem na mesma área que os agressores, áreas estas muitas vezes dominadas pelo tráfico de drogas, sendo mais um fator impeditivo para atuação dos mesmos (ANDRADE et al., 2011; MACHADO, 2011; NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Vários estudos ressaltam o medo do agressor ou de um envolvimento legal no caso de violência como um argumento para justificar a pouca realização de ações voltadas ao controle de tal questão, fazendo, com isso, que os profissionais acabem por se omitir (ANDRADE et al., 2011; COSTA et al., 2010; CUNHA, 2007; GRANVILLE-GARCIA; SILVA; MENEZES, 2008; LUNA et al., 2010; MACHADO, 2011; SILVA, 2006; SILVA; FERRIANI, 2007). Para Luna et al. (2010) esse medo pode está relacionado à ausência de um suporte institucional eficaz.

Este suporte, porém, não deve ser apenas tecnicista, ele deve está envolvido num processo de escuta e preparo emocional adequado (VECINA; MACHADO, 2010; WOISKI; ROCHA, 2010). Ou seja, deve-se buscar superar a resistência advinda dos riscos existentes através de estratégias que levem em consideração a complexidade do problema (SANTOS, 2005).

Salientamos, ainda, ser este suporte importante pois, apesar de um investigador de polícia dizer que “[...] em sendo um profissional, a gente não pode nunca nos deixar levar pela emoção” (E11P), não é isso que acontece em muitos casos. Nunes, Sarti e Ohara (2009) vem mostrar que os profissionais têm facilidade em se envolver emocionalmente nos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Acreditamos ser, justamente, por medo deste envolvimento que um psicólogo se posicionou da seguinte forma:

[...] você pode se deparar com vítima ou com o agressor e que você, às vezes, tem contato aqui, a qualquer momento. E eu acho isso um fator um tanto desagradável, pra mim enquanto profissional. [...] eu não gosto, não me sinto bem, é um desconforto pra mim topar com um usuário do centro na rua (E24PSC).

Outra questão que pode influenciar no emocional dos profissionais e, conseqüentemente, no manejo das situações de violência, é a resolução do caso. Este pode ser um fator estimulante e motivador, quando acontece a elucidação do caso e é percebido o resultado de seu trabalho, ou pode agir como fator de descrédito, quando o caso não é bem resolvido e a violência não cessa.

O positivo, pro policial é sempre quando, primeiro, você descobre o autor daquele ato [...], já é um ponto positivo que a gente mostra que o trabalho, que competi aos investigadores, terminou, culminou na prisão daquele autor [...]. Mas, o ponto positivo é realmente a elucidação daquela violência, se realmente existe e que a gente conseguir chegar a um autor e a prisão do autor. Só acho ainda que nós, da polícia civil [...] deveríamos ter um grupo de delegados ou de investigadores, que pudesse acompanhar todos os procedimentos criminais, [...] que vão para o juiz, pra saber se aquele procedimento, no final, qual foi. Qual foi a pena? E a pena foi adequada pra aquele tipo de crime? Porque não foi? Se não foi, onde foi o erro da investigação? O que faltou para que o juiz percebesse, não percebesse com clareza, que aquele cidadão era culpado de cometer aquele ato. [...] para que, quando chegar lá na frente eles possam saber, o cara foi condenado porque agimos assim na investigação. Então tornar padrão. Não, o cara não foi condenado porque nós erramos nisso, nisso e nisso. Então, servir até de uma fonte de estudo, pra cá atrás a gente corrigir e melhorar. [...]. Que eu gostaria muito porque, às vezes, pro público em geral, eles acham que a justiça é feita quando a polícia prende e nem sempre, porque a polícia prender um cidadão é apenas um dos atos de um processo judicial, que pode se prolongar por muito tempo (E11P).

Você vê que aquilo ali, às vezes, é passado e vai continuar a violência contra criança, mesmo a gente sabendo, a gente já denunciando. [] Eu já desistir, porque não vejo resultado (E7ENF).

[...] e a gente via, a gente denunciava, os ACS também e num tinha uma resposta, assim, da assistência social e da justiça também [...]. Então fica a sociedade sem resposta e as pessoas que praticam tipo assim 'ah, não vai acontecer nada comigo', não tem medo, acha que não vai ter como ser cobrado, como pagar. Então, eles fazem e se sentem à vontade pra tá repetindo (E18ENF).

[...] você vê resultados também é uma outra questão que agrada muito e motiva (E24PSC).

A demora na resolução dos casos, a falta de respostas aos encaminhamentos realizados e a não percepção de mudanças são problemas que levam ao descrédito das instituições (HABIGZANG et al., 2006; NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Em relação ao conselho tutelar, percebemos que este órgão possui uma ação imediata e pontual, não realizando um acompanhamento dos casos a médio e longo prazo (MILANI; LOUREIRO, 2008; NUNES; SARTI; OHARA, 2009). Tal acompanhamento ajudaria na resolução das situações de violência, uma vez que seria um apoio a mais às famílias, auxiliando-as a solucionar suas dificuldades de relacionamento.

Os fatores psicoemocionais influenciam não só os profissionais em suas ações, mas as vítimas e suas famílias também podem ter suas decisões afetadas pelo medo, estigma em relação ao psicólogo e/ou ao policial, a falta de privacidade, entre outras questões, causando, muitas vezes, também a omissão da vítima ou de sua família.

[...] é muito difícil uma vítima de sexo feminino, ela ter que se abrir com investigadores do sexo masculino. [...] ela vai se sentir, realmente, não vai se sentir à vontade (E1IP).

[...] o fato de ser uma delegacia intimidada. Então, muitas crianças chegam aqui com medo. [...] a criança chega, por ser delegacia, por ver policial, por ver carro de polícia, assim, às vezes, eles veem os meninos armados, então, eles ficam mais receosos [...] o estereótipo de polícia deixa eles um pouco afetados [...] 'E agora, minha mãe vai ser presa, porque eu falei que minha mãe tinha me espancado?' [...] tem uma dificuldade também por conta do estereótipo do psicólogo, [...] muita gente acha 'ah, quem vai no psicólogo é doido'. Então, a gente tem os atendimentos marcados, a gente ver que a criança tá começando a evoluir, mas aí o pai 'ah, eu tenho dificuldade de levar'; 'ah, eu to trabalhando e não tem ninguém pra levar; ou então 'ah, meu filho não é doido, não precisa de terapia' (E3PSC).

[...] como é o caso de violência a gente necessita desse espaço privativo, individual, que nem sempre o usuário está aberto e disponível pra compartilhar sua experiência traumática, que já é traumática, com outras pessoas (E24PSC).

[...] muitas pessoas ficam com medo de tá falando, fica com medo de tá comentando, de vim até a gente falar. Quando a gente vai eles tentam dissimular (E7ENF).

A omissão da família e a recusa em aceitar a atuação dos profissionais, por se sentirem desprotegidas, foram também relatadas na literatura (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; NUNES; SARTI; OHARA, 2009; RAMOS; SILVA, 2011). Assim como a resistência em comparecer ao atendimento psicológico, por conta do preconceito e estigma que envolve tal profissional (FERREIRA, 2002).

3.2.3.3 Subcategoria 3.3 – Trabalho em rede

A violência contra crianças e adolescentes constitui-se em um fenômeno complexo e de múltiplas causas, formando por diversos fatores e que compromete todos os níveis sócio-culturais e econômicos da sociedade. Além disso, como toda experiência vivenciada na infância repercute na vida adulta, a violência poderá trazer consequências físicas e psicossociais devastadoras a curto, médio e longo prazo (PAIXÃO; DESLANDES, 2011; RAMOS; SILVA, 2011).

Diante do exposto, o qual reflete a complexidade das demandas de atendimento dos casos de violência contra criança e adolescente, salientamos que tal fenômeno exige intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, com a articulação e trabalho conjunto de diversos setores na busca de um atendimento integral (BRASIL, 2010b; GALHEIGO, 2008; MELMAN et al., 2009; NJAINE et al., 2006; PAIXÃO; DESLANDES, 2011; RAMOS; SILVA, 2011; ROCHA; MORAES, 2011; SANTOS; FERRIANI, 2009).

Neste sentido, podemos argumentar que o que pode facilitar o trabalho com a violência é a rede, conforme nos fala um dos sujeitos da pesquisa:

[...] O que pode contribuir é a parceria, a rede. Quando a rede funciona direitinho, porque não tem como a gente trabalhar isoladamente. Quando você referencia à saúde e que essa saúde abraça e que faz a contra referência, que nos comunica que essa família realmente está sendo acolhida, está sendo atendida e que tá sendo efetivo o trabalho da saúde. Quando referenciamos também pros outros setores da rede da assistência social, CRAS, programas de renda familiar, ou seja, toda rede integrada (E25PSC).

Assim como na literatura, os profissionais no estudo reconhecem a importância do trabalho multiprofissional e em rede para a ação contra a violência.

O que ajuda são as parcerias. [...] com a secretaria de desenvolvimento social, com o conselho tutelar, com o CREAS, com o CRAS e até com a própria secretaria de segurança pública. [...] isso aí ajuda e fortalece muito o trabalho da delegacia (E3PSC, 26DEL).

[...] a rede. A rede toda que faz o trabalho acontecer, é que ajuda a gente [...]. (E4CT, E11CT).

Os fatores que tá ajudando, que contribuem são os órgãos que a gente tem, sociais, [...]. De ter um atendimento psicológico, de ter um atendimento psiquiátrico, se for o caso, de ter um atendimento com assistente social, de tá inserindo a criança em outro seio familiar, onde a gente sabe que ela não vai ser agredida. O apoio da polícia militar é de fundamental importância no

nosso trabalho [...]. A gente trabalha em conjunto se não a gente não conseguiria desempenhar o nosso papel. [...] todos os órgãos competentes que também protege a criança dessa situação ou vítima dessa violação que ela passou (E12CT).

[...] entrar em contato com os órgãos que trabalham sobre a adolescência, mas o que pode ajudar é o trabalho do dia a dia mesmo. Então, parceria, a gente trabalha em parceria (E14ACS).

Quando a gente percebe que essa família ela retorna pro atendimento [...] e ela nos confirma que ela tá sendo atendida, a gente percebe que tem aí um ganho, [...] aqui é uma equipe multiprofissional e meu trabalho não é isolado (E25PSC).

Mas o que seria a rede? Segundo Castells (2000 apud NJAINE et al., 2006, p. 1314) a rede é “um conjunto de nós que se encontram interconectados”. Ainda conforme este autor, configura-se como estruturas abertas e dinâmicas, que podem se estender infinitamente, constituindo novos nós. Para isso é essencial o estabelecimento de ligações entre seus integrantes, com o compartilhamento de valores e objetivos comuns (MENDES, 2009; NJAINE et al., 2006).

Mendes (2008) traz um conceito de rede de atenção à saúde, que pode ser utilizado para a definição de outras configurações de rede. Ele a define como um conjunto de serviços interligados entre si por uma ação colaborativa e interdependente, com objetivos comuns e com uma única missão.

Melman et al. (2009) vem conceituar o que são redes de paz. Para o autor, estas são um conjunto de organizações que agem articuladamente, em seus territórios, para a superação da violência e o estabelecimento de uma cultura de paz.

Enfim, independentemente da configuração da rede, percebemos, pelos conceitos acima, que o trabalho em rede necessita ser guiado por articulações e objetivos comuns. Neste sentido, concordamos com Santos e Andrade (2011) quando este nos diz que a rede não é apenas o agrupamento de serviços ou organizações, ela precisa de subsídios que deem significado ao entrelaçamento de suas ações.

Conforme as unidades de análise abaixo, percebemos que muitos profissionais entendem a rede apenas como um grupo de instituições que trabalham com o mesmo fenômeno: a violência, mas não demonstram a interligação intrínseca à formação da rede.

[...] disque denúncia [...]. O conselho tutelar também ajuda, quando de certa forma também repassa muita coisa pra gente. O que ajuda é isso, as denúncias. Hoje tem esse disque denúncia que ajuda. Tem o conselho tutelar, tem o CREAS. Então, essas parcerias ajudam bastante (E21IP).

Nós temos uma boa relação com o CREAS. [...] a gente tem o Ministério Público, graças a Deus, atuante, um promotor que ele, diariamente, ele se comunica com a gente e a gente com ele. [...] A questão do CREAS também, que é parceiro, muito parceiro (E11CT).

A gente só tem, assim, a contar com o CRAS [...] (E15ACS).

A delegacia da mulher ela é o local que tem, de certa forma, contribuído bastante. [...] conselho tutelar, que ajuda bastante (E27ESC).

Outras unidades de análise, no entanto, já refletem essa falta de integração entre as instituições, revelando a deficiência da rede de proteção à violência no nosso município.

A articulação, alguns encaminhamentos são feitos pra alguns determinados órgãos e, às vezes, esse acompanhamento não é feito adequadamente. A articulação às vezes não é um ponto positivo, porque tem determinados órgãos que faz o atendimento, faz o acompanhamento, mas, às vezes, também tem determinados órgãos que se tornam um pouco negativo [...] (E9ASOC).

[...] apesar de que a rede, como a gente diz sempre, a rede tá furada, tá faltando muita coisa nessa rede, mas existem, assim, muitas coisas positivas (E11CT).

(...) o conselho tutelar não tem parceria com a gente, é difícil, só quando o CRAS procura ou quando a gente procura. Eu acho que deveria ter mais parceria com a DEAM, com o conselho, mas não tem isso (E15ACS).

O apoio do CRAS não tem muito. Quando a gente faz uma denúncia leva 8, 9 dias pra ir (E16ACS).

[...] parceria mais efetiva com o serviço social, com psicólogo, [...] se tivesse tipo um NASF, tivesse mais também a questão voltada pra essa parte das drogas que isso ocasiona diversos problemas (E18ENF).

Eu acho que se tiver mais integrado todo mundo. Por exemplo, no PSF mesmo a gente nunca recebeu nenhuma palestra, nenhum curso sobre isso. Se tiver mais integrado. [...] deveria ter mais um contato direto do conselho com a gente aqui e não tem. A gente tem reuniões, nunca teve uma participação do conselho tutelar, nunca teve informando como é que são as coisas. Acho que é muito solto. [] Articulação, não tem não (E20ODT).

A gente precisa se perceber dentro desse processo também. No município de Jequié, eu vejo a rede como algo que, ela precisa costurar. Então, ela precisa ser emendada e através mesmo do interesse político, interesse governamental (E25PSC).

A literatura confirma a grande dificuldade de articulação existente entre os órgãos de atendimento à violência. Alguns estudos revelam que as práticas institucionais de enfrentamento da violência são, muitas vezes, frágeis, fragmentadas, pontuais e limitadas a setores específicos (AVANCINI, 2006; GALHEIGO, 2008; HABIGZANG et al., 2006; NUNES; SARTI; OHARA, 2009; PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

São reconhecidos alguns problemas, como obstáculos para o estabelecimento do trabalho em rede, dentre os quais se pode citar: disparidade de compreensão; medo de perder o poder que as relações tradicionais de trabalho confere a determinados órgãos; conflitos de papéis; dificuldade de compartilhar poder e rotatividade dos profissionais dos serviços integrantes da rede (NJAINÉ et al., 2006; PAIXÃO; DESLANDES, 2011).

Apesar de todas essas dificuldades, existem algumas experiências bem sucedidas que podem servir de exemplo e motivação para novas iniciativas do desenvolvimento das redes de proteção à violência contra criança e adolescente.

Njaine et al. (2006) apresentam a experiência de duas cidades da região Sul do País que buscam, através de um movimento promissor e crescente de atuação em rede, a proteção e prevenção da violência contra crianças e adolescentes. Também Vecina e Machado (2010) relatam um trecho de uma supervisão intersetorial e multiprofissional. Esta supervisão caracteriza-se pela discussão aberta e presencial de casos de violência por diversos profissionais de diversos setores, mediado por um supervisor, sendo esta uma estratégia utilizada com sucesso para o trabalho em rede.

Estes exemplos contribuem para a visibilidade e quebra do silêncio que envolve a maioria dos casos de violência, demonstrando, assim, que apesar de nefasta, a violência contra criança e adolescente tem solução (NJAINÉ et al., 2006).

Salientamos, portanto, que a construção de uma rede demanda de um movimento mais intenso para a agregação de diferentes atores sociais (NJAINÉ et al., 2006). Destacamos, ainda, alguns requisitos necessários para a eficácia da ação em rede: uso de uma linguagem comum; horizontalidade dos setores; tomada de decisão baseada nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade; compartilhamento de trabalho, recursos e informações; abertura para o diálogo, com efetiva comunicação entre os atores; representação de diversas instituições, com interdependência e autonomia das mesmas; disposição para

incorporar novas parcerias e sustentabilidade. Além disso, a rede deve oferecer uma atenção oportuna, com serviços seguros e efetivos, em tempos e lugares adequados (BRASIL, 2006; LUNA et al., 2010; MELMAN et al., 2009; MENDES, 2008; SANTOS; ANDRADE, 2011; VECINA; MACHADO, 2010).

Por ser uma estratégia de ação relativamente nova, é necessário que os profissionais sejam capacitados para apreender a essência do trabalho em rede e saberem agir de uma maneira apropriada (VECINA; MACHADO, 2010).

Enfim, pensar em rede, não é pensar na formação de um novo serviço, mas de uma nova concepção de trabalho que busca na articulação de diferentes saberes intervenções mais efetivas para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes (MELMAN et al., 2009; NJAINE et al., 2006; VECINA; MACHADO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apreender a percepção dos profissionais sobre as ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. Para tanto, procuramos compreender o significado da violência contra crianças e adolescentes para os profissionais que atuam nas instituições de proteção; descrever as ações realizadas para proteção desses indivíduos e identificar os fatores que interferem na realização dessas ações.

Nesta perspectiva, a partir da análise e discussão dos resultados, é possível dizer que os objetivos deste estudo foram alcançados, por revelar qual a percepção que os profissionais possuem sobre as ações de proteção à violência contra crianças e adolescentes.

Os resultados demonstraram que, no que concerne ao significado da violência para os profissionais, os mesmos não deram um conceito concreto a esta. Eles a definiram a partir da atribuição de ações, causas e fatores associados à violência, relacionando-a aos fatores socioeconômicos; à vulnerabilidade da criança, entendido neste estudo como o grau de dependência, fragilidade e falta de defesa que, especialmente, a criança apresenta em relação ao adulto; à violação de direitos e à família como produtora e reprodutora da violência.

Apesar das questões socioeconômicas serem, realmente, consideradas como fatores de risco, este não é o único fator, não sendo, por isso, tal fenômeno 'um privilégio' das classes menos favorecidas. A violência pode acontecer com qualquer indivíduo e em qualquer classe social, porém um maior número de notificações está relacionado à classe econômica mais baixa, o que a torna mais visível e numerosa neste grupo social.

Enfatizamos que o conceito de violência não é único, ele é um conceito histórico, que sofre a influência de cada época. Além disso, por muito tempo, as crianças foram consideradas propriedade dos pais e, por isso, o uso da punição física como medida educativa era amplamente aceita.

Nos dias de hoje, esta é uma prática legalmente combatida. Porém, cultura não se modifica com leis e, por isso, muitas pessoas ainda aceitam e utilizam-se da força física para educação dos filhos, inclusive alguns profissionais. Esta ideia pode

favorecer a invisibilidade de algumas situações de violência, influenciando nas práticas dos profissionais.

Neste sentido, conhecer o significado da violência para os profissionais que lidam com a proteção de crianças e adolescentes é de extrema importância, pois o desenvolvimento de seu trabalho e até a formulação das políticas de combate à violência irá sofrer a interferência do olhar que cada profissional possui em relação a este fenômeno.

Quanto às ações realizadas para a proteção de crianças e adolescentes, ressaltamos que os profissionais promovem ações voltadas tanto para a prevenção como para o manejo das situações de violência. Dentre as ações preventivas, os sujeitos da pesquisa realizam orientações, palestras, campanhas, divulgação dos direitos da criança e do adolescente, buscando a sensibilização dos pais/responsáveis/família e de toda a sociedade para o cuidado e a proteção deste grupo etário, os quais vivem em uma fase extremamente importante do desenvolvimento humano.

Em relação ao manejo das situações de violência, a identificação dos casos foi citada especialmente pelos profissionais da saúde. Acreditamos que as características de seu trabalho, como o contato frequente com a criança e o adolescente nas consultas e visitas domiciliares e a proximidade e o estabelecimento de vínculos com as famílias, são questões que favorecem esta identificação.

Porém, salientamos que, além da identificação, os profissionais de saúde se limitaram a realizar investigações e encaminhamentos. Alguns fatores podem estar relacionados a tal fato: a falta de capacitação dos profissionais, a invisibilidade em relação à violência, o medo do agressor ou da interferência em seu trabalho e a falta de suporte por parte dos órgãos competentes.

Os profissionais do CREAS relataram desenvolver atividades clínicas, sociais e educativas, discussão de casos e suporte a outros profissionais e serviços. E os profissionais dos serviços jurídico-policiais, conselho tutelar e DEAM, são responsáveis pelo registro, investigação e encaminhamento dos casos de violência, atenção psicológica e busca pela punição dos agressores.

No entanto, o que nos chamou atenção, em relação às ações desenvolvidas, foi a pouca ênfase dada à notificação por parte de todos os serviços. Ressaltamos, no entanto, que a notificação configura-se como o primeiro passo para que seja

possível interromper as atitudes e comportamentos violentos, pois ela é que dá ampla visibilidade a tal problema.

Neste sentido, é importante capacitar os profissionais para a quebra de ideias pré-concebidas em relação à violência e sua notificação, para que estes consigam incorporar tal ato no seu dia a dia de trabalho.

Os fatores que podem influenciar nas ações de proteção, citados pelos profissionais, foram reunidos em três grupos: estrutura organizacional, fatores psicoemocionais e trabalho em rede.

Em relação à estrutura organizacional, destaca-se a falta de estrutura física, econômica, material e humana dos diversos setores e a pouca ação do poder público para com a prevenção e combate da violência contra crianças e adolescentes. Também, ficou em foco a falta de capacitação específica para os profissionais, fator de extrema importância, já que o trabalho com a violência é um trabalho bastante complexo, que necessita de um preparo técnico e psicoemocional.

Apesar de todas as deficiências estruturais encontradas, foi possível perceber que os profissionais, através da disponibilidade, motivação e de uma boa relação interpessoal, conseguem transformar seu ambiente de trabalho em um espaço acolhedor e acolhedor, favorecendo, desta forma, o bom desenvolvimento do trabalho e o acolhimento das vítimas e suas famílias.

Dentre os fatores psicoemocionais, o medo foi um sentimento bastante referido, tanto pelos profissionais como pela vítima e sua família. Tal sentimento pode ser ainda agravado pela falta de suporte e segurança por parte dos órgãos competentes.

Entendendo a violência como um fenômeno complexo, de múltiplas causas, que sofre a influência de diversos fatores, reconhecemos que para que haja um adequado manejo de tal problema é imprescindível um trabalho conjunto e articulado de diversos setores saberes, ou seja, é necessário um trabalho em rede.

Ao analisarmos o relato dos profissionais em relação às ações desenvolvidas em cada serviço, percebemos que essas ações se completam e fortalecem umas às outras, o que, mais uma vez, confirma a importância do trabalho do trabalho em rede. No entanto, apesar do reconhecimento desta importância, este estudo constatou não existir, em nosso município, uma efetiva rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência.

Enfim, analisar as práticas de proteção a crianças e adolescentes suscitou diversas reflexões e nos oportunizou perceber que os profissionais necessitam de apoio e formação para o adequado desenvolvimento do seu trabalho.

Acreditamos, ainda, que a socialização deste estudo poderá contribuir para que os profissionais possam repensar suas ações e se abram para novos olhares em busca de intervenções mais efetivas no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Além disso, esperamos que esta pesquisa possa se tornar o ponto de partida para a realização de novos estudos que cooperem como compromisso ético e legal da proteção de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, R. M. L. et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.11, n.1, p.21-8, jan.-mar. 2011.

ANDRADE, E. M et al. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.147-55, 2011.

ANTONI, C. de; BARONE, L. R.; KOLLER, S. H. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.23, n.2, p.125-32, abr.-Jun. 2007.

AVANCINI, E. V. Trabalho em rede: condição para a consolidação do programa Sentinela no município de Cascavel. **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Paraná, ano 3, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/biblioteca.php#agora>>. Acesso em: 18 out. 2012.

AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A.; CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2410-20, 2007.

BARBOSA, C. H. M. **A representação social de família dos conselheiros tutelares do município de Niterói - Rio de Janeiro**. 2009. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70 LTDA., 2010.

BAZON, M. R. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1110-2, set.-out. 2007.

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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.323-32, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196, de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**: informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica n.8. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.968, de 2001**. Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 737, de 2001**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001d.

_____. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto- Juvenil**. Brasília, DF, 2001e.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar orientações para a prática em serviço**. Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8; 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Temático prevenção de violência e cultura da paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 8069, de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Lei Maria da Penha**: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010c.

_____. **Projeto de Lei nº 7672/2010**. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010d. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=D6DAE3CC867D369DBAF9D0D53A92B6A7.node1?codteor=790543&filename=PL+7672/2010>. Disponível em: 10 de out. 2012.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.143-49, 2005.

CARDOSO, E. S.; SANTANA, J. S. S.; FERRIANI, M. G. C. Criança e adolescente vítimas de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Revista Enfermagem UERJ**, v.14, n.4, p.524-30, 2006.

CARVALHO, A. C. R. et al. Abuso e negligência: estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v.4, n.8, p.117-23, mar.-abr. 2001.

_____. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.539-46, 2009.

CASTRO, M. L.; CUNHA, S. S.; SOUZA, D. P. O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1054-61, 2011.

CAVALCANTI, A. L. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. **Pediatr. Mod.**, v.38, n.9, p.421-6, set. 2002.

CECCONELLO, A.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, v.8, p.45-54, 2003.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1129-41, 2007.

_____. Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.563-74, 2010.

CUNHA, J. M; ASSIS, S. G.; PACHECO, S. T. A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Rev Bras. Enferm.**, v.58, n.4, p.462-5, 2005.

CUNHA, J. M. **A atenção de enfermagem a criança vítima de violência familiar**. 2007. 191f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.123-45, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2012.

DE BIASIL, L. S.; PENNA, C. M. M. Violência e maus-tratos na infância: o olhar das crianças. **Rev. Min. Enf.**, v.8, n.4, p.429-35, out.-dez. 2004.

DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS no Brasil. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

DESLANDES, S. F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.81-94, 1999.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. (Coord.) **Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: Claves/ENSP/Fiocruz, UNICEF, 2004.

DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.11(Sup.), p.1279-90, 2007.

_____. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.8, p. 1633-45, 2011.

DIS. DIRETORIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE no Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dis/info_saude.html>. Acesso em: 19 jun. 2011.

DOSSI, A. P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1939-52, ago. 2008.

FERREIRA, A. L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público**. 2002. 264f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para a pediatria. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5 (supl.), p.173-80, 2005.

FRANÇA-JUNIOR, I. Abuso sexual: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v.7, n.12, p.23-38, 2003.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **O fim da omissão: a implantação de polos de prevenção à violência doméstica**. São Paulo: Fundação ABRINQ: Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientia, 2004.

GALHEIGO, S. M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.3, p.181-9, 2008.

GALLI, J.; VIERO, F. Maus-tratos e trauma infantil: apontamentos úteis à compreensão do problema. In: TAPPARELLI, G.; NORONHA, C. V. (Orgs.). **Vidas em risco: quando a violência e o crime ameaçam o mundo público e o privado**. Salvador: Arcádia, 2008, p.201-16.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.4, p.665-70, jul.-ago. 2011.

GARCIA, S. O. **As necessidades na assistência à criança vitimizada por violência doméstica em João Pessoa no contexto do SUS**. 2007. 147f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 707-14, 2002a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9298.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2011.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.1, p.61-5, jan.-fev. 2008.

GONÇALVES, H. S. et al. A experiência do IPPMG/UFRJ na violência contra a criança e o adolescente. **Texto e Contexto Enferm.**, v.8, n.2, p.501-5, 1999.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.315-9, 2002.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. F.; MENEZES, V. A. de. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes em São Bento do Uma. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.8, n.3, p.301-7, set.-dez. 2008.

GURGEL, L. R. O. G. do A. **Violência intrafamiliar contra a criança: a perspectiva de médicos pediatras à luz de sua história de vida e formação.** 2008. 203f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.3, p.379-86, 2006.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.18, n.1, p.33-59, jan.-abril 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 20 set. 2012.

JEQUIÉ. **Prefeitura Municipal de Jequié.** Disponível em: <<http://www.jequie.ba.gov.br/>>. Acesso em: 20 set. 2012.

JESUS, N. A. O círculo vicioso da violência sexual: do ofendido ao ofensor. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.26, n.4, p. 672-83, 2006.

JUSTINO, L. C. L. et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.4, p.781-7, dez. 2011.

LIMA, P. D. de; FARIAS, G. M. de. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 643-53, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a10.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2011.

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**, v.35, supl.1, p.118-37, jan.-jun. 2011.

LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.481-91, 2010.

MACHADO, A. L. **Desenvolvimento e Análise Avaliativa de uma Capacitação em Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes para Profissionais do Programa de Saúde da Família**. 2011. 109f. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria. São Paulo.

MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.4, p.660-5, jul.-ago. 2010.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n.4, p.315-34, out.-dez. 2009b.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.12, n.3, p.325-37, 2009a.

_____. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.3, p.423-8, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no sistema de serviços sentinelas de vigilância de violências e acidentes (VIVA) - Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.18, n.1, p.17-29, 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742009000100003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2011.

_____. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.347-57, fev. 2010.

MELMAN, J. et al. Tecendo Redes de Paz. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.18, supl. 4, p.3-11, 2008.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/-portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MILANI, R. G. **Violência doméstica: recursos e adversidades de crianças e famílias pós-ações do Conselho Tutelar**. 2006. 213f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

MILANI, R. C.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.28, n.1, p.50-67, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a.

_____. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (org). **Violência e criança**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002b. p.95-114.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; 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. & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1641-49, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p. 513-31, nov., 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2012.

MOURA, A. T. M. S.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2926-36, dez. 2008.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança sem serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1124-33, jul.-ago. 2005.

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 (Supl.), p.1313-26, 2006.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paul Enferm**, v.22 (Especial - 70 Anos), p.903-8, 2009.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-76, 2008.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Sistematização de experiências de sistemas de vigilância, observatórios ou sistemas de informação de violência na América Latina**. Colômbia: Melhores Práticas, 2008.

PAIXÃO, A. C. W. da; DESLANDES, S. F. Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p.114-26, 2010.

_____. Abuso Sexual InfantoJuvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4189-98, 2011.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.77, n.1, p.35-40, 2001.

PERES, M.F.T. Homicídios, risco e vulnerabilidade: para uma discussão da dinâmica da vitimização por homicídios. In: CRUZ, M.V.G.; BATITUCCI, E.C. (orgs.). **Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p.125-39.

PIERANTONI, L. M. de M.; CABRAL, I. V. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.4, p.699-07, out.-dez. 2009.

PINHEIRO, P. S. Violência contra crianças: informe mundial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11 (Sup.), p.1343-50, 2007.

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 Soc.**, São Paulo, v.20, n.1, p.136-46, 2011.

RICAS, J.; DONOSO, M. T. V. Aspectos históricos da educação no Brasil *versus* violência física na infância: reflexões. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.2, p. 212-7, 2010.

RICAS, J.; DONOSO, M. T. V.; GRESTA, M. L. M. A violência na infância como uma questão cultural. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.1, p.151-4, 2006.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do programa de saúde da família: a experiência de PMF/ Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3285-96, 2011.

SACCONI, L. A. **Minidicionário Sacconi da língua portuguesa**. São Paulo: Atual, 1996.

SALES, Z. N. **Representações Sociais do Cuidado no Diabetes Mellitus**. 2003. 160f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.3, p.472-7, 2007.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1671-80, 2011.

SANTOS, L. F. C. **A saúde e a intersectorialidade no enfrentamento à violência: a rede de atenção integral à criança e ao adolescente do município de Niterói.** 2006. 165f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – NESC, Rio de Janeiro.

SANTOS, L. E. S. et al. Uma abordagem sobre a violência infantil no campo histórico, social e de saúde. **Pediatria Moderna**, v.47, n.2, p.47-52, mar.-abr. 2011.

SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.5, p.524-9, set.-out. 2007.

_____. Ações do Conselho Tutelar e seu envolvimento com a violência infantil. **Pediatr. Mod.**, v.45, n.6, p.2015-19, nov.-dez. 2009.

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

SANTOS, W. S. **Representações Sociais da tuberculose.** 2010. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doença. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Doenças Crônicas Não transmissíveis. Núcleo Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.** 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

SARAIVA, R. J. et al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Ciencia y enfermeria** XVIII, n.1, p.17-27, 2012.

SAURET, G. V. et al. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.11, n.3, p.265-73, jul.-set., 2011.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Disque Denúncia - o que somos.** Disponível em: <http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao__sexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia>. Acesso em: 01 nov. 2012.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

WIKIPÉDIA, Enciclopédia Livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Dicotomias_saussureanas>. Acesso em: 27 out. 2012.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras, v.7, n.1, p. 70-81, 2005.

SILVA, L. M. P da. **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual: o discurso dos profissionais da saúde.** 2006. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ceará.

SILVA, L. M. P. da; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.15, n.2, p.95-102, mar.-abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf >. Acesso: 12 abr. 2012.

SILVA, L. M. P. da; 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, p. 919-24, set.-out. 2011.

SILVA, M. A. A. **A violência física intrafamiliar como método educativo punitivo-disciplinar e os saberes docentes.** 2008. 224f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Goiânia, Goiânia.

SILVEIRA, J. L. G. C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O. B. S. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v.5, n.2, p.119-26, maio-ago 2005.

SIQUEIRA, E. B. M. **Relações de poder e gênero: questionando as práticas e representações sociais no conselho tutelar de João Pessoa.** Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. 23 a 26 de agosto de 2010.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: SBP/CLAVES, SEDH-MJ, 2000.

SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. de M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 23-28.

SOUSA, P. K. R. de; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.64, n.2, p. 381-4, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2012.

TAVARES, M. L. Abordagem da violência intrafamiliar no programa saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 205-18.

TEIXEIRA, S. H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J. P. **Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: Litteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1998, p. 101-114.

THOMAZINE, A. M.; OLIVEIRA, B. R. G. de; VIERA, C. S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n.4, p.830-40, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a08.htm>>. Acesso em: 30 maio 2012.

TRINDADE, Z. A. et al. Atendimento às pessoas em situação de violência: o lugar e as práticas do psicólogo em Programas da Região Metropolitana de Vitória/ES **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei v.4, n.1, p.49-60, dez. 2009.

VECINA, T. C. C.; MACHADO, A. L. Desafios e possibilidades para o enfrentamento da violência: fortalecendo vínculos e construindo redes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ZOTTIS, G. A. H; ALGERI, S.; PORTELLA, V. C. C. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.8, n.2, p.146-53, maio-ago. 2006.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2012.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.14, n.1, p.143-50, jan.-mar. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS**

Idade _____ Sexo _____

Renda Familiar _____ Cor da Pele _____

Escolaridade _____ Formação _____

Ocupação _____

- 1- Quais as ações de proteção você desenvolve em sua prática profissional?
- 2- Para você, qual o significado da violência contra crianças e adolescentes?
- 3- Quais os fatores que interferem, positiva e negativamente, na realização das ações de proteção que você desenvolve?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Eu, Roberta Laise Gomes Leite Morais, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Zenilda N. Sales, estou realizando a pesquisa “Violência contra criança e adolescente: percepção dos profissionais”, que tem como objetivo geral apreender a percepção de profissionais sobre as ações de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. Estou convidando o (a) senhor (a) a participar da minha pesquisa, pois através de tais estudos podemos contribuir para o avanço e desenvolvimento de políticas públicas no combate à violência contra crianças e adolescente. Caso o(a) senhor(a) aceite participar desta pesquisa, será necessário que o(a) senhor(a) responda a uma entrevista, que será realizada com auxílio do gravador. O presente estudo não oferece riscos ou qualquer tipo de dano ou desconforto. Será respeitada sua integridade física, moral e cultural. Sua participação na pesquisa é voluntária e não obrigatória, ou seja, o(a) senhor(a) tem o direito de, se quiser, não participar ou até de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Se o senhor se sentir desconfortável em responder a alguma pergunta, você é livre para não responder a pergunta que lhe causou tal incômodo. Além disso, o(a) senhor(a) terá todas as informações que queira, antes, durante e depois da pesquisa. Garantimos a confidencialidade dos seus dados pessoais, ou seja, seus dados não serão divulgados. Os resultados desta pesquisa serão publicados em revistas especializadas de forma que nenhum participante da pesquisa seja identificado, permanecendo em anonimato. Os dados obtidos serão utilizados na construção de um banco de dados e arquivados por cinco anos. Sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum custo e o(a) senhor(a) também não receberá nenhum valor em dinheiro por participar dela. Se o(a) senhor(a) quiser ou precisar de maiores informações sobre esta pesquisa, entre em contato comigo ou minha orientadora no endereço Zenilda Nogueira Sales, Mestrado em Enfermagem e saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia ou pelo telefone 3528 9738 ou através dos e-mails zenysalles@gmail.com.br; robertalaise@hotmail.com.

Se o (a) senhor (a) aceita voluntariamente participar desta pesquisa, por favor, assine comigo este termo em duas vias.

Jequié-BA, ___/___/___

Assinatura do informante/controle



Assinatura do pesquisador

Polegar Direito

ANEXOS

ANEXO A: Ofício CEP/UESB 320/2011



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Jequié, 19 de setembro de 2011

Of. CEP/UESB 320/2011

Ilma. Sra.

Profa. Zenilda Nogueira Sales

Mestrado em Enfermagem e Saúde -PPGES/UESB

Departamento de Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. Sª que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **064/2011**

CAAE: **00043.0.454.000-11**

Projeto: ***VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR DOS PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM PROTEÇÃO***

Pesquisadores: ***Profa. Zenilda Nogueira Sales(orientadora)***

Profa. Vanda Pamarella Rodrigues, Roberta Laíze Gomes Leite Moraes(colaboradoras)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Protocolo 64/2011



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 064/2011
CAAE: 00043.0.454.000-11

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR DOS PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM PROTEÇÃO*

Pesquisadores Responsáveis: Profª. Drª. Zenilda Nogueira Sales

Pesquisadoras Colaboradoras: Mestranda Roberta Laise Gomes Leite Moraes e Profa. Msc Vanda Palmarella Rodrigues

Instituição onde se realizará: UESB

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

II - Objetivos:

Geral: Analisar o significado da violência em crianças e adolescentes no município de Jequié/BA.

Específicos: Identificar a prevalência de violência contra crianças e adolescentes no município de Jequié; Verificar o perfil das crianças e adolescentes vítima de violência no município de Jequié; Traçar o perfil sócio demográfico dos atores da violência em crianças e adolescentes vítima de violência no município de Jequié; Aprender o significado da violência contra crianças e adolescentes segundo os profissionais que lidam com a proteção.

III – Sumário do projeto:

Este é um estudo descritivo e exploratório, de abordagem multimétodos, considerando aspectos de natureza qualitativa e quantitativa, com o objetivo de analisar o significado da violência contra a criança e o adolescente identificada pelos profissionais dos órgãos/serviços de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência, no município de Jequié/BA. A pesquisa será desenvolvida no Conselho Tutelar, no Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), tendo como sujeitos 15 profissionais (seis conselheiros do Conselho Tutelar; um Assistente Social; uma Socióloga; uma Psicóloga; uma Pedagoga; um Educador Social; uma Advogada do CREAS; um Atendente do serviço de Atendimento policial; uma Delegada; e, uma Psicóloga da DEAM) das equipes multiprofissionais dos serviços de proteção à criança e adolescente. Para a coleta de dados os pesquisadores utilizarão como fonte primária a entrevista aberta, cujo roteiro possui duas perguntas orientadoras para a entrevista, que será aplicada aos quinze profissionais descritos acima. E, como fonte secundária documentos consolidados pelos órgãos envolvidos na pesquisa, dos quais se fará análise a partir de dois roteiros para coleta de dados sociodemográficos (um para as crianças e adolescentes que sofrem violência e outro para os atores da violência), cujos elementos estão pertinentes ao tema pesquisado, na Instituição referida, que servirá para complementar e melhor compreender o contexto dos dados obtidos nas entrevistas. A coleta dos dados acontecerá no primeiro semestre de 2012, após o parecer do comitê de ética. Para análise quantitativa dos dados será utilizado o programa Epi-Info versão 3.5.1.; em relação à análise dos dados qualitativos, estes receberão tratamento com base na análise de conteúdo, análise temática e discutido a partir do referencial teórico pertinente. Por questões norteadoras para a pesquisa, na possibilidade de alcançar os objetivos especificados acima, as proponentes elencaram as seguintes: Qual o significado da violência em crianças e adolescentes, segundo os profissionais que lidam com a proteção no município de Jequié/BA? Qual a prevalência de violência contra crianças e adolescentes no município de Jequié/BA? Qual o perfil das crianças e adolescentes vítima de violência no município de Jequié/BA? Qual o perfil sócio demográfico dos atores da violência em crianças e adolescentes no município de Jequié/BA?

IV – Comentários do relator:

O projeto em apreciação apresenta todos os documentos necessários à análise do CEP/UESB, encontra-se bem fundamentado, sustentado em uma Bibliografia diversificada e atualizada apresentando linguagem acessível e clara. Foram respeitados todos os elementos inerentes à construção de um projeto de pesquisa.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE foi analisado e está de acordo com os requisitos da Resolução 196/1996.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 19 de setembro de 2011


Prof. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO C: Ofícios



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº. 19/2012

Jequié, 02 de Março de 2012.

Ilmª Srª Nelzuita de Jesus Silva
Presidente do Conselho Tutelar

Prezada Senhora

Apresentamos V.Sª, a mestrandas **Roberta Laise Gomes Leite Moraes e a Professora Zenilda Sales**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa *“Olhar dos profissionais que lidam com a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência”*, **protocolo 064/2011, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 320/2011 referente à aprovação do projeto 064/2011 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Alba Benemerita Alves Vilela
Prof.ª DSc/Alba Benemerita Alves Vilela
Vice-Coordenadora do PPGES

*Recebido por
C.T. Fátima de
Souza
06/03/12
16:43*



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº 20/2012

Jequié, 02 de Março de 2012.

Ilm^{as}. Sr^{as}. Julieta Oliveira Britto

Coordenadora do Centro de Referência Especializada de Assistência Social

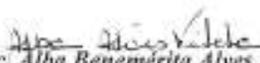
Prezada Senhora

Apresentamos V.S^{as} a mestrandas **Roberta Laise Gomes Leite Moraes e a Professora Zenilda Sales**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa *“Olhar dos profissionais que lidam com a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência”*, protocolo 064/2011, aprovado pelo CEP/UESB.

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 320/2011 referente à aprovação do projeto 064/2011 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,


Prof^a. DSc. Alba Benemerita Alves Vilela
Vice-Coordenadora do PPGES

Recebido em 06-03-2012
Dinab Sales



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº 21/2012

Jequié, 02 de Março de 2012.

Ilm^{as}. Sr^{as}. Alessandra Pimentel

Delegada da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

Prezada Senhora

Apresentamos V.S^{as}. a mestranda **Roberta Laise Gomes Leite Moraes** e a Professora **Zenilda Sales**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa "*Olhar das profissionais que lidam com a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência*", **protocolo 064/2011, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 320/2011 referente à aprovação do projeto 064/2011 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Alba Benemerita Alves Vilela
 Prof.^a DSc. **Alba Benemerita Alves Vilela**
 Vice-Coordenadora do PPGES

*Recebido em
 09/03/12
 Inegre -*



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



GOVERNO DA Bahia

TERRA DE TODOS NÓS

Of. PPGES nº 21/2012

Jequié, 02 de Março de 2012.

Ilmo. Sr. Belmiro Matos
Secretário Municipal de Saúde

*JANEIRO
de 02/12*
Mário Coimbra de Sá
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
JEQUIÉ - BA

Prezada Senhora

Apresentamos V.Sª. a mestrandas **Roberta Laise Gomes Leite Moraes** e a Professora **Zenilda Sales**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa *“Olhar dos profissionais que lidam com a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência”*, protocolo 064/2011, aprovado pelo CEP/UESB.

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 320/2011 referente à aprovação do projeto 064/2011 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Alba Benemérita Alves Vilela
Prof.ª D.Sc. **Alba Benemérita Alves Vilela**
Vice-Coordenadora do PPGES

Marcos Antonio
07/03/12

Recibido 06-03-12
J. Belmiro Matos