

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA
NÚCLEO- SERVIÇO SOCIAL

RELATÓRIO FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE:
TEMA DE ESTUDO NA RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Aluna: Gessica Dos Santos Machado Lopes
Orientadora: Dra. Alzira Maria Baptista Legwoy
Colaboradora: Myriam Fonte Marques

Porto Alegre
2018

Gessica Dos Santos Machado Lopes

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE:
TEMA DE ESTUDO NA RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto, como pré-requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Criança.

Orientadora: Dra. Alzira Maria Baptista Lewgoy

Colaboradora: Myriam Fonte Marques

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho.

À minha família, meu porto seguro, por acreditar em mim e compreender a minha ausência. Mãe, seu cuidado e sensibilidade foram essenciais para conseguir finalizar este processo. Pai, seu carinho significou segurança e certeza de que mesmo estando longe de casa, não estava sozinha nessa caminhada e se tudo desse errado eu teria para onde retornar.

Agradeço a todos os professores pelo conhecimento disponibilizado, pelas críticas construtivas e dedicação em busca de contribuir para a formação, em especial à professora Alzira Lewgoy pela atenção e paciência nas orientações, pelo incentivo e afetividade que tornou possível a conclusão deste trabalho.

Às assistentes sociais, Myriam Marques pelas colaborações na elaboração deste estudo, a assistente social Claudia Morel, pelo convívio, riso frouxo e pelo apoio quando o cansaço emergiu, e a todos os colegas assistentes sociais que foram tão importantes para o meu amadurecimento profissional e aprimoramento intelectual.

As preceptoras Priscila e Graça, pela atenção e conhecimento adquirido que me nortearam no desenvolvimento da prática profissional dentro do hospital, e em especial a preceptora Simone pelo cuidado e afeto que demonstrou por nós residentes.

Aos colegas residentes do Programa Saúde da Criança pelo companheirismo e compartilhamento de conhecimentos.

Agradeço também a todos os colegas e amigos residentes do Núcleo de Serviço que me acolheram durante a Residência, em especial as R2 (Isadora Manuela, Thaís, Beatriz, Carolina, Elidiane, Paola, Graziela e Lizandra) e aos R1 (Anderson e Alessandra) a todos obrigada pelo afeto e companheirismo.

Aos pacientes e seus familiares que me ensinaram a resistir e acreditar, e por fim agradeço a todos que de alguma forma fizeram parte desta caminhada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.....	7
2.2 Formação em serviço na área da saúde.....	10
2.3 Trabalho multiprofissional.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos	17
4 MÉTODO	17
4.1 Tipo de estudo.....	17
4.2 População e amostra:	18
4.3 Técnicas e procedimentos para coleta dos dados	18
4.4 Aspectos éticos:	19
4.5 Análise dos dados:	19
5 ARTIGO	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	54
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA	56

1 INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar é um problema que acontece dentro do núcleo familiar, mas atinge toda a sociedade e requer atenção das diferentes políticas públicas e categorias profissionais. Quando se fala de “violência intrafamiliar, deve-se considerar qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros” (BRASIL, 2002, p.10). A violência no contexto familiar pode manifestar-se através de atos ou omissão que resultam em dano físico, emocional, sexual, psicológico, econômico e também situações de negligência.

A violência intrafamiliar atinge parcela importante da população e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas, principalmente no que tange o público infanto-juvenil, considerando que é de pessoas em desenvolvimento. Conforme a definição do Ministério da Saúde, “a violência intrafamiliar afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência” (BRASIL, 2002, p. 07). Enfatiza-se que alguns segmentos sociais se encontram mais vulneráveis a sofrerem violência, tendo em vista as relações de poder nas quais estão presentes, relações hierárquicas e intergeracionais. Nessas relações – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras –, entende-se que as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis de dominação e/ou subordinação.

A violência contra crianças e adolescentes apresenta-se sob diferentes formas, de tal maneira que um sintoma ou sinal isolado, não permite afirmar sua existência. Deste modo, é fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde frente aos problemas identificados de natureza física, sexual ou emocional, procurando a sua relação com o relato sobre o ocorrido da possível vítima, dos familiares ou pessoas de sua convivência.

De acordo com o Mapa da violência, no que tange especificamente à infância e à adolescência, evidencia-se que, de todos os atendimentos computados no ano de 2011 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 40% corresponderam a casos de violência contra crianças e adolescentes. Foram registradas 39.281 notificações de violência na faixa etária de 1 a 19 anos de idade, sendo comprovado

que essas agressões se sucederam na residência das vítimas, por membros do grupo familiar, o que reforça a gravidade da violência intrafamiliar, bem como a necessidade de potencializar ações e serviços na perspectiva de enfrentamento a esse fenômeno (WAISELFISZ, 2012). Contudo, o Brasil revela uma carência muito grande de dados, pois a realidade é camuflada pelos “segredos” que imperam nas famílias, além da falta de notificação dos casos de violência por parte dos profissionais e instituições envolvidos com a identificação e atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Ainda a partir dos dados compilados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, e apresentados no Mapa da Violência, identifica-se que Porto Alegre/RS é o 23º município do país que mais notifica casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. E está entre os 140 municípios de nações que mais notificam outros casos de violência física contra crianças e adolescentes (WAISELFISZ, 2012).

Diante desse contexto, o tema violência vem ganhando destaque nas discussões do setor de saúde. Com o intuito de haver um maior investimento na proteção das crianças e adolescentes, essa questão passou a ser discutida também no Brasil com a implementação da Constituição de Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. O Estatuto considera que crianças e adolescentes são prioridades absolutas, portanto, é garantida proteção contra toda forma de violência, negligência, exploração e crueldade. Cabe destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um importante protagonista ao identificar, atender e proporcionar ações de prevenção às situações de violências.

Em 2010, foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde”, com o propósito de orientar os gestores e profissionais de saúde para o acompanhamento das situações de violência contra crianças e adolescentes, visando à atenção integral a esse público (BRASIL, 2010).

Diante dessa dimensão e complexidade, a violência configura-se como um problema multicausal e multisetorial, considerando que muitas questões estão integradas a esse problema, exigindo propostas de enfrentamento de cunho multiprofis-

sional, com o envolvimento de profissionais de saúde pública, educação e assistência social, bem como dos órgãos de proteção e justiça, dentre outros. (AZAMBUJA, FERREIRA et al., 2011). Por isso, compreendemos que os profissionais que atuam diretamente com as demandas relacionadas às crianças e adolescentes ocupam uma posição estratégica na prevenção, identificação de indivíduos e grupos de risco para maus-tratos e no desenvolvimento de intervenções adequadas à situação de violência e necessitam estar preparados para o atendimento dessas situações.

Considera-se que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), por ser uma modalidade de pós-graduação voltada para a formação em serviço, destinada a categorias profissionais que integram a área da saúde, executada a médica, a qual tem como objetivo formar profissionais aptos e comprometidos em trabalhar numa perspectiva de integralidade do cuidado e com os princípios do SUS (BRASIL, 2005). Pode proporcionar aos profissionais em formação em serviço aproximação do tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, capacitando-os para o atendimento.

Desse modo, o projeto teve como problema de pesquisa a seguinte indagação: Como a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) vem contribuindo para a formação em serviço dos residentes que trabalham com a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes num hospital-escola? Esta indagação desdobrou-se em três questões norteadoras: 1) Qual a concepção de violência intrafamiliar compreendida pelos residentes multiprofissionais da área da saúde da criança e adolescente? 2) Como ocorre a preparação dos profissionais de saúde residentes para a intervenção nos casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, numa perspectiva de integralidade do cuidado? 3) Como é realizado o trabalho dos residentes nas situações onde se identifica confirmação ou suspeita de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?

A relevância desta pesquisa se justifica por ser um tema de extrema importância para a qualificação da formação em serviço e do processo de trabalho no qual estão inseridos os profissionais de saúde residentes, proporcionando a produção de conhecimento aos que trabalham diretamente com demandas relacionadas a crianças e adolescentes, bem como possibilitando melhoria na qualidade dos atendimentos prestados à população usuária do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para embasar esta investigação, foram abordadas as seguintes categorias teóricas: Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Formação em serviço na área da saúde. Trabalho multiprofissional. Trabalho interprofissional.

2.1 Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente

Para introduzir o tema de violência intrafamiliar, faz-se necessário conceituar primeiramente o termo família. Para Losacco (2015, p. 76), “a família é construída por uma constelação de pessoas interdependentes, e sua estrutura reproduz as dinâmicas sócio-históricas existentes”. Na atualidade, a família deixou de ser aquela constituída unicamente por um casamento formal, assumindo formas diversificadas, podendo dividir-se em monoparental, homoafetiva, nuclear e extensa. Essa nova configuração baseia-se mais no afeto e na convivência do que nas relações de consanguinidade (ACOSTA, VITALE et al, 2015). Essas relações podem se estabelecer tanto promovendo o desenvolvimento saudável, quanto desencadeando desajustes e violências.

A família propicia o desenvolvimento da aprendizagem através da interação social, a partir da transmissão de valores éticos, religiosos e culturais. Contudo, é nas famílias onde ocorre a maior parte dos casos de violência, apesar de ser a principal responsável em promover a proteção. Destacamos também que a condição de desigualdade social, pobreza e exclusão social pode repercutir de forma negativa a possibilidade de as famílias estabelecerem relações protetivas entre seus membros, uma vez que contribui para deterioração das relações familiares (HABIZZANG, KOLLER e COLABORADORES, 2012; AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016). Desse modo, a família é uma instituição social, investida de muitas funções e que estabelece relações de cooperação, cuidado, e conflito.

Conforme registros históricos, a violência se manifestava principalmente nas relações de poder de um sujeito sobre o outro, visto que a duração dos cuidados com as crianças na sociedade tradicional pelos pais se dava num curto espaço de tempo (AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016). Os laços afetivos não eram valorizados e, conseqüentemente, ocorriam infanticídios, abortos e abandonos.

Nesse sentido, a violência intrafamiliar sempre esteve presente na construção histórica da sociedade. A criança tinha pouca visibilidade no seio familiar e na sociedade, pois, além de não produzir tanto como um adulto, necessitava de maior investimento financeiro e emocional e por muito tempo essa população não foi considerada como sujeitos de direitos, sendo acometida pela desproteção sócio familiar, ficando à mercê de ações de caridade para conseguir sobreviver (AZAMBUJA, FERREIRA e COLABORADORES, 2011).

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é somente uma das formas de expressões com que esse fenômeno se apresenta e assume uma característica muito cruel e contraditória, visto que a violência sofrida pelas crianças e adolescentes é praticada pelas pessoas que deveriam protegê-la.

Conforme o Ministério da Saúde (2010):

A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas da família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e estratégia de educação. Inclui ainda, a falta de cuidados básicos com seus filhos (BRASIL, 2010, p. 29).

Os autores apontam que a violência intrafamiliar se constitui a partir de:

[...] todo ato ou omissão praticados por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e adolescentes, que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico a vítima, implica de um lado a transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento (GUERRA apud SCOBERNATTI, 2005, apud AZAMBUJA, FERREIRA e COLABORADORES, 2011, p. 26).

Conforme o Mapa Mundial da Violência (2012), os pais – englobando aqui pai, mãe, padrasto e madrasta –, concentram acima de 50% das notificações por violências físicas até nove anos de idade. Esse percentual reduz para 31,3% na faixa etária de 10 a 14 anos de idade das vítimas e ainda para 11,6% nos anos finais da adolescência. Os amigos ou conhecidos da vítima ocupam o segundo lugar, com 22% dos casos atendidos (WAISELFISZ, 2012). Cada vez mais a violência que atinge crianças e adolescentes é intrafamiliar e acontece no lugar mais privado e supostamente protegido, o lar, dentro de casa.

A violência intrafamiliar afeta não somente as famílias empobrecidas, mas também a classe média e alta, portadores de todos os níveis de instrução, se manifesta por uma relação de poder, através da superioridade do adulto em relação à criança e aos adolescentes. O fato de as violências acontecerem, predominantemente, no espaço doméstico, sob a unidade familiar, revela essa relação de força. Outro fator que revela que a violência intrafamiliar é constituída por relações de poder, são as questões que envolvem o gênero, etnia e classe social (AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016; AZAMBUJA, FERREIRA e COLABORADORES, 2011). Considera-se que a violência intrafamiliar é encontrada em qualquer classe social, mas nas classes mais empobrecidas, os maus-tratos são mais visíveis, visto que chagam com mais frequência aos serviços públicos de atendimento, gerando uma maior visibilidade desse fenômeno.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), esse fenômeno divide-se quatro tipos: violência autoinfligida (envolve o comportamento suicida e/ou auto abuso); violência interpessoal (violência praticada pela família, parceiro íntimo e/ou pessoa mais velha) e violência coletiva (subdividida em violência social, econômica e política).

A violência intrafamiliar pode ser de natureza física, sendo caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental para ferir, provocar feridas, dor ou incapacidade no outro; de natureza sexual, diz respeito ao ato ou ao jogo sexual com intenção de estimular sexualmente criança ou adolescente, visando utilizá-los para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou o adolescente abrange práticas eróticas e pornográficas; de natureza psicológica, constitui-se como toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou desenvolvimento da criança ou adolescente, manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes ou ainda restringir a liberdade, isolá-la do convívio social, e, por fim, manifestada em forma de negligência ou abandono, se entende a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (BRASIL, 2010).

A efetivação da proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes,

assim como a superação das situações que violam seus direitos, requer pensar na forma como o Estado, a família e a sociedade se articulam com vistas à garantia dessa proteção e desses direitos. Conforme a legislação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é “dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 1990a, Art. 18º, p. 7). Desse modo, os cuidados afetivos e materiais são de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade.

Para que a família possa desenvolver relações protetivas entre seus membros, salientamos ser necessário que o Estado e a sociedade possam prover o acesso da família à proteção social, como saúde, educação, moradia, saneamento básico, alimentação, emprego, dentre outros. Também é fator importante para a garantia dos direitos e rompimento do ciclo de violência contra crianças e adolescentes a intervenção realizada por diversos profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, pediatras, enfermeiros, dentre outras categorias. Isto significa que o trabalho com essa temática é extremamente delicado, complexo e mobilizador, necessitando de uma abordagem multiprofissional e intersetorial.

2.2 Formação em serviço na área da saúde

A reforma sanitária brasileira e os desdobramentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde impulsionaram a consolidação da saúde como direito constitucional no Brasil. Assim, na Constituição Federal de 1988, o Art. 196 afirma que a saúde é um,

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 99).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, que se deu a partir do desenvolvimento da sociedade, se constituindo como uma grande reivindicação por melhorias das condições de vida da população. Simultaneamente a esse movimento, o Estatuto da Criança e do Adolescente se organiza de maneira similar. Esses dois

símbolos de conquistas de direitos humanos resignificaram os modos de organização dos serviços e práticas de cuidado, entendendo que a saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado (MOTA et al., 2009). Assim a criança e o adolescente passam a ser consideradas como sujeitos de direitos em desenvolvimento, exigindo proteção e prioridade de atendimento.

A regulamentação do SUS no Brasil, a partir da Lei nº. 8.080/1990, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, estando incluída, ainda, no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990b).

A Lei nº. 8.080/1990 trouxe significativas mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas, que passaram a demandar novas formas da organização do trabalho no campo da saúde, proveniente da hierarquização, descentralização e democratização, princípios deste sistema. Essas mudanças exigiram a reformulação dos processos de trabalho das diferentes categorias profissionais que atuam nesta área (MOTA et. al., 2009). Competindo, portanto, ao SUS coordenar a formação de recursos humanos em saúde,

Dentre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi apresentada como uma estratégia do Estado, que objetiva uma formação sob o formato de curso de especialização, caracterizando-se por ensino em serviço, buscando potencializar o cuidado em saúde da população, mediante a qualificação dos profissionais para uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS (ROSA, LOPES, 2010).

A portaria interministerial nº 45/2007, (atualmente revogada pela portaria interministerial nº 1.077/2009) estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização e definiu como projeto pedagógico a modalidade de formação em serviço, tendo como eixos norteadores:

[...] a realidade sócio epidemiológica do país; a concepção ampliada de saúde; a política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS; a abordagem pedagógica dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho, na linha da formação integral e interdisciplinar; a formação em equipe; a instituição de parcerias que promovam a articulação entre ensino, serviço e gestão, bem como a integração com os diferentes níveis de for-

mação, inclusive com a Residência Médica (Brasil, 2009, art. 2.º).

Nesse contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação que está baseada no ensino em serviço, que propõe, dentre outros aspectos, uma concepção ampliada de saúde, a interdisciplinaridade e a integralidade das ações (CFESS, 2017). Apresenta-se como uma alternativa para promover novas práticas em saúde a partir de eixos norteadores integrados com os princípios e diretrizes do SUS.

As RMS foram regulamentadas pela promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Trata-se de uma modalidade de formação de pós-graduação classificada como *latu sensu*, voltada para educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. Tem duração de 24 meses e carga horária semanal de 60 horas, em regime de dedicação exclusiva, sendo 20% de atividades teóricas ou teóricas práticas e 80% de atividades práticas (BRASIL, 2005a). A Residência é uma pós-graduação oferecida às profissões de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Esta modalidade de formação de profissionais da saúde resulta da parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, é instituída no âmbito dos dois ministérios por meio da portaria interministerial MS/MEC nº 2.117, com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o Sistema Único de Saúde. Constitui-se pelo exercício da prática, sobre supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), e supervisão acadêmica (tutoria). As RMS têm como característica formar profissionais segundo as necessidades locais, ou seja, com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência regional (BRASIL, 2005b).

Consideramos importante para uma melhor compreensão sobre o tema abordarmos a diferença entre Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). Esta última faz parte do modelo de Residência adotado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local onde se originou esse projeto de pesquisa.

A RMS é destinada às categorias profissionais portadoras de diplomas de

cursos considerados da área da saúde, sendo preservadas as especialidades de cada uma, não necessariamente tendo um campo de ação em comum, formam-se profissionais com ênfase em um campo de conhecimento único (BRASIL, 2005b).

Já a RIMS existe desde 1999 no Rio Grande do Sul. Foi regulamentada pela Portaria Estadual nº16/1999, é composta por profissionais das áreas da saúde, ou não, as ênfases e profissões escolhidas para o Programa procuram privilegiar as necessidades e realidades locais (RIO GRANDE DO SUL, 2001). Prevê a integração e a interação sobre as diferentes perspectivas. De acordo com Ceccim e Ferla (2003, p. 217), “a integração entre os programas de Residência Médica e os de aperfeiçoamento especializado, a integração entre trabalho e educação, a integração de diferentes profissões de saúde como equipe, a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS”. Neste sentido, por meio desse modelo de formação, estaríamos integrando os diversos profissionais e seus vários conhecimentos, as diferentes áreas de ênfase e as teorias e práticas, desenvolvidas em cada campo de atuação.

A RIMS do Hospital de Clínicas (RIMS/HCPA) iniciou suas atividades em 2010 e caracteriza-se pela formação em serviço, na qual os residentes desenvolvem atividades teóricas e práticas, organizadas por categorias profissionais ou por áreas de atuação, sobre orientação do corpo docente e assistencial (RIMS, 2017). Tem como objetivo especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de modo interdisciplinar, a partir dos princípios do SUS, considerando as necessidades da população (RIMS, 2017). É composta pelas seguintes áreas de concentração: Adulto Crítico; Atenção Básica; Atenção Cardiovascular; Atenção Integral ao Usuário de Drogas; Controle de Infecção Hospitalar; Atenção Materno Infantil; Onco-hematologia; Saúde da Criança e Saúde Mental. As categorias profissionais que compõe a RIMS são: Farmácia; Serviço Social; Nutrição; Educação Física; Psicologia; Fisioterapia; Fonoaudiologia e Terapia ocupacional.

Quanto à estrutura pedagógica, se constitui em atividades teórico-práticas as quais estão organizadas em três eixos: transversal, da área de concentração e do núcleo. O eixo transversal contempla os campos de conhecimento teóricos, integrando as diversas profissões e suas relações com as dimensões históricas e políticas da sociedade, da convivência humana, do ambiente, da cultura e do trabalho em

saúde. Salientamos que o eixo transversal é destinado para todos os residentes. O eixo da área de concentração desenvolve conteúdos específicos do campo de atuação para os residentes que a integram. Já os conteúdos teóricos do eixo do núcleo são elaborados de acordo com os conhecimentos teórico-práticos específicos de cada categoria profissional (RIMS, 2017).

Dentre os campos de atuação propostos pelo Programa de Residência do HCPA, a ênfase Saúde da Criança se configura como um importante espaço para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente. Além disso, a formação em serviço pode qualificar o trabalho dos Profissionais de Saúde Residentes frente às questões de violência contra a criança e adolescente.

2.3 Trabalho multiprofissional

A partir do entendimento do conceito amplo de saúde, o qual leva em consideração os determinantes e condicionantes em saúde, bem como a vulnerabilidade social que permeiam a vida da população atendida pelos serviços de saúde, faz-se necessária uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades em saúde da população. Peduzzi et al. (2013) ressalta que a qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado são fundamentais para a efetividade da atenção a saúde com ações mais resolutivas.

Frente a essas questões, os Ministérios da Educação e da Saúde pensaram estratégias para o desenvolvimento do trabalho integrado, e uma delas é a própria RMS, cujo um dos objetivos é formar trabalhadores capazes de romper com a lógica do cuidado uniprofissional¹ e fragmentado.

Segundo Araújo et al. (2017), no Brasil extrapolar a lógica uniprofissional e garantir um cuidado em saúde integral ainda é um constante desafio. No entanto consideramos que a RMS tem mobilizado reflexões sobre a necessidade do trabalho

¹Entende-se por formação uniprofissional o processo no qual as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais. Quando a formação está configurada somente como uniprofissional, não há interação com estudantes de outras profissões, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde (PEDUZZI et al., 2013, p. 979).

em equipe, principalmente aquelas que agregam em seu nome a expressão “integrada”, (RIMS) como a do Hospital-Escola no qual é campo de investigação.

Uma importante particularidade dos Programas de Residência está relacionada à multiprofissionalidade, a qual instiga uma formação coletiva entre as diferentes categorias profissionais com valorização dos núcleos de saberes específicos de cada profissão, entretanto a literatura aponta imprecisões quanto à definição desse termo. Conforme Peduzzi, et al. (2013) a fragmentação do cuidado é comum na perspectiva da multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional. Ou seja, as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles. Entende-se que na multiprofissionalidade os saberes profissionais são colocados em prática de forma fragmentada, sem que haja articulação entre as diferentes categorias profissionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, divulgou um marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Propõe que o termo multiprofissional seja substituído por interprofissional para enfatizar a importância de pensar estruturas de aprendizado com diferentes profissões. Além disso, propõe a colaboração interprofissional para a melhoria nos resultados da saúde. O documento identifica os mecanismos que resultam no trabalho colaborativo e fornecem estratégias e ideias que auxiliam o modelo de educação interprofissional e prática colaborativa que serão mais adequadas em cada contexto e demandas locais de saúde (OMS, 2010).

A interprofissionalidade nos remete à ideia que os estudantes e/ou profissionais aprendem e exercitam a prática de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais de diferentes áreas (PEDUZZI, et. al 2013). Neste caso, os profissionais trocam entre si segundo suas disciplinas e essas trocas interferem no trabalho dos outros profissionais, à medida que amplia a compreensão da situação atendida entre eles.

De acordo com Araújo et al. (2017) a interprofissionalidade vincula-se:

À noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos proces-

tos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012 apud ARAÚJO et. al., 2017, p. 602).

Diante das inúmeras demandas do ambiente hospitalar, principalmente no que diz respeito ao atendimento das situações de violência contra crianças e adolescentes, as quais exigem mais responsabilidades e estratégias de intervenções, é imprescindível formar profissionais capazes de trabalhar de forma integrada com as outras profissões.

Nesta reflexão teórica, consideramos importante a distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade. A segunda diz respeito à esfera do trabalho profissional onde se desenvolve o trabalho em equipe. A primeira, no que se refere à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, implica a interação entre duas ou mais disciplinas de um mesmo campo profissional, o que representa avanço em relação à tendência à fragmentação (PEDUZZI, et al. 2013).

Quanto à distinção entre multidisciplinaridade e multiprofissionalidade, a primeira retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado, ou seja, indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação; a segunda se refere à relação entre as diferentes profissões (SAUPE, et al 2005; PEDUZZI et al, 2013). Deste modo, compreendemos que o atendimento às demandas de saúde requer articulação dos diferentes saberes profissionais, com vistas à construção de estratégias coletivas, pensando o sujeito numa perspectiva de totalidade, para que, através de reflexões conjuntas, se possa pensar em ações mais resolutivas de acordo com as necessidades e possibilidades dos usuários dos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar na percepção dos residentes como a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) vem contribuindo para a formação em serviço junto

aos profissionais que trabalham com a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes num hospital-escola.

3. 2 Objetivos específicos

- Identificar qual a concepção de violência intrafamiliar para os profissionais de saúde residentes;
- Caracterizar como ocorre a preparação dos profissionais de saúde residentes do HCPA para lidar com casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente;
- Conhecer como é realizada a intervenção dos profissionais de saúde residentes nas situações onde se identifica confirmação ou suspeita de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes;

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória descritiva de natureza qualitativa, a qual visa se aprofundar nos fenômenos que são explorados a partir da perspectiva do participante, não se preocupando com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social e/ou uma organização. Nesse contexto, a pesquisa qualitativa busca não somente desvelar informações sobre o objeto de estudo, mas proporcionar uma construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos mediante processos de reflexão e desvendamento (SAMPIERI, CALLADO, LUCIO, 2013). Desta forma, a pesquisa qualitativa permite a aproximação das experiências sociais dos sujeitos, mediante a particularidade de seus próprios significados, visão de mundo, valores, sentimentos, dos motivos, das crenças, dentre outras questões que envolvem a vida do sujeito em sociedade.

Para isso utiliza-se de instrumentos de coleta de informações que sejam abertos, permitindo assim não a quantificação, mas a compreensão analítica dos dados

obtidos de forma crítica e criativa, que possa permitir ao sujeito entrevistado ressignificações (SAMPIERI, CALLADO, LUCIO, 2013).

4.2 População e amostra:

A amostra desta pesquisa caracterizou-se como não probabilística, denominada por intencional, conhecida como “guiada por um ou vários propósitos, pois a escolha dos elementos depende das razões relacionadas com as características da pesquisa” (SAMPIERI, CALLADO, LUCIO, 2013, p. 405). Para a produção dos dados, utilizou-se uma amostra composta de 14 participantes, sendo estes profissionais de saúde residentes do primeiro e segundo ano do Programa de Residência Integrada Multiprofissional da área de concentração Saúde da Criança, tendo pelo menos um representante de cada núcleo profissional: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Educação Física e Medicina.

4.3 Técnicas e procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados para a pesquisa com os profissionais de saúde residentes foi realizada na Unidade da Internação Pediátrica do HCPA na sala de atendimento do Serviço Social. As entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais através de contato telefônico e/ou mediante convite por e-mail.

Para responder aos objetivos do projeto, foi utilizada como técnica, a entrevista semiestruturada junto aos residentes. A entrevista semiestruturada tem como característica o uso de comunicação direta com o entrevistado, onde se busca conhecer, compreender e/ou verificar uma situação ou realidade específica mediante um roteiro de assuntos ou perguntas previamente elaboradas com a possibilidade de formulação de novos questionamentos, de acordo com os objetivos da pesquisa, destina-se de uma simples conversa, pois se trata de uma entrevista profissional, guiada por uma finalidade específica (SAMPIERI, CALLADO, LUCIO, 2013).

Para aplicação das entrevistas, foi utilizado um formulário (APÊNDICE A),

que contou com perguntas abertas e fechadas, visando identificar o quanto a Residência em Saúde vem contribuindo para que o profissional se sinta preparado em intervir em situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Salienta-se que, antes da aplicação definitiva, foram realizados dois pré-testes, dos quais dados não fizeram parte da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2018.

4.4 Aspectos éticos:

Atendendo aos aspectos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto incorporou as normas e diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde, respeitando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, justiça, e visou assegurar os direitos e deveres dos participantes do estudo (BRASIL, 2012). A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital, local do estudo, registrado sob nº CAAE 81737618000005327 na Plataforma Brasil, conforme detalhado no (ANEXO B). Os participantes da pesquisa foram previamente orientados quanto aos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes da coleta de dados (ANEXO A), sendo respeitada a sua escolha livre de participação. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. Tais gravações estão sob a responsabilidade da pesquisadora e foram armazenadas em CD-R, pelo período de cinco anos e depois serão destruídas.

4.5 Análise dos dados:

Para se analisar os dados da presente pesquisa, adotou-se a Análise de Conteúdo, conforme proposto por Bardin (2016). A autora conceitua a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação 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 destas mensagens (BARDIN, 2016, p.42).

A técnica Análise de Conteúdo foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise, realizou-se a leitura “flutuante” das entrevistas, totalizando 70 páginas. Após, partimos para a organização do material, sistematização das ideias iniciais e escolha dos documentos mais relevantes. Na segunda etapa, a exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação dos dados, sendo essas agregadas em unidades de registro, respeitando os critérios de exaustividade, representatividade e homogeneidade, identificando as categorias iniciais, intermediárias e finais. A fase de tratamento dos resultados consistiu na elaboração de tabelas que expressaram as informações fornecidas para análise, relacionando o material coletado com o referencial teórico (BARDIN, 2016). Evidencia-se de forma sistemática a construção das categorias que emergiram da análise e do processo descritivo-analítico, no quadro 01 a seguir,.

Quadro 01- Processo de Categorização

Categorias iniciais	Intermediárias	Finais
1. Violência física	I. Natureza da violência	Concepção de violência intra-familiar: Dimensão a ser melhor elucidada
2. Violência psicológica		
3. Violência sexual		
4. Negligência		
5. Violência doméstica	II. Violência doméstica sinônimo de violência Intra-familiar	
6. Uso de drogas e álcool pelos familiares	III. Indicadores de risco de violência Intrafamiliar	
7. Perda de familiares		
8. Distúrbios psiquiátricos		
9. Gravidez não planejada		
10. Criança com alguma patologia		
11. Pais sofreram violência		
12. Fatores culturais	IV. A violência intrafamiliar associada à vulnerabilidade social	
14. Problemas socioeconômicos		
17. Família em situação de vulnerabilidade social		
18. Falta de acesso a saneamento básico e emprego	V. Parca preparação sobre violência intrafamiliar na Graduação.	Preparação dos Residentes: espaço de aprendizagem por meio de experiências e colaboração em equipe
19 Não ter uma condição de saúde, habitação.		
20. Na graduação, teve uma disciplina que abordou o tema da violência		
22. Na graduação, não tive nenhuma disciplina que falasse sobre esse assunto.	VI. Preparação por meio da Residência Integrada Multiprofissional em saúde: Potencialidades e fragilidades	
23. Experiência no estágio curricular obrigatório		
24. A gente se sente muito inseguro, despreparado.		
25. Não me sinto apta para fazer intervenção		
26. A residência contribuiu bastante, mas não me sinto totalmente preparada.		
27. Os preceptores da residência não estão preparados para trabalhar com o tema da violência		

28. Aulas de campo são somente teoria, nada de como é feito na prática.		
29. A Residência contribui para que eu mudasse minha forma de percepção das famílias.		
30. Bastante suporte para iniciar o atendimento por parte da minha preceptora		
31. Apoio de toda a equipe multiprofissional para o atendimento das situações de violência		
32 O tema da violência foi visto somente na Residência		
33. A participação no Programa de Proteção à Criança e Adolescente do HCPA contribuiu muito para meu aprendizado		
34. Superimportante ter uma educação permanente durante a residência		
35. A residência capacita através da experiência.		
36. A residência te coloca nas situações da vida real		
37. A vivência com os colegas e com outras profissões amplia o olhar para o atendimento		
38. Manejo verbal	VII. Uso do acolhimento pelos residentes	
39. Empatia para atender.		
40. Criar vínculo com a criança e família		
41. O acolhimento como um processo de realizar essa escuta inicial		
42. Casos de violência à gente nunca atendia sozinho		
43. O trabalho em equipe é fundamental para atender a situações de violência	VII. Atendimento em equipe multiprofissional	Linha de Cuidado: um trabalho em construção
44. A gente exclui causas clínicas		
45. Todos os profissionais dos serviços de saúde e outras políticas podem atender		
46. Nós ficamos como telespectador do trabalho dos psicólogos, assistentes sociais.		
47. Trabalhar com aquele que causa a violência.		
48. Qualquer profissional da saúde tem que notificar preencher o SINAN	VIII. Notificação: Tarefa de todos os profissionais, entretanto só algumas efetuam.	
49. Acaba o Serviço Social e a Enfermagem atendendo e preenchendo o SINAN		
50. Está no ECA é que todos os profissionais precisam notificar		
51. Encaminhamentos a situação para o Conselho Tutelar e Ministério Público.	IX. Articulação com rede de cuidado, uma ação ainda uniprofissional	
52. Fizemos contato com a rede, conselho e Unidade de saúde.		

5 ARTIGO

Os resultados da pesquisa serão apresentados em formato de um artigo, do qual segue as normas da revista escolhida pelas autoras para publicação.

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESIDENTES SOBRE A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Gessica Dos Santos Machado Lopes²
Alzira Maria Baptista Lewgoy³
Myriam Fonte Marques⁴

RESUMO:

Este artigo é resultado da conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) no Programa da Saúde da Criança e o Adolescente em um hospital universitário de Porto Alegre/RS. Teve como objetivo analisar na percepção dos Profissionais de Saúde Residentes (PSR) como a RIMS vem contribuindo para a formação em serviço junto aos profissionais que trabalham com a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, no que se refere à concepção, preparação e a intervenção na perspectiva da linha de cuidado. Pesquisa qualitativa de natureza exploratória, descritiva, tendo como instrumento de coleta a entrevista semiestruturada com 14 Residentes, cujas informações foram trabalhadas através de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2016). Os resultados evidenciam que a concepção de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes precisa ser mais elucidada. Evidencia que há pouca preparação durante a graduação, ficando a cargo da pós-graduação o espaço para formação e qualificação profissional. Quanto à intervenção, esta é compreendida e se limita a alguns profissionais por considerar que algumas profissões possuem conhecimento teórico-prático mais adensado que outros, contudo consideram o trabalho em equipe imprescindível para a formação dos profissionais na garantia da proteção e integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Violência intrafamiliar contra criança e o adolescente. Residência integrada multiprofissional em saúde. Trabalho multiprofissional.

² Assistente Social pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Residente em Saúde da Criança pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

³ Docente do curso de Graduação e Pós Graduação do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutora de Residência Multiprofissional em Saúde – HCPA. Orientadora.

⁴ Assistente Social Chefe de Serviço e Coordenadora do Programa de Proteção a Criança e o Adolescente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Colaboradora na pesquisa

ABSTRACT:

This article is a study product carried out at the Integrated Multiprofessional Health Residency (RIMS) in the Child and Adolescent Health Program at a university hospital in Porto Alegre / RS. The purpose of this study was to analyze the perception of the Resident Health Professionals (PSR) as a way for RIMS to contribute to the in-service training of professionals working with family violence against children and adolescents with regard to conception, preparation and intervention in perspective of the care line. Qualitative research of an exploratory, descriptive nature, having as a collection instrument the semi-structured interview with 14 Residents, whose information was worked through content analysis from the perspective of Bardin (2016). The results show that the conception of intra-family violence against children and adolescents needs to be further deciphered. It shows that there is little preparation during the graduation, being in charge of the postgraduate space for training and professional qualification. As for the intervention, it is understood and limited to some professionals because they consider that some professions have more theoretical and practical knowledge than others, but consider the teamwork essential for the training of professionals in guaranteeing the protection and integrity of care.

Palavras-chave: Domestic violence against children and adolescents. Multiprofessional in-tegrada residence in health. Multiprofessional work.

INTRODUÇÃO:

A violência configura-se como um fenômeno presente na história de crianças e adolescentes que se perpetua até os dias atuais, se tornando um sério problema de saúde coletiva com intensas repercussões que podem comprometer a formação das crianças e adolescentes, enquanto sujeitos em desenvolvimento. Nesse sentido, o fenômeno da violência exige mobilização constante de todos os setores da sociedade, principalmente o que tange a políticas públicas de saúde, educação e assistência social.

Minayo (2009, p. 22), ao procurar a definição de violência utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca “como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio ou outra pessoa que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, deficiência, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Quando analisamos a violência cometida contra crianças e adolescentes, verificamos que na maioria das vezes ocorre no universo familiar, definindo-se como violência intrafamiliar. Nestes ca-

sos, a intervenção profissional sempre é complexa e de difícil manejo, cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de conhecimento, requerendo comprometimento com os direitos da criança e do adolescente, técnica e uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Tal mobilização tem como objetivo fortalecer e potencializar as ações e serviços de proteção na perspectiva de romper com práticas violentas, visando à integralidade do cuidado.

De acordo com o disque denúncia nacional (100), no que tange especificamente à infância e adolescência no Brasil no ano de 2017, foram registradas 84.049 denúncias. Destas, a maior parte das violações praticadas contra a criança e o adolescente é de negligência (72,1%). Em seguida, aparece a violência psicológica (47,1%), a violência física (40,5%) e, por fim, a violência sexual (24,2%). O total supera 100% porque cada denúncia pode conter mais de um tipo de violação, e mais de uma vítima (BRASIL, 2017b).

Ainda segundo os dados do disque 100, no Rio Grande do Sul foram denunciados, no período de janeiro a julho de 2017, 3.361 casos de violência, sendo 1.173 negligência, 845 violência psicológica, 697 violência física e 437 casos de violência sexual. Comprovando-se, ainda, que essas agressões se sucederam na residência das vítimas, por membros do grupo familiar, o que reforça a gravidade da violência intrafamiliar, bem como a necessidade de potencializar ações e serviços na perspectiva de enfrentamento a esse fenômeno (BRASIL, 2017b). Revela-se ainda uma carência de dados, devido à falta de notificação dos casos de violência por parte dos profissionais e instituições envolvidas.

Assim, diante dessa realidade, emerge a proposta de pesquisa a partir da inserção da assistente social residente no Programa Saúde da Criança da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), no hospital universitário de Porto Alegre/RS. Considerando o fato que muitas vezes o ambiente hospitalar é cenário de atendimento às situações de violência, exigindo apropriação da temática por todos os profissionais de saúde, abrangendo os residentes que estão em processo de formação em serviço.

Cabe mencionar, que os Programas de Residências foram regulamentados pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, constituindo-se como uma modalidade de formação de pós-graduação classificada como *latu sensu*, voltada para educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. Tem como objetivo favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saú-

de (BRASIL, 2005a). No Programa da RIMS, existem diversas áreas de concentração e, dentre elas, a área de concentração Saúde da Criança, local onde se efetivou a pesquisa, se configura como um importante espaço para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

O estudo justifica-se pelo o papel da RIMS enquanto formação em serviço para a qualificação profissional visto a complexidade do tema da violência intrafamiliar, bem como pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê a este segmento social a garantia de prioridade de receber proteção, prioridade de atendimento nos serviços públicos, preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e destinação privilegiada de recursos públicos. Sendo assim, a presente pesquisa propõe aprofundar-se neste tema, buscando contribuir para sua visibilidade. Objetivou analisar como a RIMS vem contribuindo para a formação em serviço dos Profissionais de Saúde Residentes que trabalham com a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes num hospital-escola, no que se refere à concepção, preparação e a intervenção na perspectiva da linha de cuidado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, descritiva, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, local do estudo, registrado sob nº CAAE 81737618000005327 na Plataforma Brasil, sendo respeitados os preceitos éticos e legais das pesquisas com seres humanos, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 a. Para garantir o sigilo quanto à identidade dos participantes, os mesmos foram identificados e denominados nesta pesquisa como Profissional de Saúde Profissional Residente (PSR), conforme a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2012b).

Para a produção dos dados, utilizou-se uma amostra intencional composta de 14 participantes, sendo estes Profissionais de Saúde Residentes do primeiro e segundo ano do Programa de Residência Integrada Multiprofissional da área de concentração Saúde da Criança, tendo pelo menos um representante de cada núcleo profissional: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Fonologia, Educação Física e Médica. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2018, através de entrevista semiestruturada.

Para análise das informações utilizou-se a técnica Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2016), realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise realizou-se a leitura “flutuante” das entrevistas, totalizando setenta páginas. Após partimos para a organização do material, sistematização das

ideias iniciais e escolha dos documentos mais relevantes. Na segunda etapa a exploração do material foi escolhida as unidades de codificação dos dados, sendo esses agregados em unidades de registro, respeitando os critérios de exaustividade, representatividade e homogeneidade, identificando as categorias iniciais, intermediárias e finais. A fase de tratamento dos resultados consistiu na elaboração de tabelas que expressaram as informações fornecidas para análise, relacionando o material coletado com o referencial teórico (BARDIN, 2016).

O estudo busca evidenciar a concepção de violência intrafamiliar na percepção dos Profissionais de Saúde Residentes, adensando sobre as formas de manifestação da violência, os indicadores que revelam maior probabilidade das crianças e adolescentes ficarem exposto a situações de risco, e a condição de vulnerabilidade social como fator potencializador para a ocorrência de situações de violência na infância e adolescência. No segundo momento, mostrou-se como ocorre a preparação dos residentes para lidar com os casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, tanto na graduação quanto no período de formação em serviço. E, por fim, como é realizado o trabalho dos residentes nos casos de suspeita e/ou identificação da violência na perspectiva da Linha de Cuidado para atenção integral a saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, evidenciando de forma sistemática a construção das categorias que emergiram da análise.

1 CONCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: DIMENSÃO A SER MELHOR ELUCIDADA

Em relação à concepção quatro subcategorias emergiram da pesquisa: a) Natureza da violência, b) Violência doméstica como sinônimo de violência intrafamiliar; c) Indicadores de risco à violência intrafamiliar; d) A violência associada ao fator de vulnerabilidade social.

1.1 Natureza da violência

A concepção de violência intrafamiliar para os profissionais de saúde residentes é percebida a partir de sua natureza, enquanto atitudes agressivas que violam a integridade física e psicológica das crianças/adolescentes, conforme os depoimentos a seguir.

A violência intrafamiliar é aquela que acontece no contexto da família. [...] essa violência pode acontecer tanto por familiares que moram na mesma casa, ou entre pessoas que têm algum

tipo de vínculo. Pode ser de natureza violência física, verbal, psicológica, sexual (PSR 06). Violência é qualquer coisa que viole os direitos das crianças e adolescentes, agressão física, verbal, psicológica, sexual, enfim, vários tipos de violência, qualquer violência que possa vir causar dano a qualquer membro da família (PSR 03).

De fato, a violência se classifica a partir das suas manifestações, mas esta não é a concepção que define a conceituação da violência intrafamiliar. A OMS (2002) refere três grupos de violência, autoinfligida, interpessoal e coletiva. Neste estudo, o foco será o da violência interpessoal que acomete os grupos mais vulneráveis da sociedade: crianças, adolescentes, mulheres, idosos. A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: violência intrafamiliar, e violência comunitária. Por violência intrafamiliar entende-se a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente (MINAYO, 2009). Os tipos de violência podem ser manifestar de diferentes formas, sendo assim classificada de acordo com a sua natureza, a qual é caracterizada em quatro modalidades de expressão, denominadas: a) violência física: caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, familiares, pessoas próximas da criança/adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, podendo causar morte; b) violência sexual: diz respeito ao ato ou ao jogo sexual com intenção de estimular sexualmente criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, abrange práticas eróticas e pornográficas; c) violência psicológica: é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou desenvolvimento da criança ou adolescente, manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, desrespeito, punições humilhantes, e agressões verbais; d) negligência ou abandono: caracteriza-se como a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados, inclui a privação de medicamentos, a falta de atendimento a saúde e educação, o descuido com a higiene, falta de estímulo e falta de atenção para o desenvolvimento sadio (MINAYO, 2009; BRASIL, 2010).

As situações de violência não ocorrem por uma crise, desvio, pulsão sexual, mas por uma manifestação/relação de poder e dominação de um sujeito sobre o outro, que se faz presente principalmente na relação de superioridade do adulto para com as crianças e adolescentes, expressando uma negação da liberdade do outro, de situações horizontais de igualdade e da própria vida (MINAYO, 2009; AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016). Quando se fala de violência intrafamiliar, deve-se considerar:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora do ambiente doméstico por algum membro da família⁵, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de abuso e poder à outra” (BRASIL, 2002, p. 15).

Nesta perspectiva, a concepção de violência não deve ser denominada pela sua natureza, mas pelas relações de poder que os sujeitos estabelecem, podendo ou não ser cometida dentro do ambiente doméstico.

1.2 Violência doméstica como sinônimo de violência intrafamiliar

Outra subcategoria que emergiu foi à violência doméstica. Ocorre uma visão difusa entre os conceitos de violência doméstica e violência intrafamiliar, visto que se denomina violência intrafamiliar como aquela que é acometida dentro do domicílio, conforme depoimentos dos residentes a seguir:

[...] violência intrafamiliar é quando ocorre a violência de algum familiar contra aquela criança e adolescente. Pode acontecer no ambiente doméstico ou também em outros locais (PSR 03). A violência intrafamiliar, no meu entendimento, é a violência doméstica contra a criança e o adolescente, de qualquer natureza, abuso físico, sexual (PSR 04).

O conceito de violência intrafamiliar é tratado como fruto das relações, ou seja, não se restringe ao ambiente doméstico, mas, na prática, a violência doméstica e violência intrafamiliar se referem ao mesmo problema, ambas as concepções dizem respeito aos conflitos manifestados por agressões, intolerância e abusos (MINAYO, 2009). A interpretação dos residentes não está incorreta, uma vez que a violência intrafamiliar pode ocorrer do ambiente do lar. No entanto, deve-se tomar o cuidado para não reduzir a violência intrafamiliar somente naquela que ocorre no ambiente doméstico, desconsiderando as relações interpessoais.

1.3 Indicadores de risco à violência intrafamiliar

A partir dos resultados sobre a concepção de violência intrafamiliar para os residentes, evidenciou-se que os mesmos possuem a dimensão sobre os fatores que podem potencializar a origem da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, visto que associam a prática

⁵ A família é construída por uma constelação de pessoas interdependentes, e sua estrutura reproduz as dinâmicas sócio-históricas existentes. Na atualidade a família deixa de ser aquela constituída unicamente por um casamento formal e assume formas diversificadas, baseando-se mais no afeto e na convivência do que nas relações de consanguinidade (ACOSTA, VITALE et al., 2015, p.76).

da violência com uso de substâncias psicoativas pelos familiares, perda de algum membro da família, questões de saúde mental, gravidez não planejada, descobrimento patologias na criança, dentre outros aspectos, expressos a seguir:

A violência pode ser causada pelas relações de agressão entre os entes que compõem a família, o fator da família não saber lidar com aquela criança, principalmente quando a criança não vem conforme planejada, sonhada. A própria instabilidade dos pais, dos componentes da família serem mais agressivos uns com os outros, uso de drogas, desestruturação emocionais, depressão, perda de familiares, distúrbios psiquiátricos (PSR 13).

Acho que essas situações de violência ocorrem por múltiplos fatores, são pais que sofreram violência na infância e às vezes reproduz nas crianças, uma questão cultural, o jeito que eles entendem que é educação, às vezes é um momento difícil que a família está passando, ou se a criança tem alguma patologia, ou por doença dos pais, como uso de álcool, drogas (PSR 14).

É significativo entendermos que a violência intrafamiliar é um fenômeno sócio-histórico que para compreendê-lo é necessário ampliar a sua conceituação, levando em consideração aspectos do plano individual, relações humanas e institucionais de questões políticas e econômicas. Nessa perspectiva, leva-se em consideração que famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, presença de um modelo violento na história de origem familiar, incidência de abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, dependência econômica/emocional, e famílias que se encontram em situação de crise e perdas, podem estar mais propensas a expor seus membros às situações de violência (CAVALCANTI, SCHENKER, 2009; BRASIL, 2010; AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016). Cabe mencionar que esses fatores não definem e nem respondem sozinhos as causas desse fenômeno. Sugere-se considerá-los quando mais de um parecer ser significativo.

Destaca-se que, durante toda a vida, desde a gestação, há fatores que funcionam como mecanismos de proteção. Podemos identificar três tipos principais: Proteção individual, a qual está relacionada ao gênero, status socioeconômico, idade, características pessoais, como autoestima, autonomia, autocontrole, temperamento flexível e afetuoso, projeto de vida baseado em sonhos e metas. Proteção familiar, atrelada ao apoio familiar, bom relacionamento e saúde mental dos pais e/ou responsáveis, valorização de potencialidades da criança/adolescente, busca de forma não violenta para resolução dos conflitos, capacidade de negociação e participação na tomada de decisões. Proteção social, interligada ao acesso à saúde, ao apoio e bom relacionamento na escola, inserção em atividades de lazer, trabalho, e instituições que favorecem o exercício a cidadania, entre outras (ASSIS, AVANCI, 2009; HABIGZANG, KOLLER

e COLABORADORES, 2012). Trabalhar esses fatores de proteção como estratégias de prevenção da violência é um caminho bastante eficaz, pois eles podem minimizar as consequências provocadas pela exposição de situações de risco.

1.4 A violência intrafamiliar associada à vulnerabilidade social

Ainda sobre a concepção de violência intrafamiliar evidenciou-se na percepção dos residentes, que a condição de vulnerabilidade social na qual os sujeitos estão expostos pode suscitar diversas situações de violências ou violação de direitos às crianças, adolescentes e suas famílias, expressa por depoimentos como:

A pessoa que pratica a violência pode estar passando por alguma dificuldade, problemas socioeconômicos, familiares, vulnerabilidade (PSR1). [...] a família pode não acesso à saúde, habitação, renda, essas situações não permitem a família dar condições adequadas para uma criança se desenvolver (PSR 12).

O conceito de vulnerabilidade é vinculado à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos. Indica condição de suscetibilidade aos sujeitos no que se refere aos problemas de saúde, pode ser considerado a partir da chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos. O fator individual, referente às informações que a pessoa tem sobre o agravo de saúde e à capacidade de que os indivíduos dispõem de elaborar essas informações e incorporá-las na construção de práticas protetoras integradas ao cotidiano. O fator social é relativo a aspectos sócio-políticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais. O fator programático está associado à qualidade e ao funcionamento efetivo das ações e políticas de controle e serviços (AYRES, PAIVA, JR, 2012).

Nesse sentido, a vulnerabilidade é definida pelo entrelaçamento de condições culturais, morais, jurídicas, materiais, psicológicas, políticas e sociais que podem direcionar saberes e práticas em saúde, notou-se a presença de tais fatores nos depoimentos a seguir:

[...] O paciente faltava às consultas, na visita domiciliar vimos que a casa era numa região muito distante, não passava ônibus, a família tinha que caminhar muito. A família não tinha acesso a saneamento básico, emprego, a unidade de saúde era muito longe da casa, se encontrava em situação de vulnerabilidade social. Quando tu trabalhas com os aspectos da violência

tu tem olhar o todo para não fazer um julgamento da família (PSR 01).

No campo das políticas de assistência social, é possível perceber outras definições de vulnerabilidade social relacionada às questões de pobreza. De acordo com Cruz e Hillesheim (2016, p. 302) “a vulnerabilidade social é entendida não como um estado, mas uma condição que pode ser temporária”, ou seja, se refere à situação a qual os recursos e habilidades de um determinado grupo são insuficientes para suprir as necessidades dos sujeitos, sendo a vulnerabilidade uma condição relacionada à inserção e estabilidade no mercado de trabalho, a fragilidade de suas relações sociais e a regularidade e qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras modalidades de proteção social (CRUZ, HILLESHEIM, 2016). Desse modo, a efetivação da proteção à criança e o adolescente, assim como a superação das situações de violência ultrapassa a lógica de culpabilização da família, faz-se necessário também compreender a responsabilidade do Estado e sociedade perante os direitos dessa população, promovendo a família acesso a proteção social através de condições de moradia, saúde, alimentação, educação, entre outros, para que assim a família possa efetivamente desempenhar suas funções protetivas.

Neste contexto é que se instaura o debate sobre os processos de responsabilização da família no campo da política social. Processos que vem sendo analisados a partir das contradições existentes, visto que a função atribuída à família e a importância dada aos vínculos afetivos, naturaliza o cuidado como responsabilidade familiar eximindo o Estado dessa atribuição (MIOTO, PRÁ, 2015). Sabe-se que historicamente a família sempre teve um papel importante no cuidado e na proteção dos membros. Na atualidade, ganhou uma atenção especial do Estado, mas ainda não tem o respaldo que merece, sendo responsabilizada a suprir a necessidade de seus membros, sem ter acesso à assistência a que tem direito.

Conclui-se que a concepção de violência intrafamiliar ainda necessita de ser mais bem decifrada. Neste estudo, a maioria dos residentes compreende o fenômeno da violência a partir das suas formas de manifestação, não considerando as relações de poder que as envolvem. Notou-se também que os mesmos estão atentos aos fatores familiares que podem potencializar a ocorrência de situações de violência, bem como possuem conhecimento sobre o impacto da vulnerabilidade social para a proteção e garantia de direitos desta população.

Dessa forma, compreendemos que as diferentes percepções e concepções advindas das diferentes teorias metodológicas específicas de cada profissional, serve como um norteador para o desenvolvimento de um plano de atendimento integral. Uma vez que a violência intra-

familiar exige amplos conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem um olhar ampliado, com estratégias resolutivas e protetivas.

2 PREPARAÇÃO DOS RESIDENTES: APRENDIZAGEM POR MEIO DE EXPERIÊNCIAS E COLABORAÇÃO EM EQUIPE

Quanto à preparação dos profissionais, evidenciou-se pelos depoimentos dos residentes que o tema sobre a violência intrafamiliar ainda não compõe formalmente o currículo dos cursos de graduação da área da saúde, constituindo em duas subcategorias: a) Violência intrafamiliar parca preparação na graduação; b) Preparação por meio da formação em serviço: potencialidades e fragilidades.

2.1 Violência intrafamiliar: parca preparação na graduação

Os cursos que compuseram a pesquisa: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Fonologia, Educação Física, Medicina. Dentre eles, esta temática é abordada de forma pontual e informativa na perspectiva biológica, ou ainda no período de estágio curricular obrigatório.

Eu tive somente uma disciplina na graduação que abordou esse tema, a violência e suas múltiplas expressões. Acabei estudando as questões da violência quando realizei estágio obrigatório num serviço que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, e automaticamente acabei estudando esse tema para fazer o meu TCC (PSR 01).

Na minha graduação, não tive nenhuma disciplina relacionada à violência. A gente teve somente uma aula que abordou alguma coisa sobre esse tema, mais voltado para a observação clínica, mas nada da questão de como agir em caso de suspeita ou identificação de violência, tipos encaminhamentos, quais os profissionais acionar (PSR 07).

Informações que também aparecem em um estudo que teve como amostragem nove Programas de Residências oferecidos em hospitais universitários no município de São Paulo o qual investigou as percepções de 67 residentes do segundo ano de pediatria em relação à violência em crianças e adolescentes. Dentre os resultados, identificou-se que os entrevistados percebem a graduação e a residência em pediatria como insuficientes quanto ao embasamento teórico sobre violência contra crianças e adolescentes. Os residentes também se perceberam

despreparados psicologicamente, o que gera insegurança no atendimento de violência infanto-juvenil (BOURROUL, REA, BOTAZZO, 2008).

Fato que também emergiu na pesquisa realizada com profissionais de saúde no ano de 2017 nos três níveis de complexidade do SUS na cidade de Porto Alegre/RS em três territórios específicos, constatando que a maioria dos profissionais não se sente totalmente preparada para o atendimento das situações de violência, enfatizando a importância da educação continuada (LEWGOY et al., 2017). Corroborando em nossa pesquisa, que devido à falta de discussão sobre o tema os residentes encontram-se mal preparados para identificar e atender casos de violência.

Não me sentia preparada para atender os casos de violência, porque na graduação não tive nenhum subsídio, absolutamente nada. [...] antes de entrar na residência, eu não tinha nem conhecimento suficiente para lidar com essas situações. [...] a gente aprende na teoria o que tem que fazer, como notificar os órgãos envolvidos, mas quando tu presencias um fato desses é bem diferente, tu fica apavorado, sem ação (PSR 02).

Quando eu entrei na residência, essas situações de violência me assustaram um pouco, porque a gente se sente muito inseguro, despreparado. Eu não me sinto apta em fazer uma intervenção nesse sentido, da agressão e eu não imagino como é feita por outros profissionais. [...] a gente fica com sentimento de impotência, de culpa (PSR 08).

Esse fato causa preocupação, pois se compreende que a temática da violência é de responsabilidade do Estado, sociedade e abrange todas as áreas do conhecimento, envolvendo profissionais de educação, assistência social, saúde, bem como órgãos de proteção e justiça, sendo responsabilidade de todos (AZAMBUJA FERREIRA, e COLABORADORES, 2011). Assim, entende-se como incumbência das instituições de ensino ampliar a reflexão sobre temas em destaque na sociedade, sendo imprescindível a abordagem do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, tendo em vista as repercussões no desenvolvimento econômico e social.

Segundo Iamamoto (2014), são muitos os desafios impostos para uma formação acadêmico-profissional de qualidade, trazendo a importância de enriquecer as pesquisas sobre os sujeitos sociais que são alvos privilegiados das ações profissionais, considerando os segmentos da classe trabalhadora em seus recortes de gênero, etnia, geração, território, enfrentando as abordagens focalizadas e individuais que obscurecem a sua dimensão coletiva. Percebe-se a necessidade de ir além da capacitação dos profissionais, sendo imprescindível informar a comunidade acerca da violência na infância e na adolescência e com relação aos seus deveres de

cidadão que protege esse segmento social para tê-la como mais um auxílio para o enfrentamento da violência.

Conclui-se que a qualidade da intervenção junto às situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes é decorrente de uma expressiva falta de conhecimento e preparo técnico para esse tipo de atendimento. Ou seja, além das questões subjetivas que esse tema causa nos profissionais, como sentimentos de insegurança, medo, raiva, impotência, entre outros, nos deparamos com uma formação pouco propositiva e frágil nessa área, que quando aborda o tema, trabalha conceitos e a natureza na violência, mas dificilmente aborda possibilidades de intervenção e procedimentos técnicos necessários à prática profissional nos atendimentos dos casos de violência (BRITO, 2011).

2.2 Preparação por meio da formação em serviço: potencialidades e fragilidades

Evidenciou-se nesta pesquisa que a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) é um espaço de preparação a qual possibilita a construção de novos saberes e que possui potencialidades e fragilidades no que tange ao aperfeiçoamento profissional para o atendimento em situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Uma das potencialidades e fragilidades são as aulas da área de concentração Saúde da Criança, indispensável na formação em serviço dos profissionais residentes, sendo este o primeiro contato do profissional com essa demanda, conforme depoimentos a seguir:

A residência contribuiu para termos mais aproximação com o tema. [...] Antes de iniciar esta formação em serviço, eu não tinha a mínima ideia do que fazer, eu iria ficar bem perdida, eu ia pedir para a família procurar atendimento na polícia e pronto, e depois com as aulas [campo] que tivemos aqui, percebo que posso ficar atenta aos sinais que as crianças emitem e contribuir com a equipe (PSR 05).

A residência está contribuindo muito para que eu me sinta mais preparada para lidar com essas situações de violência contra a criança e o adolescente [...] contribui com vivência, além da teórica, que eu não conhecia muito bem. [...] É muito prática, te proporciona experiências de como fazer, o que fazer e quando fazer nessas situações de violência, quando intervir, onde procurar ajuda (PSR 12).

Na residência não se tem um preparo para lidar com isso, uma capacitação, uma palestra, alguma aula específica sobre isso (PSR 10). Nas aulas de campo, é somente teoria, a gente não tem praticamente nada de como são feitas essas intervenções na prática, não sabe os encaminhamentos que têm que fazer, o Serviço Social acaba sendo mais atuante (PSR 02).

Constatou-se que existem contradições nos depoimentos referentes às aulas da área de concentração Saúde da Criança, espaço este de apropriação sobre o tema da violência. Entende-se que estas contradições emergem do distanciamento entre a teoria apreendida e o trabalho realizado no cotidiano profissional, principalmente em decorrência da complexidade do fluxo, das demandas e da intervenção relacionadas à violência, bem como questões subjetivas, como emocionais, culturais e educacionais dos profissionais residentes envolvidos no processo.

Conforme Closs (2013), a dinâmica pedagógica e os conteúdos da formação na área da saúde necessitam pautar-se em metodologias de aprendizagem, que instiguem a cooperação e interação entre estudantes, bem como busca por respostas coletivas a situações emergentes da realidade do SUS, as quais precisam ser alvo de diálogo constante. Além disso, é essencial que estimulem o protagonismo dos estudantes, na busca de conhecimentos, na construção de alternativas pedagógicas que ampliem a aprendizagem, habilitando, assim, para o trabalho em saúde de acordo com uma realidade a qual requer conhecimentos que transcendam saberes rigidamente estruturados.

Da mesma forma, conforme previsto na legislação da Residência Multiprofissional em Saúde – RMS, este Programa necessita ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem. Apresenta-se como potência a promoção de novas práticas em saúde a partir de eixos norteadores integrados com os princípios e diretrizes do SUS. Propõe, dentre outros aspectos, uma concepção ampliada de saúde, interdisciplinaridade e a integralidade das ações em saúde (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, o processo metodológico da RIMS do hospital pesquisado, embora apresente limites quanto ao conhecimento que integram a linha de cuidado na rede de atenção à saúde referente à proteção a criança e o adolescente, é reconhecido pelos profissionais residentes pela sua organização no que diz respeito aos conteúdos específicos do campo de atuação para os residentes.

Outro aspecto que se revelou profícuo e não profícuo ao processo de aprendizagem dos Residentes foi o trabalho em equipe versus preceptoria. Evidenciou-se o trabalho em equipe multiprofissional como suporte para preparação dos residentes para a assistência diante das múltiplas facetas da violência, o que favorece a troca de experiências, bem como o compartilhamento de boas práticas da ação profissional. Em contraponto a preceptoria, a qual ocorre de forma uniprofissional residente/preceptor se descortinam fragilidades, especialmen-

te no referente ao preparo dos preceptores em dar respostas à multiplicidade de situações que se apresentam durante a internação, a qual em muitos momentos exige soluções rápidas para situações de difícil manejo causando assim insegurança ao residente, essa situação também deixa a deriva orientações quanto à forma de proceder, conforme os relatos a seguir:

Quando eu iniciei a Residência não me sentia muito preparado, contava com o apoio de toda a equipe multiprofissional, porque essas situações de violência são muito complicadas para intervir. Hoje eu me sinto bem mais preparado, sei onde devo procurar ajuda para tentar proteger as crianças e os adolescentes (PSR 14). [...] A equipe multiprofissional aqui do hospital é superadequada. [...] Eu tenho muito suporte aqui dentro do hospital da equipe multiprofissional (PSR 12).

[...] os preceptores da residência não estão preparados para trabalhar com os seus residentes nos diferentes núcleos sobre esse tema. Esse não é um assunto trazido em preceptoria, ninguém para e te explica o que tu deve fazer num caso de violência (PSR 09). Tem colegas que não tiveram capacitação durante a graduação, pois estudam outros aspectos e não se especializam para atender esse público, e isso acaba repercutindo nas preceptorias (PSR 01).

A formação em serviço direciona-se à constituição de competências e saberes compartilhados, os quais tencionam a especialização do trabalho fundada em saberes utilizados privativamente. Isto não implica a diluição da particularidade de cada trabalho, porque isso também implicaria a perda de qualidade da atenção em saúde, mas sim na aquisição de novas competências, construídas conjuntamente (CLOSS, 2013). O trabalho em equipe multiprofissional propicia a autocrítica, tornando-se um convite permanente à revisão de atitudes, estratégias e perceptivas do fenômeno e seus condicionantes (AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016).

Recomenda-se ainda que o termo multiprofissional utilizado para referenciar o trabalho em equipe utilizado até então, seja substituído para trabalho interprofissional (OMS, 2010). A fragmentação do cuidado é comum na perspectiva da multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional, sem haver necessariamente interação entre eles. Já a interprofissionalidade nos remete a ideia que os estudantes e/ou profissionais aprendem e exercitam a prática de forma interativa nas diferentes áreas, compartilham conhecimentos e processos decisórios com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (PEDUZZI, et al., 2013). Termo que apesar de não ser trabalhado conceitualmente junto a equipe dos profissionais residentes é anunciado como um desejo para processar o trabalho em equipe conforme verbalização a seguir:

[...] se a gente trabalhar cada um de forma isolada, não vai conseguir dar conta do todo do paciente. Ele vem inteiro para a gente, não dá para dividir ele, e trabalhar as coisas isoladas. É importante que a gente junte as nossas caixas de ferramentas em algum momento, em conjunto, que tente discutir o que a minha profissão pode contribuir com a tua, fazer contato com a rede em conjunto (PSR 03).

O trabalho interprofissional estabelece troca mútua de conhecimento entre os diferentes núcleos profissionais. Contribui para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação (PEDUZZI et al. 2013). Ou seja, a interprofissionalidade apresenta-se como uma estratégia para formar profissionais com o perfil para o trabalho em equipe de forma colaborativa, essencial para a integralidade do cuidado em saúde, conforme relatos a seguir:

A residência contribui para que eu me sentisse familiarizada com o assunto, contribuiu para que eu mudasse minha forma de percepção das famílias, dos tipos de agressão, do desenvolvimento das crianças e adolescentes, da rede, laços familiares. Nisso eu acho que a residência contribuiu, pois ampliou meu olhar para ver essas situações (PSR 13).

Acho que, com a residência, tu vais amadurecendo, melhorando, abre o teu olhar, para que nós profissionais não façamos um julgamento precipitado diante de uma suspeita de violência, e continuemos prestando um bom atendimento à família. Acho que no dia a dia a gente aprende com os outros colegas (PSR 11).

Evidenciou-se que a RIMS propícia a prática Interprofissional, visto que os residentes aprendem com colegas de outras áreas, reconhecendo as especificidades e compartilhando conhecimentos. Percebe-se que a vivência na RIMS possibilita, ainda, a ampliação do olhar para compreender as causas da violência intrafamiliar, ressignificando esse fenômeno e entendendo os múltiplos fatores envolvidos.

Nesse contexto, pondera-se que a orientação técnica, ofertada pelos preceptores aos Residentes durante o período de formação se torna indispensável para a qualificação do trabalho, bem como sua atuação na equipe na qual está inserido. Destaca-se que a função relacionada à preceptoria dentro das RIMS consiste em supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional (BRASIL, 2005b).

Outro espaço na RIMS que se configurou importante para a preparação dos residentes para lidar com as situações de violência foi a inserção no Programa de Proteção à criança e o adolescente, tendo em vista oportunizar aprimoramento intelectual mediante orientações de profissionais com domínio técnico sobre a temática, conforme referenciado pelos residentes:

Fazer parte do grupo de Proteção à Criança e o Adolescente contribui muito para o aprendizado ao atendimento das situações de violência (PSR 08). [...] Eu participei durante o primeiro ano da residência da equipe de proteção, recebi orientações dos assistentes sociais, me tornando mais preparada (PSR 05).

O Programa de Proteção é composto por uma equipe multiprofissional e configura-se como uma atividade profissional que pode ser traduzida pelo acolhimento e atendimento às situações de suspeitas ou confirmação de situações de violência. É um espaço consolidado institucionalmente no hospital, que além da assistência direta às crianças, adolescentes e famílias, disponibiliza acesso à formação para acadêmicos e residentes em saúde (MARQUES, et al. 2011). Cabe mencionar que o Programa de Proteção é um espaço permanente de discussão e aprofundamento de estudos que viabilizam ações mais eficientes e que indicam medidas resolutivas de uma busca ampliada às necessidades da criança/adolescente em sua totalidade (MARQUES, et al. 2011).

Desse modo, compreendemos que o Programa propicia suporte e reflexão aos profissionais que estão no atendimento às crianças e adolescentes e suas famílias, possibilitando estarem constantemente refletindo sobre seu agir profissional e suas competências.

Conclui-se que os residentes possuem pouca preparação durante o período da formação na graduação, sendo a RIMS espaço de apropriação de conhecimento tanto teórico, através das aulas de campo, quanto práticos, pela aprendizagem e colaboração com outros profissionais de áreas distintas. Constatando a necessidade de constante discussão sobre a temática da violência para superação das fragilidades apontadas neste estudo, bem como para os mesmos se sentirem mais preparados e seguros principalmente no que diz respeito ao atendimento das situações de violência.

3 LINHA DE CUIDADO: UM TRABALHO EM CONSTRUÇÃO

Quanto à intervenção realizada pelos residentes durante o período de formação em serviço, terceiro objetivo da pesquisa, evidenciou-se que os mesmos não possuem uma dimensão ampla da “Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”. Contudo, a inserção na RIMS oportunizou que conseguissem delimitar algumas etapas para o atendimento dos casos de violência, sendo identificadas quatro subcategorias: a) Uso do acolhimento pelos profissionais; b) Atendimento

em equipe Multiprofissional; c) Notificação identificada como tarefa de todos os profissionais, entretanto só algumas efetuam; d) Articulação com rede de cuidado, uma ação ainda uniprofissional.

Destacamos que a “Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência” se constitui como um material que dá subsídios para as práticas dos profissionais de saúde. Esse instrumento aborda as dimensões para o sucesso no atendimento integral às crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias, dividindo em quatro passos: acolhimento, atendimento, notificação, seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

Conforme Franco e Franco (2012), a linha de cuidado pode ser compreendida como o planejamento de fluxos assistenciais seguros no sentido de garantir as necessidades de saúde do usuário, envolvendo diferentes entidades da rede, parte do reconhecimento que os gestores de saúde podem pactuar fluxos objetivando reorganização do processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso dos usuários as Unidades e Serviços aos quais necessitam. Por esse motivo utilizaremos dele para basear a nossa discussão a partir nos resultados encontrados nesta pesquisa.

Tratando-se da dimensão do acolhimento, notou-se que os residentes compreendem de diferentes maneiras este momento de acolhimento, seja como primeiro passo uma abordagem inicial, onde se exercita a escuta para entender as motivações para as situações de violência, momento de coletar dados, e outros reconhecendo o acolhimento como uma fase que perpassa todas as fases da linha do cuidado qual seja assumir de forma transversal, como expresso a seguir.

[...] Qualquer pessoa que presenciou a situação de violência pode atender e não fingir que as coisas não estão acontecendo, porque isso também faz parte do acolhimento. O acolhimento como um processo de realizar essa escuta inicial (PSR 08).

[...] Acolhimento? Acho que temos que valorizar o que a criança e a família trazem, identificar junto com a criança alguma pessoa que ela possa contar [...] e pensar em estratégias de proteção junto com a família, enfim eu acho que o acolhimento pode acontecer em qualquer momento, desde o primeiro atendimento (PSR 03).

O acolhimento é o “primeiro passo para o cuidado, não é um espaço nem local, mas um posicionamento ético que não pressupõe hora nem especificidade de um profissional para fazê-lo” (BRASIL, 2010, p. 52). Necessita ocorrer de forma transversal, ou seja, percorre todo

o acompanhamento das situações de violência, contribuindo para a construção de vínculos de confiança, configurando-se como dispositivo de escuta competente e afetiva, ação central de acessibilidade do usuário a política pública e conseqüentemente para a continuidade do atendimento (BRASIL, 2010; KUHN, 2016). Trata-se de acolher o sujeito e suas histórias de vida, construindo responsabilidades e protagonismos, fortalecendo a capacidade protetiva das famílias. E nesse sentido, pensar em estratégias de proteção à criança/adolescentes resolutivas. Apesar de nem todos os residentes reconhecerem o acolhimento em uma lógica transversal e não denomina-lo, os mesmos compreendem que no acolhimento requer empatia, manejo verbal, sendo importante para a construção de vínculos, conforme as fala da entrevistada:

[...] a primeira coisa é intervir, tentar manejar verbalmente, tentar entender, perguntar o que houve para ela estar agindo assim com a criança (PSR 11). Usamos a empatia para atender, se colocar no lugar dela, porque a gente sabia que não era fácil o que ela estava vivendo, mas que tínhamos que, juntos com ela, encontrar um meio de lidar com aquela situação, quando a gente se colocou no lugar dela que conseguimos criar vínculo e daí as coisas desenrolaram (PRS 05).

Nesse sentido, o entendimento sobre o acolhimento vai ao encontro com a “Linha de Cuidado” a qual recomenda que este passo seja realizado preferencialmente junto com outro profissional qualificado. Sendo imprescindível o esclarecimento que o objetivo da intervenção é a proteção da criança, usando durante todo o acompanhamento a empatia, escuta ativa e qualificada, valorizando as informações trazidas pela vítima e pela família, evitando julgamentos (BRASIL, 2010). Recomenda-se ainda que a entrevista seja realizada num ambiente que garanta a privacidade da criança/adolescente e/ou família.

A dimensão do atendimento dos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é identificada como um momento de acompanhamento sistemático da situação pela equipe multiprofissional e encaminhamento dos casos para a rede de cuidado intersetorial. Evidenciou-se que os residentes revelam a importância do trabalho em equipe, bem como entendem que determinadas categorias profissionais, como a área de Serviço Social, possuem maior conhecimento e competência para lidar com os casos de violência intrafamiliar, identificando estes profissionais como responsáveis pelo o atendimento.

Lembro que, em casos de violência, a gente nunca atendia sozinho, visto a importância de ter outro colega para atender junto contigo (PSR 11). [...] fazer um atendimento interdisciplinar, acho que o trabalho em equipe é fundamental para atender situações de violência para o atendimento e se tornar mais resolutivo (PSR 05).

Nós ficamos muito como telespectador do trabalho dos psicólogos, assistentes sociais (PSR 13). Não sinto preparada como o assistente social que sabe exatamente o que fazer e como fazer. Se eu presenciasse alguma situação de violência, eu chamaria alguém do Serviço Social, segurança e depois informaria a equipe médica (PSR 04).

A Linha de Cuidado preconiza o atendimento como “uma ação multiprofissional, no próprio serviço articulada com a rede de cuidado e de proteção social” (BRASIL, 2010, P. 55), sendo preciso assegurar as seguintes competências profissionais para a atuação nessa equipe: capacidade de negociação, empatia, sensibilidade e respeito às diferenças (SCHENKER, CAVALCANTI, 2009). Diante da complexidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, é fundamental disponibilizar um atendimento multiprofissional com abordagens individuais, familiares e comunitárias.

A participação de profissionais com formações diversas na abordagem dos casos de violência, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e psiquiatras, dentre outros, podem contribuir para a integralidade⁶ do cuidado, auxiliando a diagnosticar o nível de gravidade da situação, determinando pela análise de vários fatores, pois a ausência de lesão física não afasta a possibilidade de violência (BRASIL, 2010). Conforme a fala da residente “[...] trabalhando de forma isolada, nenhum profissional chega ao objetivo, que é a integralidade do atendimento. É importante a comunicação efetiva para oferecer um cuidado integral” (PSR 03).

Portanto, o atendimento dos casos de violência “não deve ser uma ação solitária do profissional” (BRASIL, 2010, p. 55). Esse direcionamento pode originar sobrecarga de trabalho e emocional ao profissional envolvido, além de repercussões negativas, prejudicando a qualidade do acompanhamento, visto a personalização do atendimento em um único profissional e a ausência de construção de estratégias junto com a equipe, com vistas a medidas e proteção mais efetivas e resolutivas.

Evidenciou-se também que os Residentes compreendem o atendimento como o momento de afastamento do agressor da criança, oferta de espaço de atendimento ao causador da

⁶ A integralidade é apontada como um cuidado integral de saúde, um olhar e uma atenção voltada para o sujeito inserido em um determinado meio social, com características únicas, que muito influenciam na sua história de vida e saúde. Integralidade, nesse sentido, fica entendida como: atender o sujeito de forma a captar suas necessidades em todos os sentidos e buscar formas de atender suas demandas de forma mais completa possível, com a perspectiva do atendimento contrário a abordagem fragmentária e reducionista, indo além do sofrimento evidenciado (SCHERER, AZEVEDO, 2016, p. 102).

violência, e a importância de excluir causas clínicas antes de abordar com a família a suspeita de violência.

A gente precisa trabalhar não só com a criança e adolescente que sofre violência intrafamiliar, mas com aquele que causa a violência, para evitar outras violências, e também garantir a segurança daquela criança e adolescente, que, muitas vezes, acaba voltando para a família e convivendo com o abusador (PSR 06).

O primeiro passo é esse, afastar a criança do agressor para protegê-la (PSR 07). A gente estava suspeitando de situação de violência, então a equipe, excluiu causas clínicas, através de exames, acionamos o Serviço Social do hospital e informamos que havia grande possibilidade de ser uma situação causada por um grande trauma (PSR 14).

Notou-se que o entendimento dos residentes sobre o atendimento está atrelado à “Linha de Cuidado” que pressupõe que o serviço o qual a criança e o adolescente estão sendo atendidos deve estabelecer um plano de atenção à vítima de violência. Para a efetivação do plano de atendimento, recomenda-se o preenchimento correto e claro de prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento, explicar a família o motivo do atendimento e informar da necessidade de notificar Conselho Tutelar e Ministério Público. Destaca-se também a importância de evitar interrupções no diálogo, elaborar perguntas que possam identificar a presença de conflitos familiares geradores de violência, a realização de consulta clínica com exame físico detalhado preferencialmente com a presença do responsável e sempre que possível proporcionar atendimento ao agressor com orientações sobre os serviços de atendimento (BRASIL, 2010).

Quanto à dimensão da notificação das suspeitas e/ou confirmação dos casos de violência aos serviços e órgãos legais, assim como o preenchimento da ficha de notificação pelo Sistema Nacional de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), é compreendida pelos profissionais de saúde residentes como uma tarefa de todos os profissionais, entretanto só alguns efetuam. Conforme as entrevistas, a maioria dos casos é notificada pelos os assistentes sociais e enfermeiros, ou seja, não pelo o profissional que presenciou e/ou identificou a situação de violência, justificando tal ação por se sentirem inseguros.

[...] Qualquer profissional da saúde que suspeita de uma situação de violência tem que notificar porque ele é responsável pela proteção da criança e do adolescente, então deve tomar as devidas providências e encaminhamentos, mas acho que os assistentes sociais e enfermeiros são mais atuantes (PSR 14). [...] denunciar e encaminhar para os órgãos públicos tem que partir dos profissionais que tem mais domínio sobre esse assunto. Não vejo médico, enfermagem, psicólogo, e outras áreas preparadas para isso, quem faz esses encaminhamentos aqui hospital

são os assistentes sociais (PSR 13).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) afirma que é dever do médico, professor, ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde comunicar a autoridade competente os casos que tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente (BRASIL, 1990). Recentemente, a Lei nº 13.431, de 4 abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) pressupõe que qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público (BRASIL, 2017a). Portanto, a notificação deve ser realizada por qualquer profissional da saúde quando houver suspeita e/ou confirmação de negligência ou qualquer outra forma de violência por parte dos pais ou responsáveis, mesmo que a família não concorde, é necessário adotar medidas de proteção a favor da criança/adolescente.

Evidenciou-se também que os residentes reconhecem a ficha do SINAN como uma forma de denúncia e não como registro epidemiológico.

Todos podem e devem atender e preencher a ficha do SINAN, mas acaba o Serviço Social e a Enfermagem preenchendo, porque estão mais perto, mais envolvidos com essas situações. [...] mas eu sei que é dever de todos os profissionais enquanto equipe preencher a ficha do SINAN que é uma forma de denuncia (PSR 02). [...] é função de todos trabalharem essas situações de violência, de identificar, notificar e intervir. Tem o SINAN que é a ficha de notificação de situações de violência, às vezes ela é conhecida e preenchida apenas pelo assistente social (PSR 03).

A notificação através do preenchimento da ficha do SINAN tem finalidade epidemiológica, permite a sistematização dos dados identificando o tipo de violência e a natureza, perfil das vítimas e dos responsáveis pela agressão. Essas informações permitem que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção de violência e de promoção da saúde, o que deve ser feito articulando os serviços da rede intrasetorial e intersetorial (BRASIL, 2010).

Em relação ao seguimento do acompanhamento na rede de cuidado e de proteção social evidenciou-se que os residentes possuem dificuldade de identificar a rede de proteção da

criança e adolescente, sendo verbalizados somente três serviços com potencialidades para continuidade do acompanhamento, dentre eles: a Unidade de Saúde, Conselho Tutelar e Ministério Público. Notou-se também que a transferência do cuidado para a rede ocorre de forma uniprofissional⁷, ficando sob-responsabilidade dos assistentes sociais.

A gente tem que saber ser mais protagonista e não só encaminhar para a rede, não transferir a nossa responsabilidade para outras instituições e profissões. A gente não sabe os encaminhamentos que tem que fazer, o Serviço Social acaba sendo mais atuante (PSR 02). [...] nesse caso eu e outros profissionais envolvidos fizemos contato com a rede, conselho e Unidade de saúde (PSR 07). [...] orientamos os devidos encaminhamentos a serem tomados, sendo encaminhada a situação para o Conselho Tutelar e Ministério Público. (PSR 14).

O seguimento do atendimento na rede de cuidado e de proteção social refere-se ao “acompanhamento à criança ou adolescente até a alta, com planejamento individualizado para cada caso” (BRASIL, 2010, p. 51). Nesse sentido, as situações de violência intrafamiliar requerem acionar a rede de cuidado e proteção social no território conforme as necessidades de proteção da vítima, tanto pela rede intrasetorial⁸ (atenção primária, equipes de saúde da família, hospitais, urgência e emergência, Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atenção Especializada); quanto na rede intertersetorial⁹ (Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Escolas, Conselho Tutelar, Ministério Público e as Varas da Infância e Juventude).

A complexidade das situações de violência exige que as políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde adotem ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência (BRASIL, 2017a). Logo se torna indispensável que os profissionais se sintam protagonistas e corresponsáveis, indo além do ambiente hospitalar, construindo estratégias de intervenção de forma articulada, com os equipamentos e saberes das de diferentes políticas públicas, pressupondo a defesa e garantia de direitos das crianças e adolescentes e suas famí-

⁷ Entende-se por formação uniprofissional o processo no qual as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais. Quando a formação está configurada somente como uniprofissional, não há interação com estudantes de outras profissões, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde (PEDUZZI et al., 2013, p. 979).

⁸ A intrasetorialidade refere-se às especificidades do atendimento nos diferentes níveis de atenção em saúde, engloba a atenção primária, serviços de atenção especializada, urgência e emergência e serviços de saúde mental (BRASIL, 2010, p. 78-83).

⁹ A intersetorialidade representa a viabilização de direitos, no momento que ultrapassa as fronteiras daquilo que é específico de cada política, chegando a um entendimento mais completo e menos compartimentado para o usuário, articulando ações, práticas e saberes, visando o enfrentamento das desigualdades e a viabilização dos direitos dos cidadãos (AZEVEDO, SCHERER, 2016, p. 96).

lias em situação de violência, bem como a integralidade do cuidado.

Conclui-se que os residentes possuem dimensão sobre os passos para a intervenção preconizados pela Linha de Cuidado, contudo a mesma ainda precisa ser melhor estudada e efetuada no cotidiano profissional. O acolhimento necessita ser entendido de forma transversal, sendo uma fase que percorre todo o acompanhamento, a dimensão atendimento precisa ser melhor esclarecida de forma prática e objetiva facilitado à aprendizagem para uma intervenção mais qualificada, quanto à dimensão da notificação ficou evidente a necessidade de apropriação do preenchimento da ficha de notificação do SINAN por parte dos residentes, e por fim o acompanhamento na rede de cuidado e de proteção, sendo identificado que os residentes precisam obter mais conhecimento sobre os serviços da rede intersetorial, bem como suas finalidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A violência intrafamiliar é uma das formas de violência contra crianças e adolescentes das mais complexas de abordagem. Envolve situações delicadas e difíceis, quando a família deixa de ser o ambiente de proteção, tornando-se local de abuso e violações. O hospital trabalha com a perspectiva de proteção integral à criança e o adolescente, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e Estatuto da Criança e do Adolescente. A equipe técnica desenvolve um trabalho de qualidade, efetivando a multiprofissionalidade nos atendimentos, além de contar com o suporte da rede de cuidado e proteção às vítimas e com perspectiva diante deste estudo, pelos depoimentos dos residentes, de trabalhar a interprofissionalidade.

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do hospital em estudo, pelas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde residentes, constatou-se como a formação em serviço está contribuindo para a qualificação dos atendimentos às situações de violência, sendo que o trabalho coletivo com as diversas áreas profissionais fortalece esse espaço de formação, oportunizando mais conhecimento e apropriação para o desvendamento de tal temática. Trazem ainda que as situações de violência intrafamiliar mantém uma relação direta com os indicadores de riscos e vulnerabilidade social as quais as crianças, adolescentes e suas famílias ficam expostos. Também se faz importante ressaltar o grande número de Residentes que reconheceram a necessidade de momentos de educação permanente, pois revelam que a preparação para o atendimento das situações de violência deve ser constante, o que revela ser

parte constituinte da formação em serviço.

Para superar as fragilidades em relação às aulas de campo, preceptoria e concomitantemente às dificuldades de assistência prestada às situações de violência intrafamiliar, os residentes sugeriram: a) cursos de educação a distância, b) participação dos preceptores nas aulas de campo, incluindo os diferentes núcleos profissionais, c) aulas com profissionais de diferentes instituições de proteção à infância e adolescente para melhor conhecimento dos serviços de atendimento disponibilizados na rede intersetorial, d) implementação de um grupo de consultoria para capacitar preceptores.

Os resultados desta pesquisa revelam ainda, que os residentes precisam de maior qualificação, tanto nas suas abordagens quanto na informação sobre os serviços disponibilizados na rede para acompanhamento dos casos de violência, na medida em que se percebe que os mesmos ainda precisam estar mais qualificados para o trabalho com vistas à integralidade do cuidado. Percebe-se também que o trabalho interprofissional numa lógica de colaboração entre as profissões e articulação dos diferentes saberes pode cooperar significativamente para o aprimoramento intelectual das diferentes profissões, no que diz respeito ao enfrentamento das situações de violência e nesse sentido é importante o estudo sobre essa proposição de educação e trabalho.

Concluimos esta investigação destacando a importância da Residência quanto espaço de formação em serviço e de educação permanente, no que diz respeito às situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, compreendendo ser essencial que os profissionais recebam uma formação que integre as dimensões ético-políticas, teórico metodológicas no balizamento da dimensão técnico-operativa do fenômeno da violência, sendo imprescindível à capacitação do profissional em qualquer área do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F (Org.). *Família, Redes, Laços e Políticas Públicas*. São Paulo: 6º Ed. Cortez. Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2015.

AMARO, S. T. A; SANTOS, C. M. B; PEREIRA, A. P. M. P. *Violência Intrafamiliar Contra Crianças: risco, proteções e recomendações a profissionais no Brasil e em Portugal*. Lisboa: Ed. Chiado, 2016.

ASSIS, S. G; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, prote-

ção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K. (org.) et al. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: 2ª Ed. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 79.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; JR, I. F. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: AYRES, J. R. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba, 2012.

AZAMBUJA, M. R. F de; FERREIRA, M. H. M, e COLABORADORES. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Ed. de Edições 70º, 2016.

BOURROUL, M. L.M.; REA, M. F.; BOTAZZO, C. Profissional de saúde residentes da pediatria diante da violência doméstica. *Revista Interface*, v.12, n.27, p.737- 48, out./dez. 2008.

BRASIL. Lei Federal Nº 8.0690, de 16 e 27 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 20 agost.2018.

_____. Lei Federal Nº. 11.129, de 30 de Junho de 2005a. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 10 set.2018.

_____. Portaria Nº 111, de 05 de julho de 2005b. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html. Acesso em: 13 de agosto. De 2018.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 02 de Jun. de 2018.

_____. Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012b. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448resocnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 08 set. de 2018.

_____. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília:

Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso: 04. Nov. 2018.

_____. Lei Nº 13.431, de 4 de abril de 2017a. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso 10 de out. de 2018.

_____. Balanço Disque 100 – 2017 Crianças e Adolescentes. Ministério dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/dados-disque-100/balanco-geral-2011-a-2017-criancas-e-adolescentes.xls/view>. Acesso: 10. Nov.2018.

BRITO L. M. T. O papel da universidade na formação de profissionais competentes para lidar com casos de violência Sexual. In: AZAMBUJA, M. R. F. de.; FERREIRA, M. H. M, e COLABORADORES. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011. p. 116.

CAVALCANTI, F. G.; SCHENKER, M. Famílias que se comunicam através de violências. In: NJAINE, K. (org.) et al. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p.197.

_____. _____. Violência, família e Sociedade. In: NJAINE, K. (org.) et al. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. *Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS*. Brasília, 2012.

CLOSS, T.T. *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação para a integralidade*. Curitiba: Ed. Appris, 2013.

CRUZ, L. R. da; HILLESHEIM, B. Vulnerabilidade Social. In: FERNANDES, R. M. C.; HELLMANN, A. Organizadoras. *Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.p.300.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11. p. 1163-1178, 2007.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde*, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

IAMAMOTO, M. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014.

KUHN, M. F. Acolhimento. In: FERNANDES, R.M.C; HELLMANN, A. Organizadoras. *Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil*. Porto Alegre: Edição. UFRGS, 2016; p. 15.

LEWGOY, A. M. B; et. al. Relatório Final do Projeto de Pesquisa: *Violência Intrafamiliar contra criança: O Atendimento dos Profissionais nos Três Níveis de Complexidade do SUS*. Porto Alegre: Instituições parceiras: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 2017.

MARQUES, M. F.; et al. O programa de proteção à criança: uma proposta interdisciplinar na assistência a criança em situação de violência . In: AZAMBUJA, M. R. F. de.; FERREIRA, M. H. M, e COLABORADORES. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2011, p. 365-379.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde. In: NJAINE, K. (org.) et al. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 21.

MIOTO, R.C.T ; PRÁ. K. R. D. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.;CARLOTO, C.M. (orgs.). *Familismo Direitos e Cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Ed. Cortez, 2015. p. 147-172.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Relatório Mundial da Saúde*. Genebra: Editado por KRUG. E G, 2002.

PEDUZZI, M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da UFSP*, São Paulo, v. 47, n. 4, 2013, p.977-983.

SCHERER, P. T.; AZEVEDO, V. O PET saúde como experiência de educação na saúde e a busca pela Intertríade: intersetorialidade, interdisciplinaridade e integralidade. In: BELLINI, M. I. B.; SCHERER, P. T. (orgs.). *Intersetorialidade e Políticas Sociais: Educação na Saúde*. Porto Alegre: Ed. PUCRS, 2016. p.83-107.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, abordamos o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, sob o olhar dos Profissionais de Saúde Residentes, adensamos sobre reflexões referentes à concepção de violência intrafamiliar, a preparação dos residentes na graduação e pós-graduação, e, por fim, como se efetiva o atendimento dos casos de violência realizados pelos residentes no Programa Saúde da Criança da Residência Multiprofissional Integrada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Dentre os resultados, identificou que os residentes compreendem a graduação como insuficiente quanto ao embasamento teórico sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes. No que tange à Residência, se perceberam despreparados e mobilizados emocionalmente para o exercício da prática, o que gera insegurança para o atendimento das situações de violência. Trazem a experiência na Residência como fator positivo, visto ser um espaço privilegiado de construção de novos saberes. Foram elencadas potencialidades e fragilidades, bem como sugestões de melhorias, sendo o trabalho em equipe citado como o fator principal no aperfeiçoamento profissional.

Este estudo cumpriu com todos os objetivos propostos, possibilitando a residente pesquisadora reflexão teórico-prática como assistente social da pediatria, permitindo a apropriação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do conhecimento sobre a realidade/necessidades dos usuários do SUS. Ressalta-se ainda que o processo de construção do projeto de pesquisa e de seus resultados em formato de artigo proporcionou à residente desenvolver competências de investigação, organização, sistematização, bem como o aprimoramento dos seus conhecimentos sobre a temática da violência intrafamiliar.

REFERÊNCIAS

AMARO, S. T. A; SANTOS, C. M. B; PEREIRA, A. P. M. P. *Violência Intrafamiliar Contra Crianças: risco, proteções e recomendações a profissionais no Brasil e em Portugal*. Lisboa: Ed. Chiado, 2016.

ARAÚJO, T. A. M. de. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Revista Interface*, Bocatutu, v. 21, n. 62, p.601-613, 23 jan. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>>. Acesso em: 23 out. 2017.

AZAMBUJA, M. R. F de; FERREIRA, M. H. M, e COLABORADORES. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Ed. de Edições 70º, 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.117, de 03 de novembro de 2005b. Institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.semesp.org.br/legislacao/migrado1955/>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 02 nov. 2017.

_____. Lei Federal Nº 8.0690, de 16 e 27 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 30 set. 2017.

_____. Lei Federal Nº. 11.129, de 30 de Junho de 2005a. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 20 set.2017.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080>. Acesso em: 25 set. 2017.

_____. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 25 out. 2017.

_____. Portaria interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional

da Saúde e Institui o Programa Nacional de Bolsas e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://www.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 13 out. 2017.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde uma proposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em Saúde. Rio de Janeiro: *Revista UERJ/IMS-ABRASCO*, 2003, p. 2011-226.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Residência em Saúde e Serviço Social*. Subsídios para reflexão. Publicação nº 6. Brasília, 2017.

HABIZZANG, L. F.; KOLLER, S. H., e COLABORADORES. Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2012.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), *Guia de informações*, 2017.

LOSACCO, S. O Jovem e o Contexto Familiar. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família, Redes, Laços e Políticas Públicas*. São Paulo: Ed. Cortez. Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2015.p. 75.

MOTA, A. E. et al. (org.). *Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MULDIAL DA SAÚDE. *Marco para Ação em Educação em Saúde Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12545134-Marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa.html>. Acesso em: 09 dez. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde*. Editado por Etienne G. Krug: Genebra, 2002.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da UFSP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p.977-983, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretária Estadual de Saúde. Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v.14, n.1, p.179-181, 2000.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós Graduação Latu Sensu no Brasil: Apontamentos históricos. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.479-498, nov./2010.

SAMPIERI, R. H.,CALLADO, C. F., LUCIO, M.P.B. *Metodologia de Pesquisa*. 5. Ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes no Brasil*. Rio de Janeiro: Flacso, p.84. 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_crianca.php>. Acesso em: 11 out. 2017.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Pesquisa: FORMAÇÃO EM SERVIÇO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL:
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: _____

- 1) O que você entende por violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?
- 2) Você estudou o tema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na graduação?
- 3) Quando você iniciou a residência você se sentia preparado para atender a demanda da violência intrafamiliar contra a criança e adolescente? Se sim, ou não, por quê?
- 4) Você considera que os residentes recebem orientações suficientes durante o período de formação para o atendimento a casos de violência contra a criança e adolescente?
- 5) Você já identificou e/ou atendeu alguma situação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no período da residência? Se sim, comente sua experiência.
- 6) Para você, quais os profissionais que podem atender situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?
- 7) De que forma a RIMS contribui para a qualificação dos profissionais que trabalham com demanda violência intrafamiliar contra criança e adolescente? Tens sugestões?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto no CAAE: 81737618000005327

Título do Projeto: Formação em serviço e educação interprofissional: violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é: Analisar, na percepção dos Profissionais de Saúde Residentes, como a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) vem contribuindo para a formação em serviço junto aos profissionais que trabalham com a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço Social RIMS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder uma entrevista sobre formação em serviço e violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, que será realizada no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA, em um local apropriado e que será gravada. Tais gravações ficarão sob responsabilidade do pesquisador. Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: sentimento de desconforto, considerando a temática abordada na pesquisa, bem como o tempo dedicado à entrevista. A participação não lhe trará benefícios diretos, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros profissionais e pacientes. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo que você possui com a instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, assistente social Alzira Maria Baptista Lewgoy (51) 33598305, com a pesquisadora Gessica Lopes, pelo telefone (51) 3359-7816, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta, das 8h às 17h. Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa _____

Assinatura _____

Nome do pesquisador que aplicou o Termo _____

Assinatura _____

Local e Data: _____

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.646.273

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1126544 E1.pdf	02/05/2018 11:27:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	02/05/2018 11:08:01	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_02_05_2018.pdf	02/05/2018 11:03:52	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Emenda_ao_CEP_02_05_2018.pdf	02/05/2018 10:59:16	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	05/02/2018 15:59:30	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulario_de_delegacao_de_funcoes.pdf	03/01/2018 17:42:59	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/01/2018 17:29:05	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Formulario_para_as_entrevistas.pdf	26/12/2017 16:53:59	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/12/2017 16:30:57	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/12/2017 16:29:37	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)