



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ENES CRUZ HORA DA SILVA

**FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NUM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE-PE**

Recife
2020

ENES CRUZ HORA DA SILVA

**FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NUM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como exigência para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Políticas públicas

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva

Recife

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S586f Silva, Enes Cruz Hora da.

Fatores que interferem na implementação da notificação compulsória dos casos de violência infanto-juvenil num hospital universitário do Recife-PE / Enes Cruz Hora da Silva. – 2020.

148 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Recife, 2020.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Política pública. 2. Violência. 3. Crianças. 4. Adolescentes. 5. Notificação compulsória. I. Silva, Arthur Leandro Alves da (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-157)

ENES CRUZ HORA DA SILVA

**FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NUM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas.

Aprovada em: 18/06/2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Delaine Cavalcanti Santana Melo (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Ricardo Borges Gama Neto (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Aos filhos amados, Victor e Mariana,
motivos de estímulos a superações de desafios,
presentes de Deus na minha vida!

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação é um trabalho coletivo, em que muitos sujeitos favorecem o plantar, o semear e o florescer de uma ideia. Na construção deste trabalho, em nenhum momento, eu me senti caminhando sozinha, desde a entrada no Mestrado até a superação do desafio final, que é a escrita da dissertação.

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que me presenteou com o dom da vida, e a Jesus Cristo, modelo e guia cujos ensinamentos são fundamentais para mim e permeiam todo o meu viver.

Agradeço ao Professor Arthur Leandro Alves da Silva, meu orientador, sempre presente e disponível. Grata por toda a paciência, o empenho e o sentido prático com que sempre me orientou, aumentando meus conhecimentos. Sou muito grata por me ter corrigido os caminhos, quando necessário, sem nunca me desmotivar.

Durante todo o Mestrado, contei com a presença, o apoio e o incentivo fundamentais de minha amiga-irmã Marcelle Nogueira, sem cuja ajuda não seria possível concluir este processo. A você, amiga querida, minha gratidão e admiração pela pessoa linda, generosa, e sábia, que não mediu esforços para me auxiliar, estando sempre à disposição em tantas sextas-feiras à tarde, com direito a lanches, para leituras, debates e estudos necessários ao Mestrado.

Este momento de agradecer fez-me lembrar de meus queridos pais, Dona Dulce e Sr. Antônio. Tudo começou com eles e sou muito grata por todo o amor, o exemplo e os ensinamentos que eles me deixaram para toda a vida.

Agradeço a Sérgio, pelo incentivo e pela ajuda, sempre que solicitados.

Agradeço também a minhas irmãs, Emília e Lêla, amores queridos, incentivadoras e companheiras de todos os momentos alegres e desafiadores.

Do Mestrado Profissional em Políticas Públicas, agradeço à “melhor turma de todos os tempos”, com a qual aprendi muito, sempre num convívio alegre e saudável, do qual tenho muitas saudades. Em especial, às minhas queridas amigas e companheiras, Jaci e Jucelle, que dividiram comigo esta caminhada desafiadora.

Agradeço a todos os Professores do Mestrado Profissional, em especial, ao Coordenador do Curso, Professor Erinaldo Carmo, que passei a admirar pela simplicidade, a acessibilidade e a sabedoria. Todos muito contribuíram para o meu crescimento intelectual.

Meu agradecimento especial às amigas do grupo do Serviço Social do HC-UFPE: a algumas, pela torcida e pelo incentivo; a outras, pela disposição para a leitura dos meus trabalhos, opinando e dando direção mais segura para eles.

A todos os entrevistados, que doaram um pouco do tempo de sua vida para cooperarem com este trabalho, meu muito obrigado.

Enfim, o meu agradecimento à Universidade Federal de Pernambuco, pelo crescimento pessoal, acadêmico e humano que construí nessa Instituição, ao longo desta minha caminhada, na qual “... aprendi que se depende sempre de tanta, muita, diferente gente, toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas” (GONZAGUINHA, 1982).

RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar os fatores que interferem na implementação da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Como método de pesquisa, foi desenvolvido um estudo de caso, de caráter exploratório-descritivo, pautado em abordagem qualitativa, com análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (2011). No desenvolvimento do trabalho, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, entrevistas semiestruturadas e questionários com os gestores institucionais, os chefes de serviços e os burocratas de nível de rua (BNR): profissionais responsáveis pelo atendimento a esse grupo geracional e pela ação de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência, conforme as determinações dos critérios legais instituídos na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV- Portaria. MS/GM nº 737) e na Portaria 1.968, do Ministério da Saúde. A partir desse material, foram elaboradas três subcategorias para o entendimento dos fatores que interferem na implementação da notificação compulsória, compreendida como importante estratégia de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. O estudo revela que os fatores que interferem na implementação da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência estão relacionados a pelo menos a duas dimensões inter-relacionadas, quais sejam: os limites na formação e capacitação dos BNR e as questões da gestão institucional. A partir da análise, concluímos que as orientações instituídas da PNRMAV (BRASIL, 2001) ainda não estão incluídas como prioridade na agenda institucional do HC-UFPE, ainda que alguns de seus profissionais estejam mais atentos à necessidade de intervenção junto aos casos de violência contra crianças e adolescentes, entendidos como um agravo em saúde e uma violação dos direitos desses sujeitos.

Palavras-chave: Política Pública. Notificação Compulsória. BNR. Violência. Criança e Adolescente.

ABSTRACT

This study aims to investigate the factors that interfere in the implementation of compulsory notification of violence cases against children and adolescents at the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE). As a research method, an exploratory-descriptive case study was developed, based on a qualitative approach, with content analysis as proposed by Bardin (2011). In the development of the work, bibliographic and documentary research, semi-structured interviews and questionnaires were carried out with institutional managers, heads of services and street-level bureaucrats (BNR), who are the professionals responsible for serving this generational group and for the notification of suspected or confirmed cases of violence, as determined by the legal criteria, established in the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV – Ordinance. MS / GM No. 737) and in Decree 1,968, from the Health Ministry. Based on this material, three subcategories were elaborated to understand the factors that interfere in the implementation of compulsory notification, considered to be an important strategy to face violence against children and adolescents. The study has revealed that the factors that interfere in the implementation of the compulsory notification of suspected or confirmed cases of violence are related to two interconnected dimensions, namely, the limits in the background and training of the BNRs, and the issues concerning the institutional management. Based on this analysis, we conclude that the guidelines established by PNRMAV (BRASIL, 2001) are not included yet as a priority in the institutional agenda of HC-UFPE, even though some of its professionals are more clearly demanding intervention in cases of violence. This is considered to be a health problem and a violation of the rights of children and adolescents who have been victims of violence.

Keywords: Public Policy. Compulsory Notification. BNR. Violence. Child and Teenager.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRINQ	Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
AC	Análise de Conteúdo
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMG	Ambulatório de Ginecologia
APCION	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e no Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
BME	Burocratas de Médio Escalão
BNR	Burocratas de Nível de Rua
CAAE	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde
CCA	Centro Cirúrgico Ambulatorial
CD	Centro Dialítico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
CRL	Central de Regulação de Leitos
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DGC	Divisão de Gestão do Cuidado
DivGP	Divisão de Gestão de Pessoas
DO	Declaração de Óbito
EACPT	Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNC	Ficha de Notificação Compulsória
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IFF	Instituto Federal Fluminense
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis

HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NC	Notificação Compulsória
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBL	Programa Banco de Leite
PMC	Programa Minha Certidão
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PNS	Política Nacional de Saúde
PROGESTA	Programa de Apoio à Gestante Adolescente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
STO	Serviço da Triagem Obstétrica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Triagem Obstétrica
UACA	Unidade de Atenção à Criança e ao Adolescente
UASM	Unidade de Atenção à Saúde da Mulher
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UGPG	Unidade de Gerenciamento de Pós-Graduação
UMI	Unidade Materno-Infantil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNN	Unidade Neonatal
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Taxa de homicídios no Brasil	25
Figura 2 -	Componentes do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência	44
Figura 3 -	Organização institucional - Hospital das Clínicas/UFPE	66
Figura 4 -	Organograma da Gerência de Atenção à Saúde – Hospital das Clínicas/UFPE	67
Quadro 1 -	Fatores que interferem na implementação da notificação compulsória	59
Quadro 2 -	Distribuição dos Entrevistados nos Espaços Sócio-ocupacionais	80
Quadro 3 -	Perfil (Formação Acadêmica)	81
Quadro 4 -	Idade dos Sujeitos da Pesquisa	81
Quadro 5 -	Tempo de Vínculo Institucional	81
Quadro 6 -	Tempo de Formação Acadêmica (Graduação)	81
Quadro 7 -	Apresentação das Subcategorias do Estudo	83
Quadro 8 -	Subcategorias e as Respectivas Codificações das Entrevistas Utilizadas	83
Quadro 9 -	Síntese dos resultados encontrados a partir das subcategorias	114
Quadro 10 -	Síntese dos fatores que interferem na implementação da notificação compulsória dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	UACA, Unidade Materno Infantil (Triagem Obstétrica, UTI-NEO, UASM), Especializados e Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans (Espaço Trans / UFPE)	76
Tabela 2 -	População da Unidade da Criança e do Adolescente – UACA / HC-UFPE	77
Tabela 3 -	População da Unidade Materno-Infantil: (UASM), Triagem Obstétrica e UTI NEO	77
Tabela 4 -	Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans. (Espaço Trans/UFPE)	78
Tabela 5 -	Serviços Especializados / HC-UFPE	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	A VIOLÊNCIA E SUAS FORMAS DE EXPRESSÃO.....	24
2.1	VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	25
2.2	FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	28
2.2.1	Negligência.....	28
2.2.2	Violência intrafamiliar e violência doméstica.....	29
2.2.3	Violência Psicológica.....	30
2.2.4	Violência Física.....	31
2.2.5	Violência Sexual.....	32
2.2.6	Violência Institucional.....	34
3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O CONTROLE DA VIOLÊNCIA.....	35
3.1	O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A FASE DA IMPLEMENTAÇÃO E A BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA.....	35
3.2	A FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL.....	41
3.3	POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA: PNRMAV.....	46
3.3.1	Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências.....	48
3.3.2	Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências.....	49
3.3.3	Capacitação de recursos humanos.....	50
3.3.4	Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.....	50
3.3.5	Responsabilidade institucional.....	51
4	FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - OS ESTUDOS DA LITERATURA.....	52
4.1	LIMITES NA FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, RESPONSÁVEIS POR ATENDER CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	52
4.2	INSEGURANÇA DO PROFISSIONAL EM RELAÇÃO À IMPLICAÇÃO NO CAMPO DA JUSTIÇA, NA RELAÇÃO COM OS ENVOLVIDOS E NA SEGURANÇA PESSOAL.....	54

4.3	DESCRÉDITO QUANTO AO ALCANCE DA RESOLUTIVIDADE DESENVOLVIDA PELOS DISPOSITIVOS SOCIOASSISTENCIAIS E LIMITES NO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PADRONIZADO.....	54
4.4	LIMITES NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA (PNRMAV).....	55
4.5	ESTRUTURAS DE ATENDIMENTO PRECÁRIAS PARA A ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	56
4.6	DIFICULDADE DE SE INSTITUÍREM PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES.....	56
4.7	DESCONHECIMENTO DA DIMENSÃO ÉTICA DO QUE VEM A SER O SIGILO PROFISSIONAL.....	57
4.8	IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA GESTÃO INSTITUCIONAL.....	58
5	METODOLOGIA.....	60
6	CONTEXTUALIZANDO A INSTITUIÇÃO E OS LOCAIS DA PESQUISA – HC –UFPE.....	64
6.1	HOSPITAL DAS CLÍNICAS – HISTÓRIA.....	64
6.1.1	Organograma Institucional.....	65
6.1.2	Recursos Humanos e Estrutura Física e de Atendimento.....	68
6.1.3	O Atendimento ao Público Infanto-juvenil – Linhas de Atuação do HC – UFPE	68
6.1.4	A Unidade de Atendimento à Criança e ao Adolescente (UACA).....	69
6.1.5	A Unidade Materno-infantil (UMI): Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM), Triagem Obstétrica (TO) e Unidade Neo-natal-UNN.....	71
6.1.6	Espaço de Acolhimento e Cuidados de Pessoas Trans da UFPE (Espaço Trans /UFPE).....	73
6.2	A POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.....	74
7	HC - UFPE: BUSCANDO OS FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA.....	79
7.1	A AMOSTRA DO ESTUDO: CRITÉRIOS DE SELEÇÃO, INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	79

7.2	FORMAÇÃO DAS SUBCATEGORIAS: ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	82
7.3	ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE-PE: AS SUBCATEGORIAS.....	84
7.3.1	Visão predominante dos burocratas de nível de rua sobre o conceito de violência contra crianças e adolescentes.....	85
7.3.2	Atividades desenvolvidas pelos BNR para enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.....	91
7.3.3	Dificuldades dos BNR para implementação da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.....	98
7.3.3.1	O limite na formação e na capacitação dos burocratas de nível de rua.....	98
7.3.3.2	Impasses relacionados ao preenchimento da ficha de notificação compulsória.....	103
7.3.3.3	Ausência de Protocolo Institucional.....	108
7.3.3.4	Desarticulação entre as unidades assistenciais responsáveis pelo atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência.....	112
7.3.3.5	Desconfiança na rede de proteção da criança e do adolescente para encaminhamento dos casos de violência.....	113
7.4	SÍNTESE DOS FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	114
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICE A- INSTRUMENTAIS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO PERFIL DOS BNR.....	135
	APÊNDICE B - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM NBR.....	136
	APÊNDICE C - INSTRUMENTAIS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO: PERFIL CHEFES E GESTORES.....	137
	APÊNDICE D - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA CHEFES/GESTORES.....	138
	ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	139

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS.....	141
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	142
ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....	145
ANEXO E - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....	146
ANEXO F - CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	147

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (doravante CF) trouxe os fundamentos legais para a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente (doravante ECA), Lei número 8.069/1990 (BRASIL, 1990a). O artigo número 227 da CF evidencia não só a responsabilidade prioritária de todos – família, Estado e sociedade – com a proteção integral da criança e do adolescente, como também a necessidade de coibir toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2016a).

As orientações de proteção e cuidado voltadas ao público infanto-juvenil previstas no ECA possibilitaram mudanças radicais no paradigma legal anterior, ocorrendo uma ruptura com a Doutrina da Situação Irregular da antiga lei, o Código de Menores¹, Lei n. 6697/1979 (BRASIL, 1979). A instituição da Doutrina da Proteção Integral, adotada como referencial doutrinário do referido Estatuto, impulsionou a implementação de políticas públicas para a promoção, a proteção e a defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, desde então, compreendidos como sujeitos de direito.

A partir da implementação de políticas públicas nessa área, nas últimas três décadas, os dados oficiais revelam melhoras expressivas na condição da saúde da criança e do adolescente brasileiros, a exemplo da diminuição das taxas de mortalidade infantil no país, com o controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, além da diminuição dos índices de desnutrição e melhoras crescentes nos indicadores de aleitamento materno (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Contudo, apesar dos avanços nos indicadores de saúde infantil, fruto dos investimentos em políticas públicas ao longo desse período, os dados relacionados às morbimortalidades decorrentes de violências e acidentes, também definidos como causas externas² (CID-10, 1993), permanecem como um desafio a ser vencido (BRASIL, 2005).

Publicação recente da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (doravante ONDH), a partir de balanço anual do número de violências denunciadas por meio do Disque 100 (Disque Direitos Humanos), revelou que, em 2018, mais da metade dos casos de violência notificados

¹ A primeira legislação referente à criança e ao adolescente no Brasil foi o Código de Mello Matos, de 1927. Tratava da chamada doutrina da situação irregular, com a instituição da figura do juiz de menores, cuja função era tomar as decisões quanto ao destino do adolescente autor de atos infracionais. O pensamento dominante não era de proteção deste adolescente, mas sim de recolhimento com a finalidade de proteger a sociedade (OLIVEIRA, 2013).

² Causas externas (acidentes e violências) podem ser compreendidas como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao desenvolvimento da criança e do adolescente, com caráter de intencionalidade (violências) ou não (acidentes) (SPSP; CFM, 2011).

tinha como vítimas crianças e adolescentes, ou seja, das 137.868 mil denúncias de violência, 76.213 mil (55,28%) referiam-se a essa faixa etária que, segundo o ECA (BRASIL,1990a), compreende o público de cidadãos com idades entre 0 e 17 anos, 11 meses e 29 dias. Negligência, violência psicológica, física e sexual foram as violações mais comuns.³

Segundo publicação de 2017 do Fundo das Nações Unidas para a Infância (doravante UNICEF), se as tendências atuais permanecerem, quase dois milhões de crianças e adolescentes serão mortos por um ato de violência até 2030. Segundo a Organização Mundial da Saúde (doravante OMS), a cada 7 minutos, em algum lugar do mundo, uma criança ou adolescente entre 10 e 19 anos é morto em consequência da violência.

Ainda considerando dados da UNICEF, no que se refere à violência física, 70% das vítimas entre 2 a 4 anos, em todo o mundo, perto de 300 milhões de crianças, são regularmente submetidas a disciplina violenta (punição física e/ou agressão psicológica) por seus pais ou outros cuidadores em casa, e cerca de 6 em cada 10 crianças (250 milhões) estão sujeitos à punição física. Muitas crianças também são indiretamente afetadas pela violência em casa; em todo o mundo, 176 milhões de crianças com menos de 5 anos, 1 em cada 4 crianças, vivem com uma mãe que foi vítima recente de violência por parceiro íntimo (UNICEF, 2019).

No Brasil, o quadro é ainda mais preocupante. Segundo dados do Ministério da Saúde (doravante MS), DATASUS, do ano de 2017, o Brasil tem o maior número de casos de homicídios de adolescentes em todo o mundo, em números absolutos. Entre 2007 e 2017, 107.279 adolescentes entre 10 a 19 anos foram assassinados. Só em 2017, foram 32 mortes por dia, sendo as maiores vítimas os meninos negros. Para cada indivíduo não negro que sofreu homicídio em 2017, aproximadamente 2,6 negros foram mortos. Estes são de baixa renda e residem nas periferias urbanas, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (doravante IPEA) (IPEA; FBSP, 2019).

Com o objetivo de enfrentamento desse grave problema social, o Estado e a sociedade vêm desenvolvendo diversas iniciativas. No âmbito da saúde, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (doravante PNRMAV) (BRASIL, 2001c), instituída em 16 de maio de 2001, tornou-se um importante instrumento orientador da atuação dos profissionais desse setor.

³Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Crianças e adolescentes: Balanço do Disque 100 aponta mais de 76 mil vítimas. [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/criancas-e-adolescentes-balanco-do-disque-100-aponta-mais-de-76-mil-vitimas>. Acesso em: 20. ago. 2019.

Essa política define “diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de eventos acidentais ou violentos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais” (BRASIL, 2002b, p.8). Entre essas diretrizes, o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências se revela como ação estratégica, posto que possibilite a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo a incorporar dados epidemiológicos relativos aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios (BRASIL, 2002).

Em 25 de outubro de 2001, a Portaria n. 1.968, do MS (BRASIL, 2001a) foi instituída e estabeleceu, em seu Art. 1, que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde (doravante SUS) devem notificar ao Conselho Tutelar de referência, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes por eles atendidos. Tal Portaria operacionaliza, no âmbito da saúde, os Artigos nº 13⁴ e 245⁵ do ECA. O primeiro versa sobre a obrigatoriedade de comunicação, ao Conselho Tutelar, dos casos de violência suspeitos ou confirmados, e o segundo estabelece penalizações para quem não efetiva a notificação.

Desde então, a Ficha de Notificação Compulsória (doravante FNC), formulário próprio e único para todo o território nacional, deve ser incorporado aos protocolos assistenciais de todos os profissionais de saúde, tornando-se instrumento de comunicação obrigatória das situações de suspeita ou confirmação de violência à autoridade pública (BRASIL, 2005) (ANEXO A).

Cabe salientar que a Notificação Compulsória (doravante NC) não se caracteriza como uma denúncia, uma vez que o registro dos casos de morbimortalidade provocados por acidentes ou violências é realizado independentemente de se conhecerem suspeitos e/ou as circunstâncias dos agravos que provocam danos à saúde e risco de morte às crianças e adolescentes. Desta forma, a notificação “é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes” (BRASIL, 2002a, p.15).

⁴Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990a).

⁵Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de Ensino Fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990a).

Trata-se de um importante instrumento que permite reconhecer e dimensionar a situação de violência e que se constitui, conforme os estudiosos do tema, como essencial na efetivação da vigilância epidemiológica⁶. Esta, por sua vez, possibilita a elaboração de políticas públicas para a garantia dos direitos, prevenção de agravos e proteção da população infanto-juvenil (GARBIN *et al.*, 2015; VELOSO *et al.*, 2013).

No entanto, diversos estudos revelam que os avanços gradativos dos instrumentos/dispositivos legais estabelecidos, ao longo das últimas décadas, afirmando a obrigatoriedade da notificação, não são suficientes para superar a situação de subnotificação, comprometendo a visibilidade da real dimensão da condição de violência, o que prejudica o desenvolvimento e a execução de políticas para a superação desse grave problema de saúde pública. (GARBIN *et al.*, 2015; VELOSO *et al.*, 2013; ROLIM *et al.*, 2014; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; QUADROS *et al.*, 2016; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

No que se refere especificamente ao setor de saúde, este problema da falta de notificação se revela na prática dos profissionais responsáveis pelo atendimento ao público infanto-juvenil, os quais, muitas vezes, preenchem a FNC de forma incorreta e/ou incompleta e até deixam de preenchê-la (ROLIM *et al.*, 2014). Além do mais, muitos profissionais desconhecem a obrigatoriedade da notificação e alguns, ainda que saibam da lei, não estão convencidos de que isso faz parte de um dever de todas as categorias profissionais que assistem esse público. Outros, de forma equivocada, julgam que as violências contra a criança e o adolescente, ou são problemas menores, ou devem ser resolvidas no âmbito familiar, justamente o local no qual elas são geradas e reproduzidas em maior número, segundo os dados estatísticos que acompanham as situações de violências (BRASIL, 2001c, p.9).

Diante da problemática exposta, a pergunta central que norteou esta pesquisa se apresenta: Quais fatores interferem na implementação da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes num hospital universitário?

Com intuito de buscar fundamentação teórica para responder à questão base desta pesquisa, foi desenvolvido um estudo da literatura sobre essa temática que evidenciou os possíveis fatores de subnotificação, os quais estão relacionados a pelo menos duas dimensões:

⁶A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei n. 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 20 nov. 2019.

a primeira está relacionada a questões pertinentes à ação da gestão institucional; a segunda, à formação e capacitação dos Burocratas de Nível de Rua (doravante BNR).

Impera ressaltar que, para efetivar/implementar a NC, enquanto ação institucional obrigatória e estabelecida por lei (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2001a), a ação da gestão institucional é determinante, a partir da coordenação e de estímulos à implementação da lei, de maneira que o desenvolvimento desta pesquisa, ao investigarmos os obstáculos à implementação da notificação dos casos de violência contra as crianças e adolescentes em instituição pública de saúde, consideramos a seguinte hipótese: a temática da violência não foi incorporada prioritariamente na agenda institucional.

No que diz respeito à atuação dos profissionais que prestam assistência às possíveis vítimas de violência, os BNR, responsáveis pela implementação das políticas públicas, foi estabelecida a segunda hipótese: a formação e a capacitação dos BNR não os habilitaram suficientemente para a implementação da NC dos casos de violência, conforme orientação dos critérios legais.

Vale salientar que, neste estudo, “formação” refere-se à preparação do profissional, ainda no período da graduação; e “capacitação” contempla as atividades que dão continuidade à formação acadêmica e que são desenvolvidas, a posteriori, utilizando, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como os cursos formais de pós-graduação, por exemplo, ou mesmo a ação de formação permanente promovida no ambiente de trabalho, sob a responsabilidade da gestão institucional. Salientamos que no que se refere à temática da violência, esta deve ser promovida permanentemente, haja vista a dinamicidade em que o conhecimento se estrutura e a complexidade do assunto (BRASIL, 2018).

Buscando colaborar com a análise da complexidade do processo de implementação de políticas públicas e suas diversas variáveis, a pesquisa tem como objetivo geral investigar fatores que interferem na implementação da NC dos casos de violência contra crianças e adolescentes em um Hospital Universitário, considerando o contexto institucional, o perfil dos burocratas, como também a dimensão da gestão institucional, a discricionariedade dos atores, o entendimento destes sobre o tema, as ações de enfrentamento desenvolvidas pelos burocratas e as dificuldades na efetivação da NC.

A relevância deste estudo pode ser evidenciada em vários aspectos, a começar pela compreensão de que a violência contra crianças e adolescentes gera altas taxas de morbidade e morbimortalidade, conforme já evidenciado, exigindo respostas efetivas da família, da sociedade e do Estado, este último traduzido, por exemplo, na atuação do setor saúde, conforme orientações dos critérios legais estabelecidos.

Desta forma, por meio da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência, é possível desenvolver melhor compreensão deste fenômeno na medida em que o monitoramento vai possibilitar a caracterização do perfil da vítima e do agressor, o tipo de violência observada e as circunstâncias nas quais ela se desenvolveu. Estas informações são importantes e necessárias para definição de ações de enfrentamento desse fenômeno, e é preciso que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados.

Corroborando com este entendimento, Rolim *et al.* (2014) afirma que se faz necessário observar a incidência e a dimensão dos fatores de subnotificação, pois, apesar de crescentes publicações sobre o tema, ainda são escassas as investigações que abordam os fatores que aumentam as chances de o profissional de saúde não proceder à notificação de maus-tratos.

Lotta (2014) também evidencia a importância desta temática, afirmando que a ação do Estado, por meio da atuação dos profissionais, merece uma constante análise, considerando que há poucos estudos e pesquisas sobre o tema da implementação das políticas públicas. Além do mais, as intervenções dos BNR podem traçar caminhos iguais ou diferentes àqueles ditados pela Política Pública, considerando o que afirma Cohen e Franco (1994) em seus estudos. Esses autores trazem à luz uma questão central relacionada à implementação das políticas públicas, ou seja, o papel essencial desempenhado pelos agentes encarregados de executar as ações. Por serem eles os responsáveis pela execução da ação, ou eles podem potencializar ou criar barreiras adicionais a sua efetivação.

Lotta (2012) complementa, afirmando que há uma lacuna na compreensão de como a discricionariedade opera na atuação dos agentes implementadores. A análise do exercício da discricionariedade, segundo a autora:

[...]...torna-se o comportamento da agência pela qual respondem e que representam. Ou seja, para compreender a ação efetiva do Estado, pressupondo que os implementadores o representam e por ele respondem, é necessário entender justamente a ação e a interação realizadas por esses implementadores. Ao mesmo tempo, essa análise possibilita-nos preencher a lacuna apontada, por permitir compreender como questões institucionais e de contexto interferem na ação do implementador (LOTTA, 2012, p. 2).

Nesse sentido, o desenvolvimento desta pesquisa pode ser reconhecido como uma relevante contribuição para a produção de conhecimento acerca da ação dos burocratas, identificando os fatores que contribuem ou impedem a efetivação da NC. Consequentemente, pode gerar subsídios para a efetivação da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001b), favorecendo a proteção integral da criança e do adolescente, além de poder colaborar no fortalecimento das ações e projetos para o enfrentamento da problemática da violência.

Vale destacar que o espaço institucional em estudo é um hospital de ensino. Nesse caso, a prática da notificação torna-se imperativa, tanto no âmbito da assistência quanto no âmbito da formação, devendo ser acompanhada e analisada sistematicamente, para contribuir com a produção de conhecimentos e a promoção de ações que revisem, recriem e fortaleçam fluxos e protocolos já estabelecidos, favorecendo o enfrentamento da violência em questão. Desta maneira, o desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e violência constitui medida essencial para que o tema seja incluído como prioridade na agenda institucional, enquanto problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde. O que está em consonância com o compromisso assumido pelo Brasil, desde 1990, ao se tornar signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, tratado que estabelece as diretrizes mundiais para o tratamento da infância.

As reflexões e análises que compõem esta dissertação foram organizadas e distribuídas em oito partes. A primeira se refere a esta Introdução. As referências teóricas que embasaram a pesquisa foram desenvolvidas nos capítulos 1, 2 e 3. No capítulo 4, apresentamos a metodologia. O capítulo 5 apresenta informações acerca da instituição na qual se desenvolveu a pesquisa e dos sujeitos pesquisados. O capítulo 6 apresenta os dados coletados e sua análise. Para finalizar, são apresentadas as considerações finais.

Esperamos que esta dissertação possibilite a troca de experiência entre os profissionais que compõem o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (doravante HC-UFPE) e outros trabalhadores dos espaços de saúde subsidiando mais indagações, críticas e debates.

2 A VIOLÊNCIA E SUAS FORMAS DE EXPRESSÃO

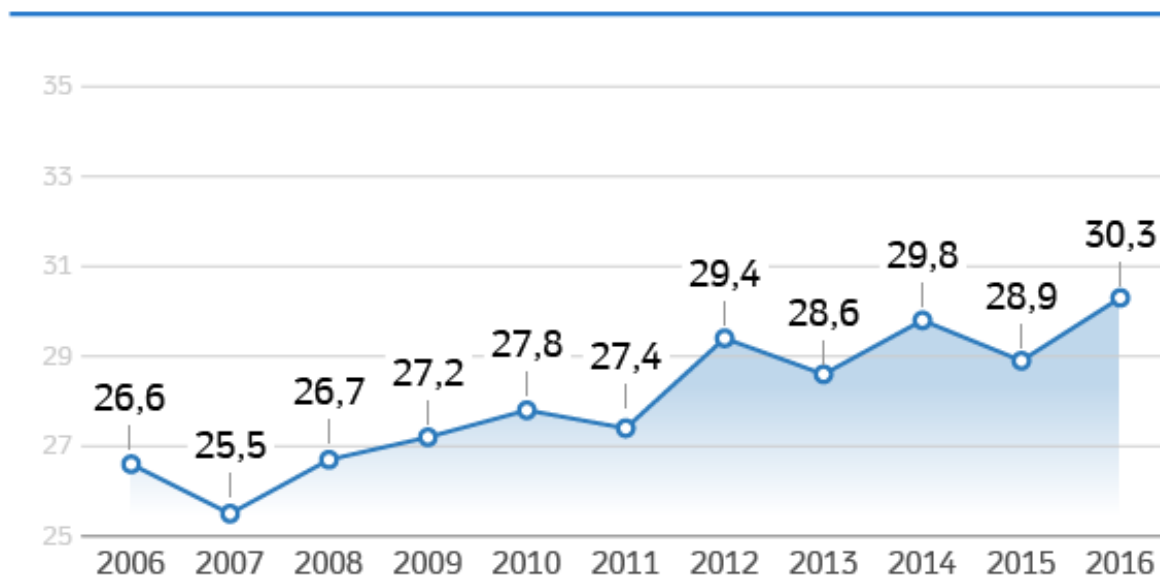
A violência é um problema social historicamente construído, além de uma séria questão de saúde pública. Trata-se de um fenômeno cuja compreensão requer estudo da perspectiva de diversas áreas do conhecimento, haja vista a sua complexidade, uma vez que está relacionado a questões culturais, morais, econômicas, políticas e, por conseguinte, suas expressões permeiam as relações sociais.

Este estudo compreende a violência conforme a definição apresentada pelo Ministério da Saúde: um fenômeno de conceituação complexa, polissêmico e controverso, traduzido em “ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros” (BRASIL, 2005). De maneira que “apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos” (BRASIL, 2002b, p.7). A violência se expressa de variadas formas, tais como: negligência, agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional (BRASIL, 2001b). Vale salientar que, ao longo do desenvolvimento do estudo, serão retomados os conceitos das formas de violência e suas determinações, para as análises dos achados da pesquisa.

Lamentavelmente, a história do Brasil pode destacar inúmeros exemplos de situações brutais de violência, desde o período colonial, com a crueldade contra índios e negros, pela exploração desumana de sua força de trabalho, pelo desprezo de sua cultura e pela violência sexual perpetrada contra as mulheres escravizadas (SANTOS, 2013, p. 61).

Na atualidade, o Brasil lidera o ranking de violências que, segundo fontes do Atlas da Violência, do ano de 2016, em nenhum país sem guerra declarada houve mais assassinatos. É o que revela a marca histórica de 62.517 mortes violentas intencionais em 2016 que, pela primeira vez na história, superou o patamar de 30 homicídios a cada 100 mil habitantes. Os dados são do Ministério da Saúde e fazem parte do Atlas da Violência do ano de 2018, divulgado pelo Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Segundo o estudo, o indicador corresponde a 30 vezes a taxa de assassinatos da Europa. A Figura 1, a seguir, expõe esta evolução entre os anos de 2006 a 2016 (IPEA, 2018).

Figura 1 - Taxa de homicídios no Brasil



*Por 100mil habitantes

Fonte: Atlas da Violência, 2018.

Segundo os dados do IPEA (2018), exposto na Figura 1 acima, no ano de 2015 o país registrou uma taxa de 28,9 mortes intencionais por cada 100 mil habitantes; já em 2016, esse índice elevou-se em 1,4 totalizando 30,3 mortes. Até então, a maior taxa já registrada era da do ano 2014, quando este índice homicídios totalizara 29,8 mortes intencionais por 100 mil habitantes. Até então, a maior taxa observada no Brasil tinha sido registrada em 2014, quando alcançou 29,8 mortes intencionais.

Ao se analisar o período compreendido entre 2006 a 2016, este estudo revela que nesse intervalo de tempo 553 mil pessoas foram mortas em decorrência da violência. Neste período, neste índice destacam-se os assassinatos, latrocínios e morte em decorrência de intervenção policial, revelando um crescimento de 13,9% na taxa de homicídios no Brasil. Tal fato comprova que a violência revela-se crescente neste país.

Dessa forma, vale citar Minayo (2006, p.37) quando esta faz a seguinte afirmação: “nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram sociedades mais violentas do que outras, cada uma com a sua história”.

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O fenômeno da violência torna-se ainda mais complexo quando envolve crianças e jovens, considerando a condição de maior vulnerabilidade que esse grupo vivencia, uma vez que estão numa relação de extrema dependência dos pais, de familiares, de cuidadores, do poder público e da sociedade.

No Brasil contemporâneo, mesmo as crianças e adolescentes sendo reconhecidos como sujeitos de direito e prioridade absoluta, após a institucionalização dos critérios legais trazidos pela CF (BRASIL, 2016a) e pelo ECA (BRASIL, 1990a), a vulnerabilidade e os abusos de toda natureza fazem parte do cotidiano de milhões de crianças e adolescentes, a exemplo do que acontece em muitas sociedades ao redor do mundo. Ainda que o ECA seja um grande avanço, uma vez que dispõem de importantes instrumentos para que o Estado possa agir para superar e/ou evitar as formas de violência contra crianças e adolescentes, a partir da formulação e implementação de políticas públicas e destinação de recursos públicos nas dotações orçamentárias das diversas instâncias político-administrativas do Brasil, muito ainda precisa ser feito para que essas políticas, de fato, surtam o efeito de coibir a violência no âmbito das famílias e da sociedade.

As expressões da violência contra esse seguimento populacional são diversas, tais como negligências, agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional e vêm trazendo distintas e graves consequências ao pleno e saudável desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Para coibir os tipos de violência, é preciso ter uma definição clara e precisa sobre eles. Porém, antes de apresentar essas definições, vale destacar as reflexões sobre a compreensão do que seja violência estrutural, principalmente considerando o contexto conjuntural brasileiro, que aponta para o agravamento das questões sociais, considerando a retração nos investimentos em políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes.

Segundo Minayo (2006), no Brasil há uma situação de violência estrutural, que é aquela que aponta condições de precarização da vida e da saúde infanto-juvenil, considerando decisões histórico-econômicas e sociais. São situações que impactam nas possibilidades de crescimento e desenvolvimento desse seguimento geracional, havendo a negação da garantia dos recursos que gerem a proteção integral, a despeito do que é garantido por lei⁷.

⁷ Título II, Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde, Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

A autora afirma que essa forma de violência, por ter um caráter de perenidade, e na medida em que se apresenta sem a ação imediata de indivíduos, aparece naturalizada, como se não houvesse nela a intervenção dos que detêm o poder e a riqueza. Portanto é necessário desvendar as suas formas de reprodução, através de instrumentos institucionais, relacionais e culturais (MINAYO, 2006).

A expressão da violência estrutural no Brasil se evidencia, por exemplo, no número crescente de crianças e adolescentes, com idades entre 0 a 14 anos, vivendo em situação de extrema pobreza. Com base no estudo recente elaborado pela Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos (doravante ABRINQ), que utilizou dados do IBGE, comparando o ano de 2016 com o ano de 2017, houve um crescimento de pelo menos 7% no número de crianças/adolescentes com até 14 anos de idade em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar per capita mensal inferior ou igual a um quarto de salário mínimo (R\$ 234,25 em valores de 2017). Desta forma, um total de 22,6% das crianças e jovens brasileiros vivem em condições de miserabilidade, configurando uma situação de extrema pobreza, o que corresponde a 9,4 milhões de sujeitos, sendo estes considerados o grupo social mais vulnerável do país (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2019).

A violência estrutural traz desafios ao desenvolvimento dessas pessoas, haja vista as possíveis consequências de agravos em seu cotidiano, cujas mais vivas expressões se configuram como trabalho infantil, mendicância, existência de crianças em situação de rua, fazendo uso de drogas, ou vivendo em instituições fechadas, sendo vítimas de exploração sexual, desassistidas pelo Estado, a família e a sociedade (MINAYO, 2006).

Vale, contudo, ressaltar que, apesar de a vulnerabilidade econômica possibilitar situações de violência às crianças e aos adolescentes, esses agravos se fazem presentes em todas as classes sociais, não sendo, portanto, um fenômeno exclusivo dos mais vulneráveis economicamente, embora incida forte e principalmente sobre eles.

Perozzi (2007) cita os resultados de pesquisa realizada pela pesquisadora Zélia Maria Mendes Biasoli Alves, do Departamento de Psicologia e Educação da USP-Ribeirão Preto, que observa a presença de situações de violência contra crianças, sejam elas ricas ou pobres, destacando a seguinte observação:

O que se verifica é que, frequentemente, se associa pobreza e maus tratos, atribuindo à condição de baixa renda ações de negligência e violência. Na realidade, famílias pobres encontram-se mais vulneráveis a serem denunciadas, o que não significa que casos de maus-tratos sejam exclusivos dessa faixa social; a questão é que, em famílias de classe média e alto poder aquisitivo, tudo é ocultado (PEROZZI, 2007).

Portanto, crianças e adolescentes, independentemente de sua condição socioeconômica, constituem o grupo de maior vulnerabilidade, sendo, portanto, mais suscetível a riscos sociais, pela violação de seus direitos.

Descrever as diversas manifestações da violência torna-se uma tarefa complexa, pois, na prática, elas não se apresentam isoladas, são praticadas simultaneamente, a exemplo da violência física, que reúne várias outras manifestações de agravos, entre as quais, o agravo psicológico, que também está presente no abuso sexual. Há também a negligência, uma das mais denunciadas, que pode envolver outras expressões do referido fenômeno.

Neste estudo, não há a intenção de esgotar a descrição e a análise das categorias de violência, o que demandaria alto dispêndio de tempo em estudo e sistematização, mas pretendemos oferecer um panorama geral das principais tipologias, considerando como critério de escolha as violências mais denunciadas pelos órgãos oficiais, além daqueles agravos evidenciados neste estudo pelos BNR, sujeitos desta pesquisa. Desta maneira, as expressões da violência serão apresentadas em seguida, complementando esta exposição e destacando as suas principais características no que diz respeito à violação dos direitos das crianças e dos adolescentes; contudo, vale relembrar a inter-relação que as diversas tipologias da violência guardam entre si.

2.2 FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

2.2.1 Negligência

Estudos revelam que a negligência é identificada como a violação mais denunciada em serviços oficiais de monitoramento, como a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos – Disque 100. Presente em outras violações, ela caracteriza-se pela ausência ou ineficiência dos cuidados com as crianças e os adolescentes, a exemplo da situação de abandono, da garantia de alimentação suficiente e adequada, da limpeza/higiene satisfatória, dos cuidados com a criança e o adolescente no que se refere à assistência à saúde, ao amparo e à responsabilização dos seus responsáveis.

Estudos apontam também que predominam como principais suspeitos desses agravos os pais e as mães, ou responsáveis legais. No que diz respeito ao local em que se dá esse tipo de violação, a residência da vítima figura como lugar de maior índice de ocorrência; neste caso, configura-se um quadro de violência intrafamiliar.

2.2.2 Violência intrafamiliar e violência doméstica

A violência intrafamiliar é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, vários grupos geracionais, mas, em especial, as crianças e adolescentes.

Moreira e Sousa (2012, p. 15) definem violência intrafamiliar como “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”, havendo, portanto, outros agravos envolvidos. Assim, compreende a violência intrafamiliar como um problema complexo, tendo em vista que os agressores são, justamente, pais, mães, membros da família extensa, ou responsáveis legais pelas crianças e adolescentes, pessoas que mantêm com eles relações próximas e vínculos afetivos.

Nunes e Jales (2016) destacam a dificuldade da abordagem da violência intrafamiliar, pois, o possível “agressor” pode estar presente no momento do atendimento de saúde, além de ter interesse em esconder o agravo cometido. Portanto, para que a intervenção do profissional da saúde tenha êxito na coibição ou inibição da violência, é preciso que esses profissionais tenham certas habilidades, as quais devem ser estimuladas, a partir do investimento da instituição em capacitação dos seus funcionários.

Moreira e Sousa (2012) afirmam que, no Brasil, os marcos legais instituídos – Constituição, de 1988, e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990 – foram fundamentais na transformação dos “sentidos produzidos para a violência intrafamiliar” ao longo da história. A violência, antes aceita socialmente, vem sendo “objeto de enfrentamento social e de punição na esfera jurídica”. As autoras salientam que o combate a todo tipo de violência contra o público infanto-juvenil foi incluído na pauta dos tratados internacionais sobre direitos humanos. A violência intrafamiliar vem sendo compreendida como um agravo à saúde, deixando de ser vista “como um fato natural ou como “apenas” um modo particular de os pais lidarem com os seus filhos”, para ser tratada como um grave problema a ser combatido tanto pelo Estado quanto pela sociedade e pelas famílias. Sua ocorrência pode ser dentro ou fora de casa, desde que cometida por algum membro da família, sendo isso o que a diferencia da violência doméstica, pois esta inclui outros membros sem função parental, ou seja, que convivam no domicílio da vítima, tais como empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente com a família e agregados (BRASIL, 2001b).

Estudos destacam a importância de se considerarem as reflexões sobre a relação de

poder estabelecida entre pais e filhos, que pode determinar comportamentos abusivos de subordinação-dominação. Esta se apresenta quando as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e reproduzindo comportamentos que negam a condição de protagonista da criança e do adolescente, defendida pelos critérios legais, a exemplo do ECA (BRASIL, 1990a). Desta forma, vale a pena citar Minayo (2001) quando ela destaca que:

A violência contra criança e adolescente, no transcorrer da civilização, além do caráter arbitrário dos pais de decidirem sobre sua vida, sempre esteve muito vinculada ao processo educativo. Ela tem sido considerada, em todos os tempos, como um instrumento de socialização e, portanto, como resposta automática a desobediências e rebeldias (MINAYO, 2001, p. 92).

Pensar formas de relações de autoridade, superando atitude de autoritarismo no convívio familiar, ainda representa um grande desafio nos dias de hoje, contudo é preciso superar concepções arraigadas sobre as práticas de educação dos filhos que se revelam “no abuso de poder dos pais ou responsáveis, que coisificam as crianças e os adolescentes, fazendo deles objetos e desrespeitando os seus direitos fundamentais” (MOREIRA; SOUSA, 2012, p. 16).

A violência intrafamiliar toma a forma de maus-tratos de diversos tipos, tais como: físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais. Pode comprometer a saúde, e não são poucos os casos que podem até levar à morte, embora o número de casos ainda seja pouco dimensionado. Sendo uma questão de grande amplitude e complexidade, cujo enfrentamento envolve a ação de profissionais de diferentes campos de atuação, requer uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade, para o fortalecimento e a potencialização das ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema. Neste sentido, as ações de monitorar e dimensionar a violência intrafamiliar se apresentam como fundamentais para coibir o problema, além de ser também fundamental promover desenvolvimento das habilidades interventivas dos profissionais que acolhem esta demanda (BRASIL, 2001b).

2.2.3 Violência Psicológica

Como já evidenciado, a violência psicológica pode estar conjugada a outras formas de violência, sendo definida como toda forma de relacionamento que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, por exemplo, quando os adultos, sistematicamente, depreciam as crianças, bloqueiam seus esforços de autoestima e as ameaçam de abandono e crueldade. Esse tipo de violência inclui, portanto, humilhações,

chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, entre outras formas. Além de ser bastante frequente, a violência psicológica pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade. Vale salientar que essas situações se arrastam durante muito tempo, podendo levar até ao suicídio (BRASIL, 2001b).

Segundo Chauí (1985), essa forma de abuso é de difícil identificação e está relacionada às determinações culturais pelas quais pais e adultos concebem as crianças e os adolescentes, considerando-os sua posse exclusiva e acreditando que humilhá-los é a melhor forma de educar.

Um ambiente de dominação e humilhação pode potencializar sintomas de agressividade, passividade, hiperatividade, depressão e de baixa estima; ou ainda, aumentar, nos jovens, as dificuldades de lidar com a sexualidade. Portanto, enquanto sério agravo de saúde, o abuso psicológico frequentemente está associado a distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual e social (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

2.2.4 Violência Física

De mais fácil detecção, haja vista as marcas que podem ser deixadas no corpo, a violência física ocorre quando uma pessoa, numa relação de poder desigual, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar, ou não, lesões externas, internas ou ambas. Como exemplo, podem ser citados castigos repetidos, tapas, empurrões, socos, mordidas e, por fim, danos à integridade corporal decorrentes de negligência, tais como: omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis, como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros (BRASIL, 2001b).

Segundo Santos (2013, p. 69), é preciso situar os autores e as vítimas desse tipo de agravo num contexto histórico e cultural. Não se deve apenas destacar as sequelas visíveis encontradas naqueles que sofreram esse tipo de agravo. Em geral, pais que incorrem em violência física contra os filhos justificam sua atitude como meio eficaz de impor respeito, controlar possíveis “desvios”, negando relações afetivas e emocionais baseadas no diálogo e no respeito ao protagonismo das crianças e dos adolescentes.

Considerando os casos de extremo abuso que são noticiados corriqueiramente na mídia de todo o mundo, em 2014 foi instituída no Brasil a Lei da Palmada, Lei 13.010, de 26 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), também conhecida por “Lei do Menino Bernardo”, em homenagem ao caso de Bernardo Boldrini, criança assassinada aos 11 anos de idade, no Rio

Grande do Sul, sendo o pai e a madrasta os principais suspeitos do crime.

Esta lei incluiu no ECA o direito a que as crianças e jovens sejam “educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante”. Vale salientar que esta lei foi alvo de muitas críticas positivas, mas também de muitas críticas negativas, principalmente por parte dos indivíduos que defendem um modo de “educação tradicional”, alegando que castigos físicos leves ou moderados sempre foram usados como métodos de correção comportamental e nunca provocaram distúrbios nas pessoas (BRASIL, 2014).

A Lei da Palmada, enquanto mais um instrumento de defesa das crianças e dos adolescentes, não só proíbe a tradicional “palmadinha” nas crianças “desobedientes”, mas também qualquer outro tipo de castigo que provoque sofrimento físico e lesões nas crianças e adolescentes. A ideia é conscientizar os pais e responsáveis de que as crianças devem aprender a fazer o que é correto, não por medo de apanhar, mas por compreenderem os princípios básicos dos valores morais, éticos e comportamentais que regem uma sociedade. Para isso, a principal ferramenta a ser utilizada é a educação dialogada, orientando as crianças desde os primeiros anos de vida.

Segundo Santos (2013), os sinais que as vítimas desses agravos costumam expressar podem ser verificados, por exemplo, em condutas infantis depressivas, ou comportamentos muito ativos, atraso no desenvolvimento cognitivo, baixa frequência escolar, medo excessivo de assumir quando cometem alguma falta, medo excessivo dos pais e responsáveis, baixa autoestima, desconfiança do contato com adultos, fugas constantemente de casa, entre outros comportamentos que devem ser sinais para os trabalhadores da saúde estarem atentos na assistência a este público infanto-juvenil (SANTOS, 2013, p. 70).

2.2.5 Violência Sexual

A violência sexual é toda ação na qual uma pessoa em relação de poder maior, e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra, contra sua vontade, ao ato sexual, ou a expõe em interações sexuais que propiciem sua vitimização, das quais o agressor tenta obter gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações, como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual (BRASIL, 2001b).

O abuso sexual infantil é uma violência que envolve duas desigualdades básicas: de gênero e geração. Pode se apresentar como intrafamiliar e extrafamiliar. Geralmente é praticado por pessoa em quem a vítima confia. O abuso sexual infantil é definido como o uso

de força física, coação e/ou sedução para forçar a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que são impróprias à sua idade e seu desenvolvimento psicosssexual, uma vez que eles não têm a capacidade emocional ou cognitiva para consentir com o ato ou julgar o que está acontecendo (BRASIL, 2001c; ARAÚJO, 2002).

Vários estudos afirmam que a violência sexual com meninas e adolescentes pode trazer consequências muito graves para a vítima e suas famílias, e, quando resulta numa gravidez, amplia esses riscos para os recém-nascidos.

Carniel *et al.* (2006, p. 420), destaca que as adolescentes grávidas têm mais probabilidade de apresentar “síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada”. Além disso, pode haver o abandono da escola, o que vai impactar na possibilidade de obter melhor formação profissional, inclusive acarretando dificuldades de inserção no mercado de trabalho e “perpetuando a tendência à pobreza, com consequentes riscos sociais para a mãe e para os seus dependentes” (CARNIEL *et al.* 2006, p. 420).

Quanto aos recém-nascidos, a autora aponta a maior possibilidade de estes apresentarem dificuldades no desenvolvimento, tais como: baixo peso ao nascerem, riscos de morte por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida. Além disso, podem também se tornar pais na adolescência, apresentar atraso de desenvolvimento na área cognitiva, perturbações comportamentais e toxicodependência (CARNIEL *et al.*, 2006).

Considerando a importância de barrar a violência sexual contra as adolescentes, a autora ressalta:

A notificação de situação de violência sexual em menores de 14 anos gestantes é uma das etapas do cuidado que deve ser realizada (SIC) na concepção da atenção integral, uma vez que, permite a (SIC) adolescente o acesso a Rede de Proteção e as medidas protetivas biopsicossociais tão importantes para o processo de desenvolvimento e maturação dela e do bebê (SIC) bem como, (SIC) a responsabilização para as situações de violação de direitos (DF, p. 3).

Vale salientar que as adolescentes ainda enfrentam outras dificuldades, por exemplo, aquela relacionada ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, pois há a exigência da presença do responsável legal para acessar o atendimento, havendo o risco de este ser o agressor. Essas são questões que podem comprometer a vigilância epidemiológica da violência, as ações preventivas e os cuidados do pré-natal. Assim, de forma simultânea, a gravidez na adolescência é uma causa e uma consequência de violações de direitos, pois a

adolescente é impedida de desfrutar dos direitos básicos e próprios deste ciclo de vida.⁸

2.2.6 Violência Institucional

A violência institucional abrange abusos cometidos nas relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições públicas. Esta ocorre por uma noção mais restrita de dano físico intencional, falta de acesso aos serviços necessários, falta de qualidade ou inadequação do atendimento, sendo identificada de várias formas, tais como: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta e tempo para a clientela, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência, maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental, desqualificação do saber prático, da experiência de vida, detrimento das necessidades e direitos da clientela, diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência (BRASIL, 2002b).

Após esta breve apresentação do conceito de violência e de uma lista de tipos de violência contra crianças e adolescentes, no próximo capítulo, abordaremos pesquisas do campo da Ciência Política sobre implementação de políticas públicas e burocracia de nível de rua.

⁸ A Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, no art. 2º, em seu Anexo I, inclui obrigatoriedade da notificação de casos de gravidez decorrentes de violência contra adolescentes menores de 14 anos, resultantes de abusos.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O CONTROLE DA VIOLÊNCIA

3.1 O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A FASE DA IMPLEMENTAÇÃO E A BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA

Os estudos sobre Política Pública vêm ganhando espaços e trazendo vários conceitos importantes para explicar a ação do Estado. Esta pesquisa adota, para fins de entendimento, o conceito de que as políticas públicas são parte de um processo dinâmico, podendo ser reconstruídas ao longo de suas diversas etapas. Desta forma, de acordo com Celina Souza, a política pública é entendida “como campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar esta ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou cursos dessas ações” (SOUZA, 2006, p. 26).

Dalfior; Lima; Andrade (2015) complementam o entendimento sobre as políticas públicas, afirmando que estas interferem diretamente na vida das pessoas em geral e dos profissionais, estando estes sujeitos a múltiplas determinações, muitas vezes contraditórias, em decorrência de diversos interesses envolvidos.

Os estudos e pesquisas sobre a política pública como processo e sistematização de fases diferentes surgiram paralelamente ao desenvolvimento do próprio campo de análise da política. Considerando a historicidade da literatura, tais pesquisas intensificaram-se após a Segunda Guerra Mundial, especialmente nos EUA e na Inglaterra. Era um contexto em que se buscava a racionalização da ação do Estado e da política pública, para identificar leis que pudessem prever comportamentos sociais, identificar problemas e antecipar políticas, a fim de prever e controlar as ações, reduzindo os riscos e ampliando as certezas na tomada de decisões dos governos (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Souza (2006) destaca os principais conceitos e modelos de análise sobre essa temática, os quais foram se estabelecendo, ao longo do tempo, a partir de críticas e reconstruções de novos pontos de vista. Ela apresenta, como “pais” da política pública, Harold Lasswell, Hebert A. Simon, Charles Lindblom e D. Easton, estudiosos e pesquisadores que trouxeram contribuições relevantes para o entendimento dos conceitos e o funcionamento das políticas públicas. Estes serviram de referência para vários teóricos que se seguiram, permitindo o desenvolvimento do conhecimento científico na área da Ciência Política.

Muitos analistas reconhecem que foi Harold Lasswell, um cientista social norte-americano, que, dos anos 1930 aos 1940, de forma pioneira, subsidiou a consolidação teórica

desse campo de análise, trazendo como contribuição para seu campo de estudos a percepção de que existem diferentes momentos no desenvolvimento da política pública; a partir do enfoque das fases ou estágios da política pública, desenvolveu uma abordagem que a entendia como um processo que envolve ações multidisciplinares (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Herbert A. Simom, baseando-se no conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos, no que se refere à tomada de decisões administrativas, também traz suas contribuições para especificar os problemas organizacionais, definindo três fases nesse processo: inteligência, desenho e escolha (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Porém, os estudos desses teóricos foram criticados, porque apresentavam uma visão simples e linear do processo de construção e desenvolvimento das políticas públicas. Em contrapartida, Lindblom propôs um modelo de análise que considerasse o poder e a interação entre as fases, ressaltando a complexidade do processo político e decisório, que se apresenta de forma dinâmica e permanente (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Na década de 70, analisando situações reais para entender o funcionamento da máquina estatal, os teóricos investigavam a dinâmica dos sistemas políticos e das relações que se estabelecem entre políticas públicas e política, como também, entre governo e sociedade. Desta forma, avançaram no conhecimento, reconhecendo diferenças entre formulação e implementação, e apontaram que o ciclo da política apresentava-se numa dinâmica de constantes reformulações, jamais como um mecanismo operativo perfeito (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Foi na década de 90 que Howlett e Ramesh descreveram as fases do processo das políticas públicas em cinco etapas, quais sejam: montagem de agenda; formulação de política; tomada de decisão política; implementação da política e avaliação da política.

Atualmente, de forma semelhante, boa parte da compreensão sobre as fases da política pública segue o formato apresentado acima, cuja descrição pode ser definida da seguinte maneira: a formação da agenda traz os temas relevantes, motivadores dos debates públicos; a formulação da política compõe os planos de ação a serem desenvolvidos; a implementação se refere à prática dos implementadores, ou seja, dos burocratas; e a avaliação verifica os resultados das políticas implementadas, comparando-os com as especificações formuladas na política. Essas etapas se desenvolvem dentro de um contexto dinâmico, portanto não são estanques ou isoladas (LOTTA, 2014).

Considerando a teoria do ciclo das políticas públicas, esta pesquisa tem interesse no estágio da implementação, momento em que a política é colocada em ação, gerando

resultados a partir de combinações variáveis entre práticas e interações, entre agentes diretamente envolvidos com a implementação e o público-alvo (LOTTA, 2014).

A literatura apresenta diferentes formas de entendimento da análise da fase de implementação, por exemplo, considerando: quem toma a decisão, ressaltando os atores envolvidos e como estes a influenciam; as relações entre as fases e os processos vivenciados; o papel da burocracia; além da complexidade de interações do contexto institucional no qual a política está inserida.

Desta forma, a implementação é o momento em que determinadas propostas que foram elaboradas pelos políticos, para a solução de um problema público, entram em ação e são executadas. Trata-se de um processo dinâmico e não linear, que envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública. Esta última constituída pelo planejamento e pela organização do aparelho administrativo e dos recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos indispensáveis à execução de uma política, o que mobiliza grandes quantidades de recursos públicos e múltiplos agentes implementadores. Considerando essa complexidade, a implementação é considerada uma das etapas mais críticas e difíceis do ciclo das políticas públicas para a administração pública, sobretudo porque é também uma etapa política, haja vista o processo contínuo que se observa, com disputas por poder, recursos e controle das atividades.

Lotta (2015) destaca que, no Brasil, estudos sobre políticas públicas e sua implementação começaram mais tardiamente. A partir do final dos anos 80, quando começou o processo de redemocratização do País, e a ação do estado gerou a eclosão das políticas sociais, tanto para a reforma dos sistemas de políticas advindas do período do regime militar, quanto para formulação de novas políticas públicas universais que aquele contexto demandava. Desde então, a sistematização desse campo de conhecimento vem se adensando e compreendendo a fase da implementação, enquanto parte da política pública, como um complexo processo que envolve não só diversos atores, mas diferentes interesses, necessidades, conhecimentos e até desconhecimentos (idem, 2015, p. 16).

Esse estudo está de acordo com Lotta (2010), que compreende a implementação da política pública como interação dinâmica, considerando a relação existente entre os diversos atores e as organizações. Nessa perspectiva, a relação entre os diversos atores caracteriza-se como uma relação de influência entre os agentes no processo de implementação, no qual os atores não estão isolados, nem apresentam uma posição de neutralidade na qual atendessem exclusivamente a determinações de critérios legais.

Lotta (2010) destaca que as próprias instituições políticas podem ser vistas como um dos atores do processo, ao lado de diversos outros, tais como fatores ambientais, estruturas administrativas e agências individuais. As políticas públicas são implementadas por grupos multiorganizacionais, com diversos sujeitos que constroem estruturas de implementação a partir de suas interações, utilizando negociações, o que resulta no fato de que este não é um processo isento de conflitos (HJERN e PORTER, *apud* LOTTA, 2010).

Cada vez mais, a implementação passa a ser compreendida como processo dinâmico, suscetível a incertezas e mudanças que podem distanciar seu desenvolvimento dos propósitos para os quais foi formulada. Os pesquisadores desse processo vêm se detendo na identificação dos fatores que podem diminuir ou aumentar as chances de sua efetivação, como fazemos nesta pesquisa. Nesse sentido, a fase da implementação é mais bem explicada como um jogo entre implementadores, cujos papéis são negociados, podendo haver diferentes formas e tipos de adesão a seus objetivos e diretrizes (ARRETCHE, 2001; LOTTA, 2010).

Xun Wu, Howlett e Fritzen (2014) apresentam alguns fatores que limitam a implementação, a saber: a falta de clareza na definição das metas a serem adotadas; a falta de apoio burocrático e político para a implementação e, finalmente, os limites da capacidade operacional, a exemplo de poucos ou insuficientes recursos humanos e financeiros, limitados procedimentos e disposições institucionais.

No entanto, a preocupação com os limites presentes nas implementações de políticas públicas tornou-se o foco já dos primeiros estudiosos. Como o livro *Implementation*, de Pressman e Wildavsky, publicado em 1973, que apresentou considerações importantes, a partir de um estudo de caso em que os autores destacaram a complexidade da ação conjunta entre burocratas e dirigentes como o principal fator de insucesso da implementação. Os autores partiram da seguinte indagação: “como as grandes expectativas de Washington são frustradas em Oakland, ou porque é espantoso que os programas federais funcionem...”. Eles também observaram que as políticas poderiam apresentar instrumentos inadequados a seus propósitos (WINTER *apud* NOGUEIRA, 2018).

Pesquisadores responsáveis pela primeira geração de pesquisas sobre implementação, a partir de pesquisas exploratórias, buscavam desenvolver teorias sobre o tema, a exemplo de Hargrove (1975), com sua obra *The Missing Link*, de 1975, e Bardach (1977), que escreveu *Implementation Games*, em 1977 (LOTTA, 2010). Esses estudiosos, ainda fortemente influenciados pela visão weberiana de burocracia⁹, dos primeiros estudos do modelo de análise

⁹Max Weber (1947) foi um dos teóricos pioneiros nos estudos sobre a burocracia nas Ciências Humanas. Ele via as sociedades humanas constituída de governos com dois tipos de legitimidade: a carismática e a tradicional. O

de implementação, compreendiam a “política pública como um processo de determinação de objetivos e de tomadas de decisão racionais a partir da separação entre administradores e políticos” (LOTTA, 2010, p. 28).

Diferentemente dessa visão, Lotta (2015) afirma que, para analisar a implementação, deve-se entender como a burocracia constrói suas ações e como os diversos atores envolvidos geram impacto nessa construção. Desta forma, a implementação é o resultado de combinações variáveis entre práticas e interações dos burocratas e seus usuários, interagindo com o contexto institucional e as dimensões da própria política.

Portanto, nas análises do processo de implementação, há dois modelos básicos que se tornaram hegemônicos na literatura: o *top-down* e o *bottom-up*. O primeiro propõe examinar o quanto das decisões do governo estão sendo executadas, privilegiando os momentos e papéis de decisão. Esses estudos enfatizam a separação entre a política e a administração a partir do controle e da hierarquia. Por sua vez, o modelo *bottom-up* compreende o processo de implementação de uma política como algo contínuo e flexível, podendo se ajustar às contingências nas quais esta é implementada, enfatizando as adaptações, modificações e ajustes que a política sofre, necessariamente, durante a sua execução a partir da ação dos burocratas, profissionais de saúde que atendem o público infanto-juvenil (LOTTA, 2010, p. 19; LIMA; D’ASCENZI, 2013).

Vale salientar que, entre essas duas perspectivas de análise, esta pesquisa está de acordo com o modelo de análise de implementação *bottom-up*, e, como já afirmado, compreende a política pública enquanto parte de um processo dinâmico, que se processa tensionada por diversos grupos de atores políticos, sejam burocratas ou não, além do contexto onde esses atores estão inseridos. A política, portanto, pode ser alterada, adaptada e reformulada durante sua implementação, embora surja como resposta do Estado para problemas que afligem a sociedade.

No modelo de análise de implementação *bottom-up*, o que importa é o processo desenvolvido pela política, processo este complexo e de múltiplas variáveis, cujos resultados

autor desenvolveu reflexões sobre a evolução da sociedade industrial moderna como influenciadora do desenvolvimento de administração do Estado e destacou o surgimento de um novo tipo de autoridade ligada à racionalidade legal, em que a burocracia era compreendida como consequência do desenvolvimento de uma economia complexa e do sistema político. Para o autor, os burocratas eram, portanto, entendidos como agentes que desenvolvem suas ações aplicando fielmente as regras e observando os procedimentos impostos, garantindo o cumprimento das hierarquias e de suas atribuições, numa postura de burocrata que deve obediência e renúncia de valores e vontades pessoais. Portanto, na ação da burocracia não haveria espaço de exercício da discricionariedade; a cadeia de responsabilidade é bem clara: o burocrata responde ao político, que, por sua vez, responde à sociedade (LIPSKY, 2019, p. 430).

nem sempre são previsíveis. Nesta análise, o papel do burocrata de nível de rua é percebido como fundamental e ultrapassa o descrito nos primeiros estudos sobre a burocracia, conforme o entendimento de Weber, que o compreendia apenas como um mero executor das ações definidas pelos formuladores da política. Lipsky (1980) contribui de forma significativa para a compreensão da fase de implementação de políticas públicas, uma vez que busca identificar a complexidade do papel dos BNR e como estes lidam com o poder da discricionariedade¹⁰, elementos importantes na condução da implementação da política pública (LOTTA, 2010).

Lotta (2012) afirma que Lipsky entende que os BNR estão no foco da controvérsia política, uma vez que são pressionados tanto pela demanda de serviços quanto pelos cidadãos com quem atuam, para aumentar a eficiência e a eficácia de suas respostas aos desafios da implementação das políticas públicas. Por isso, Lipsky destaca a importância do estudo sobre o trabalho dos burocratas, os quais, nos contextos dinâmicos em que atuam, modelam a sua intervenção, exercendo a sua discricionariedade. A expressão “burocratas de nível de rua” é utilizada para fazer referência aos profissionais, em sua grande maioria, funcionários públicos ou terceirizados da administração pública, que, no seu cotidiano de trabalho, assistem os usuários dos serviços públicos, integrando serviços e políticas públicas e exercendo a sua discricionariedade, a exemplo dos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Lotta (2010) afirma que, talvez, Lipsky (1980) seja o pioneiro da análise da discricionariedade. Os estudos desse autor trazem a preocupação em saber o que acontece no lócus da ação dos burocratas, buscando identificar os fatores que influenciam a ação e o comportamento dos mesmos. Para Lipsky (1980), os burocratas de nível de rua, por serem funcionários que trabalham diretamente no contato com usuários de serviços públicos, são os agentes que determinam o acesso do público a direitos e benefícios governamentais, sendo por meio deles que a população consegue acessar a administração pública.

Os burocratas de nível de rua, segundo Lipsky, podem impactar a vida dos usuários, pois tornam-se o lócus da ação pública, mediando estado e cidadãos, na medida em que distribuem não só benefícios, mas também sanções, gerando satisfação ou frustração, estruturando o contexto de interação entre usuários e serviços públicos e determinando a forma de prestação de serviço, buscando sempre um contexto mais favorável ao seu trabalho (LOTTA, 2014). As ações dos burocratas ensinam aos usuários, inclusive, o próprio “papel de ser usuário”, na medida em que induzem os benefícios psicológicos e sanções. Segundo

¹⁰ Discricionariedade é a disponibilidade de um espaço de poder que permite ao agente público escolher entre alternativas de ação ou não ação. Importante na formulação e na implementação de políticas públicas.

Lipsky, a ação da burocracia do nível de rua acaba tornando-se um comportamento da agência, ou seja, mesmo que dimensões políticas oficiais moldem alguns padrões de decisão e normas comunitárias e administrativas desses agentes, eles conseguem ter autonomia na própria prática da implementação (LOTTA, 2014). Lipsky (1980) ressalta a importância dos burocratas de nível de rua, salienta a necessidade de se considerarem as consequências da implementação das políticas públicas tendo como referência a cadeia de implementadores no contexto político institucional e o exercício da discricionariedade da burocracia (LOTTA, 2010).

Nas palavras de Lotta, com as reflexões sobre a burocracia do nível de rua, Lipsky (2019) propôs uma categoria abrangente e, com seus estudos, busca demonstrar como existem elementos comuns a todos esses burocratas, dadas as condições e os contextos de trabalho que encontram e as responsabilidades que desempenham, sendo uma categoria de análise compreendida como fundamental para quem pesquisa políticas públicas. O autor também destaca que os BNR ocupam o maior contingente de profissionais do setor público. É por meio de seu trabalho que os direitos são ou não atendidos. Por isso, para o autor, na análise de implementação de políticas públicas, é importante a atenção a essa categoria, composta por atores essenciais que não podem ser desconsiderados nos estudos e pesquisas.

Desta forma, os estudos mencionados contribuíram para esta pesquisa no que diz respeito à análise da implementação das políticas públicas que determinam a obrigatoriedade da NC dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra o público infante-juvenil, levando-nos à análise da intervenção realizada pelos BNR e à observação da sua discricionariedade no atendimento a esse seguimento geracional.

Os desafios da saúde pública para superar as dificuldades no enfrentamento à violência são diversos. No que se refere à vigilância epidemiológica, garantir o dimensionamento do número de vítimas constitui-se um desafio ainda maior, e o poder público responsável por esta ação vem, há mais de 30 anos, desde as suas primeiras iniciativas, elaborando e implementando políticas que garantam o monitoramento desses agravos. É o que será apresentado no próximo tópico; a formação da política de vigilância epidemiológica no Brasil.

3.2 A FORMAÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

A violência vem se destacando entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. No Brasil, o número de vítimas de violência que chegam às Unidades de

Saúde ainda é crescente, mesmo que subnotificado (BRASIL, 2002b). As respostas do Estado brasileiro às iniciativas de dar visibilidade a esse grave problema de saúde pública, no que se refere aos jovens e crianças, começaram a partir da segunda metade dos anos de 1980, tendo a influência de vários setores da sociedade: os defensores dos direitos humanos (em nível nacional e internacional), os movimentos sociais, além dos trabalhadores das diversas áreas de atenção a esse público (LIMA; DESLANDES, 2015).

Como já evidenciado, o ECA, promulgado em 1990, definiu a obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência e a punição aos profissionais que não os notificam. Fortaleceu, assim, o reconhecimento de que as violências exercem um grande impacto social e econômico sobre toda a sociedade, em especial, sobre o Sistema de Saúde Pública, de que as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde precisavam ser ampliadas. Desta forma, o MS lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2002b), que tem, entre as suas diretrizes, a monitorização da ocorrência de acidentes e de violência e, entre as suas prioridades, a melhoria das informações (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2015).

Apoiado por esta política, no mesmo ano, o MS instituiu a Portaria n. 1.968/2001 (BRASIL, 2001a), que define o instrumento para a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS (BRASIL, 2001c). Assim sendo, o Ministério da Saúde, no âmbito das ações de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, apresenta a NC como uma das estratégias primordiais, em articulação com outras políticas, para combater a violência. A garantia do “registro contínuo, padronizado e adequado das informações dos agravos de violência propicia o investimento em pesquisas e estudos, permitindo a elaboração de estratégias de intervenção, viabilizando a retroalimentação do sistema e contribuindo para a melhoria do atendimento prestado” (BRASIL, 2001a).

Vale salientar que o público-alvo dessa política não se restringe à criança e ao adolescente, mas também a outros grupos vulneráveis, como a mulher, os idosos, entre outros, os quais, ao longo do tempo, também foram contemplados com instituições de regimentos legais para a sua proteção e a visibilidade de sua condição. Contudo, considerando que o foco desta pesquisa se refere ao público infanto-juvenil, este estudo se propõe a considerar esse grupo geracional específico.

Dando seguimento ao enfrentamento da violência, a partir de iniciativas de visibilidade e acompanhamento das informações, o Ministério da Saúde, em setembro de 2005, aprovou a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e

Violências, “contemplando as ações de aprimoramento e expansão da vigilância, e do sistema de informação de violências e acidentes”, propiciando o “treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas” (BRASIL, 2016b). Já no ano seguinte, em março de 2006, o MS implantou a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM n. 687), “revalidando o seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e determinantes das violências e acidentes no país”.

Vale salientar que, também em 2006, foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite o Pacto pela Saúde, que se “configurou numa ferramenta de gestão para redefinir responsabilidades dos gestores relacionando as necessidades de saúde da população e equidade social¹¹” (BRASIL, 2016b). Ainda no mesmo ano, como mais uma ação governamental voltada à continuidade da implementação da vigilância epidemiológica, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 1.356, “institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)” (BRASIL, 2006).

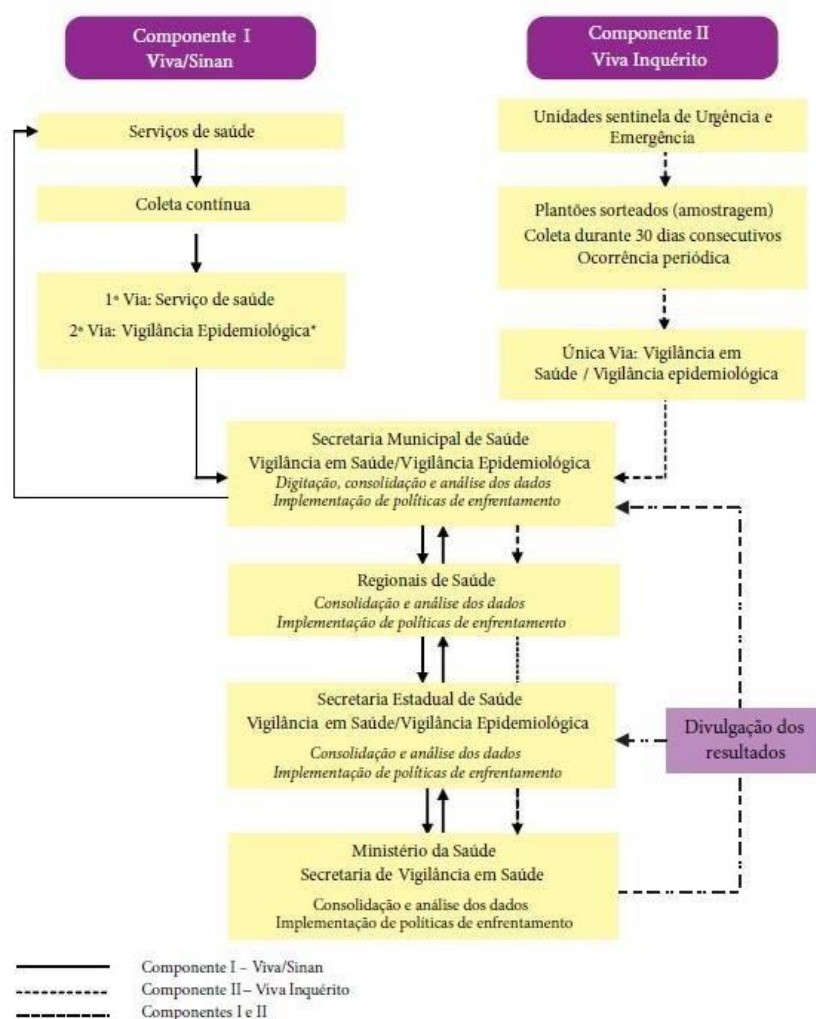
A partir de então, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que se apresenta em duas modalidades: vigilância de violência interpessoal e autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan), e a vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito) (VELOSO *et al.*, 2013). Essa estratégia de vigilância configura-se como uma ferramenta importante, que serve como subsídio para planejar e executar medidas de prevenção das chamadas causas externas e da morbimortalidade no Brasil, superando as maneiras de coletas de dados ainda mais inconsistentes. Por exemplo, anteriormente, para se conhecer a situação das violências ocorridas no País, utilizava-se apenas a análise dos dados da Declaração de Óbito (doravante DO) e/ou a autorização de internação hospitalar (doravante AIH), documentos fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (doravante SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (doravante SIH/SUS) (BRASIL, 2016b).

A responsabilidade pela implementação dos sistemas VIVA/SINAN e VIVA/Inquérito é das SES, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (doravante SMS), sendo

¹¹“A notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos (às) gestores (as) e/ou profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Cabe à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais” (BRASIL, 2016b).

realizado o registro dos dados no módulo SINAN e consolidado no Ministério da Saúde, conforme figura apresentada a seguir (LIMA; DESLANDES, 2015).

Figura 2 - Componentes do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência



Fonte: Brasil, 2006.

O objetivo do VIVA é definir políticas públicas para enfrentamento dos problemas gerados por violência e acidentes, definindo estratégias e ações de intervenção e prevenção, bem como de atenção e proteção às pessoas em situação de violência, a partir do conhecimento da dimensão e da gravidade das violências, por meio de produção e divulgação de informações epidemiológicas (BRASIL, 2016b).

Contudo, é importante ressaltar que o dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de efetivação do registro dos dados coletados nas fichas, o que é responsabilidade dos profissionais dos serviços de saúde. Sem a devida notificação, as informações não serão

suficientes para subsidiar o Poder Público na definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção da saúde.

As ações de vigilância da violência vêm sendo aperfeiçoadas, aliadas às políticas de atenção integral à saúde, proteção e garantia de direitos, incluindo a capacitação dos profissionais, visando a melhorar a qualidade da notificação de mortes e agravos. “A introdução do tema nas rotinas dos serviços de saúde, por meio de normas técnicas relativas ao diagnóstico dos traumas e lesões, à especificação dos eventos e à notificação dos casos em geral” (LIMA; DESLANDES, 2015) de violência contra crianças e adolescentes, além de outros grupos vulneráveis (idosos, mulher, entre outros), vem-se mostrando como desafio constante para os profissionais nas instituições de saúde.

No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para Infecções Sexualmente Transmissíveis (doravante IST/Aids), ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). Desde 2009, o Viva passou a integrar o SINAN, sendo inserido na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela (BRASIL, 2002b). Seguindo a mesma linha de ação verificou-se o processo de implantação da vigilância, impulsionada pela adesão gradativa de estados e municípios, de acordo com a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos não Transmissíveis (doravante DANT) e com as prioridades já definidas no processo de implantação do VIVA.

Em 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a publicação da Portaria nº104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011), que:

define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2011.)

Posteriormente, em 2014, a Portaria nº 1.271 universalizou a notificação da violência doméstica, da sexual e de outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo esses tipos de violência na relação de doenças e agravos de NC que são registrados no SINAN, além de tornar imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal.

Dessa maneira, a NC tem sido a principal fonte de informação da vigilância epidemiológica e, apesar de todos os esforços e avanços na estruturação do sistema de saúde, para a efetivação da vigilância epidemiológica no País, não podemos desconsiderar os

desafios que permanecem, sobretudo no cotidiano da ação profissional dos burocratas de nível de rua, implementadores das políticas públicas (BRASIL, 2002a).

Na próxima seção, será apresentada, especificamente, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001a), destacando seus princípios e diretrizes, enquanto fundamentos orientadores dos profissionais de saúde e da gestão institucional. Considerando o foco deste estudo, será dada maior atenção às diretrizes que embasam a efetivação do monitoramento, a partir da execução da NC, que é a comunicação dos agravos à saúde às redes socioassistencial e de saúde e também ao sistema de vigilância epidemiológica.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA: PNRMAV

No Brasil, os acidentes e a violência revelam-se como problemas de saúde pública de grande magnitude, considerando os altos índices que apresentam e o forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, demandando altos custos, não só dos recursos públicos mas também de toda a sociedade. Como resposta do Estado a esse grave contexto, o MS instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2002b). Para a sua elaboração, essa política contou com a cooperação de profissionais de várias áreas, com a experiência de tratamento das sequelas da violência nos serviços de urgência, emergência e reabilitação, como também com o apoio de movimentos sociais, além da reflexão acadêmica. Esse acúmulo de esforços e experiências se configurou na institucionalização dessa Política, que pode ser compreendida como instrumento orientador da atuação específica do setor da saúde no Brasil (BRASIL, 2001b; MINAYO *et al.*, 2018, p. 2009)

Considerando a sua abrangência, a PNRMAV (BRASIL, 2001c) é voltada tanto para a população geral quanto para grupos mais vulneráveis, a exemplo das crianças e adolescentes. Vem-se implementando, ao longo desses quase vinte anos, com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. A política vem estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais que contemplam e valorizam medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses agravos.

Na perspectiva da referida política, os acidentes e a violência são resultados de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Acidente é entendido como o

evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais; já a violência, conforme esclarecido em seção anterior, é compreendida como “fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, traduzido em ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprios ou a outros” (MINAYO E SOUZA, 1997). São exemplos de violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional. Tanto a violência quanto os acidentes são eventos que, em maior ou menor grau, podem ser evitados e prevenidos (BRASIL, 2001b).

Como estratégia para avaliar o impacto econômico representado por esses agravos (acidentes e violência), vários estudos contabilizaram gastos hospitalares com internações de natureza clínica, considerando o número de dias de permanência das vítimas nos hospitais. Os resultados a que chegaram revelaram que o valor gasto representou, aproximadamente, menos de 8% dos dispêndios com internações por acidentes e violência. As hospitalizações por lesões e envenenamentos, por exemplo, representam um gasto/dia de cerca de 60% superior à média geral das demais internações. Vale salientar que essas projeções trazem a possibilidade de estar bastante subestimadas, principalmente considerando os dados exclusivos de casos de violência (BRASIL, 2001b).

Por envolver diferentes fatores, acidentes e violência demandam esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais e não governamentais. Desta forma, a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – individuais e coletivos – e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde (BRASIL, 2001b).

Como princípios básicos, a PNRMAV (BRASIL, 2001c) apresenta as seguintes referências: a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial, para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

Atendendo ao propósito fundamental da política de redução da morbimortalidade por acidentes e violência no País, seus princípios básicos consideram o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

As diretrizes para o setor de saúde identificam responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões e prioriza as medidas preventivas, sob o enfoque de que, quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no

atendimento às vítimas e maior o impacto e abrangência na proteção da população (BRASIL, 2001b).

Como diretrizes essa política apresenta: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; responsabilidade institucional e, monitorização da ocorrência de acidentes e de violências (BRASIL, 2002b).

Considerando que esta pesquisa tem como objetivo identificar os fatores que interferem na implementação da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, foram destacadas as diretrizes diretamente relacionadas a esta temática, ou seja: monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas e a responsabilidade institucional.

3.3.1 Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências

Esta política vem trabalhando na implantação propriamente dita do sistema de vigilância e informação de acidentes e violências, para consolidar a estruturação deste sistema no País, mediante o aperfeiçoamento e a ampliação das atividades de comunicação dos agravos, desenvolvendo ações para melhorar a notificação de mortes e agravos. Desta maneira, a política vem promovendo a introdução do tema nas rotinas dos serviços por meio de normas técnicas relativas ao diagnóstico dos traumas e lesões, à especificação dos eventos e à notificação dos casos em geral atinentes às crianças, adolescentes e mulheres, pessoas com deficiência, com problemas mentais, idosos e outros (MINAYO *et al.*, 2018).

Portanto, a melhoria das informações constitui uma das prioridades dessa política. Nesse sentido, ela determina a necessidade de promover o registro contínuo, padronizado e adequado das informações sobre os agravos de acidentes e violência, com vistas a possibilitar estudos e elaborar estratégias de intervenção para acolher, encaminhar e prevenir esses casos, considerando os diferentes segmentos populacionais já evidenciados, segundo a natureza do agravo, o tipo de lesões e as causas. Desta forma, a partir dessas ações, será viabilizada a retroalimentação do sistema, o que contribuirá para a melhoria do atendimento prestado nas instâncias adequadas (BRASIL, 2001b).

Corroborando a referida política, em 25 de outubro de 2001, foi instituída a Portaria nº 1.968 (BRASIL, 2001a), que versa sobre a obrigatoriedade de notificação, às autoridades competentes, dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos atendidos na rede do SUS. Esta portaria estabelece a NC como instrumento a ser utilizado, em todo o território nacional, pelos profissionais da saúde no atendimento aos casos de violência. Na sua efetivação, essa diretriz afirma a necessidade de capacitar e mobilizar os profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à informação relativa a acidentes e violência (BRASIL, 2001a).

3.3.2 Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

Considerando a diretriz da assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, fica evidente a necessidade de estruturação e de organização da rede de serviços do SUS, de modo que se possa diagnosticar a violência e os acidentes ocorridos com os usuários do sistema de saúde, de forma a acolher as suas diversas demandas, prestando-lhes atenção integral, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2001a).

A política define a necessidade de que os profissionais de saúde sejam capacitados a identificar os casos de violência, acionar os serviços existentes na rede de proteção e de cuidados, para o devido acompanhamento das vítimas, comunicando as autoridades competentes sobre os agravos suspeitos ou confirmados. Afirma também que a assistência às vítimas de acidentes e de violência deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre esses serviços (BRASIL, 2001a).

As unidades de atendimento para emergências e urgências devem ser definidas conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para mitigar a assistência nos serviços de alta complexidade. Também devem promover e valorizar a formação, a especialização, a atualização e a reciclagem dos profissionais que atuam nos serviços de emergência, a partir de parceria com as universidades, com vistas a melhorar a qualidade de formação de recursos humanos para esse fim específico (BRASIL, 2001a).

3.3.3 Capacitação de recursos humanos

Apesar de todas as diretrizes apresentarem a necessidade de desenvolver processos de formação e capacitação dos profissionais para a implementação da política, a diretriz de capacitação dos recursos humanos aponta ações específicas na busca de garantir a preparação dos profissionais responsáveis pelo atendimento às vítimas, tornando-os aptos a prestar um atendimento de qualidade, que atenda todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes legais.

A capacitação, portanto, deve se caracterizar, em especial, pela “promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas; criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde; complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC” (BRASIL, 2000). Além do mais, esta diretriz prevê a “promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado – homologado pelo MEC – para a formação de socorristas, voltados ao atendimento pré-hospitalar; capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores (SIC) para atuar na área de prevenção de acidentes e de violência” (BRASIL, 2000). Tudo isso para estimular a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional.

3.3.4 Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e à violência é compreendido como medida essencial para que o “tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde” (BRASIL, 2001c).

Portanto, esta diretriz implica avaliação e apoio à pesquisa, buscando o desenvolvimento de tecnologias de vigilância, mediante parcerias com instituições de ensino e pesquisa, além da avaliação da efetividade das intervenções propostas (SILVA *et al.*, 2007).

3.3.5 Responsabilidade institucional

A responsabilidade institucional, como diretriz, aborda a ação dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão da morbimortalidade por acidentes e violência, para que seja garantido o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento de tão abrangentes e complexas ações. Considerando que a referida política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não governamentais, a gestão da articulação intersetorial é requisito indispensável, para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas, pois é preciso ter em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores.

Nessa articulação intersetorial, será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada, sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – elementos capazes de refletir decisivamente na redução dos acidentes e da violência no País.

Dando seguimento à elaboração do referencial teórico deste estudo, no próximo capítulo será apresentada a síntese das discussões já desenvolvidas por outros autores sobre os fatores que interferem na implementação da NC dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Esses dados embasarão o desenvolvimento do tema específico desta dissertação.

4 FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - OS ESTUDOS DA LITERATURA

Para dar continuidade à elaboração do referencial teórico da pesquisa, foi desenvolvido um estudo bibliográfico que buscou identificar os fatores, elencados pela literatura, presentes na intervenção profissional dos burocratas dos serviços públicos de saúde que interferem na implementação da NC dos casos de violência.

Como resultados dessa pesquisa bibliográfica, foram identificados os seguintes fatores:

1. limites na formação e capacitação dos BNR dos serviços de saúde, responsáveis por atender as crianças e adolescentes vítimas de violência;
2. insegurança do profissional quanto à implicação da notificação no campo da justiça, na relação com os envolvidos e na segurança pessoal;
3. descrédito quanto ao alcance da resolutividade desenvolvida pelos dispositivos socioassistenciais;
4. limites na regulamentação da implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
5. precariedade das estruturas de atendimento para a assistência às vítimas de violência;
6. dificuldade de se instituírem práticas interdisciplinares;
7. desconhecimento da dimensão ética do sigilo profissional;
8. implicações no âmbito da gestão institucional.

Vale salientar que há uma relação de interdependência entre todos esses fatores identificados, mas, como forma de destacar as características de cada um e facilitar a sua apresentação, eles foram descritos separadamente.

4.1 LIMITES NA FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, RESPONSÁVEIS POR ATENDER CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Revelando-se de diversas maneiras, a existência de limites na formação e na capacitação dos BNR foi o fator mais citado nos estudos pesquisados e está relacionado com a maioria dos fatores elencados. Os estudos apontam a influência positiva da formação, do acesso à capacitação e da sensibilização do profissional ao tema sobre a adoção, na rede pública de saúde, da notificação dos casos de violência infanto-juvenil, exigência presente

também entre as diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c; SOUZA *et al.*, 2015; VULLIAMY; SULLIVAN, 2000; GOMES *et al.*, 2002).

Alguns autores pesquisados destacam que a inexistência ou insuficiência de capacitação dos profissionais é o fator preponderante nas dificuldades para diagnosticar, notificar e conduzir adequadamente os casos de violência (SILVA *et al.*, 2013; GARBIN *et al.*, 2015; ROLIM *et al.*, 2014; SALIBA *et al.*, 2007). Ademais, o desconhecimento dos serviços disponíveis para encaminhar as vítimas (GARBIN *et al.*, 2015; ROLIM *et al.*, 2014) e a decisão dos profissionais de não se envolverem com os casos de violência (SALIBA *et al.*, 2007) revelam a carência de investimento em formação e capacitação dos burocratas, bem como a consequente inadequação das condutas utilizadas na abordagem da violência e dos encaminhamentos das vítimas, o que contribui para a perpetuação dos ciclos de vitimização (PIOVEZA; DINIZ; NAKAO, 2018; QUADROS *et al.*, 2016).

Esses elementos destacados mostram o desconhecimento, por parte dos burocratas, das leis e diretrizes que regulam a intervenção profissional na abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes (SALIBA *et al.*, 2007; ASSIS *et al.*, 2012). Consequentemente, há profissionais que desconhecem a existência de um instrumento específico para notificar os casos de violência (ROLIM *et al.*, 2014). Nesse contexto, falta-lhes também entendimento sobre a compulsoriedade da notificação (MACEDO *et al.*, 2019), bem como falta-lhes conhecimento sobre os protocolos e fluxos de intervenção necessários para a utilização efetiva da NC (ROLIM *et al.*, 2014; SALIBA *et al.*, 2007). Alguns autores destacam, inclusive, que, muitas vezes, há o uso inadequado da NC, a exemplo do percentual significativo de fichas entregues com respostas deixadas em branco (PIOVEZA; DINIZ; NAKAO, 2018; SILVA *et al.*, 2013; GARBIN, 2014; ROLIM *et al.*, 2014; SALIBA *et al.*, 2007).

A diversidade quanto às concepções de violência é também destacada como mais um fator que interfere na implementação da NC. Enquanto alguns profissionais consideram a violência como um problema de saúde pública, outros ainda a entendem como um problema exclusivamente de ordem sociofamiliar, ou de responsabilidade exclusiva da esfera da segurança e da justiça (ROLIM *et al.*, 2014; SALIBA *et al.*, 2007).

Portanto, os estudos pesquisados apontam debilidades estruturais que acarretam dificuldades aos profissionais de saúde, para identificar, notificar e encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo essas práticas ainda incipientes ao nível da

rede de atendimento, ocorrendo de forma casual e não sistemática (ROLIM *et al.*, 2014; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA, MARQUES e VIEIRA, 2013).

4.2 INSEGURANÇA DO PROFISSIONAL EM RELAÇÃO À IMPLICAÇÃO NO CAMPO DA JUSTIÇA, NA RELAÇÃO COM OS ENVOLVIDOS E NA SEGURANÇA PESSOAL

De acordo com vários autores, ter medo de envolvimento legal com órgãos da justiça aumenta as chances de os profissionais não notificarem situações de maus-tratos (SILVA *et al.*, 2013; ROLIM *et al.*, 2014; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; GONÇALVES; FERRIRA, 2002; ASSIS *et al.*, 2012). Também a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados da notificação é apontada como um fator que concorre para a subnotificação (GARBIN, 2014; SALIBA *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2018). O receio de represália por parte da família das vítimas, do próprio agressor e/ou da comunidade (ROLIM *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2018; QUADROS *et al.*, 2016; ASSIS *et al.*, 2012), o medo de exposição por parte dos profissionais e a banalização da violência (BAZON, 2008) também são fatores revelados nas pesquisas consultadas (MACEDO *et al.*, 2019).

4.3 DESCRÉDITO QUANTO AO ALCANCE DA RESOLUTIVIDADE DESENVOLVIDA PELOS DISPOSITIVOS SOCIOASSISTENCIAIS E LIMITES NO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PADRONIZADO

Também relacionados aos limites da formação e capacitação dos burocratas, o descrédito quanto ao alcance da resolutividade desenvolvida pelos dispositivos socioassistenciais e o limite no fluxo de encaminhamento padronizado foram referenciados por diversos estudiosos, e podem ser exemplificados pela desconfiança, por parte dos burocratas, na efetividade dos serviços de proteção e apoio às vítimas de violência (SILVA *et al.*, 2013; ROLIM *et al.*, 2014; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; ASSIS *et al.*, 2012) e na identificação de problemas de funcionamento da rede de serviços, ocasionando o desestímulo do profissional em notificar os casos de violência (GARBIN, 2014).

Segundo Macedo *et al.* (2019), a ausência de dados sobre os encaminhamentos dos casos à rede socioassistencial e de proteção também interfere na ausência de um fluxo padronizado para atuação do profissional, o que pode levá-lo a dar um peso maior à sua avaliação subjetiva (discricionária) dos casos, para tomar decisões sobre quais seriam as

necessidades de atendimento da vítima de violência. Conforme os autores, “essa falha de compilação de dados corrobora a perspectiva de que o percurso realizado pelas crianças e adolescentes vítimas nos serviços da rede de proteção carece de padronização” (MACEDO *et al.* 2019). A inexistência de um fluxo determinado a priori compromete, portanto, a análise do atendimento realizado, sua avaliação e a elaboração das estratégias de intervenção adotadas pelos profissionais.

A falta de retaguarda adequada da rede de proteção, especialmente no que diz respeito ao Conselho Tutelar, foi citada por alguns autores como fator que interfere na adoção da NC (ASSIS *et al.*, 2012), como também a ausência de articulação entre os serviços da rede para adoção das medidas de proteção (MACEDO *et al.*, 2019). Portanto, conforme os estudos de Rolim *et al.* (2014), quando o profissional não confia nos órgãos de proteção ao público infanto-juvenil e não dispõem de fluxo de encaminhamento estabelecido, aumentam as chances de a notificação não acontecer; ou seja, o baixo grau de confiança nos órgãos de proteção é frequentemente mencionado pelos trabalhadores da saúde, e essa descrença compromete a implementação da NC (ARPINI *et al.*, 2008; BAZON, 2008).

4.4 LIMITES NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA (PNRMAV)

Alguns estudos destacam que a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos é um fator importante no comprometimento da implementação da NC dos casos de violência (GARBIN, 2014; SALIBA *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Complementando essas afirmações, outros estudos destacam que há carência de políticas públicas eficazes que viabilizem a criação e, principalmente, a manutenção de programas preventivos e de tratamento, necessários para promover o aprimoramento e a evolução de técnicas para o enfrentamento dessa problemática (GARBIN, 2014; KISS; SCHRAÍBER, 2011; MONTEIRO, 2010).

Há poucas definições claras sobre as responsabilidades do governo e do setor econômico na promoção desta política nos serviços de saúde. Se, por um lado, espera-se o bom desempenho dos profissionais de saúde na implementação das ações de monitoramento dos casos de violência, efetivando a NC, isso não pode ocorrer sem que haja mais investimentos estruturais, como a melhoria das condições de trabalho e o aumento dos recursos financeiros e materiais (SAKATA; EGRY; NARCHI, 2014).

4.5 ESTRUTURAS DE ATENDIMENTO PRECÁRIAS PARA A ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

As precárias estruturas de atendimento que geram limites nos espaços de intervenção a demandas tão complexas, como é o caso do atendimento à violência, são destacadas nos estudos como mais um fator relacionado a não notificação de maus-tratos. Um exemplo apresentado pelos estudiosos do tema é a ausência da própria ficha de notificação na Unidade de Saúde (ROLIM *et al.*, 2014).

A ausência de informações sobre as consequências da violência novamente é destacada, agora para explicitar a inadequação das condições oferecidas no momento da coleta, na medida em que tal identificação requer o diagnóstico clínico e o acompanhamento das vítimas por profissionais capacitados, uma vez que os critérios para tratamento de muitos transtornos psicológicos e psiquiátricos dependem da manutenção dos sintomas por períodos determinados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A coleta de dados dessa natureza requer, portanto, a reorganização dos serviços implicados para a identificação e o monitoramento dos sintomas reportados (MACEDO *et al.*, 2019).

A precariedade do dimensionamento epidemiológico da violência é outro obstáculo, ao enfrentamento do fenômeno (AZEVEDO *et al.*, 2001). A pouca notificação ou a desarticulação dos dados ocasiona déficits na qualidade da informação, consequentemente, gera desconhecimento sobre aspectos relevantes do fenômeno da violência, tornando muitas de suas manifestações invisíveis para os gestores, o que prejudica planejamento de ações e políticas públicas (CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; ARPINI *et al.*, 2008; ASSIS *et al.*, 2012; AZAMBUJA, 2005).

4.6 DIFICULDADE DE SE INSTITUÍREM PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES

Relacionado ao fator anterior, que focaliza as debilidades estruturais de atendimento, a ausência de práticas interdisciplinares no acolhimento à vítima de violência foi citada pelos estudiosos do tema como um dos fatores que compromete a implementação da NC. A complexidade do fenômeno da violência exige um olhar interprofissional, considerando que, na maioria das vezes, o diagnóstico é difícil, necessitando da experiência e da atenção de toda a equipe de saúde, num processo de troca e complementação de saberes. Nesse sentido, é destacada a necessidade de formar profissionais para programas de prevenção, detecção e

acompanhamento de vítimas de violência, para que estes possam intervir buscando a integralidade e interdisciplinaridade (QUADROS *et al.*, 2016).

Desta forma, estudos apontam que o isolamento do profissional de saúde, que se vê diante de um caso complexo, sem ter com quem dividir reflexões e responsabilidades, sem saber como proceder, nem para onde encaminhar os casos, é apontado como fator que limita a notificação e o desempenho dos profissionais de saúde no atendimento aos casos de violência (ASSIS *et al.*, 2012).

Garbin (2014) afirma que, no Brasil, o registro de situações de violência familiar é fragmentado, o que provoca prejuízo para uma rotina clara e eficaz, ocasionando deficiências nos procedimentos a serem seguidos pelos profissionais e instituições. Corroborando esta ideia, outros autores afirmam que a intervenção profissional, muitas vezes, é desenvolvida de forma desarticulada, impondo limites para a efetivação da ação profissional e a NC, revelando as debilidades estruturais do próprio sistema (SILVA *et al.*, 2013; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017). Vale ressaltar que o próprio encaminhamento da notificação para a rede de cuidados e proteção está relacionado à organização dos serviços e dos fluxos internos, sendo fundamental o trabalho em equipe multiprofissional, para acompanhamento adequado dos casos (ASSIS *et al.*, 2012).

Desta forma, trabalhar em equipe e tomar decisões compartilhadas deve fazer parte do processo de fortalecimento das notificações, as quais possibilitam ampliar as possibilidades no campo da proteção, do atendimento e da responsabilização (FALEIROS, 2003; GARBIN *et al.*, 2015). Eis aqui grandes desafios que merecem importantes reflexões críticas e transformadoras (QUADROS *et al.*, 2016). Trabalhar em equipe impõe, portanto, a necessidade de formação e capacitação dos profissionais e a existência de espaços com estrutura de atendimento adequada, revelando a relação entre os diversos fatores trazidos pelos estudos da temática da violência, conforme já evidenciado.

Esses resultados mostram que, embora o tema seja atual, ainda são incipientes os estudos que discutem a importância da ação multidisciplinar e o papel do profissional quanto à notificação dos casos de violência (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

4.7 DESCONHECIMENTO DA DIMENSÃO ÉTICA DO QUE VEM A SER O SIGILO PROFISSIONAL

Alguns autores apresentam a preocupação com a “quebra do sigilo profissional” (GARBIN, 2014) como um dos fatores que impõem barreiras para a notificação, pelos

profissionais de saúde, dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Essa preocupação revela uma compreensão equivocada acerca das orientações éticas profissionais quanto ao sigilo instituído nos critérios legais (ASSIS *et al.*, 2012)

Esse equívoco traduz também um fator já mencionado, referente à formação e à capacitação dos profissionais, no que concerne ao entendimento dos critérios legais que afirmam a compulsoriedade da notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2001a).

Segundo Oliveira *et al.* (2018), na superação dessa problemática, é importante refletir sobre a necessidade de os códigos de ética de cada área exigirem explicitamente dos profissionais que a notificação seja realizada, para que se sintam amparados e dispostos a atender aos ditames legais em relação a esse processo, atendendo à exigência das normas de sua própria profissão.

4.8 IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA GESTÃO INSTITUCIONAL

A importância das ações da gestão institucional é fator referido como um grande diferencial para o enfrentamento da violência, pois, se a instituição de saúde estiver adequadamente comprometida com a defesa e a segurança dos cidadãos, poderá fomentar e dar sustentação ao processo como um todo e ao envolvimento dos profissionais, bem como propiciar a estes um preparo adequado (GARBIN, 2014).

Há também o entendimento de que o contexto político e institucional, e os padrões adotados para a efetiva operacionalização da notificação nos diferentes níveis de atenção são outros aspectos que influenciam o processo de notificação. Portanto, a subnotificação pode ser agravada por aspectos externos, relacionados à administração governamental, mas também à gestão de políticas públicas (MACEDO *et al.*, 2019).

Garbin (2014) afirma que a ausência de apoio do profissional por parte da instituição, em caso de notificação, gera insegurança e descrédito nas redes de apoio, pois estas se encontram desarticuladas (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). Portanto, o pouco ou o nenhum apoio por parte da gestão (ASSIS *et al.*, 2012) pode comprometer a intervenção dos burocratas no sentido de agirem conforme preconizam os critérios legais que estabelecem a necessidade da NC dos casos de violência e da superação dos fatores que impõem barreiras a essa intervenção.

É importante destacar que, embora esses fatores estejam intimamente relacionados entre si, após sua análise, foi possível separá-los em dois grupos: o primeiro está relacionado

à formação e à capacitação do profissional; o segundo, às questões de gestão institucional. Buscamos, assim, facilitar a visualização de sua interdependência, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores que interferem na implementação da notificação compulsória

FATORES RELACIONADOS À FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO	FATORES RELACIONADOS À GESTÃO INSTITUCIONAL
• Limites na formação e capacitação dos BNR dos serviços de saúde, responsáveis por atender a crianças e adolescentes vítimas de violência. • Insegurança do profissional em relação às implicações da notificação no campo da justiça, na relação com os envolvidos e na segurança pessoal. • Descrédito quanto ao alcance da resolutividade desenvolvida pelos dispositivos socioassistenciais. • Desconhecimento da dimensão ética do que vem a ser o sigilo profissional.	• Implicações no âmbito da Gestão Institucional. • Limites na implementação da PNRMAV, quanto a sua regulamentação. • Precárias estruturas de atendimento para a assistência às vítimas de violência. • Dificuldade de instituírem-se práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Com esta seção, está concluída a apresentação geral dos fatores que interferem na notificação de violência, segundo a literatura especializada sobre o tema, e, portanto o referencial teórico do estudo também está finalizado. Dando seguimento à nossa pesquisa, os procedimentos metodológicos utilizados serão apresentados no próximo capítulo.

5 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida se caracteriza como um estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, pautado em abordagem qualitativa. Para tratamento das informações do banco de dados primários, constituído fundamentalmente a partir das entrevistas semiestruturadas e dos questionários com os sujeitos da pesquisa, foi utilizada a Análise de Conteúdo (doravante AC), conforme proposta por Bardin (2011).

O estudo de caso representa uma investigação empírica, compreendendo uma lógica de planejamento da coleta e da análise dos dados. Atendendo à necessidade desta pesquisa, essa metodologia pode incluir tanto estudo de caso único quanto estudo de casos múltiplos, (YIN, 2001). Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente e uma das muitas maneiras de se fazer investigação em ciências sociais, incluindo as disciplinas tradicionais, tais como a Psicologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Antropologia, a História e a Economia, além das áreas voltadas à prática, como planejamento urbano, administração pública, política pública, ciência da administração, trabalho social e educação. Ou seja, o estudo de caso pode ser compreendido como instrumento de investigação e uma modalidade de pesquisa aplicada a diversas áreas do conhecimento, inclusive a área em que se realiza esta pesquisa.

A pesquisa de natureza exploratória é caracterizada por estabelecer critérios, métodos e técnicas para a sua realização e por oferecer informações sobre seu objeto e orientar a formulação de hipóteses (CERVO; SILVA, 2016). Esse tipo de pesquisa visa à descoberta e à elucidação de fenômenos, ou à explicação daqueles aspectos que não eram aceitos, apesar de evidentes. A exploração representa, atualmente, um importante diferencial em termos de concorrência (GONÇALVES, 2014).

Na pesquisa de caráter descritivo, realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião (BARROS; LEHFELD, 2007). A finalidade desse tipo de pesquisa é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos.

Conforme citado, a abordagem deste estudo é qualitativa. Esta, segundo Dalfovo, Lana e Silveira (2008, p.7), “descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuindo no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos”. Fielding (1999), considerando os estudos sobre a

metodologia da abordagem qualitativa de Norman Denzin e Yvonna Lincoln, afirma que os métodos qualitativos, nos últimos tempos, têm sido aceitos e muito utilizados na academia. Flick (2009, p. 276) acrescenta que “a interpretação de dados é a essência da pesquisa qualitativa, embora sua importância seja vista de forma diferenciada nas diversas abordagens”.

A técnica para análise dos dados escolhida para este estudo foi a AC, seguindo as conceituações de Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014). Destaque entre os métodos qualitativos, esta técnica tem sido muito utilizada nos últimos anos e vem ganhando legitimidade em virtude da preocupação com o rigor científico e a profundidade das pesquisas (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011, p. 38), a AC compreende a utilização de várias técnicas, com as quais se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores, quantitativos ou não, permitindo a realização de inferências.

Nesta pesquisa, por meio dessa técnica, submetemos os dados primários, decorrentes das entrevistas e dos questionários a várias operações classificatórias, em busca de correlações e repetições de discursos idênticos, apoiando-nos no arcabouço teórico de referência.

A AC, enquanto método de organização e análise dos dados busca qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos, organizando-se em três fases, que serão descritas a seguir.

A primeira fase é constituída pela pré-análise, na qual se procura tornar operacional o material coletado, tomando contato com os documentos e realizando a leitura dos mesmos. Trata-se do momento em que se começa a conhecer o texto, selecionando os documentos, demarcando o que será analisado, partindo para a formulação das hipóteses e dos objetivos e, finalmente, determinando os indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

Em seguida, há a fase da exploração do material, que compreende a descrição analítica, considerada como uma etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Ela consiste na definição de categorias, a partir de um sistema de codificação e de identificação das unidades de registro, visando à categorização e à contagem frequencial, permitindo compreender a significação exata da unidade de registro (BARDIN, 2011). Segundo Bardin, a categorização é uma operação de classificação de

elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero de critérios previamente definidos (BARDIN, 2011, p. 119).

Por fim, há o tratamento dos resultados, interpretação e inferência, que diz respeito à condensação e ao destaque das informações para análise. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, culminando nas interpretações inferenciais para a elaboração das conclusões do estudo (BARDIN, 2011).

É relevante destacar as ideias de Minayo (2001) acerca da transitoriedade do conhecimento, em permanente evolução. Afirma a autora: “o produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarada de forma provisória e aproximativa” (2001, p. 79). Tal reflexão considera que “em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras”, sendo este o caminho natural da ciência. Como afirma Kuhn (1991), o conhecimento científico não cresce de modo cumulativo e contínuo; ele é descontínuo e opera em saltos qualitativos.

Vale lembrar que, na interpretação dos dados da pesquisa e como modelo de análise de implementação abordada neste estudo, será utilizado o *bottom-up*, que compreende o processo de implementação de uma política como algo dinâmico, contínuo, flexível, podendo se ajustar às contingências nas quais são implementadas (LOTTA, 2010, p. 19; LIMA; D’ASCENZI, 2013).

Lotta (2010) afirma que os estudos de Lipsky (1980) trazem à tona a preocupação em saber o que acontece no lócus da ação do burocrata de nível de rua, buscando identificar os fatores que influenciam a sua ação e o seu comportamento. Por isso, é pertinente ressaltar a pergunta norteadora desta pesquisa, qual seja: Quais os fatores que interferem na implementação da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes em um hospital universitário?

Essa pergunta norteia o objetivo geral da pesquisa, que é investigar os fatores que interferem na implementação da NC dos casos de violência contra crianças e adolescentes em um Hospital Universitário, a saber, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Nossos objetivos específicos são:

- Evidenciar o papel das unidades que atendem crianças e adolescentes no HC-UFPE, dentro da Rede de Atenção à Saúde (doravante RAS);
- Identificar o perfil dos burocratas que ocupam os cargos de chefia e gestão da Instituição e dos BNR que constituem as equipes assistenciais;

- Mapear as medidas institucionais adotadas para a implementação da NC dos casos de violência contra as crianças e os adolescentes;
- Identificar os fatores que explicam a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes segundo os participantes da pesquisa.

Esses objetivos definiram o caminho metodológico, com a pesquisa aos documentos e a pesquisa junto aos burocratas de nível de rua, seus chefes e gestão institucional. O arcabouço teórico apresentado e as fases da AC deram as bases para a interpretação dos dados e para a análise de implementação abordada neste estudo. No próximo capítulo, temos a apresentação do lócus da pesquisa, com a apresentação da instituição – HC-UFPE, dando ênfase às Unidades que atendem o público infanto-juvenil.

6 CONTEXTUALIZANDO A INSTITUIÇÃO E OS LOCAIS DA PESQUISA – HC-UFPE

6.1 HOSPITAL DAS CLÍNICAS – HISTÓRIA

A partir da segunda metade do século XX, dezenas de hospitais-escola vinculados às universidades foram sendo estruturados por todo o País e, aos poucos, revelando a sua importância enquanto instituições de formação de recursos humanos na área da saúde, de desenvolvimento de tecnologias para diagnóstico e tratamento e de prestação de serviços de alta complexidade à população (ARAÚJO; LETA, 2014).

Segundo a avaliação do Ministério da Educação (doravante MEC), enquanto um dos órgãos reguladores e mantenedores, os hospitais universitários mantêm um dos “maiores padrões de eficiência à disposição do Sistema Único de Saúde” (ARAÚJO; LETA, 2014).

Em suas origens, os hospitais universitários tinham uma natureza assistencial de cunho caritativo e, no final da década de 80, mais especificamente com a criação do SUS em 1988, ganharam maior relevância assistencial com a retração da prestação de serviços pelos setores filantrópico e privado, passando a integrar-se ao Sistema Público de Saúde, através de convênios pelo SUS (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

O Hospital das Clínicas – HC-UFPE, órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco, foi construído na década de 50. Contudo, a sua inauguração no campus universitário só ocorreu em 14 de setembro de 1979, data que marca o início da transferência gradativa da primeira unidade hospitalar ligada à Universidade Federal de Pernambuco, o então Hospital Pedro II. Seu objetivo inicial era apoiar as atividades de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFPE – CCS, atuando como hospital de ensino, finalidade que veio se ampliando até passar a atuar como centro de pesquisas científicas e prestador de serviços de saúde, ligado ao SUS, para atender à população do Estado de Pernambuco e da região Nordeste (BRASIL, 2015).

Conforme a Carta de Serviços ao Usuário, o HC-UFPE tem como missão “Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, à promoção e à preservação da vida”. Tem como visão “Ser referência nacional e internacional como hospital público universitário fortalecendo o Sistema Único de Saúde”. Como valores, a instituição tem os ideais de “Legalidade, Transparência Humanidade, Conhecimento,

Entusiasmo, Comprometimento, Profissionalismo, Impessoalidade, Moralidade e Cortesia” (HC UFPE, s. d.).

Em 2013, ocorreu no HC-UFPE uma importante mudança administrativa, com a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (doravante EBSEH), passando a ser uma empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, cuja criação foi autorizada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e cujo Estatuto Social foi aprovado pelo Decreto nº. 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Vale salientar que, mesmo com essa mudança, o HC-UFPE continua sendo um dos órgãos suplementares da UFPE, diretamente subordinado ao Reitor, para efeito de supervisão e controle administrativo, mas com os recursos provenientes tanto do MEC como do Ministério da Saúde. Desta forma, com a responsabilidade de continuar atendendo pacientes exclusivos do SUS, e no que se refere à gestão e infraestrutura, tem as seguintes diretrizes: a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira¹².

6.1.1 Organograma Institucional

A estrutura organizacional proposta para os hospitais do sistema EBSEH tem como pressuposto principal o alinhamento com a estrutura prevista para a sede da Empresa, assegurando “coerência entre os objetivos, processos de trabalho e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas”. De acordo com a definição tradicional de estrutura organizacional, o Hospital está estruturado da seguinte forma (Figura 3):

¹² Disponível em: www.ebserh.gov.br. Acesso em: 20 out. 2019.

Figura 3 - Organização institucional - Hospital das Clínicas/UFPE



Fonte: EBSERH, 2019.

Como se pode observar, após a adesão à EBSERH, a organização administrativa do HC-UFPE apresenta-se hierarquicamente da seguinte forma: no topo da hierarquia institucional estão situados o Colegiado Executivo, ligado à Auditoria e ao Conselho Consultivo. Logo abaixo está a Superintendência, cargo cuja indicação, considerando que o HC é órgão suplementar da UFPE, cabe ao Reitor, em acordo com a EBSERH, respeitando os seguintes requisitos: o indicado precisa ser do quadro permanente da universidade contratante da EBSERH, obedecendo aos critérios estabelecidos de titulação acadêmica e comprovada experiência em gestão pública no campo da saúde, nos termos do artigo 6º da Lei nº. 12.550, de 15 de dezembro de 2011¹³.

Por sua vez, a indicação das gerências é de competência do Superintendente da Unidade Hospitalar e de uma comissão composta por membros da Diretoria Executiva da EBSERH, e é realizada a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas, de acordo com a normativa interna que trata do assunto, conforme as Figuras 4 e 5.

¹³Disponível em: www.ebserh.gov.br. Acesso em: 20 out. 2019.

Figura 4 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde – Hospital das Clínicas/UFPE



Fonte: EBSERH, 2019.

Dando seguimento à apresentação do Organograma Institucional, as Figuras 3 e 4 mostram as Gerências e Unidades, inclusive aquelas que compõem os locais onde se realizou a presente pesquisa, ou seja, foi solicitada a participação da Superintendência, da Gerência de Ensino e Pesquisa (doravante GEP) e da Gerência de Atenção à Saúde (doravante GAS), considerando que estes estão na linha de gestão relacionada às Unidades pesquisadas.

Na Figura 4, pode-se observar também a Divisão de Gestão do Cuidado (doravante DGC) e, ligadas a esta divisão, inserem-se as Unidades, entre as quais estão as que foram locais de investigação desta pesquisa, a saber: Unidade de Atenção à Criança e ao Adolescente (doravante UACA), Unidade Materno-infantil (UMI) que compreende as Unidades de Atenção à Saúde da Mulher (UASM), Triagem Obstétrica (doravante TO) e Centro Obstétrico (doravante CO), além do Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans (doravante EACPT).

6.1.2 Recursos Humanos e Estrutura Física e de Atendimento

De acordo com informações recentes da Divisão de Gestão de Pessoas (doravante DivGP), da Unidade de Gerenciamento de Pós-Graduação e da Unidade de Contratos (atualizado em 12.3.19), o HC possui 1.237 servidores regidos pelo Regime Jurídico Único (doravante RJU), 990 empregados públicos da EBSEH em regime de CLT, 63 voluntários, 479 terceirizados, além de 314 residentes da área médica, de enfermagem, de nutrição e da residência multiprofissional.¹⁴

Ainda conforme o mesmo site da EBSEH, com dados atualizados em 17/09/2019, o HC realiza por mês uma média de 16.419 mil consultas ambulatoriais, 1.531 internações, 4.577 exames por imagem, 39.950 exames ambulatoriais, 922 cirurgias e 180 partos. Quanto aos indicadores referentes a internações, o HC-UFPE realiza por mês 1.130 admissões e 1.134 altas, com uma média de duração de internamento de 7 dias, ou seja, uma semana.

Em relação à sua capacidade Física, o HC-UFPE, conta com uma área física de 62 mil metros², um total de 418 leitos, 10 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo (doravante UTI) adultos e UTI Cirúrgica, Unidade Neonatal (doravante UNN): UTIN– 10 leitos, UCINCO – 10 leitos e UCINCA – 5 leitos. No 4º andar, situa-se o Alojamento Materno – 13 leitos para mães acompanhantes de recém-nascidos da UNN. Há também 10 salas no Centro Cirúrgico, 4 salas no Centro Cirúrgico Ambulatorial (doravante CCA), 4 salas no CO, 15 hemodialisadores no Centro Dialítico (BRASIL, s. d.).

6.1.3 O Atendimento ao Público Infanto-juvenil – Linhas de Atuação do HC-UFPE

O HC-UFPE atua nas áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência. No ensino, vinculado ao MEC, busca servir de campo para a prática na formação de profissionais das diversas áreas da saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, com programas de Residência Médica, Enfermagem, Nutrição, Residência Multiprofissional, além de estágios curriculares para estudantes de graduação da UFPE de diversas áreas. Na pesquisa, desenvolve novos conhecimentos na área da saúde, firmando-se como um importante centro de realização de projetos de pesquisa. Na extensão, trabalha com o intuito de aproximar a universidade da sociedade, por meio de projetos comunitários, de acordo com a Política

¹⁴Hospitais Universitários Federais. *HC em números*. Hospital das Clínicas - HC-UFPE. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. [s.d.]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/licitacoes-e-contratacoes>. Acesso em: 27 de mar. 2019.

Nacional de Saúde (doravante PNS). Conforme já evidenciado, na assistência integra o SUS, intervindo junto à população, a partir de atendimentos ambulatoriais, exames diversos e de internação como referência de média e alta complexidade para todo o Estado de Pernambuco, além de atender também as regiões Norte e Nordeste.

Considerando a condição de sua infraestrutura tecnológica, atua em mais de 40 especialidades médicas. Contudo, considerando a temática desta pesquisa, será dada ênfase à apresentação dos Serviços e Programas voltados ao atendimento aos usuários crianças e adolescentes do HC-UFPE. Desta forma serão apresentadas as seguintes unidades de atendimento: Unidade de Atendimento à Criança e ao Adolescente (UACA), Unidade Materno Infantil (UMI) e EACPT.

O atendimento voltado à criança e ao adolescente no HC-UFPE compreende vários serviços especializados, ambulatoriais e de internação que estão inseridos em distintas Unidades e localizados em diferentes espaços da Instituição.

6.1.4 A Unidade de Atendimento à Criança e ao Adolescente (UACA)

A Unidade de Atendimento à Criança e ao Adolescente (UACA) é constituída por serviços de ambulatórios (clínicos e cirúrgicos) e de internação, que atendem exclusivamente o público infanto-juvenil, ou seja, usuários (as) na faixa etária entre 0 e 12 anos incompletos e adolescentes de 13 a 18 anos incompletos.

Esses serviços localizam-se em espaços distintos do Hospital: os ambulatórios clínicos e cirúrgicos ocupam o 2º andar do Bloco F; o ambulatório de puericultura está localizado no 2º andar do Bloco E, e a enfermaria ocupa o 6º andar, ala sul do prédio de internação (Bloco C).

Os serviços ambulatoriais abrangem várias clínicas, sendo constituídos pelas seguintes especialidades: Cirurgia Pediátrica, Pediatria Geral, Gastroenterologia, Alergologia, Imunologia, Nefrologia, Pneumologia, Endocrinologia, Neurologia e Puericultura. Quanto ao acesso ao atendimento, há algumas variações e modelos. O ambulatório de Puericultura recebe os usuários egressos da maternidade (HC-UFPE), mas também usuários encaminhados pela rede externa; crianças e adolescentes que acessam o hospital através da Regulação da Secretaria do Estado de Pernambuco¹⁵. No que se refere aos

¹⁵“A Regulação em saúde pode ser entendida como um mecanismo de gestão no SUS que visa garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado da população aos serviços de saúde” (RECIFE, 2018).

demais ambulatoriais (clínicos e cirúrgicos), o paciente pode chegar ao Hospital pela regulação ou acessar o atendimento a partir de triagem interna que ocorre em alguns ambulatoriais, a exemplo do ambulatório de Gastropediatria.

Por sua vez, o Serviço de Internação é voltado tanto à assistência dos usuários encaminhados pelos ambulatoriais especializados do próprio Hospital, como também recebe o público infanto-juvenil proveniente da rede externa, ou seja, dos serviços de emergência do SUS. Neste caso, a internação acontece através do contato da equipe médica da enfermaria do HC com as unidades de urgências da região metropolitana de Recife, e, na medida em que é informado e avaliado o perfil clínico do paciente e em que há disponibilidade de leitos, os pacientes são encaminhados à enfermaria.

A estrutura de funcionamento dos serviços ambulatoriais é formada por consultórios, na maioria das vezes climatizados, o que não ocorre com as salas de espera dos respectivos ambulatoriais, destinadas aos pacientes e seus familiares. Há também uma sala para a coordenação do trabalho desenvolvido nos diversos ambulatoriais. Vale salientar que, no ambulatório de puericultura, também funciona a sala de imunização, haja vista a clientela atendida.

Os serviços ambulatoriais e de internação contam com equipe técnica multiprofissional (ver Tabela2, página75). Nos ambulatoriais, essa equipe é composta por especialistas médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; na enfermaria, a equipe é constituída por assistente social, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo e médicos. Ambos os serviços, ambulatoriais e de internação, solicitam ou encaminham casos para a assistência de outros profissionais de especialidades distintas quando necessário, tais como: fisioterapeutas, fonoaudiólogos e especialistas médicos como ortopedistas, psiquiatras, cardiologistas, urologistas, entre outros.

Vale salientar que, nessa unidade, há a presença dos profissionais residentes e estudantes de graduação realizando estágios curriculares. Portanto, enquanto hospital de ensino, os serviços contam com a presença de estudantes e residentes de diversas áreas, tais como as áreas médicas já mencionadas, além de Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

Quanto à presença de projetos de extensão, no ambulatório de Endocrinologia, vale a pena destacar o Projeto Brincando com Arte, direcionado às crianças diagnosticadas com diabetes. Esse programa vem sendo coordenado pela equipe do referido ambulatório, que desenvolve trabalhos educativos junto aos usuários e familiares, buscando a adesão ao tratamento.

Na Enfermaria de Pediatria, há o Projeto de Extensão da Brinquedoteca, coordenado pelo Serviço de Psicologia, que visa ofertar atividades lúdicas às crianças internadas. Esse projeto acontece em uma sala de recreação devidamente equipada, localizada no andar da própria enfermaria, em que os estudantes da Universidade, de diversas áreas, realizam atividades recreativas com as crianças internadas.

Essa enfermaria tem a seguinte estrutura física: sala de reunião dos profissionais; sala para os profissionais médicos e de enfermagem (reunião e repouso do plantão); sala do Serviço Social, Psicologia e Enfermagem; sala de TV, posto de enfermagem, copa e sala de procedimento. Conta com 13 quartos, que possuem de 2 a 4 leitos, camas e/ou berços, todos com pontos de oxigênio, compreendendo um total de 40 leitos. Todos os quartos têm banheiro e cadeiras tipo longarina para os acompanhantes. Vale salientar que a enfermaria não possui UTI pediátrica e, conseqüentemente, não recebe pacientes em situação clínica de alta complexidade, como é o perfil da instituição, pois não teria suporte para atendê-los.

6.1.5 A Unidade Materno-infantil (UMI): Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM), Triagem Obstétrica (TO) e Unidade Neo-natal-UNN

A Unidade Materno-infantil é constituída por três serviços que estão instalados em diversos locais do hospital, quais sejam: a Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (doravante UASM), que é constituída pela Maternidade (localizada no 9º andar, ala norte do Bloco C), o Ambulatório de Ginecologia (doravante AMG, localizado no 2º andar, do Bloco E) e o CO (localizado no 4º andar, do Bloco C).

Nesse mesmo Bloco C (4º andar), funciona também a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (doravante UCINCa), a UTI Neonatal e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (doravante UCINCo). No térreo, mais especificamente no Bloco F (entrada pela Portaria III do hospital), está instalado o Serviço da Triagem Obstétrica (doravante STO), responsável pelo acolhimento das pacientes e pela decisão sobre a necessidade de internação, medicação ou encaminhamento.

O atendimento da Unidade Materno-infantil (UMI) realiza-se a partir da ação das equipes multidisciplinares, com diversas categorias médico-especializadas (obstetras, anestesistas, pediatras, ginecologistas, etc.), equipe de Enfermagem, além dos profissionais do Serviço Social e da Psicologia (ver Tabela 2, página 73). Vale ressaltar que se incluem nessas equipes os estudantes e residentes das diversas áreas de saúde.

Considerando que os atendimentos da Unidade Materna Infantil (UMI) não são exclusivos às crianças e adolescentes, esta apresentação dará maior destaque aos Programas e Serviços que incluem esse público, a exemplo do atendimento das gestantes adolescentes atendidas em todos os serviços dessa Unidade.

Desta forma, o Programa de Apoio à Gestante Adolescente (doravante PROGESTA) deve ser destacado. Este é desenvolvido no AMG, tendo como objetivo atender as necessidades específicas dessas adolescentes, a partir do seu acompanhamento, durante o período de três meses, com a participação em reuniões semanais. As adolescentes recebem, além da assistência ao pré-natal, informações relevantes a partir de ações socioeducativas, com foco na promoção da saúde. Esse trabalho é realizado por equipe interprofissional, com a participação de pediatras, assistente social, enfermeira, psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta.¹⁶

Por sua vez, o CO do HC-UFPE é responsável pelo atendimento das gestantes com parto de alto risco, entre as quais se incluem as gestantes adolescentes. O acesso ao referido Programa se apresenta de duas formas: a partir de demanda espontânea, ou por meio da Central de Regulação de leitos (doravante CRL) da Secretaria Estadual de Saúde (doravante SES), de onde as gestantes já vêm triadas.

Outros programas também merecem destaque, a exemplo do Programa Minha Certidão (doravante PMC), ação voltada à garantia do direito e atenção ao público infanto-juvenil que é desenvolvida no 9º andar do Hospital, mais especificamente na maternidade, visando garantir à criança nascida no Hospital o Registro de Nascimento. Essa ação é assegurada a partir da instalação de um Cartório nas dependências da maternidade.¹⁷

Também na Maternidade, é desenvolvido o Programa Banco de Leite (doravante PBL) do Hospital das Clínicas, que se sobressai enquanto ação de estímulo ao aleitamento materno, atendendo ao berçário, à maternidade, à UTI, além dos demais andares solicitantes do Hospital. O Banco de Leite também faz atendimento externo, para a coleta de leite humano, que ocorre uma vez por semana nas residências das doadoras. Essa doação é colhida e feita a entrega em recipientes que são armazenados para futuras coletas. As doadoras são orientadas sobre o programa, a forma como deve ser feita a ordenha e os cuidados com a mãe

¹⁶HC - UFPE. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. ME. Progesta abre inscrição para nova turma. 07 fev. 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/noticia-destaque/-/asset_publisher/Nm3SIn4Jbrre/content/id/4916412/2020-02-progesta-abre-inscricao-para-nova-turma. Acesso em: 20 fev. 2020.

¹⁷Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria da Criança e da Juventude de Pernambuco. Programa Minha Certidão – Mãe Coruja Pernambucana. Disponível em: <http://www.scj.pe.gov.br/minhacertidao>. Acesso em: 20 jan. 2020.

e o bebê, havendo um processo de seleção e avaliação para a participação no referido Programa.¹⁸

Além disso, o HC-UFPE, desde 2000, vem recebendo a certificação anual de Hospital Amigo da Criança, iniciativa lançada no mundo inteiro pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), por oferecer distintos serviços voltados à saúde da gestante, da lactante e de seu bebê, conforme já apresentado. Há também outros serviços voltados a esse público, tais como: o atendimento nos ambulatórios de pré-natal, no ambulatório de Puericultura, na Sala de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta e o Alojamento Conjunto.

6.1.6 O Espaço de Acolhimento e Cuidados de Pessoas Trans da UFPE (Espaço Trans /UFPE)

Localizado no 2º andar do Bloco E, o Espaço Trans/UFPE foi credenciado pelo MS como um dos centros de referência do Processo Transexualizador¹⁹ através da Portaria SAS/MS nº 1.055, de 13 de outubro de 2014, e instituído no HC-UFPE) pela Portaria Administrativa HC/UFPE/EBSERH nº 97 de 14 de agosto de 2015.²⁰

O processo transexualizador é uma política pública do SUS que foi instituída através da Portaria nº GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, com diretrizes de funcionamento estabelecidas pela Portaria SAS/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013). Essa política prevê ações de atenção à saúde em modalidade hospitalar e/ou ambulatorial, voltadas para a transição de gênero.

O HC-UFPE é um dos cinco hospitais do Brasil a realizar esse procedimento. Conforme determina o Ministério da Saúde, é necessário que o paciente seja acompanhado pelo serviço durante um período mínimo de dois anos, para poder se submeter ao procedimento (UFPE, 2019)²¹.

¹⁸HC - UFPE. ME. Ambulatório de Puericultura promove ações educativas sobre aleitamento materno. Ministério da Saúde. 11 ago. 2017. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDfo/content/id/2336513/2017-08-ambulatorio-de-puericultura-promove-acoes-educativas-sobre-aleitamento-materno. Acesso em: 20 jan. 2020.

¹⁹ O Processo Transexualizador compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde implicadas no processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas(LIONÇO, 2009).

²⁰EBSERH. HC - UFPE. ME. Boletim de Serviço nº 24, de 28 de agosto de 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/175881/Boletim+de+Servi%C3%A7o+HC-UFPE+24+-+28082015.pdf/9e69c0e4-c2ae-49eb-ac25-7346c1d332f8>. Acesso em: 20 jan. 2020.

²¹UFPE. Agência de Notícias Ascom. 21 dez. 2019. Disponível em: https://www.ufpe.br/agencia/noticias/-/asset_publisher/VQX2pzmP0mP4/content/espaco-de-cuidado-e-acolhimento-trans-do-hc-comemora-cinco

A equipe que compõe o espaço é multidisciplinar (ver Tabela 4, página 76), composta por profissionais das áreas de Urologia, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Farmácia e conta com a parceria de diversas especialidades como Ginecologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cirurgia Plástica, Fonoaudiologia, entre outras.

Segundo dados da UFPE (2019), ao longo desses cinco anos, foram e continuam sendo atendidas 308 pessoas: 211 mulheres trans e travestis, 93 homens trans e 4 intersexo. Até o momento, foram realizadas 43 cirurgias de redesignação.

Em meados do ano de 2019, foi criado um grupo voltado para adolescentes trans, motivo pelo qual essa Unidade foi incluída como área de interesse desta pesquisa. Nas palavras da coordenação da Unidade, “trata-se de um espaço de cuidado para uma parcela específica da população historicamente excluída; um espaço de interlocução entre os profissionais de saúde e entre a academia e a assistência; e um espaço de troca de afetos e de possibilidades de cuidado de forma diferente e considerando a integralidade da atenção à saúde”.

No que se refere ao atendimento aos adolescentes, segundo informação dos profissionais da equipe do referido serviço, o grupo é composto por 11 adolescentes, que se reúnem quinzenalmente sob a coordenação de equipe psicossocial, uma assistente social e uma psicóloga. O acompanhamento multidisciplinar nas ações do Espaço Trans é muito valorizado. Segundo a coordenadora desta Unidade: “... além de ser um espaço para transformação dos corpos, lá também se trabalha a troca de informações, o reconhecimento do gênero de identidade do sujeito e a despatologização da pessoa trans. Ajudamos a adquirirem segurança para que se sintam confortáveis com seus corpos e identidades”.

No próximo tópico, será apresentada a população que constituiu este estudo. A elaboração da população da pesquisa permitiu uma primeira aproximação com o perfil dos burocratas responsáveis pelo atendimento ao público infanto-juvenil, destacando algumas de suas características.

6.2 A POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

Para a definição da população a ser pesquisada, foi realizado um levantamento de todos os BNR vinculados formalmente à Instituição, ou seja, os funcionários ou empregados públicos que se encontram envolvidos na assistência à criança e ao adolescente usuários do

hospital. Como já evidenciado, esses profissionais estão inseridos nas diversas Unidades do Hospital das Clínicas-UFPE que prestam assistência ao público infanto-juvenil, de forma exclusiva ou não. Conforme já explicitado, a escolha dos BNR como população a ser pesquisada se justifica, tendo em vista que a lei determina que a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência é de responsabilidade de todos os burocratas comprometidos no atendimento a esse segmento populacional.²²

Desta forma, foram identificados os BNR que estão inseridos nas equipes de trabalho das Unidades apresentadas nos itens anteriores, ou seja, no capítulo anterior, a saber: UACA; Unidade Materno-infantil, constituída da UASM, UTI-NEO, TO e, por fim, o EACPT (Espaço Trans/UFPE). Esses dados foram acessados a partir de informações do Programa de Ensino HC-UFPE 2019²³, e nas escalas de lotação mensais dos profissionais dos respectivos serviços.

Vale salientar que, com base nesses documentos, foi possível identificar que os BNR que se vinculam às referidas unidades estão integrados a elas de diferentes formas, como: acadêmicos, residentes, servidores públicos, empregados públicos e voluntários. Destes, os servidores e empregados públicos foram considerados como aqueles que melhor acumulam a memória institucional e, portanto, foram selecionados para a pesquisa. Os BNR que preencheram os critérios de inclusão foram identificados entre os seguintes profissionais: assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, técnico administrativo e terapeuta ocupacional.

Ademais havia a necessidade de incluir na pesquisa as principais autoridades na hierarquia institucional: o superintendente, o gerente de atenção à saúde, o gerente de ensino e pesquisa, além dos chefes das unidades assistenciais. Porém, não foi possível entrevistar as referidas autoridades, pois os cargos estavam desocupados, em virtude da mudança do reitorado, cuja eleição havia ocorrido em período recente. Desta maneira, a pesquisa focou a atenção nas entrevistas desenvolvidas com os chefes das unidades assistenciais e com o último superintendente do HC-UFPE, exonerado em 2019.

²² ...considerando os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS n.737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União, de 18 de maio de 2001, resolve:

Art. 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes – ou participantes, a qualquer título, do SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos (BRASIL, 2002b).

²³UFPE. EBSEH. Hospital das Clínicas UFPE. Programa de ensino HC - UFPE 2019: Residências, Graduação e Ensino Técnico. Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Pernambuco. Recife, fev. de 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/929656/Programa+de+Ensino+Resid%C3%A2ncias%2C+Gradua%C3%A7%C3%A3o+e+Ensino+T%C3%A9cnico+HC-UFPE+2019.pdf/b8e05154-1d02-493c-ab6c-86a8ae4c6cf5>. Acesso em: 20 nov. 2019.

Para melhor visualização dos elementos que caracterizam a população do estudo, foram elaboradas cinco tabelas. A segunda (Tabela 1) inclui a população de todas as unidades inseridas no estudo, e as demais (Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4 e Tabela 5) expõem as unidades separadamente, de modo que foi possível uma primeira aproximação com o perfil dos burocratas, a partir das seguintes características: categoria profissional, ser docente ou técnico, a natureza do vínculo empregatício (RJU ou EBSEH), gênero, cargo e regime de trabalho (plantonista ou diarista).

Segue a Tabela 1, com o número total dos BNR atuantes em todas as unidades que compõem a população de onde se elegeu a amostra do estudo.

Tabela 1 - População de todas as unidades que atendem o público infanto-juvenil no HC-UFPE: UACA, Unidade Materno Infantil (Triagem Obstétrica, UTI-NEO, UASM), Especializados e Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans (Espaço Trans / UFPE)

Categ. Profissional	Nº	Docentes	Técnicos	RJU	EBSEH	F	M	Diarista	Plantonista
Administrativo	3	0	3	3	0	3	0	3	0
Assistente Social	8	0	8	4	4	8	0	8	0
Enfermeiro	78	0	78	31	47	74	4	52	26
Fisioterapeuta	4	2	2	3	1	4	0	4	0
Fonoaudiólogo	4	0	4	4	0	4	0	4	0
Médico	140	36	104	53	87	110	30	99	41
Nutricionista	3	0	3	3	0	3	0	2	1
Psicólogo	4	0	4	3	1	3	1	4	0
Téc.Enferm.	163	0	163	72	91	155	8	86	77
T. Ocupacional	2	0	2	2	0	2	0	2	0
Total	409	38	371	178	231	366	43	264	145

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

A Tabela 2, conforme já citado, apresenta apenas a população da UACA, que é constituída pelos ambulatórios clínicos e cirúrgicos de Pediatria, Enfermaria de Pediatria e Serviço de Puericultura. Compreendendo 24,69% da população de todo o estudo, a UACA apresenta um importante diferencial em relação às demais unidades, pois atende exclusivamente o público infanto-juvenil.

Tabela 2 - População da Unidade da Criança e do Adolescente – UACA / HC-UFPE

Categ. Profissional	Nº	Docentes	Técnicos	RJU	EBSERH	F	M	Diurno	Noturno
Administrativo	3	0	3	3	0	3	0	3	0
Assistente Social	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Enfermeiro	13	0	13	8	5	12	1	12	1
Médico	50	29	21	28	22	34	16	39	11
Nutricionista	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Psicólogo	1	0	1	1	0	0	1	1	0
Téc. Enferm.	31	0	31	12	19	28	3	19	12
T. Ocupacional	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Total	101	29	72	55	46	80	21	77	24

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Na Tabela 3 está reunida a população da Unidade Materno-Infantil, da TO e da UTI-NEO, que, apesar de se dividirem em de três unidades distintas, optamos por apresentá-las na mesma tabela, considerando que os burocratas que atuam na Unidade Materno-Infantil compartilham a assistência aos mesmos usuários das outras duas unidades. Além disso, há algumas categorias profissionais, como a dos médicos e a dos assistentes sociais, que realizam a assistência nas três unidades distintas. Desta forma, a Unidade Materno-Infantil agrega o maior número de burocratas (68,94%) e, entre os setores, é o que oferece a maior diversidade de serviços: Maternidade, CO, Banco de Leite, Alojamento conjunto, AMG, TO e UTI-NEO. Vale salientar que o atendimento oferecido na Unidade Materno-Infantil não é exclusivo para crianças e adolescentes.

Tabela 3 - População da Unidade Materno-Infantil: (UASM), Triagem Obstétrica e UTI NEO

Categ. Prof.	Nº	Docentes	Técnicos	RJU	EBSERH	F	M	Diurno	Noturno
Assistente Social	5	0	5	2	3	5	0	5	0
Enfermeiro	63	0	63	21	42	60	3	38	25
Médico	81	5	76	21	60	71	10	51	30
Psicólogo	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Téc. Enferm.	132	0	132	60	72	127	5	67	65
Total	282	5	277	105	177	264	18	162	120

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

A Tabela 4 representa a distribuição da população do Espaço de Atenção à Pessoa Trans (Espaço Trans/UFPE), no qual funciona um grupo específico para o atendimento ao adolescente. Embora o setor apresente o menor número de sujeitos dentro dos critérios de inclusão da pesquisa (2,2%), e se trate de um trabalho recente, optou-se por incluí-lo no

estudo, considerando que o mesmo compõe o único serviço do Hospital das Clínicas voltado à população trans, sendo referência nas regiões Norte e Nordeste.

Tabela 4 - Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans. (Espaço Trans/UFPE)

Categ. Prof.	Nº	Docentes	Técnicos	RJU	EBSERH	F	M	Diurno	Noturno
A. Social	2	0	2	1	1	2	0	2	0
Enfermeiro	2	0	2	2	0	2	0	2	0
Médico	3	0	3	0	3	2	1	3	0
Psicólogo	2	0	2	1	1	2	0	2	0
Total	9	0	9	4	5	8	1	9	0

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Na Tabela 5 está evidenciada a população dos burocratas inseridos nos diversos serviços especializados, que se caracterizam pelo atendimento não exclusivo ao público infanto-juvenil. Esses burocratas são acionados pelas unidades para elaborar pareceres e realizar atendimentos, quando necessário, e constituem um percentual de 4,15% da população do estudo.

Tabela 5 - Serviços Especializados / HC-UFPE

Categ. Prof.	Nº	Docentes	Técnicos	RJU	EBSERH	F	M	Diurno	Noturno
Fisioterapeuta	4	2	2	3	1	4	0	4	0
Fonoaudiólogo	4	0	4	4	0	4	0	4	0
Médico	6	2	4	5	1	3	3	6	0
Nutricionista	2	0	2	2	0	2	0	1	1
Terapeuta Ocup.	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Total	17	4	13	15	2	14	3	16	1

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Terminada a apresentação da população do estudo, será evidenciada, no próximo capítulo, a amostra da pesquisa, além das primeiras referências no que se refere ao aprofundamento do perfil dos BNR, sujeitos da pesquisa. Também serão evidenciados os critérios para coleta de dados, finalizando com a caracterização do perfil dos sujeitos da pesquisa.

7 HC-UFPE: BUSCANDO OS FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA

7.1 A AMOSTRA DO ESTUDO: CRITÉRIOS DE SELEÇÃO, INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS E CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra deste estudo foi constituída de forma aleatória, composta dos BNR vinculados formalmente à Instituição pesquisada, seja como funcionários ou empregados públicos que se encontram envolvidos, de forma exclusiva ou não, na assistência à criança e/ou ao adolescente, e que se disponibilizaram a participar da pesquisa, após a apresentação dos seus objetivos pela pesquisadora. Entrevistas semiestruturadas e questionário foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados (Apêndices A, B, C e D).

O número total dos entrevistados não foi previamente estabelecido, posto que foi definido a partir da saturação teórica, isto é, quando se constatou que os elementos novos para subsidiar a teorização almejada não seriam mais necessários, porque as narrativas colhidas, por meio das entrevistas, acusavam certa redundância ou repetição, não sendo produtivo persistir na coleta de dados (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Com base nessas premissas, o *corpus* da pesquisa se constituiu por vinte e seis (26) questionários e entrevistas semiestruturadas válidas, sendo dezenove (19) realizadas junto aos BNR e sete (07) com gestores, perfazendo um total de três horas e quarenta e quatro minutos de gravação em equipamento eletrônico. As entrevistas foram realizadas no período de 12/2019 a 01/2020, com tempo de duração que variou de 02 minutos e 13 segundos a 21 minutos e 39 segundos. Vale salientar que houve o cuidado de entregar aos participantes da pesquisa, juntamente com o questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (doravante TCLE), em duas vias, contendo os objetivos da pesquisa, sendo elucidada a participação voluntária e garantido o sigilo a todos os participantes, conforme prevê a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (doravante CNS) (BRASIL, 2012b).

As entrevistas transcritas foram catalogadas e, posteriormente, arquivadas, com identificador definido anteriormente, categorizadas da seguinte forma: E1, para o primeiro entrevistado, E2 para o segundo entrevistado, e assim sucessivamente até atingir o total de 26 entrevistados.

Ademais, por envolver seres humanos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde, CAAE 22463419.0.0000.8807, e só foi

realizada após a aprovação de acesso aos dados necessários.

A aplicação das entrevistas e dos questionários foi desenvolvida no próprio local de atuação dos participantes da pesquisa, o que possibilitou maior aproximação com o contexto no qual o fenômeno pesquisado se desenvolve e se manifesta nas interações cotidianas, nas atividades, nos procedimentos e nos serviços disponibilizados.

A seguir, será apresentado o perfil dos entrevistados, que foi desenvolvido a partir de uma análise estatística simples do banco de dados organizado com o referido questionário. Esses dados se referem a: idade, gênero, raça/cor, profissão, tempo de formação acadêmica, formação complementar, tempo de vínculo institucional, categoria profissional, vínculo empregatício, cargo e regime de trabalho. Os resultados são apresentados a seguir.

Do total dos entrevistados, vinte e um (21) se reconhecem como sendo do sexo feminino; e cinco (05), do sexo masculino. Quanto às atividades desenvolvidas, vinte e um (21) se apresentaram como técnicos; cinco (05), como docentes. Quanto à formação profissional, cinco (05) afirmaram ser assistentes sociais; cinco (05), enfermeiros; dez (10), médicos; dois (02), psicólogos; dois (02), técnicos de enfermagem; um (01), nutricionista; um (01), fonoaudiólogo.

Quanto ao regime de trabalho, quatorze (14) se declaram servidores vinculados ao RJU; doze (12) se declararam empregados públicos, celetistas vinculados à EBSE RH. Entre os entrevistados, oito (08) são plantonistas; dezoito (18), diaristas. Quinze (15) se reconhecem como pardos; nove (09), como brancos; um (01), como negro; e um (01) se reconhece como amarelo.

No quadro abaixo, segue a distribuição dos burocratas entrevistados de acordo com os espaços socioassistenciais nos quais estão lotados.

Quadro 2 - Distribuição dos Entrevistados nos Espaços Sócio-ocupacionais

LOCAIS	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
UACA (AMB/ENF/PUERI)	10
UMI (UTI-NEO/COB/GINECO/MATER)	5
ESPAÇO TRANS	2
ESPECIALIZADO	2
CHEFIAS	6
GESTOR	1
TOTAL	26

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Quanto à formação dos sujeitos da pesquisa, apenas quatro participantes têm apenas o curso de graduação, os demais têm também uma (ou mais) formação complementar. Desta

forma, dez (10) têm especialização; quatorze (14) têm residência; doze (12) têm mestrado; cinco (05) têm doutorado e um (01) tem pós-doc, conforme quadro que se segue:

Quadro 3 - Perfil (Formação Acadêmica)

FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DA PESQUISA	QUANTIDADE
Só Graduação	04
Especialização	10
Residência	14
Mestrado	12
Doutorado	05
Pós-Doc	01

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

A idade e o tempo médio de formação técnica, no que se refere à graduação, bem como o tempo de vínculo institucional desses profissionais estão representados nos quadros apresentados a seguir (Quadro 4, Quadro 5 e Quadro 6, respectivamente).

Quadro 4 - Idade dos Sujeitos da Pesquisa

Idade (anos)	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 ou mais anos
Nº /entrevistados	10	09	07

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Quadro 5 - Tempo de Vínculo Institucional

Tempo vínculo (anos)	De 02 a 07	De 08 a 17	De 18 a 30
Nº /entrevistados	15	06	05

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Quadro 6 - Tempo de Formação Acadêmica (Graduação)

Tempo de Formação (anos)	De 08 a 16	De 17 a 21	De 23 a 30	De 32 a 40
Nº /entrevistados	10	07	04	05

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Conforme se pode observar, o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa revela que a grande maioria é composta por indivíduos do sexo feminino, 80,77%, enquanto 19,23% são do sexo masculino, com idades que variam de 30 a mais de 50 anos, estando a maioria entre a idade de 30 a 40 anos. Excetuando os técnicos de enfermagem (7,6%), todos os demais profissionais pesquisados têm formação complementar (80,7%), englobando as seguintes

profissões: assistentes sociais (19,23%), enfermeiros (19,23%), médicos (38,43%); reunidos na categoria “outros”, estão os profissionais das áreas de psicologia, auxiliares de enfermagem, nutrição e fonoaudiologia, com um percentual de 11,5%.

Quase 20% desses profissionais são docentes, com mestrado, doutorado, e um com pós-doc. Os demais profissionais técnicos têm cursos de pós-graduação, tais como: especialização (38,4%), residência (53,8%) e mestrado (7,6%). Vale salientar que os sujeitos pesquisados apresentam tempo de formação que varia de 08 a 40 anos, na seguinte proporção: 38,5 % com tempo de formação entre 08 anos e 16 anos; 27% entre 17 a 21 anos; 15,38% com período de formação entre 23 a 30 anos e 19% com formação de 32 anos a 40 anos.

Dos entrevistados, o percentual de servidores vinculados ao RJU (46,2%) é um pouco menor do que os empregados públicos, celetistas vinculados à EBSEH (53,8%), sendo 39,7% plantonistas e 69,2% diaristas.

A maioria dos profissionais entrevistados se reconhece como pardo (75%); um pouco mais de trinta por cento (34,6%) se reconhecem como brancos; os demais (7,6%), como negros e amarelos.

No que se refere ao tempo de vinculação à Instituição, um pouco mais da metade (57,6%) foi admitida no hospital entre o período de 02 a 07 anos. Com mais de 08 anos que estão vinculados ao hospital, temos um total de 23% dos profissionais entrevistados. Os 19% restantes estão trabalhando no HC-UFPE há mais de 18 anos, alguns deles com até 30 anos de dedicação à Instituição.

Apresentado o perfil dos burocratas de nível de rua, sujeitos da pesquisa, passamos ao próximo tópico, no qual será evidenciada a formação das subcategorias que possibilitaram a análise dos dados do estudo.

7.2 FORMAÇÃO DAS SUBCATEGORIAS: ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Reiteramos que, entre as várias técnicas de análise dos dados, para este estudo, fizemos opção pela AC, proposta por Bardin (2011). Seguindo as recomendações do método, foram realizadas diversas leituras dos dados coletados nas entrevistas, a fim de possibilitar a efetivação de operações de desmembramento do conteúdo em unidades categóricas, por meio de processos de fragmentação e classificação dos conteúdos, com base no referencial teórico e nos elementos trazidos pelos próprios sujeitos da pesquisa.

Vale salientar que a definição das unidades categóricas tem respaldo nos estudos de

Lipsky (1980) e Lotta (2010), quando afirmam que os BNR desenvolvem sua prática considerando seus conceitos e valores, fazendo escolhas que interferem diretamente na forma de implementação da política institucional, ou seja, utilizam a sua discricionariedade e podem agir de acordo ou não com os critérios legais. Além do mais, a dinâmica institucional e a conjuntural também interferem na condição da resposta dada pelo burocrata em sua prática profissional (LOTTA, 2010, p. 28).

No quadro a seguir, estão evidenciadas as quatro subcategorias, resultado das aproximações com os conteúdos das entrevistas e que deram sustentação para a categoria final que está diretamente vinculada aos objetivos da pesquisa em questão.

A seguir, o Quadro 7 inclui as subcategorias definidas para Análise dos Conteúdos das entrevistas.

Quadro 7 - Apresentação das Subcategorias do Estudo

SUBCATEGORIAS	CATEGORIA FINAL
1. Visão predominante dos entrevistados sobre o conceito de violência contra criança e adolescente; 2. Atividades desenvolvidas pelos BNR, para enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes; 3. Dificuldades expressas pelos BNR, para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.	Fatores que interferem na implementação da NC de violência infanto-juvenil num hospital universitário.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

No Quadro 8, estão evidenciadas as fontes, ou seja, as entrevistas que apresentaram elementos envolvendo as subcategorias que serão analisadas na seção seguinte.

Quadro 8 - Subcategorias e as Respectivas Codificações das Entrevistas Utilizadas

SUBCATEGORIAS	FONTES
1. Visão predominante dos entrevistados sobre o conceito de violência contra criança e adolescente.	E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E11, E12, E16, E20, E22, E23, E25, E26
2. Atividades desenvolvidas pelos BNR para enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.	E2, E5, E7, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E19, E20, E21, E23, E24, E25, E26
3. Dificuldades dos BNR para implementação da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E17, E18, E19, E20, E22, E23, E24, E25, E26.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

A seguir, serão apresentadas as análises dos conteúdos expostos pelos BNR durante as entrevistas, a partir das quatro subcategorias já evidenciadas. O resultado analítico da

junção dessas subcategorias possibilitou o desenvolvimento de uma análise mais específica, no que diz respeito à atuação dos BNR na implementação da PNRMAV (BRASIL, 2001c), nos diversos serviços de saúde responsáveis pelo atendimento do público infanto-juvenil.

Antes, porém, é importante evidenciar a necessidade de dar continuidade aos estudos, de outras ordens e de diferentes dimensões teórico-metodológicas, que possam, inclusive, envolver mais atores e outras instâncias e perspectivas da burocracia pública. Esta pesquisa apresenta um esforço analítico para colaborar com o debate acerca da implementação de políticas que definem as ações para o enfrentamento da problemática da violência, a partir da comunicação dos agravos de violência contra crianças e adolescentes na Instituição pesquisada, sem ter a pretensão de esgotar todas as dimensões reflexivas que o tema exige.

7.3 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE-PE: AS SUBCATEGORIAS

A seguir será apresentada a análise qualitativa construída a partir da escuta dos áudios e das leituras das entrevistas semiestruturadas, em que estão expostas as ideias e a forma de compreensão dos burocratas acerca dos temas selecionados.

Para realizar as inferências possíveis e a interpretação dos dados da pesquisa empírica, além do referencial teórico apresentado neste estudo e dos acúmulos teórico-práticos da pesquisadora, foi utilizada a leitura geral dos dados coletados, com vistas a obter o agrupamento dos conteúdos das respostas, segundo critérios definidos pela técnica de categorização proposta por Bardin (2011).

Nesta primeira parte, serão sistematizadas e organizadas as reflexões desenvolvidas pelos burocratas em suas entrevistas. A organização dessas reflexões se dará nas seguintes subcategorias de análise de conteúdo: visão predominante dos entrevistados sobre o conceito de violência contra crianças e adolescentes; atividades desenvolvidas pelos burocratas, para o enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes; e dificuldades dos burocratas para implementação da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.

Considerando a complexidade do tema, e com o objetivo de desenvolver uma análise mais ampla dos conteúdos das narrativas dos burocratas, procuramos analisar também se há convergência, ou não, das expressões apresentadas pelo burocrata em cada subcategoria, em

relação às diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c).

É importante esclarecer que as subcategorias são apresentadas separadamente, para efeito de estudo, mas salientamos que elas guardam íntima relação entre si.

7.3.1 Visão predominante dos burocratas de nível de rua sobre o conceito de violência contra crianças e adolescentes

Com o objetivo de conhecer e analisar as concepções predominantes dos burocratas sobre a violência, nesta seção, são apresentadas as distintas visões encontradas na análise dos conteúdos (AC) das respostas apresentadas pelos entrevistados. Essas diferentes concepções podem estar, ou não, de acordos com os conceitos e diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c) e da Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a).

A análise da visão predominante dos burocratas quanto ao conceito de violência faz-se necessária, pois estes, enquanto implementadores das políticas públicas, podem ou não seguir as indicações das referências legais, considerando a sua discricionariedade, que se expressa em valores e conceitos, muitas vezes, diferentes daqueles dos elaboradores da política. Tal subcategoria, portanto, traz o seu fundamento nos argumentos apresentados por Lipsky (1980). Sendo assim, é provável que sejam reconhecidos diferentes entendimentos entre os burocratas a respeito da implementação de uma dada política, mesmo estes estando inseridos em serviços que atendem o mesmo público, neste caso, o público infanto-juvenil.

Quanto aos achados identificados, observou-se que, de fato, não há unanimidade dos BNR no que diz respeito à compreensão do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes. Abaixo estão apresentadas as narrativas:

E6: (PAUSA LONGA...) “Como eu compreendo a violência... eu entendo que a violência é algo que não deveria existir... basicamente isso..., mas enquanto profissional da Saúde nos deparamos com esse ato frequentemente e constantemente... nós nos deparamos com esse ato de violência doméstica... e... O que mais nos choca é que... são pessoas próximas das crianças que...utilizam desse ato de violência... então eu entendo que... é algo muito mal... que um ser humano que deveria cuidar... então ele aproveita da fragilidade da Criança e do Adolescente e dá confiança e utilizam do ato de violência... então eu entendo que é uma coisa que não é vista por mim com bons olhos...” (E6).

E25: “A violência a gente entende como qualquer ação que possa provocar danos psicológico, físico e mesmo sexual e também dentro destas ações que podem causar essas lesões todas essas consequências também psicológicas e físicas... e aí para criança e adolescente as consequências vão muito para o desenvolvimento psicossocial e evolutivo da criança e do adolescente também, e a negligência que é isso vai dentro da natureza da violência (...) situações de família disfuncionais mesmos e que a gente identifica as situações de violência, a gente encaminha para a Terapia Familiar que dá um suporte, tem a Terapia Comunitária também...”(E25).

Como se pode observar, nesses depoimentos, predominam as visões da violência enquanto um “ato/ação”, numa alusão a atitudes de indivíduos mais fortes sobre outros mais frágeis, circunscritos nas relações interpessoais familiares. A explicação da violência, portanto, está mais próxima do entendimento da família “disfuncional”, visão que limita o fenômeno da violência a uma inadequação da função protetiva e solidária da família. Essa percepção está dissociada daquela que entende ser esse fenômeno, de natureza sócio-histórica e cultural, um agravo em saúde e de conceituação complexa, polissêmica e controversa. Um grave problema de saúde pública que existe e exige a intervenção do Estado e da sociedade, além da família, conforme orientação dos critérios legais que protegem as crianças e adolescentes.

E3 apresenta uma visão semelhante:

E3: “Eu creio que seja... é horrível porque são pessoas vulneráveis que não tem como se defender de um adulto, tanto parentesco ou não, responsável por ela. Então, é um ser indefeso, que não tem como se defender. Então, por isso é uma situação horrível de se verificar que está acontecendo” (E3).

Nesta fala, novamente é destacada a violência enquanto uma questão de ordem interpessoal, caracterizada pela relação de assimetria entre o adulto e a criança ou o adolescente, um “ser indefeso”. A percepção deste burocrata também reduz o comportamento violento ao âmbito familiar, restringindo à ordem privada a explicação desses agravos em saúde. Esta visão também pode ser observada nas transcrições dos depoimentos que seguem:

E26: “**Ao meu ponto de vista, violência é quando é... No caso da Criança e do Adolescente né, sofrem uma agressão física ou mental, ou até mesmo negligência né,** que tem... A gente vê muito na nossa rotina mães que chegam aqui no hospital **crianças que são maltratadas, desnutridas, isso para mim também é violência né...** Quando a criança que é indefesa não tem assim esse cuidado né... **Que é obrigação do adulto e é com cuidado...** No caso a ausência né... Do cuidado é... E até a gente vê mesmo **violência física** né... Crianças com marcas e crianças traumatizadas né... Devido a é... Sofrer a violência psicológica” (E26).

E2: “... **é qualquer agressão à saúde física, à saúde psíquica, à saúde emocional da criança, que a gente consegue presenciar da mãe em relação à criança, ou alguma suspeita de negligência, do aspecto físico da criança, a questão de sujidades, a questão das vestimentas, o próprio vínculo, a relação mãe e filho, cuidador e filho, cuidador e criança, que a gente possa notar que tenha alguma coisa nas entrelinhas**” (E2).

E8: “Como eu entendo... É... Quando eu escuto, observo através de relatos de mãe, de pacientes, de cuidadores, até mesmo das mães do próprio... da própria enfermaria que estão ao lado que há uma relação de abuso dessa mãe ou dessa cuidadora, ou desse responsável em relação a criança, né?... Seja aqui, no ambiente hospitalar, ou seja, em domicílio, né?...” (E8, grifo nosso).

Além de seguir a mesma visão das primeiras falas, E26, E2 e E8 apresentam suas compreensões da violência, denominando os tipos tais como: agressão física, agressão mental, negligência, relação de abuso. Também restringem o entendimento da complexidade

do referido fenômeno, mencionando apenas a sua manifestação nas relações familiares, sem abordar as suas determinações sociais, econômicas e culturais. Vale acrescentar que essas falas atribuem a responsabilidade pela violência à figura materna, como se esses agravos estivessem relacionados à questão de gênero, focalizando a figura da mãe como a única responsável pela educação e pelos cuidados dos filhos, numa visão restrita da problemática.

E9, numa perspectiva semelhante, também aborda a violência presente no âmbito familiar, atribuindo exclusivamente à mãe a responsabilidade pelos filhos, responsabilizando-a pelo agravo. E9 também identifica, nessas falas, o espaço da violência ao domínio do espaço doméstico. Avança, porém, na compreensão dos maus-tratos como a negação de um direito da criança e do adolescente; no caso, o direito a uma boa alimentação, além de outros cuidados, observando que a violência ultrapassa questões de ordem física e pode comprometer o desenvolvimento das vítimas, quando crianças e adolescentes, principalmente os menores de idade.

E9: “... Na minha prática profissional é... Eu não vejo, assim, só questão da violência física, mas a criança que **tem o direito da alimentação, que tem o direito de cuidado, eu acho que quando a gente nota é...** uma inadequação alimentar muito grande por falta das mães, muitas vezes nem por falta de acesso, mas por falta também de vontade, de querer ou também às vezes, por não entendimento da importância, ou porque tem muitos filhos é... essa questão. Então, assim, eu vejo muita negligência em relação à questão da criança... a mãe negligenciar o direito básico da criança que é a alimentação. Então, para mim isso é um tipo de violência contra criança, já que a criança é um ser que não compreende, não entende essa importância ainda né?... **Principalmente, os menorezinhos. E o que a gente sabe que é o que vão ser os mais comprometidos, principalmente, nos primeiros cinco anos de vida, tem muita relação com sua qualidade de vida, com a sua expectativa de vida, sua morbimortalidade na vida adulta, também.** Então, eu vejo muito isso... e também questões de violência que, muitas vezes, o menino não quer comer... Dá tapa na cara do menino, "coma", "eu não tenho paciência com esse menino" e grita e não só violência física, mas violência verbal também a gente encontra muito, né?” (E9, grifo nosso).

Numa perspectiva que se afasta um pouco das falas até então apresentadas, seguem outras expressões sobre o fenômeno:

E4: “... **O que eu compreendo como violência é... São fatores que atingem a criança, no caso, o adolescente tanto fisicamente como emocionalmente, certo?...muitos que é a questão da negligência com a criança, na questão do tratamento que às vezes é... Assim, levando em consideração algumas entrevistas que eu faço com acompanhante, no caso a maioria é mãe, é a questão mesmo social, né? A questão social, as dificuldades que tem é.... de fazer o tratamento realmente da forma que é para ser feito, certo?...**” (E4, grifo nosso).

Como se pode observar, na fala deste burocrata, é introduzida a questão social como fator determinante da origem da violência. Como exemplo, o burocrata menciona as “dificuldades para fazer o tratamento”. Esta visão traz elementos que denotam uma compreensão do fenômeno da violência contra criança e adolescente para além do âmbito

privado dos relacionamentos parentais.

Em outros depoimentos, ainda que em minoria no universo pesquisado, ocorre a visão da violência como um fenômeno de multifatorialidade, a exemplo dos depoimentos de E20 e de E12:

E20: “**a gente entende que a violência ela é multifatorial** então ela vai acionar demandas de **diversos saberes...** vai precisar que esses diversos saberes que atuam no campo hospitalar **se integrem para responder à essa necessidade esse cuidado da menina em situação de violência, ou com alguma história de violência...**” (E20, grifo nosso).

Considerando que a violência é um problema de saúde pública complexo, polissêmico e controverso, e que, para estudá-lo e intervir nele, é necessário olhar para ele das perspectivas de várias áreas do conhecimento, E20 revela uma visão que coaduna com o entendimento estabelecido pela PNRMAV (BRASIL, 2001c), quando afirma a necessidade de integração entre os diversos saberes no cuidado aos casos de violência, destacando a assistência interdisciplinar em concordância com uma das diretrizes da referida política, ou seja, “assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências”.

E12: “É... a violência... eu compreendo como uma...é.... ela é multifacetária né... ela tem vários fatores que ... A gente pode ver na situação da violência tem a questão **da violência institucional, tem alguns determinantes na estrutura de nossa sociedade que acabam... dependendo do gênero, da raça, da classe da pessoa, acaba acontecendo a violência, né?** e.... tem a violência psicológica, a violência física... são vários tipos e várias coisas que acarretam esse tipo de violência...” (E12, grifo nosso).

E12 ressalta que a violência tem suas determinações na estrutura da sociedade. Isso fica evidente à medida que nomeia alguns tipos de violência, como violência institucional, psicológica, física, associando-a a questões relativas a gênero, raça, classe social e a fatores econômicos. O burocrata traz as determinações sócio-históricas de situações de violência e, desta forma, também se aproxima do conceito apresentado na PNRMAV (BRASIL, 2001b).

Também apontando a multifatorialidade da violência, mas valorizando outros aspectos do fenômeno, E11 destaca:

E11: “Certo, **eu entendo a violência como uma questão multifatorial...** Como uma questão multifatorial e que ela **é só a pontinha do iceberg que... acontecem muitas outras coisas antes do da violência em si é...** que aí, por exemplo, aqui a gente... o maior número de notificação que a gente tem no COB é de gestante menores de 14 anos, **e aí a gente vê a naturalização dessas relações é...** da... das adolescentes ... Formando novas famílias e formam novas famílias por conta, às vezes, de questões de renda...(...) Mas a gente percebe que a grande maioria é de baixo risco, não é da Região Metropolitana... é... tem... Iniciou a vida sexual muito cedo, aos 12 aos 11 anos, e aí, na grande maioria das vezes, **nos atendimentos que a gente faz aos acompanhantes, os acompanhantes não conseguem identificar, muitas vezes, isso como uma questão de violência. Acham que ela “treinou”, foi uma trela, e tudo bem! Agora eles vão dá conta da gestação... Mas não conseguem identificar como um fator de violência...**” (E11, grifo nosso).

Como podemos observar, a fala de E11 destaca os agravos sofridos pela gestante adolescente, definindo a violência como uma situação multifatorial e complexa, chamando atenção para os riscos da sua naturalização, haja vista as vulnerabilidades impostas pela precarização da estrutura socioeconômica à qual as famílias são submetidas, além dos valores arraigados a uma cultura patriarcal que subjuga a mulher. Corroborando esse entendimento, segue a fala de E16:

E16: “Então na nossa sociedade por incrível que pareça apesar do mandamento legal do nosso código penal dizer bem claramente que manter relações com menores de 14 anos são relações criminosas sem nenhuma outra consideração adicional porque uma pessoa dessa idade não tem como consentir legalmente então é uma violência presumida, mas esse mandamento não atinge o cerne da população então chegam várias pessoas e que diz assim, mas ela é casada com marido... mesmo a gente sabendo que isso não pode de forma alguma acontecer, então, essa pessoa também precisa de suporte psicológico” (E16).

A visão da naturalização da violência também é apresentada por E16, com um enfoque que complementa as reflexões anteriores, inclusive fazendo referência à necessidade de dar suporte aos familiares que compactuam com uma visão equivocada. Os depoimentos que se seguem ampliam estas reflexões:

E12: “...espaço trans né? É... a população que a gente trabalha... a gente tá começando a trabalhar com adolescente, mas assim, com mais experiência na adulta, é uma população extremamente vulnerabilizada... por conta da vulnerabilidade também tem uma relação muito grande com a violência e você vê que **a violência na população trans e travesti é extremamente naturalizada... Isso é complicado da gente enxergar as vezes por quê está tão naturalizado tão naturalizada na pessoa que ela fala como se fosse algo natural, né?** ...ela levou um tapa, foi xingada... “não isso acontece comigo todo dia...” acontece desde muito cedo então é muito complicado é... falar de violência dessa população porque eles não veem isso como **violência vê como uma coisa rotineira e aí você tem que criar é processos e questões para facilitar que isso é uma violência, para eles começarem a entender que isso é uma violência e que eles têm direitos e faz parte da dignidade humana viver numa condição sem violência, mas não é um trabalho fácil é bem difícil na população Trans falar de violência** ... Durante todo o processo do desenvolvimento da pessoa Trans são relatos de violência, a gente encaminha o caso da violência atual. Mas eles falam de processos de violência desde a infância então por isso que eles naturalizam muito...”(E12).

E22: “**Às vezes as atitudes estão naturalizadas no cotidiano das pessoas que isso passa despercebido né...** então é interessante que a gente de alguma maneira tenha aí né, elencadas situações que vão dizer que elas são violentas, né? Que **conceituam as violências, mas que isso está tão arraigado no cotidiano das pessoas que passa de fato como comportamento normal, típico, né, natural e a gente de alguma forma destaca para isso, né**”(E22, grifo nosso).

Nas análises dos conteúdos das declarações específicas acerca dos adolescentes trans, E12 e E22 mencionam a recorrência da naturalização da violência, o que é demonstrado na medida em que os entrevistados ressaltam que as situações de violência nem sempre são identificadas pelos familiares/responsáveis e até mesmo pelas próprias vítimas. E12 e E22 salientam que a violência é um fenômeno complexo e de difícil abordagem para profissionais

de saúde. Desta cama trajetória de vida dessas pessoas, que parece ser rotineiramente marcada por circunstâncias abusivas e de negação de direitos, deste modo, contribuindo para a banalização do agravo.

Portanto, vale refletir que a visão que destaca a naturalização/banalização da violência compromete o enfrentamento desses agravos, seja por parte das próprias vítimas e seus familiares, como também por parte dos profissionais que as assistem. Do ponto de vista das famílias, sem o reconhecimento da violência como um agravo, não é preciso buscar ajuda. E no fazer profissional, como notificar o que não se percebe como violência?

Por sua vez, E22 fala da complexidade e da abrangência da violência como fator que dificulta a sua conceituação, conforme segue abaixo:

E22: “Bom... violência é um termo de bastante abrangência eu não sei nem se eu sei conceituar, né. Mas assim ... a violência é tudo ou qualquer forma de atitudes situações que fazem com que uma pessoa se sinta discriminada, que seja exposta a situações vexatórias a questões que ofendam, que maltratem... enfim... questões que vão interferir digamos assim... no bem-estar dessa pessoa né. Eu fico pensando que são várias as formas e que a gente de alguma maneira vem, inclusive, trabalhando isso para até as pessoas conseguirem identificar o que é que é violência. (...)É... particularmente na população trans a gente vai perceber que existe aí uma questão do próprio contexto social e histórico que a gente está, que é de muita discriminação muito preconceito muita dificuldade de lidar com formas diferentes das pessoas se expressarem do que a normativa tá posta né (...)Então a gente está precisando trabalhar pensando hoje como a gente vai argumentar um pouco com os pais para se também emanciparem para se fortalecerem e entenderem que não é problema do filho ou da filha e com isso eu vou ficar paradinho mas é um problema da sociedade e como a gente fazer para que eles também possam se fortalecer pra ou denunciar, ou para solicitar da escola outras soluções que não seja a de excluir né” (E22, grifo nosso).

E22 destaca que a violência se expressa no indivíduo a partir de sofrimentos de ordem física e emocional, sendo esses agravos originados no próprio contexto sócio-histórico, que determina padrões de comportamento. Destaca que a violência se exprime na discriminação, no preconceito e na exclusão, quando o indivíduo não se submete a padrões estabelecidos. No seu ponto de vista, é um problema da sociedade, que precisa ser denunciado pelas vítimas e seus familiares, havendo a necessidade da intervenção profissional, com o estímulo à emancipação das famílias, para a superação destas violações de direitos.

Referindo a violência como fenômeno que se apresenta além de agressão física, E23 traz a seguinte visão:

E23: “Nesse caso, eu venho aprendendo com o trabalho principalmente aqui no Hospital das Clínicas que **a violência ela ultrapassa aquela verdade que a gente sempre imaginava... que a violência era só uma questão de agressão física e a violência é muito mais do que isso. Então a violência pode ser uma agressão física, pode ser uma suspeita de agressão física, mas pode ser uma violência por restrição a um determinado tratamento de uma criança**, por uma negligência aquela criança levando a uma má condição de vida, um risco social que a criança

apresenta, levando uma situação de violência a ela que ela não vai chegar aos marcos adequados para idade e condição de vida que ela tem...”(E23, grifo nosso).

E23, portanto, refere-se à violência como um fenômeno abrangente que extrapola sinais e situações aparentes, como a agressão física, mostrando que ela pode se evidenciar na negação de um direito, a exemplo da “restrição de um determinado tratamento”. Ademais, E23 destaca os riscos sociais impostos pela violência, que podem comprometer os marcos do desenvolvimento e as condições de vida da criança e do adolescente.

Numa perspectiva diferente dos dados até aqui apresentados, E1 expõe sua fala:

E1: “Eu entendo, entendeu... **essa violência contra crianças e adolescentes... falta, entendeu... de punição aos agressores. A gente tem uma lei muito frouxa, tá certo? e que na realidade faz com que os agressores não temam entendeu? qualquer tipo de pena existente**”(E1, grifo nosso).

E1 apresenta uma visão que aborda a violência enquanto ato de desobediência legal, defendendo a punição como forma de “resolver” o agravo, uma vez que ela infringe medo aos agressores. Apesar de não ser esta uma visão predominante, é importante dar destaque à ideia, como forma de valorizar os comentários dos entrevistados e dispor dados para possíveis reflexões.

De maneira geral, há diversidade de concepções nas respostas dos entrevistados, predominando os conceitos que restringem o fenômeno da violência a explicações de ordem estritamente do âmbito familiar. Essas visões predominantes divergem das orientações instituídas pela PNRMAV (BRASIL, 2001c), pois não consideram as dimensões históricas, políticas, econômicas, sociais e culturais que determinam o referido fenômeno. Alguns, de forma minoritária, destacam a complexidade e a multifatorialidade da violência, além de sua abrangência, aproximando-se de uma visão integral da saúde e alertando para os riscos de sua naturalização/banalização.

7.3.2 Atividades desenvolvidas pelos BNR para enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes

Esta subcategoria fundamenta-se na ideia de que a implementação de medidas contra a violência pode ser entendida como processo dinâmico, não linear e influenciado pelas práticas desenvolvidas pelos agentes implementadores e pelas interações que se fortalecem nesse estágio do ciclo político-administrativo da política pública. Sendo assim, os BNR tornam-se mediadores que materializam (ou não) as políticas, apresentando-as aos seus beneficiários (LOTTA, 2010; ARRETCHE, 2001; LIPSKY, 1980).

Portanto, nos mesmos espaços institucionais, os responsáveis pelo atendimento do público infanto-juvenil podem assumir várias posturas, considerando a sua discricionariedade, sendo influenciados por distintos valores e entendimentos acerca do fenômeno analisado, conforme os relatos apresentados a seguir:

E26: “...a enfermagem, os médicos, a gente corre logo para o serviço social né... A gente já tem isso na cabeça da gente, aí acaba que a assistente social faz essa notificação...” (E26).

E25: “Quando a gente identifica realmente que há a situação é de violência e de negligência a gente aciona aqui no hospital o serviço social, a gente tem alguns casos que já tem acionado, e aí o serviço social vai deflagrar o Conselho Tutelar e toda aquela rede de apoio que seja necessário...” (E25).

E21: “E o que aconteceu ela tava aqui na casa... Que a gente chama a Casa das Mães também, que é o cantinho aprendendo a ser mãe **e o que se faz é contatar o serviço social né, pra que isso assim... os encaminhamentos eles sejam é... tomados né? que aí no caso as meninas elas tem essa vivência esse conhecimento e fazem toda a orientação. E aí vem (SS)... e dão todo o suporte procura ser dado...**” (E21).

E13: “...E aí **a nossa conduta é avaliar realmente, enxergar se existe ou não algum sinal físico para isso junto a história. E aí a gente encaminha pacientes junto ao serviço social né?... (...) em alguns casos que a gente ver negligência, a gente também entra junto com o serviço social e na verdade é que no HC são eles que são responsáveis por fazer notificação e qualquer contato maior via conselho tutelar...**” (E13, grifo nosso).

Identificamos nos relatos apresentados que boa parte dos burocratas não efetivam a NC e restringem a responsabilidade sobre as ações de encaminhamento dos casos identificados/suspeitos de violência a uma única categoria profissional, no caso os profissionais do Serviço Social. Desta forma, observa-se uma tendência à transferência da responsabilidade do registro do agravo identificado. Tais profissionais desconsideram as orientações instituídas nos critérios legais referentes à política de proteção integral da criança e do adolescente, considerada na PNRMAV (BRASIL, 2001c) e na Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a), que prezam pela integração da equipe de profissionais na intervenção em casos de agravo à saúde. Além disso, a visão que embasa as normativas mencionadas opõe-se a ações que restrinjam, a apenas uma área do saber, a abordagem de um fenômeno tão complexo quanto à violência.

Corroborando a perspectiva legal, outros burocratas alegaram conhecer as orientações da política, no que se refere ao preenchimento da ficha de notificação por qualquer profissional de saúde, mas não efetivam a notificação, a exemplo de E14, E9 e E2:

E14: “Acaba que eu passo, digamos assim, essa responsabilidade pra... Pra o serviço social. Eu nunca assim, nunca notifiquei, nunca preenchi uma ficha de notificação é... Por violência, **apesar né... De saber que o preenchimento da ficha de notificação é por qualquer profissional de saúde né... Não é da responsabilidade do serviço social, da Psicologia, mas acaba que a gente é envolvido né... Com outras coisas né...**” (E14).

E9: “A gente demanda muito isso para o serviço social, então, tudo que acontece né... De violência, de notificação, dessas coisas, a gente “vamos acionar o serviço social” e eu sei já que o serviço social já me falou que eu mesma posso fazer isso né... Notificar, já mostrou nossa ficha...” (E9).

E2: “... Eu sinto necessidade de sempre comunicar o serviço social. Eu sempre converso com outro profissional de saúde que esteja dando assistência àquele paciente, né? Para ver se ele compactua com a mesma coisa que eu estou pensando e aí a gente entra em contato com o serviço social a fim de notificar (...)Eu confesso que realmente eu notifiquei poucos, mas assim, sempre encaminho para o serviço social, a gente tem um relacionamento muito bom com o pessoal do serviço social a fim de a gente notificar realmente e eles sempre dizem “você tem que notificar”, “você consegue, você pode notificar”(E2, grifo nosso).

Como se pode observar, apesar de afirmarem conhecer as orientações instituídas por lei, esses burocratas não efetivam a NC, encaminhando o caso para os profissionais do Serviço Social tomarem as providências cabíveis neste sentido.

Já E16 descreve uma estratégia para o enfrentamento da violência, evidenciando um “sistema de vigilância” da triagem aos serviços de internação, envolvendo os diversos profissionais da equipe, para uma espécie de busca aos possíveis agravos, ou seja, com objetivo de identificar comportamentos que denotem haver situação de violência, como pode ser observado:

E16: “Nosso sistema de vigilância tem a ver com o **acolhimento tanto na triagem** quanto no ambulatório de pré-natal tem haver com **as visitas na enfermaria** que aí fica a cargo dos preceptores dos residentes dos Estudantes de detectarem qualquer coisa no discurso das pacientes que fogem ao habitual ou uma atitude que geralmente aquela pessoa começa a conversar, ela responde monossilabicamente ou você percebe que ela tem uma certa restrição em receber alta e não sabe explicar direito porque então nesses casos a gente aciona outros mecanismos que a gente trabalha numa lógica de atenção multidisciplinar para tentar beneficiar essa paciente” (E16).

(E16, Médico)E16: “...a gente sempre deixa a notificação para enfermagem ou para o serviço social porque a gente quer primeiro que se avalie como é que a paciente tá, se aquela informação é verdadeira...” (E16, grifo nosso).

Na ação de enfrentamento descrita pelo burocrata E16, há um diferencial, quando este inclui o cuidado em identificar sinais de violência no público atendido, a partir de ações de acolhimento durante a triagem e as visitas na enfermaria, envolvendo diversos profissionais (preceptores, residentes e estudantes) numa ação multidisciplinar. Contudo, quando se pergunta ao entrevistado sobre a efetivação da NC, ele, assim como a maioria, afirma fazer o encaminhamento dos casos aos profissionais da Enfermagem ou do Serviço Social, para que estes os notifiquem. Dessa forma, não assumem a responsabilidade pelo preenchimento da FNC, descumprindo o que está instituído na Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a). Vale reiterar que esse procedimento predomina entre as ações identificadas neste estudo.

Ademais, E16 justifica a não assunção da responsabilidade pelo preenchimento da ficha de notificação e o consequente gesto de encaminhá-la a outro profissional,

argumentando que há necessidade de validação da informação, o que não corresponde às orientações da política, (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2001a), considerando que a NC deve ser realizada por quem suspeita ou identifica o agravo, numa abordagem integral, envolvendo todos os profissionais com seus diversos saberes, buscando a articulação com a rede socioassistencial, para responder às necessidades dos agravos em saúde identificados.

Nos dados da pesquisa foram observadas ações de enfrentamento que revelam a visão biomédica da saúde, traduzida nas atividades desenvolvidas pelos burocratas, conforme evidenciam os depoimentos a seguir:

E14: “A gente, assim, aqui né... É um serviço de alto risco que é... Recebe pacientes de alto risco né... Pacientes com pressão alta, diabética, enfim, **tantas outras patologias que às vezes acaba que essa questão da violência, ela não é dada tanta atenção quanto ela realmente merece que às vezes a gente né.... Vai se enveredando por outras questões, porque tá tão imerso naquilo ali que um caso desse tipo "ah isso aí depois resolve" né... E assim acaba, diante das outras questões, acaba que vai ficando pra trás**”(E14).

E13: “...aqui é um serviço que a gente tem residente, então às vezes **é uma função que realmente não cabe diretamente ao preceptor, mas eu faço mais de casos de doença, por exemplo, sarampo, aí eles pedem que o médico coloque os detalhes, os sintomas, tudo mais né... por que foge ao serviço social, então a gente faz uma tuberculose, um sarampo, realmente doença de notificação compulsória**. Eu acho assim...” (E13).

E15: “Tem alguns protocolos teóricos né... desses, mas é difícil porque foge da rotina. Normalmente, eu acho que se eu atendesse, eu ia procurar saber qual seria o protocolo né..., mas é... **Não é uma coisa que é explícita para a gente o tempo todo não é... É diferente, tipo num protocolo de diabetes, de trabalho de parto prematuro que já é uma coisa é... Porque já é a nossa rotina. Como não é a nossa rotina, a gente... quando acontece, a gente busca é... Saber exatamente qual é o protocolo do serviço**” (E15, grifo nosso).

Como se pode observar, E14, E13 e E15 trazem, em suas descrições, elementos que revelam um entendimento da violência como algo que pode ser deixado para depois, ou mesmo, ser direcionado para outro profissional, conforme os depoimentos já apresentados anteriormente, desconsiderando as orientações dos critérios legais que priorizam as intervenções voltadas para as demandas da violência²⁴. Ademais, a ação de enfrentamento dos agravos por parte desses burocratas pode ser traduzida na atitude de dividir/separar o atendimento entre os agravos de ordem biológica, como se fossem prioridade e de responsabilidade das categorias médicas e de enfermagem, e aqueles de ordem psicossocial, direcionados aos profissionais do Serviço Social e da Psicologia.

E24, por sua vez, apresenta as ações de enfrentamento aos casos suspeitos ou confirmados de violência, destacando outros elementos, conforme segue a fala:

²⁴Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão(BRASIL, 2010).

E24: “Bom, quando a gente tem a... quando a gente tem a... vamos dizer, a chance, não... a desconfiança de que aquilo ali se trata de uma agressão a gente... **a primeira coisa a fazer é a gente tentar entender o que está acontecendo ali. Claro sem tentar não expor a criança e os pais... ou responsáveis, os pais não os responsáveis que tá ali na frente... porque nem sempre aquilo ali é a pessoa que tá do lado que fez, né...** nem sempre... Então a gente precisa entender o que está acontecendo... tentando não expor porque... se a gente configurar que esse caso... aquele lado vamos dizer assim agressor, ou não agressor, mas que tem... que está entendendo o processo, ele recua... E aí esconde e a gente não consegue penetrar. **Feito isso, a gente conseguiu colocar que realmente é um ... é uma agressão, então a gente tem que entrar em contato com as autoridades... no caso do Hospital das Clínicas a primeira coisa a fazer é chamar a segurança.** Chamando a segurança a gente vai para vocês, assistente social, e a partir daí, acredito eu que é chamar o conselho tutelar, desse modo que a gente vê... **com relação a criança a gente vai ter que colocar psicologia no caminho...**”(E24, grifo nosso).

O burocrata (E24) descreve a abordagem à criança e/ou ao adolescente e familiares/responsáveis, ressaltando a sua preocupação em identificar se o caso tratado é um caso de “agressão”, numa perspectiva que restringe a violência a um agravo físico, numa postura de controle e enquadramento. Enfatiza também a atenção com os acompanhantes da criança, evidenciando o cuidado para não haver prejulgamentos, ou conclusões equivocadas na identificação dos “agressores”. Cabe lembrar que não é de responsabilidade do profissional da saúde investigar quem foi o “agressor”, mas efetuar a NC e fazer os devidos encaminhamentos à rede socioassistencial. A NC não se caracteriza como uma denúncia, mas como o registro dos casos de morbimortalidade provocados por violências e acidentes, independente de se conhecerem os suspeitos e/ou as circunstâncias dos agravos que provocam danos à saúde e risco de morte às crianças e adolescentes.

Quando comprovada a violência, E24 argumenta sobre a necessidade de chamar as “autoridades”, referindo-se à segurança do hospital, além da necessidade de encaminhar a criança e adolescente ao psicólogo e ao profissional do Serviço Social. Ao dizer que... “a partir daí, acredito eu que é chamar o conselho tutelar”, E24 revela desconhecimento das orientações instituídas pelos critérios legais estabelecidos. Ele desconhece que a comunicação da ocorrência de agravo em saúde deve ser feita à autoridade sanitária, a partir da ficha de notificação, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes; mas, na sua descrição das ações de enfrentamento, E24 não menciona o instrumento da notificação do caso de violência.

Outros burocratas entrevistados, ainda que em número menor, revelam ações de enfrentamento que se aproximam das orientações da PNRMAV (BRASIL, 2001c) e da Portaria 1968 (2001, MS), conforme os depoimentos apresentados a seguir:

E5: “**Aqui a gente já sabe que os casos que chegam, a gente têm que notificar.** Então, por exemplo, a questão... do adolescente nessa fase que está gestante, a gente

tem que notificar né? E aí, eu não **tenho procurado saber se o outro setor notificou, eu faço, porque eu sei que... a orientação logo quando eu cheguei aqui, nós conversamos. É minha obrigação, né?... E as colegas conversaram sobre isso comigo, assim, a gente tem que notificar, tem que encaminhar para o conselho tutelar nessas situações de gestação, né?... Até a idade de adolescente, tem que fazer isso...**” (E5).

E12: **“Quem faz o atendimento então qualquer pessoa da equipe que fizer o atendimento identifica a violência faz... e quando tem dúvida leva para a equipe para reunião de equipe a gente tirar as dúvidas para pessoa fazer a ficha”** (E12).

E23: **“todo caso que a gente tem encontrado de suspeita tem sido notificado através da ficha de notificação do evento e encaminhado para assistente social, a gente não vai fazer propaganda, mas a gente tem a melhor assistente social do hospital que é muito resolutiva que tem muita consciência do fato e consegue fazer uma ponte entre o serviço onde a criança está inserida e o nosso serviço... isso leva assim isso faz com que essas crianças consigam melhor ao tratamento melhorar a condição de vida no local nos casos de violência de agressão física a assistente social também intervém e encaminha o processo adequado Então a gente tem agido dessa forma”** (E23).

E19: **“Quando é identificada, quando eu sei que a criança é vítima ou o adolescente é vítima de violência, eu tento fazer a notificação, eu não peço para outro profissional, porque eu que tive... eu que descobri, eu que soube... (...) quando eu identifico eu vou no computador, entro e procuro "ficha de notificação de violência", imprimo, faço a notificação, encaminho para o NEPI e eles dão as providências... Agora, se eu precisar ir marcar uma consulta médica, eu agendo, mas a notificação, eu faço, pra mim não tem...”** (E19).

E20: **“... a gente tem como protocolo né? Instituído na instituição e no serviço social daqui que é a notificação... então a gente preenche a ficha de notificação de violência e procede com os encaminhamentos para a rede de proteção nesse contexto né? (...) (QUANTO AO ATENDIMENTO) o acolhimento inicial, a notificação, o atendimento à família, articulação com o Conselho Tutelar e com os demais equipamentos do território, como o CRAS é o CREAS, a Unidade da Saúde da Família no sentido de uma atenção integral ao adolescente como preconiza a política né, no Estatuto da Criança e do Adolescente...”**(E20, grifo nosso).

Divergindo das intervenções até então apresentadas, os burocratas E5, E12, E23, E19 e E20 afirmam realizar as ações indicadas pela normativa para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, responsabilizando-se pelo preenchimento da NC; além de realizarem um esforço para uma prática multidisciplinar, com discussão do caso em equipe e a articulação com a rede externa. Observa-se também que alguns detalham a abordagem à vítima de violência numa perspectiva integral, citando os dispositivos socioassistenciais do território e a lei que garante o direito da criança e do adolescente.

E7, destacando a ação de enfrentamento da violência, também evidencia a articulação extra-institucional diante da complexidade da problemática, nas seguintes palavras:

E7: **“e aí a gente tem escolas da rede privada da rede Municipal e Estadual... Inclusive tem meninos que... Um menino que está se escolarizando domiciliarmente pela dificuldade de enfrentar esta problemática e isso aí tem motivado a gente, inclusive, a diálogo com a rede externa pra pensar estratégias assim, intersetoriais de enfrentamento dessa coisa por que, no que... é... se refere a população transgênero existem outros marcadores de exclusão que acentua essa dificuldade para eles, e é... que acaba que eles acabam assimilando esse processo de que aquilo não é um espaço para eles circularem mesmo, não é? A família fica meio sem saber**

como enfrentar para não personificar essa denúncia essa demanda e acabar realçando ainda mais o processo cultural de exclusão que já existe” (E7).

Como se pode verificar, E7 enfatiza suas “estratégias intersetoriais de enfrentamento”, cuja alternativa de intervenção profissional requer a articulação com a rede externa diante de situações complexas de violências, que aparecem como mais desafiadoras para alguns grupos específicos, no caso a população transgênero e, mais especificamente, os adolescentes trans.

E10 também destaca a importância da articulação extrainstitucional no enfrentamento do fenômeno da violência, mas no sentido de preparar os profissionais para intervir diante de situações de maus-tratos:

E10: “tem que haver também uma preparação de todas as pessoas para alertá-las de quais os sinais que você pode ver e que podem sugerir que aquela criança, que aquela pessoa tá sendo vítima de violências, que isso é importante, que a preparação espacial é um... faz parte das ações de gestão. Primeiro a divulgação, preparação espacial e saber o que fazer com essa criança. Então é muito importante, assim, articulação com outros órgãos que são de fora do hospital, Conselho Tutelar e outros que tratam desse tipo de coisa é... Seria essa uma proposta interessante de implantar aqui dentro do hospital” (E10, grifo nosso).

Desta forma, o burocrata E10 evidencia, na sua narrativa, a sugestão de articulação com a rede socioassistencial, para mobilizar e preparar os profissionais internamente. Reconhece esta ação como de responsabilidade da gestão, além de entender que a intervenção profissional a esses agravos no HC-UFPE, conforme os critérios instituídos, ainda não são reconhecidos e identificados por todos os burocratas; portanto, segundo a fala de E10, esse é um tema não incorporado na rotina institucional.

Entre os entrevistados, houve um burocrata que, apesar de inserido num serviço que recebe o público juvenil, não reconhece a necessidade de desenvolver ações de enfrentamento da violência, afirmando que esses casos não chegam ao hospital, pois considera que a rede externa ao HC-HFPE garante a detecção/triagem e o encaminhamento dos casos às referências institucionais organizadas para acolher e assistir esta demanda específica, conforme podemos observar na sua fala:

E15: “É. Eu particularmente nunca atendi nenhum caso explícito de violência, nenhum caso que me fizesse levar a crer que foi é... Nem explícito nem que me fizesse acreditar que fosse violência (...) Não é a nossa rotina, por que existe um serviço em Pernambuco que é explícito, assim, é especificamente para isso. Então, é... Normalmente do Estado, de Recife né... Nem do Estado todo, mas assim, de Recife, região metropolitana, naturalmente as pacientes são drenadas para o hospital Agamenon Magalhães que é um serviço de referência em violência⁹⁶. Então eu acho que por isso a própria central de leito já encaminha para lá, os profissionais todos eles, são uma coisa bem divulgada é... Já encaminham direto para lá, porque lá tem toda uma estrutura, inclusive, com delegacia se a paciente tiver... com posto policial se a paciente quiser... For da vontade dela de denunciar, enfim, existe todo uma

proteção do ponto de vista de saúde quanto social para a paciente que é atendida lá. Então, naturalmente todo mundo já encaminha, já direciona para esse serviço que é onde tem a melhor estrutura para atender casos de violência”(E15).

Nas atividades desenvolvidas pelos BNR, predominam ações que restringem a responsabilidade pela utilização de estratégias de enfrentamento dos casos suspeitos/identificados de violência a uma única categoria profissional, o Serviço Social, numa intervenção que fragmenta as dimensões biológicas e as psicossociais, e, por sua vez, nega a intervenção interdisciplinar e integral, desconsiderando as orientações instituídas pela PNRMAV (BRASIL, 2001b) e mais especificamente pela Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a).

Na próxima seção serão apresentadas as dificuldades expressas pelos BNR quanto à efetivação da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.

7.3.3 Dificuldades dos BNR para implementação da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes

Esta categoria visa identificar as dificuldades para implementação da NC dos casos de violência, segundo os BNR entrevistados. As várias explicações sistematizadas serão dispostas a seguir, propiciando a análise dos conteúdos de suas falas e destacando as implicações das dificuldades enfrentadas pelos burocratas na implementação da referida política no HC-UFPE.

Objetivando favorecer a apresentação das dificuldades descritas pelos burocratas, foram organizados subitens, considerando as suas distintas características. Vale salientar que as dificuldades apresentadas guardam uma relação de influência e complementariedade entre si. São estas: limite na formação e capacitação dos burocratas de nível de rua; impasses relacionados ao preenchimento da FNC; ausência de protocolo institucional; desarticulação entre as unidades assistenciais responsáveis pelo atendimento às crianças e adolescentes e desconfiança da rede socioassistencial de proteção da criança e do adolescente, para encaminhamento dos casos de violência.

7.3.3.1 O limite na formação e na capacitação dos burocratas de nível de rua

O despreparo dos burocratas na temática da violência foi evidenciado por vários profissionais, destacando diferentes aspectos, conforme se pode observar nos depoimentos

que se seguem:

E6: “...A gente tá incentivando a universidade a trazer isso para gente devido à necessidade que a gente tá tendo problema... tá vindo e a gente tá sentindo que tem necessidade de se capacitar entendeu... Acho que é mais ou menos isso... **E aí a gente não foi preparado**, não foi capacitado, dado armas novas para lidar com o próximo, entendeu...”(E6, grifo nosso).

As observações de E6 destacam a iniciativa de requerer à Universidade capacitação, haja vista as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde no despreparo para intervenção nos casos de violência e, por sua vez, na implementação da NC destacada pela referida política. Abaixo, segue outro depoimento afirmando esta dificuldade:

E10: “Bom, eu acho que o primeiro fator a ser destacado é a... O desconhecimento pela boa parte da população, dos profissionais desse hospital dessa obrigatoriedade de notificação. Eu particularmente não... sabia que era importante, sabia que tinha que ser feito que é um dado, mas eu não sabia da obrigatoria... Da obrigatoriedade da notificação. Eu acho que é o primeiro fator é... Direto que, assim, é a pedra principal, ou seja, essa instituição tem a obrigação de informar, então cabe a... aos gestores ou a quem faz... Era implementar isso de forma efetiva, já que a gente faz obrigatoriamente para dengue, para doenças, para óbitos, etc. Por que não para o caso da violência? Eu acho que é o primeiro fator...” (...) Eu acho que haveria necessidade de preparar as pessoas para abordar esse tipo de problema, não é de fácil abordagem é... Muitas vezes o próprio paciente prefere omitir a violência pela vergonha, por uma série de outros fatores ou, até mesmo, com medo de ser é... Com medo de ser castigado depois e enfim sofrer as represálias disso e principalmente nesse grupo né... de que trata a pesquisa que é o grupo de violência infanto-juvenil tá...” (E10, grifo nosso).

E10, no que lhe concerne, aponta como primeiro fator de dificuldade, “a pedra principal”, o desconhecimento, por parte de boa parte dos profissionais da Instituição em estudo, de como intervir e notificar os casos de violência, principalmente envolvendo o público infanto-juvenil, ressaltando que ele próprio também não conhecia essa obrigatoriedade. Aponta também que as medidas para garantir a preparação dos profissionais, para que estes efetivem a NC, é uma obrigação da gestão institucional, que deve estar em acordo com as determinações legais que assim exigem. Corroborando com estas reflexões, segue o depoimento de E17:

E17: “Eu acho que a gente deveria despertar a seguir este caminho estamos muito atrás de ter esse olhar às vítimas de violência que chegam aqui e passa despercebido ou a gente faz de conta que não vê eu não entende o que é que ela tá dizendo... eu não...**educação continuada dos cursos serão tema da própria educação permanente do hospital e eu acho que uma boa você está fazendo isso porque isso deve puxar um carro alegórico pra para que a gente trilha esse caminho porque tá a gente está muito aquém mesmo aqui dentro...**” (E17, grifo nosso).

E17 destaca que a instituição ainda não incorporou em sua agenda a temática da violência, enquanto prioridade a instituir-se no hospital e sugere a educação permanente

nesta temática. Evidencia ainda a necessidade de que iniciativas de estudos e pesquisas sejam promovidas, como esta pesquisa, reconhecendo que a agenda institucional do HC-UFPE ainda não incorporou as orientações da PNRMAV (BRASIL, 2001b).

As implicações na formação dos burocratas, desde a graduação, com o destaque para aqueles que nunca tiveram acesso aos referidos temas, seguem nas falas de muitos burocratas, conforme se pode observar:

E24: “não... não... minha graduação é antiga... lá atrás... praticamente não se falava isso, não é? E durante toda a minha formação, e depois disso a gente continuou estudando nas pós-graduações da vida, não me lembro de ter sido falado nisso, não me lembro...” (E24).

E17: “Na minha graduação a gente não... Não me lembro se a gente teve esse aporte de violência dentro da graduação de enfermagem na época em que eu fiz.... Foi na década de 70 isso não se falava sobre isso... não existia nem um espaço para dizer que bater em mulher era violência era normal (Risos), nessa época não tinha. E depois na minha vida profissional mesmo não teve, não vi não percebi nenhum movimento institucional pra capacitar os profissionais em relação à violência” (E17).

E10: “Não, nunca. Sendo bem curto, objetivo e prático, nunca. Na verdade, eu acredito que isso seja a realidade da grande maioria dos profissionais de saúde é... Eu não posso especular, mas eu acredito que algumas áreas é... Vocês do serviço social, talvez enfermagem em alguma área específica da enfermagem, mas medicina com certeza não”(E10).

E13: “Sinceramente não. É algo muito falho assim no curso de medicina e na residência médica, a gente não é treinado para essa abordagem, eu acho que fica muito de como cada médico é, como cada médico vê essa parte sentimental, a parte que toca, a parte que chega junto, cada médico tem um comportamento, porque infelizmente a gente não tem essa preparação psicológica, de assistência, de como agir diante de um caso desse, de notificação, infelizmente no curso médico, pelo menos, eu fiz na UFAL, Alagoas, Federal de Alagoas e lá não teve nenhuma vivência e fui da residência do IMIP, duas residências médicas, pediatria, endocrinopediatria, em nenhum momento foi abordado isso”(E13).

E13, em sua argumentação, destaca que, além de não ter sido preparado para intervir nas demandas de violência contra o público infanto-juvenil, durante a graduação, observa que cada médico, no caso citado, assume um comportamento diferente, o que leva a crer que a falta de uma capacitação permanente, instituída como preceitos da PNRMAV (BRASIL, 2001b)²⁵, contribui para aumentar a diversidade do fazer profissional, e a sua discricionariedade serve de meio a decidir diante de um caso de violência.

Também argumentando sobre a falta de preparo na graduação, E12 apresenta outras questões, conforme a fala:

E12: “É... **na graduação a gente não teve nenhuma cadeira sobre isso. Eu acho que foi durante o caminho profissional eu... quando iniciei, iniciei já num Conselho Tutelar...** não como conselheira mas como assistente social, foi meu

²⁵ Formação e Capacitação de recursos humanos - Esta diretriz da PNRMAV aponta para a “promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas”, para o estímulo a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional (BRASIL, 2001c).

primeiro emprego, e aí é um local muito... violência né... É violação de direito... muitas.... **E aí foi quando eu comecei a ter contato com essa questão da violência, foi quando começavam a se falar sobre a questão de notificar, porque já faz um tempo a ficha de notificação ainda não existia quando eu estava no conselho tutelar**”(E12, grifo nosso).

E12, além de também argumentar que não teve a oportunidade da preparação adequada no período da graduação, só teve acesso à capacitação sobre a temática da violência a partir de sua trajetória, com as experiências de trabalho, antes de sua chegada ao HC-UFPE. É o que também destacam outros burocratas:

E25: “Na graduação nenhuma, nenhuma, nenhuma informação na graduação. Na vida profissional teve um período que eu trabalhei na Prefeitura no Recife e teve um período que a gente teve uma capacitação de violência contra mulher, contra criança, contra adolescente... assim, durante o meu trabalho na prefeitura que eu passei 23 anos... a gente teve muitas capacitações com relação a isso”(E25).

E5: “Eu acredito que sim, na época que eu trabalhava na prefeitura. Isso tem o quê... Tem uns 5 anos mais ou menos. Eu acho que depois disso eu não tive nenhuma oportunidade de participar de um evento que tratasse diretamente disso, dessa questão da notificação e eu lembro que a notificação quando eu participei, foi uma notificação das outras fases da vida, assim, não foi direcionado para a criança e o adolescente, foi, assim, no caso, violência contra mulher, violência contra o idoso, contra a criança e o adolescente”(E5).

E11: “Eu trabalhei no serviço de violência contra a mulher no Wilma Lessa, no Hospital Agamenon Magalhães diretamente com violência contra mulher ...mas antes disso eu sempre trabalhei na saúde ...eu trabalhei no IMIP, fui assistência social do IMIP e no IMIP a gente também fazia esse... essas notificações...” (E11).

Como se pode observar, o limite na formação e na capacitação dos burocratas do HC-UFPE foi muito evidenciado nos depoimentos. Houve a constatação da quase inexistência de programas de formação e capacitação ofertados pela própria gestão institucional. Quando essa oferta ocorreu, foi de forma pontual e/ou para participação restrita de alguns profissionais. As experiências de trabalhos anteriores, ou a partir de iniciativas do próprio profissional foram os caminhos, apontados pelos burocratas, que permitiram a aproximação com a temática, considerando a falta da institucionalização da formação permanente no HC-UFPE, conforme revelam outros depoimentos que seguem abaixo:

E26: “**Não, nenhuma. Aqui dentro do hospital, nós nunca fomos convidados a participar de nada em relação a esta temática, nenhuma aula, nenhum simpósio, nenhum... Nunca abordaram assim esse contexto com a gente**”(E26).

E14: “Assim, você me perguntando se existe esse... Se eu enxergo alguma... Alguma atividade, assim, mais específica que fale. Não, assim, eu não consigo enxergar. **Eu acho que são pontuais. Alguns profissionais já trazem alguma bagagem, alguma coisa que lidam de alguma forma, mas a nível institucional, eu acho que valeria a pena a gente fazer um resgate dessa questão**”(E14).

E5: “Eu... **A única possibilidade, assim, que eu participei que me chamou atenção, no caso, foi a apresentação que houve no setor de obstetrícia e que foi discutido a questão da violência contra mulher e... Não contra a criança e o adolescente**, mas que foi colocado lá o número notificações que existem de violência contra a mulher aqui no hospital né... E, assim, no caso, a gente até ficou pensando sobre isso, o quanto aquele número, ele ainda é baixo e que precisa ser visto se não está sendo subnotificado”(E5).

E22: “Então é a gente pensar, né que às vezes a gente está querendo combater uma atitude, a gente pode talvez reproduzir ela né, a violência no caso. Então acho que exige uma delicadeza exige também assim pensar muito, **porque esse não é um tema que a gente discute nas universidades nas formações a gente vai ter só se for numa trajetória muito ímpar sua né, de procurar um... sei lá um serviço que tenha de repente este cunho. E aí você vai ter uma formação Y apropriado para isso... Mas de fato assim o tema não está disseminado né...na sociedade...**”(E22).

E5: “... Eu tento sempre me atualizar, assim, principalmente quando surge uma demanda, quando surge alguma questão que eu tenho dúvida eu sempre busco conhecimento também por conta própria. **Então, se tem alguma questão que eu tenho dúvida eu sempre busco a lei que tem referência, por exemplo, a criança e o adolescente, aí eu vou lá... Surgiu alguma dúvida, vou lá no Estatuto da Criança e do Adolescente e dou uma olhada, né?... Então, eu sempre busco a legislação e estou tentando cada vez mais participar do que existe de capacitações né... Para as questões de uma forma geral, do público que eu atendo**” (E5).

E20: “Então eu identifico nas reuniões clínicas da unidade Neonatal existe uma médica que tem puxado muito essa discussão que é justamente da violência por parceiro íntimo durante a gestação e ela como médica que ela é de uma categoria de uma correlação que tem um lugar diferenciado ainda hoje na saúde eu acho que ela é uma figura muito importante ela tem sempre reafirmado a necessidade da gente tá discutindo a violência aqui no hospital” (E20, grifo nosso).

Alguns burocratas apontam os profissionais do Serviço Social como incentivadores da divulgação e dos esclarecimentos sobre o tema, conforme seguem os depoimentos:

E9: “Não. Não, eu só tive oportunidade de receber isso aqui, né?... Quando a gente trabalha... Como aqui a gente tá trabalhando com uma equipe multiprofissional, então, que o serviço social que me apresentou isso né?... Nas aulas só de público, só de coletiva é... Eu sabia que isso existia né?... Por que eu faço parte do serviço de saúde, a gente sabe que existe, mas eu não sabia que eu podia notificar né?... Que qualquer profissional de saúde poderá notificar, então soube isso depois que eu cheguei no hospital e que fui informada pelo serviço social. Quando eu fui dizer pela primeira vez que eu tinha visto um caso de violência, assim, possível violência, aí que foi me apresentado esse questionário que poderia ser feito. Então, eu não conhecia...” (E9).

E1: “... Eu conheço a ficha de notificação porque a assistente social certo? **uma vez me mostrou. Então, eu conheço por isso.** Não, entendeu... que o serviço do hospital saísse mostrando para todo mundo”(E1).

E26: “Não, a gente vê muito pouco né... É... Até os profissionais são muito, acho que despreparados em relação a essa temática, tanto é que a gente pede sempre ajuda do serviço social, já devido a essa falta de preparo nossa em relação a esse tema” (E26).

E19: “...mas na graduação, não, eu fiz residência, essa temática é muito... E o que é prático mesmo a gente precisa saber a gente aprendeu mesmo na prática, uma com a outra..... eu trabalho muito junto com [REDACTED], assistente social, a gente foi trocando experiência. [REDACTED], na época que [REDACTED] tava envolvida, assistente social, com essa temática a gente viu os problemas e tentou construir e minimizar esses problemas, não deixar para o outro...” (E19, grifo nosso).

Nesses depoimentos, o profissional do Serviço Social é destacado como aquele que vem trazendo informações quanto à FNC, divulgando a obrigatoriedade da sua efetivação por parte de qualquer profissional da equipe. Portanto, o assistente social, além de ser muitas vezes o profissional de referência para o acolhimento e o encaminhamento dos casos de violência, também vem compondo a equipe e contribuindo para os esclarecimentos sobre a

NC diante de um caso de violência. Isso pode ser exemplificado também no depoimento que segue abaixo:

E7: “Veja, a gente sabe que... reconhecer violência no campo da saúde ainda é um desafio... Eu percebo assim que o serviço social pela sua formação ele tem, vamos dizer assim, um olhar mais alfabetizado e ele é quem realmente vem puxando a discussão pra dentro da equipe... (...) Agora o serviço social da sua parte como prerrogativa da sua atribuição é fazer a intercessão com a rede externa, chama para a discussão da demanda, como uma demanda que é da rede e pensa estratégias de enfrentamento é dentro de uma concepção intersetorial...” (E7).

Diante destes dados, é possível inferir que, no HC-UFPE, para a maioria dos burocratas, a formação e capacitação na temática da violência ainda não se incorporaram ao cotidiano da Instituição, o que representa uma barreira ao fazer profissional e, conseqüentemente, reflete em condutas predominantemente dissociadas das orientações da PNRMAV, (BRASIL, 2001c) e da Portaria 1968 (BRASIL, 2001a).

7.3.3.2 Impasses relacionados ao preenchimento da ficha de notificação compulsória

As dificuldades com relação à ficha de notificação, enquanto instrumento de comunicação da ocorrência ou suspeita de violência às autoridades competentes, foram apontadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando vários aspectos, conforme seguem os depoimentos:

E24: “Como eu estava falando previamente a você quando eu era da emergência, eu trabalhava na emergência eu tinha acesso a isso, mas desde.... sei lá quanto tempo eu não tenho acesso... não sei nem aonde ela tá, a verdade é essa... eu acho que deveria ter aqui no setor de Pediatria... não sei se tem, para você ter uma ideia, não sei se tem... mas ela deveria estar por aqui e a gente ter conhecimento dela e saber que ela existe, que eu sei que ela existe, mas saber o que ela é eu não tenho a menor ideia do que é...” (E24).

E25: “Isso é muito falho da gente identificar a situação e de não realizar... notificar... **Na minha opinião é por falta de... eu não digo nem reconhecimento do profissional porque acaba que todo mundo têm esse conhecimento que tem que fazer mas que acaba não fazendo. Eu acho que precisa estar mais visível a ficha de notificação entendeu... assim de ter um reforço para os profissionais de que isso é necessário é... sei lá uma capacitaçãozinha uma... atualização é... dos casos de violência e da necessidade disso realmente de ser notificado...**” (E25)

E3: “Eu sei que tem as notificações de doença e de violência, agora para pegar para ler eu nunca peguei para ler não. Eu sei que tem aqui no setor, mas para pegar e ler tudinho, nunca peguei não” (E3).

E8: Eu já participei de capacitações que se fala, mas não que se... ensina a gente a fazer ou que mostra passo a passo de como se faz, mas que se fala que é importante fazer essa notificação, mas eu nunca aprendi como é que se faz. (...) Já ouvi falar, mas nunca realizei, nunca fiz... Primeiro que eu nunca fui educada para notificar. Nunca na época... Desde sempre na minha atuação profissional, nunca eu fui é... Eu nunca estudei, nem nunca fui é... capacitada para fazer a notificação. Já ouvi como se deve fazer, mas nunca sentei e digo "vamos fazer agora uma", vamos sentar e fazer para eu aprender como se faz. Não sei. Não sei fazer... (...) Não. Conheço... Devo conhecer, tipo numa dessas coisas que eu fiz e que apresentaram, mostraram o slide ou comentaram, explicaram, mas eu nunca peguei numa ficha, nunca entrei no

site onde eu pudesse fazer, eu não sei nem onde é que eu faço essa notificação” (E8, grifo nosso).

Como se pode observar no que se refere aos impasses relacionados ao preenchimento da FNC, foram várias as questões apontadas pelos burocratas, tais como: ausência da ficha nos setores de atendimento, desinformação quanto ao seu preenchimento e a falta de capacitação profissional. Observa-se que, em todos esses depoimentos, em menor ou maior grau, predomina o desconhecimento da real finalidade da notificação e da importância do monitoramento da violência a partir da efetivação desse instrumento.

Há também queixas quanto à natureza da FNC, entendida como “trabalhosa e complicada”. Outra justificativa para o não preenchimento da ficha de notificação é a sobrecarga de trabalho, com a necessidade de atendimento de muitas demandas. A seguir, apresentamos os depoimentos que evidenciam essas dificuldades:

E18: “A gente tem a ficha no setor, então qualquer pessoa que queira fazer a notificação tem uma ficha no setor já, não precisa tirar xerox. Você procura a ficha no hospital, tem no setor. É uma ficha que é trabalhosa de preencher, a gente preenche, mas a gente pede para o aluno preencher porque é muito trabalhosa, então assim, a gente faz ... mas é uma ficha que podia ser mais simplificada, para ser mais ágil, porque se você atender um determinado serviço que tenha muito volume, como em emergência você não vai conseguir preencher aquela ficha”(E18, grifo nosso).

E18 sugere que a ficha seja mais simples, o que favoreceria o seu preenchimento, no seu ponto de vista, sendo o que também argumenta E6, conforme segue abaixo:

E6: “porque a gente não tem um curso uma capacitação **não tem...agente não é chamada para lidar com o caso como é que a gente vai preparar aquilo... Foi trazido todos os documentos para a gente mas as letras são tão pequenininhas pra preencher aquele papelzinho da notificação que eu acho que...** que eu acho que deveria ser uma coisa mais... básica mais objetiva e que funcionasse de verdade...(...) **acompanhei de perto a minha enfermeira preencher e acho as coisinhas muito pequenininhas, os quadradinhos muito pequenininhos... acho que eles poderiam ser mais fácil para gente profissional porque você vai preencher mas depois será que o profissional vai ter tempo de preencher daqueles jeito? eu acho que poderia ser reformulada mais... mais básica e mais objetiva e que funcionasse. Eu acompanho a minha enfermeira preenchendo, mas eu acho e os quadradinhos são muito pequenininhos...**”(E6, grifo nosso).

E6 evidencia também a falta de preparação dos burocratas para lidar com a complexidade da demanda da violência, destacando a exigência de tempo para que o profissional possa intervir adequadamente. Afirma já ter a oportunidade de acompanhar o preenchimento da ficha, mas, seguindo a sugestão apresentada por E18, sugere que a ficha seja reformulada para ser mais “objetiva”. Desta maneira, a resistência ao preenchimento de mais um instrumento com número grande de questões e a falta de capacitação dos burocratas revelam-se, na fala de alguns burocratas entrevistados, como dificuldades que podem

comprometer a efetivação da NC.

Complementando o depoimento, afirma E6:

E6: “...E a instituição tem tanta coisa para dar conta que não dá conta disso entendeu... então lidar com essa situação de violência doméstica é algo muito pesado para o profissional e o profissional precisava de recurso e a carga horária do profissional tem que ser levado em consideração por que isso é pesado para o profissional é bem difícil trabalhar com violência contra criança e adolescente” (E6).

Como se pode observar, E6 argumenta sobre as dificuldades impostas pelas diversas atribuições que os burocratas já acumulam, reafirmando a complexidade das demandas da violência, referindo-se à tarefa de lidar com os casos de violência como trabalho “pesado” e “difícil”. Portanto, nas expressões do burocrata (E6), foi observado que, mesmo conhecendo a ficha de notificação, reconhece que não a preenche e justificativa seu comportamento com a sobrecarga do trabalho diário, a complexidade da tarefa de lidar com a violência e as dificuldades apresentadas pelo excesso de questões e pelas características de formatação da ficha.

E9, em posicionamento semelhante a E6, também fala sobre as diversas atribuições que assume no trabalho e suas consequências para o atendimento à demanda da violência:

E9: “Então, a primeira coisa é a gente, é a gente infelizmente né... Aqui na nossa prática, por a gente ter muitas atribuições é... Assim, às vezes falta de profissional, aí a gente tem que demandar, né... Aqui é um hospital escola, então, a gente tem estagiário, tem residente, então, a gente... Eu sei que é...às vezes a gente não consegue nem vir todos os dias porque está em outro lugar, mas a gente sempre notifica para enfermagem, para o médico e para o serviço social, então, assim, eu falo notificar, mas a gente sempre aciona e mostra para equipe que encontrou aquilo né... Então, eu sempre... e não só eu, mas eu vejo sempre alguém que viu é... Que notou primeiro que isso pode tá acontecendo, vai no serviço social e avisa” (E9).

E9 afirma que a sobrecarga de atribuições gera dificuldades na assistência à violência, justificando ser este o impedimento para que atenda às referidas demandas, encaminhando os casos para outros profissionais.

E11, por sua vez, traz reflexões complementares a esses pontos de vista, com a seguinte fala:

E11: “Eu acho que também quanto mais sucateado o serviço é, pouco... poucas condições a gente tem que trabalhar em equipe. E aí partindo da realidade do SUS e de todos os desafios que a gente tem no SUS, eu acho que um deles também é **conseguir trabalhar de uma forma horizontalizada com todos os profissionais, como o conceito ampliado de saúde é...mas eu não sei como é que a gente faz isso**, pra além das urgências, pra além dos serviços de lotados, entende? Quanto mais quanto mais precarizados os serviços, quanto mais lotada a unidade e quanto mais assoberbados ficam os profissionais mais profissionais vão fazer os trabalhos que eles têm que fazer eu acho pontualmente... Então, se o médico tá ali pra fazer o bebê nascer e tem 500 mulheres esperando ele vai fazer o bebê nascer, depois vem outro, depois vem outro, depois chegou hemorragia, depois chega a enfermeira tá ali o serviço social fica para dar o suporte e acaba que **“não! Não tenho condições**

de notificar, não tem condições... não vi isso mas eu imagino que seja isso, sabe?” (E11, grifo nosso).

Como se pode observar, E11 argumenta que as condições de precarização do SUS, que geram o sucateamento dos serviços prestados, comprometem a intervenção dos burocratas, para trabalhar em equipe, numa ação interprofissional, “horizontalizada”, negando a perspectiva do conceito ampliado de saúde²⁶ e fazendo com que os profissionais foquem em suas atribuições específicas, restringindo-se a atendimentos e ações individualizadas e se eximindo da responsabilidade de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência.

Vale lembrar que este conceito ampliado de saúde referido por E11 reconhecia as determinações sociais do processo saúde/doença e ganhou corpo no Movimento pela Reforma Sanitária, na luta pela redemocratização da saúde, com a instituição do SUS e seus princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

Por outro lado, na fala de E14, observamos um depoimento que se contrapõe as visões até então apresentas, conforme podemos ver na fala apresentada a seguir:

E14: “Assim, às vezes, a gente tem realmente é... momentos né... De superlotação no meu setor e que realmente fica, o número de profissionais que ali trabalham é... Acaba que é insuficiente pra prestar o cuidado né... rotineiro que a gente já tem, mas eu acho que não seria essa a questão, ela influencia sim, mas eu acho que não seria o ponto chave é... **Uma questão, inicialmente bloqueadora pra poder, o processo, ele andar.** Eu acho que teria... São outras questões que precisam ser melhor trabalhadas certo. E, conseqüentemente, a questão da estrutura, enfim, mas eu acho que isso não seria o ponto, **eu não enxergo que isso seria o ponto implicador não, pra a motivação de um fluxo né... Eu acho que é mais assim, a questão da inexistência do fluxo, de treinar os profissionais e sensibilizar pra que aquilo ali aconteça e que as poucos isso aí vai se encaixando na rotina de cada um**”(E14, grifo nosso).

Este burocrata afirma que, apesar de as questões da sobrecarga de trabalho e das condições precárias de atendimento aos usuários da rede pública de saúde influenciarem na dificuldade de implantação da FNC, elas não são entendidas por ele como os obstáculos determinantes, ou uma questão “bloqueadora” da efetivação de uma assistência pautada em

²⁶“Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo” (AROUCA, 1987, p. 36).

ações interprofissionais, seguindo as orientações do Ministério da Saúde. E14 destaca que o limite na implementação da NC está na inexistência de fluxo institucional, da necessidade de capacitação/treinamento aos burocratas, além da sensibilização dos profissionais na temática da violência, considerando as orientações dos critérios legais instituídos pela política de proteção integral em defesa da criança e do adolescente.

Houve também observações quanto à falta de espaços específicos na ficha para registrar certos tipos de violência identificados pelo burocrata, conforme cita E23:

E23: “A minha avaliação é que faltam dados específicos para casos de não violência física então a gente quando vai preencher tem dificuldade em enquadrar vários tipos de violência na ficha, então se é uma violência agressão a gente consegue de uma forma geral, mas se é um outro tipo de violência a gente não tem como enquadrar vai sempre nas observações e não fica uma... Talvez não tenha todos os dados de forma importante dos outros tipos de violência por que você não tem onde colocar só nas observações e talvez isso não fique muito claro então para mim a ficha peca nisso e... na maioria das pessoas não entendem que é para preencher aquela ficha porque não tem essas informações, então fica difícil da pessoa entende que aquela ficha tem uma ficha não só de agressão física, de violência física porque não tem a informação para você preencher” (E23).

Em outros depoimentos, alguns burocratas reconhecem a importância da NC, mas destacam que há dificuldades quando aqueles que identificam os casos de violência (ou deles suspeitam) os repassam ao Serviço Social, para que seja, então, realizada a notificação. O que ocorre, inclusive, com demandas específicas de outras categorias, a exemplo da identificação ou suspeita de casos de violência física, desconsiderando a orientação dos critérios legais estabelecidos (ECA Artigo 13, Portaria 1.968 MS, 2001), conforme demonstra a fala de E5:

E5: “Essa questão da notificação, eu acho, assim, muito errado quando você passa uma suspeita para outro profissional, porque se você suspeitou, é o que está previsto né... Se você suspeitou, você pode notificar. Então, quando você passa, por exemplo, um profissional atende uma notificação de violência física né... Então, muitas vezes o outro profissional, ele tem muito mais condições de identificar, né?... Essa questão da violência física né?... Às vezes, por que ele faz essa avaliação física, a gente fica voltada para o social do paciente, embora, a gente também possa visualizar. Então, ele tem muito mais condições e propriedade para identificar essa suspeita, entendeu? E aí quando ele passa, por que que ele identificou e passou para o outro, quando ele suspeitou né? E, assim, eu sempre questiono isso, assim, e eu acho muito ruim isso, porque, assim, acaba que foi uma suspeita, por exemplo, o serviço social vai passar essa questão, vai fazer uma notificação, né? Ele poderia já receber a notificação né... Por uma pessoa que tem mais propriedade, principalmente, sobre a questão da violência física né.E recebendo essa notificação, encaminharia para o conselho tutelar né... Então, assim, já seria uma avaliação de outras vistas, de outras questões né... Então, já chegaria a notificação. E aí, no caso, articularia com o conselho tutelar com maior segurança e propriedade, principalmente, sobre a física né?...” (E5).

Como se pode observar, a fala de E5 faz refletir quanto à importância do trabalho interprofissional no atendimento às demandas tão complexas quanto são as relativas ao fenômeno da violência, que exige um diálogo constante entre as diversas categorias

profissionais envolvidas, bem como o partilhar das responsabilidades.

Por sua vez, nas expressões de E12, há o reconhecimento do desafio e da importância do preenchimento da FNC, como mostra o depoimento:

(E12): “A ficha de notificação em alguns momentos não são feitas por algumas pessoas da equipe... Então eu acho que isso é um desafio pra gente ou para o espaço trans utilizar esse instrumento porque se você não tem dados não tem política não tem recurso e não é visibilizado, principalmente a população trans que é uma população extremamente invisibilizada em relação à dados quantitativos não é dados institucionais como IBGE que eles estão fora... É... é uma população que a expectativa de vida era de 35 anos agora é de 29 anos justamente por conta da violência então a ficha de notificação realmente é o instrumento bem importante para gente e a gente tem está fazendo pouco uso dela”(E12).

E12 observa que a não notificação é um problema, pois gera a invisibilidade do agravo, uma vez que não são registrados os dados que possam justificar a elaboração e implementação de políticas públicas para o enfrentamento da violência.

Os dados da pesquisa mostram que o conhecimento dos critérios legais por parte dos burocratas nem sempre é suficiente para que os mesmos implementem as orientações previstas na política em questão. Há dificuldades para a implementação efetiva da NC. Esses depoimentos são reveladores da inter-relação entre as distintas dificuldades apresentadas pelos burocratas no preenchimento da FNC.

Alguns depoimentos apresentam também sugestões para a melhoria do trabalho, como a importância de se instituírem trabalhos interdisciplinares, conforme orientam as diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c). Pelos depoimentos, também ficou evidente que a heterogeneidade de posicionamentos em relação à NC se deve, em parte, à ausência de protocolos instituídos no HC-UFPE, reflexão que será apresentada na seção que se segue.

7.3.3.3 Ausência de Protocolo Institucional

As palavras de vários burocratas participantes da pesquisa denunciam a inexistência de protocolo, instituído no e pelo HC-UFPE, que pormenorize o fluxo assistencial, para regular as intervenções no atendimento dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, segundo as disposições gerais das políticas e portarias do Ministério da Saúde. Nos depoimentos que se seguem, esse problema é mencionado.

E14: “Como é que eu vou mandar essa paciente. Porque, assim, acaba que... Acaba que isso é uma questão, a meu ver, que isso vira pontual, assim, um profissional faz de um jeito, outro profissional faz de outro, faz assim né... Então, se a gente tem uma rotina institucional, todo mundo vai seguir a mesma linha, o mesmo... os mesmos caminhos.” (E14)

E25: “É de acordo com cada profissional, de acordo com cada caso... aqui não tem um fluxo...” (E25).

A falta de um fluxo instituído impulsiona os burocratas a encaminhar o caso aos profissionais do Serviço Social, como uma estratégia de abordagem dos casos de violência, o que já foi evidenciado em seção anterior. Seguem as argumentações:

E11: “Não existe um fluxo estabelecido é... Acaba que o serviço social notifica... Eu acho que todos os casos, porque eu ainda não nunca peguei um caso, eu tô aqui há três anos, não peguei nenhum caso notificado por outro profissional que chegou aqui para a gente...” (E11)

E18: “...a gente não sabe que existe uma... Um fluxo pré-determinado que todo mundo tem que seguir. A gente fala pro serviço social porque é o pessoal que tem mais... A gente tem mais acesso e é o pessoal que tem resolvido mais as situações da gente aqui é o pessoal do serviço social, mas a gente não tem assim um organograma dentro do hospital... Tem esse paciente com violência na maternidade, tem esse com violência na enfermaria da pediatria ou no ambulatório, todo mundo tem que fazer esse... Não tem uma coisa assim pré-estabelecida no hospital.” (E18)

E20: “Então... O que a gente identifica ao longo, né... Eu tenho três anos de atuação nesse serviço... E o que eu visualizo é que institucionalmente o fluxo ele é direcionado da notificação para o serviço social apesar da legislação colocar que a notificação ela deve ser feita por qualquer profissional de saúde, aquele que primeiro identificar ele deve iniciar o processo do preenchimento... Ela tá como uma atribuição quase que exclusiva do serviço social, mas identifico que alguns profissionais, eles têm essa sensibilidade, esse olhar... identificam e comunicam mas eles não notificam eles identificam e repassam muitas vezes as informações para gente são pontuais os casos em que essa situação é identificada e notificada é muito pontual já houve um caso eu acho que nesse tempo né que eu estou aqui eu lembro de duas situações que já foi notificado na triagem obstétrica as demais situações eles lembram a gente, eles lembram algumas situações... “olha essa tem 14 anos, já foi notificado ou não ? e em geral essas que são menores de 15, né...” (E20).

Como se pode observar, a estratégia, por parte dos burocratas, de reduzir a intervenção da violência ao encaminhamento dos casos aos profissionais do Serviço Social, desconsidera as orientações dos critérios legais estabelecidas pelas políticas de proteção integral da criança e do adolescente, indicados em suas diretrizes, que ressaltam a necessidade da promoção de ações interdisciplinares. Desta forma, E20 complementa com o seguinte depoimento:

E20: “Mas eu acredito que precisaria nesse processo né de adequação que houvesse um fluxo um protocolo institucional onde a instituição né desse continuidade ao fortalecimento e formação, capacitação para estes profissionais no sentido de que a notificação é uma atribuição de qualquer profissional de saúde e que todos nós temos haver com isso e que a violência ela perpassa os olhares dos diversos profissionais Então eu acho que a partir do momento que a gente retoma essa discussão da violência em si de tentar envolver outros profissionais de falar sobre isso a gente consegue eu acho sensibilizar e ter esse envolvimento esse compromisso com outros sujeitos da equipe” (E20).

E20 destaca a importância de a gestão buscar a iniciativa para instituir um fluxo de atendimento aos casos de violência, envolvendo ações de formação, capacitação e sensibilização dos burocratas, conforme as orientações das diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c), numa perspectiva integral e interdisciplinar.

Entre os depoimentos coletados durante a pesquisa, houve uma fala que se referia a iniciativas recentemente organizadas na promoção de um protocolo de intervenção multiprofissional para o atendimento à mulher vítima de violência, estando aí inserida a gestante adolescente, conforme depoimento apresentado a seguir:

E17: “Este ano a gente sentou para discutir como a gente se inserir, mesmo não sendo referência até por causa do APCION do Ministério da Saúde como a gente poderia se inserir neste circuito da violência contra mulher... Sobretudo de violência sexual, né? a gente ia abordar mais... E aí nós sentamos e fizemos... Nos reunimos preparamos um protocolo, foi: enfermeiro, médico, farmacêutico, assistente social, que na época eu acho que era [REDACTED] que veio para reunião para a gente começar a descortinar isso e preparar o ambiente... preparar um protocolo para ter um processo de atendimento inicial para essas mulheres que nos procurassem, mesmo porque a gente não tinha todo... não tem ainda... condições de fazer todos os procedimentos que se precisa para fazer na questão de violência, mas a gente poderia dar o pontapé inicial e orientar e encaminhar essas mulheres para a unidade de referência aqui mais próximo a gente fez um protocolo do que a gente precisava... Das intervenções do que a gente poderia fazer aqui a parte do acolhimento e nós ficamos...” (E17).

E17 apresenta em sua fala as ações iniciais elaboradas para a criação de um protocolo, com participação multiprofissional, reconhecendo a existência de uma rede externa e a necessidade do HC-UFPE nela se integrar, apesar de esta não ser referência e não apresentar uma estrutura ideal de atendimento. Esta ação vem se desenvolvendo a partir da inserção dos setores de Obstetrícia e Neonatologia do HC-UFPE ao projeto APCION²⁷ (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia). Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde, juntamente com outros parceiros, que tem como objetivo “ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e/ou aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado”, visando “fortalecer o papel dos diferentes atores como agentes de cooperação na área obstétrica e neonatal, incluindo o atendimento aos casos de violência”.²⁸

Refletindo sobre as argumentações de E17, observamos que, quando um projeto externo começou a se instalar no hospital, dando visibilidade a determinadas demandas e

²⁷ O projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e no Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora de referência. É um projeto para ser desenvolvido em hospitais de ensino, como é o caso do HC-UFPE, e tem como proposta a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós aborto, e inclusive atenção às mulheres em situações de violência sexual e, conseqüentemente, as gestantes adolescentes. O propósito é ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e/ou aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado. Desse modo, traz a perspectiva de potencializar a parceria entre o Ministério da Saúde, os hospitais de ensino e as instituições formadoras vinculadas a esses serviços, visando fortalecer o papel dos diferentes atores como agentes de cooperação na área obstétrica e neonatal.

²⁸ APICEON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Ministérios da Saúde/SUS. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 12dez.2019.

propondo ações em conformidade com as políticas de atenção às situações de violência, o Hospital das Clínicas fez um movimento no sentido de se ajustar às práticas instituídas na política. Neste caso específico, responde à demanda legal de organização de uma ação interprofissional, para a disposição de um fluxo de atendimento aos casos de violência nos referidos setores.

Por sua vez, E6 ressalta uma dificuldade que poderia ser considerada na construção de um protocolo institucional e de incentivo à notificação, conforme o depoimento seguinte:

E6: “Não... então... que a gente tivesse feedback. Não sei se minha enfermeira tem, mas eu particularmente não tenho... a gente notificou, passou para o serviço social aí o serviço social tomou conta pronto... Entendeu? eu só sei até aí e depois surge aquela curiosidade da gente... Como é que ficou o caso daquele fulano de tal? A gente não sabe... Não sei se... se ... Essa curiosidade é de outras pessoas, essa curiosidade é exclusivamente minha de saber o feedback. **Exemplo depois a gente poderia se reunir... x dia tem uma reunião com a equipe que acompanhou e aí isso ser repassado para o profissional.** Eu não sei se vocês têm isso eu acho que não tem... Do meu conhecimento não tem esse feedback Então eu acho que a ficha poderia ser melhor reformulada eu acho que nós deveríamos ter que vocês têm esse acompanhamento que a gente sabe mas o feedback pra o setor eu não sei se tem e para gente enquanto profissional fica aquela lacuna dizendo... tipo... Será que resolveu Será que aquela paciente tá... Porque às vezes a gente vê que a coisa esbarra por quê é difícil porque o serviço de saúde de lá não funciona porque ele não tem isso nem tem aquilo mas o problema é real entendeu... então a gente enquanto profissional não sei se isso é coisa minha mas eu fico na curiosidade tipo como foi que ficou... entendeu E aí vai vindo outro problema e ele vai passando e a gente não tem o feedback de como ficou a situação mas talvez o profissional médico tenha talvez a minha enfermeira tenha mais a gente enquanto técnico a gente não tem entendeu...” (E6, grifo fosso).

Na sua fala, E6 revela a insatisfação quanto ao desconhecimento de como são conduzidos os casos de violência encaminhados à rede externa pelo Serviço Social, sugerindo que deva haver um “feedback”, a partir de reuniões com todos os profissionais da equipe, podendo, assim, ser avaliados, inclusive, os serviços que acolheram o caso a partir dos encaminhamentos realizados.

Os dados desta pesquisa coincidem com estudos que afirmam que a ausência de informações sobre os encaminhamentos é algo comum nos serviços de saúde. Essa ausência, por sua vez, pode refletir a falta de um fluxo padronizado para atuação da rede. Consequentemente, as ações dos profissionais podem ficar na dependência de avaliação subjetiva, ou seja, da discricionariedade do profissional, no momento em que tem que tomar decisões sobre quais seriam as necessidades para o atendimento da criança ou do adolescente vítima de violência. Essa dificuldade corrobora a perspectiva de que o percurso realizado pelas vítimas, crianças e adolescentes, nos serviços da rede de proteção, carece de padronização. A inexistência de um fluxo determinado, *a priori*, compromete também a

análise e a avaliação do atendimento realizado, além de interferir negativamente na elaboração de estratégias de intervenção a serem adotadas (MACEDO *et al.*, 2019).

Diante dos achados apresentados, observa-se que, no HC-UFPE, não existe um protocolo assistencial, e essa ausência pode impactar negativamente no estímulo dos profissionais para a ação de notificar os casos de violência.

7.3.3.4 Desarticulação entre as unidades assistenciais responsáveis pelo atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência

Alguns burocratas apontam como dificuldade para implementar a NC e alcançar a adequação às demandas legais a falta de integração interprofissional entre os diversos serviços que acompanham o público infanto-juvenil. Como exemplo, temos o depoimento seguinte:

E1: “Porque na realidade o que existe no Hospital das Clínicas pelo menos até agora é uma falta de integração interprofissional tá certo, que faça com que todo mundo siga uma diretriz. E o hospital entendeu? no lugar de ser um bocado de “HCzinho” se torna um HC único” (E1).

Observa-se, portanto, a preocupação de E1 em destacar a importância da articulação entre os diversos serviços, para que seja possível seguir diretrizes únicas e superar a fragmentação da intervenção profissional na Instituição.

Essa desarticulação pode ser identificada também na fala de E14, quando ele mostra desconhecer o funcionamento do serviço que acolhe a mesma demanda em momentos diferentes. Vejamos:

E14: “É... Desses encaminhamentos, assim, é... Pode até ser que, por exemplo né... Que tenha no ambulatório daqui algum tipo de serviço, assim né... Ambulatório da mulher que é aqui no térreo, acho que no segundo andar né... Porque tem o ambulatório... Pode até ser que tenha algum tipo de serviço e acompanhamento né... Mas assim, por exemplo, eu não sei né... (E14).

E10, por sua vez, destaca o desafio da organização espacial na busca de construir uma articulação entre os serviços que têm uma intervenção complementar, obedecendo aos perfis dos usuários, conforme expressa abaixo:

E10: “... a fragmentação espacial não interfere não só nesse, como em vários outros fatores. Já é de longa data que eu fiz um curso e preparei um projeto onde cada andar seria é... Digamos, obedeceria um perfil específico de paciente. Então, vamos lá, por exemplo, segundo andar você colocaria uma unidade materna infantil, uma de obstetrícia, uma de ginecologia, uma de pediatria, toda se concentrasse. Um outro andar de especialidade cirúrgicas para adultos, um outro andar para atendimentos de clínica médica, oncologia(E10).

Por sua vez, nas análises de conteúdo das expressões de E11, é possível observar a sua

preocupação quanto à fragmentação espacial entre as unidades assistenciais, a partir da constatação de demandas que poderiam já estar sendo trabalhadas na chegada do usuário no hospital, evitando possíveis agravamentos do caso, conforme exemplificado a seguir:

E11: “Isso e aí uma das coisas que foi identificada e problematizada é o seguinte... para a gente conseguir interferir ou intervir na realidade de partos prematuros por conta de violência, a gente precisa identificar esses casos lá no pré-natal, porque aqui na Unidade Neonatal o bebê já nasceu o “prematurozinho” já tá lá, mas será que a gente teria condição de interferir na realidade dessa mulher para evitar um possível parto prematuro? Como é que a gente poderia fazer?” (E11).

E11 destaca, portanto, a preocupação em estabelecer uma intervenção que garanta a proteção da vítima da violência, a partir da articulação entre as distintas unidades que atendem ao mesmo usuário. Na sua fala, fica evidenciada uma crítica à ausência de planejamento para a definição de um fluxo de atendimento aos usuários em situação de violência, construído a partir de sua primeira inserção na porta de entrada do hospital, com a articulação entre os diferentes serviços que acolhem o mesmo usuário, numa perspectiva de cuidado e proteção integral. O burocrata revela que isso ainda não vem sendo efetivado.

7.3.3.5 Desconfiança na rede de proteção da criança e do adolescente para encaminhamento dos casos de violência

A desconfiança da rede de atendimento socioassistencial também foi evidenciada como dificuldade na efetivação da NC. Podemos perceber isso na fala de E4:

E4: “ho, sabe quem chegou aqui muito mal?... foi fulano com problema neurológico!”, certo?... Então assim... e continua morando na mesma casa, com o mesmo padrasto, com a mãe e o irmão certo? quando aconteceu a situação que a gente fez uma reunião certo... eu uma estagiária a mãe e a criança que ela repetiu tudo, com todas as posições de tudo... do que ela tinha dito no atendimento essa mãe passou o tempo todinho de cabeça baixa e eu fitou a gente... Quando terminou eu tirei a criança e eu fiquei com ela... perguntei a ela a senhora viu o quê seu filho disse ... Ela disse sei mas eu vou fazer o quê onde eu vou morar? ... fica impotente nisso certo e assim e como é que um caso desse sai daqui com o conselho tutelar, e permaneceu na mesma casa, certo?” (E4).

O descrédito na rede externa de atendimento aos casos de violência é referido por este burocrata a partir da apresentação de um caso que, apesar de todo o encaminhamento efetivado, não teve uma solução. A situação de violência se manteve, pois os profissionais esbarraram nos limites trazidos pelas complexas vulnerabilidades socioeconômicas da vítima, a exemplo do que acontece com grande parte da população brasileira em situação de vulnerabilidade social. O fato é que essa desconfiança do profissional em relação ao

funcionamento da rede socioassistencial pode gerar um desestímulo a que este burocrata siga as orientações dos critérios legais para notificar e encaminhar os casos de maus-tratos.

E7 apresenta outra dificuldade relacionada ao descrédito da rede socioassistencial, conforme o seguinte depoimento:

E7: “A gente ainda não implantou as notificações, porque é preciso ainda ter um trabalho de sensibilização com a equipe, sobre a importância dessas notificações, porque há um estigma de que só existe, como resposta das políticas, a ação policial. Então devido a toda essa falta de condições de funcionalidade das políticas de proteção, isso gera um estigma de que se a gente acionar só vai haver a punição, então... principalmente profissionais que tão...tem uma responsabilidade com o cuidado, como a psicologia ela vai ter uma é uma... Um cuidado maior no trânsito dessas é.. interseções exatamente por conta do receio de realçar ainda mais os processos de violência que essa população já vive. Então para nós conseguimos implantar a gente precisamos, antes de qualquer coisa, fazer uma sensibilização com essa equipe, pra gente entender o lado protetivo da política também, que ela não é só punição ela também é proteção, ela é cuidado também... e desmistificar esta lógica de que o Conselho Tutelar e todos os órgãos de proteção estão só para punir ou para desfazer os vínculos primários, né?... familiares... Isso é uma construção que ainda tem que ser feita para a gente chegar na rotina da implantação da notificação...” (E7).

Neste caso, o burocrata destaca a compreensão da rede como um problema para o encaminhamento do caso, pois a ideia de uma ação policial e o risco de revitimização impedem que a notificação e o encaminhamento se efetivem. E7 afirma que este é o motivo da não implementação da NC e ressalta a necessidade de promover a formação dos profissionais dos serviços de saúde para a superação de tal problema.

7.4 SÍNTESE DOS FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ao estabelecermos as subcategorias de análises e agrupá-las por meio de núcleos de sentido, buscamos a construção da categoria final, qual seja: fatores que interferem na implementação da NC de violência infanto-juvenil em um hospital universitário.

No Quadro 9 segue a síntese dos resultados encontrados a partir das subcategorias selecionadas para análise dos conteúdos das entrevistas semiestruturadas realizadas com os burocratas lotados nas diversas unidades que assistem o público infanto-juvenil no HC-UFPE.

Quadro 9 - Síntese dos resultados encontrados a partir das subcategorias

SUBCATEGORIAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS
Visão predominante dos BNR sobre o conceito de violência contra crianças e adolescentes.	A visão predominante dos BNR sobre o conceito de violência é diversificada e, com frequência, não considera o entendimento da violência contra crianças e adolescentes como um agravo em saúde, com suas dimensões históricas, políticas, econômicas, sociais e culturais. Os burocratas pesquisados, em sua maioria, apresentam para a violência explicações de ordem interpessoal, privada e restrita ao âmbito familiar; são visões que divergem das orientações instituídas pela PNRMAV (BRASIL, 2001c).
Atividades desenvolvidas pelos BNR para enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.	A análise dos conteúdos das narrativas apresentadas pelos BNR evidencia que não há uma estratégia de enfrentamento da violência comum à maioria dos profissionais, posto que os mesmos delegam ao Serviço Social a condução dos casos suspeitos/identificados de violência, em uma postura que desconsidera as dimensões biológicas e psicossociais do fenômeno e, consequentemente, nega a intervenção interdisciplinar e integral, desconsiderando as orientações instituídas nas diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c) e, mais especificamente, pela Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a).
Dificuldades expressas pelos BNR para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.	As dificuldades citadas nas narrativas produzidas pelos BNR, quanto à NC, podem ser sintetizadas como: • Limite da formação e da capacitação dos burocratas de nível de rua; • Impasses relacionados às dificuldades no preenchimento da FNC; • Ausência de protocolo assistencial ao atendimento de casos de violência; • Desarticulação entre as unidades assistenciais responsáveis pelo atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de violência; • Descrédito na capacidade resolutiva da rede socioassistencial para encaminhamento dos casos de violência.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Na análise dos conteúdos vários foram os fatores identificados ao longo da pesquisa, que desfavorecem a NC dos casos de violência, entre os quais se destacaram pelo menos dois grupos, a partir de duas dimensões, quais sejam: os que se referem mais diretamente à gestão institucional e aqueles relacionados à formação e capacitação dos burocratas. É importante lembrar a inter-relação que há entre esses fatores, assim como é importante esclarecer que não houve a pretensão de classificá-los pelo maior ou menor grau de importância/influência entre eles. Segue o Quadro 10 abaixo:

Quadro 10 - Síntese dos fatores que interferem na implementação da notificação compulsória dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes

FATORES RELACIONADOS À GESTÃO INSTITUCIONAL	FATORES RELACIONADOS À FORMAÇÃO E À CAPACITAÇÃO DOS BNR
• Ausência da PNRMAV (BRASIL, 2001c) na agenda da instituição. • Ausência de protocolo assistencial para o atendimento da violência. • Desarticulação entre as unidades responsáveis pelo atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de violência. • Inexistência de capacitação permanente e sensibilização dos BNR na temática da violência.	• Limite na Formação e capacitação dos BNR das Unidades pesquisadas, para atender às crianças e aos adolescentes vítimas de violência. • Predominância da visão biomédica da saúde, restringindo a questão da violência a um problema de ordem privada, exclusivo de “famílias disfuncionais”. • Desconsideração da violência como agravo em saúde, o que compromete a sua identificação, para que seja possível a intervenção (banalização). • Inexistência de práticas multidisciplinares na abordagem aos casos de violência. • Descrédito quanto à resolutividade dos dispositivos socioassistenciais externos. • Desconhecimento das orientações dos critérios legais da PNRMAV (BRASIL, 2001c) e da Portaria 1968 (BRASIL, 2001a).

Fonte: Elaborado pela Autora, 2020.

Como se pode identificar, de forma global, este estudo registrou que, nos espaços institucionais de atendimento ao público infanto-juvenil do HC-UFPE ainda não se observa, por parte da maioria dos BNR entrevistados, a compreensão de que a violência contra crianças e adolescentes é um sério agravo em saúde e, como tal, tem prioridade no acolhimento e na intervenção, a qual, conforme legislação específica, compete a todos os profissionais envolvidos. Com raras exceções, predomina, por parte dos burocratas, o desconhecimento dos critérios legais estabelecidos pelas diretrizes instituídas na PNRMAV (BRASIL, 2001c) e na Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a), inclusive no que se refere à obrigatoriedade da NC como forma de garantir os direitos desse grupo geracional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido nesta pesquisa traz a temática da violência contra crianças e adolescentes, no que se refere ao seu registro e monitoramento, levando a refletir sobre a necessidade de aprofundamentos e outras investigações, a partir de novas indagações surgidas durante o processo de construção deste trabalho. Dessa forma, serão registradas algumas conclusões, mas é importante ressaltar que o conhecimento se desenvolve de maneira permanente, caracterizando-se por caráter transitório e dinâmico. Além disso, o objeto de estudo abordado suscita inúmeras aproximações sucessivas com o real e suas múltiplas determinações.

Destaca-se nesta dissertação o entendimento de que as unidades de saúde se constituem como um setor estratégico para o monitoramento da violência em suas diversas manifestações e consequências, e os BNR devem estar aptos a dar visibilidade à violência, como forma de superá-la, com base nas orientações da PNRMAV (2001,MSc), efetivando a identificação, o registro e a NC, além do encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados à rede externa de proteção e assistência.

Para tanto, a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional deve ser implementada, buscando garantir a infraestrutura adequada para o atendimento às vítimas e para a formação de todos os profissionais que atendem crianças e adolescentes, em uma perspectiva orientada pelos critérios legais previstos na PNRMAV e na Portaria 1.968 do Ministério da Saúde.

A literatura especializada na temática da violência e das políticas públicas para sua coibição apresenta-nos o processo sócio-histórico da percepção e do enfrentamento da violência, desde as referências instituídas na Constituição Federal de 1988, passando pela garantia da instituição de diversas políticas públicas voltadas à infância e à adolescência, até chegar, gradativamente, à inserção do referido tema na agenda da saúde, com a compreensão da violência como um grave problema de saúde pública. Esse processo foi impulsionado devido à articulação de sujeitos sociais que buscaram refletir sobre e denunciar os agravos contra crianças e adolescentes, apontando tanto as consequências negativas desses agravos ao desenvolvimento das vítimas, quanto a necessidade da intervenção estatal. Uma das estratégias de enfrentamento determinadas pelas políticas públicas foi a institucionalização da obrigatoriedade de notificação, por parte dos profissionais da saúde, dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes (SANTOS, 2006)

Passaram-se quase 20 anos desde a promulgação da Portaria 1.968/2001 do Ministério da Saúde, e o número de notificações de casos de violência envolvendo os segmentos populacionais de crianças e adolescentes vêm demonstrando relativo aumento nas estatísticas apresentadas nos perfis epidemiológicos sobre violências. Contudo, ainda são necessários ajustes significativos relativos ao sistema informacional no que se refere à alimentação do banco de dados, à inserção das informações contidas na FNC e, principalmente, à capacitação dos burocratas responsáveis pela assistência e notificação, sendo fundamental que estes tenham uma preparação teórico-metodológica, com formação e capacitações permanentes, para que tenham condições de efetivar sua intervenção a contento.

Ademais, é sabido, com base em pesquisas e estudos, que nem todas as situações de violência contra crianças e adolescentes se expressam amplamente em perfis epidemiológicos, pois apenas um número reduzido de casos torna-se público, os outros tantos casos cometidos em diversos espaços sociais – tais como nas residências, nas comunidades, nas instituições – não são denunciados e, portanto, não são contabilizados, comprometendo seu real dimensionamento.

Um agravante dessa situação, que motivou este estudo, é que diversos estudiosos pesquisadores do tema denunciam que as unidades de saúde, responsáveis por identificar e notificar esses agravos, não vêm desempenhando o seu papel, no que diz respeito a esta obrigação. Há uma situação de subnotificação importante, e muitos são os fatores referidos em seus estudos. Além disso, considerando as análises dos achados deste estudo de caso, constatamos que no HC-UFPE a NC não ocorre conforme os critérios legais estabelecidos, mesmo com a criação e implementação de políticas públicas que afirmam a sua obrigatoriedade e orientam o profissional de saúde para sua efetivação.

Nesta dissertação, foi possível analisar essa temática no sentido de identificar quais fatores estão interferindo na implementação da NC dos casos de violência infanto-juvenil no HC-UFPE. Vale salientar que este estudo parte da compreensão de que a ação de notificar os casos de violência garante direitos, na medida em que cria possibilidades para romper situações de vulnerabilidade vivenciadas por crianças e jovens, uma vez que proporciona a visibilidade do agravo sofrido, oferecendo subsídios para a criação e implementação de programas e projetos direcionados à defesa desse público.

A partir da pesquisa bibliográfica e da pesquisa empírica desenvolvida no HC-UFPE, hospital universitário vinculado à rede SUS, foi possível identificar fatores que interferem na concretização da notificação da violência contra crianças e adolescentes. Esses fatores estão relacionados, pelo menos, a duas dimensões: à dimensão da gestão institucional e à dimensão

relativa à formação e à capacitação dos burocratas de nível de rua. Apesar dessa distinção, esses fatores guardam uma relação de interdependência e influência entre si.

Com base na análise dos depoimentos dos profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, os fatores apresentados pelos burocratas como relacionados à gestão institucional são: a ausência da PNRMAV (BRASIL, 2001c) e da Portaria 1968 (BRASIL, 2001a) na agenda da instituição, ou seja, a não introdução da temática da violência na agenda institucional; ausência de protocolo assistencial para o atendimento dos casos de violência; desarticulação entre as unidades responsáveis pelo atendimento às crianças e adolescentes; inexistência da promoção de capacitação permanente e de sensibilização dos BNR acerca da temática da violência.

Os fatores referentes à formação e à capacitação dos BNR foram identificados como: limite na formação e na capacitação dos BNR das Unidades pesquisa das, para atender às crianças e adolescentes vítimas de violência; predominância da visão biomédica da saúde, restringindo a abordagem da violência a um problema de ordem privada exclusivo de “famílias disfuncionais”; desconsideração da violência como agravo em saúde, podendo levar à naturalização dos casos de violência, comprometendo a sua identificação e, consequentemente, as ações de intervenção por parte dos profissionais envolvidos; descrédito quanto à resolutividade dos dispositivos socioassistenciais externos; inexistência de práticas multidisciplinares na abordagem dos casos de violência e o desconhecimento por parte dos burocratas das orientações dos critérios legais da PNRMAV (BRASIL, 2001c) e da Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a).

A primeira hipótese deste estudo era de que a “A temática da violência não foi incorporada prioritariamente na agenda institucional”. Com base na análise dos dados coletados durante a pesquisa, observamos que a ação da gestão institucional é um fator determinante para concretizar a implementação da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, que ocorrerá quando os padrões adotados para efetivar a notificação dos casos forem devidamente institucionalizados nas unidades que atendem o público infanto-juvenil, e seguirem as direções definidas pela PNRMAV (BRASIL, 2001c) e pela Portaria 1968 (BRASIL, 2001a).

A partir da análise dos conteúdos das expressões dos BNR participantes da pesquisa, observamos que, no HC-UFPE, a temática violência ainda não faz parte da agenda institucional, o que pode estar contribuindo para a situação de subnotificação dos casos de violência, o que confirma a hipótese do estudo.

No que diz respeito à intervenção dos burocratas que prestam assistência às possíveis vítimas de violência, foi estabelecida como segunda hipótese que “A formação e capacitação dos BNR não os habilitou suficientemente para a implementação da NC dos casos de violência, conforme orientação dos critérios legais”. A falta de formação e capacitação dos burocratas na identificação de situações de risco e dos sinais de alerta para a notificação da violência também foi confirmada ao longo da pesquisa.

Outros dados e conclusões a que chegamos, a partir da análise desenvolvida neste estudo de caso, estão elencados, de forma sucinta, a seguir.

Verificamos que, nas unidades assistenciais de saúde analisadas neste estudo de caso, há uma diversidade de visões e de práticas profissionais concretizadas pelos burocratas de nível de rua. Alguns burocratas realizam ações mais adequadas às concepções de violência que embasam a legislação vigente, a qual compreende a violência contra crianças e adolescentes como um agravo em saúde e uma violação dos direitos desses indivíduos. Porém, ainda predominam práticas que divergem das orientações instituídas nas Políticas de Proteção Integral e, especificamente, na PNRMAV (BRASIL, 2001c) e na Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a). Portanto, segundo os dados da pesquisa, apenas uma minoria dos burocratas segue as orientações legais, logo, a maioria dos profissionais entrevistados apresenta uma visão bastante restrita sobre o problema, os quais desconsideram as suas dimensões históricas, políticas, econômicas, sociais e culturais e suas graves consequências tanto para a vítima quanto para a sociedade. Alguns avaliam que a violência contra crianças e adolescentes é uma questão a ser tratada exclusivamente no âmbito familiar, não tendo a consciência sobre a urgência da adoção de medidas de natureza pública e coletiva para abordagem da referida problemática.

No que se refere à efetivação da NC, observou-se que há profissionais que ainda sabendo que podem notificar os casos de violência, delegam a ação aos profissionais de Serviço Social. Outros argumentam que não notificam os casos por desconhecer a FNC ou não saber preenchê-la. Há os que afirmam que não a encontram no setor, como também há burocratas que atribuem a não notificação à sobrecarga de trabalho. Por fim, foram identificados aqueles que não sabem que essa atribuição não é privativa do Assistente Social, de maneira que cada profissional age, em alguma medida, isoladamente, conforme a sua própria compreensão da violência e da necessidade ou não de notificar.

Desta maneira, na assistência às vítimas de violência, a maioria dos burocratas entrevistados considera que não é sua atribuição identificar, notificar e encaminhar os casos de violência, e delegam esta tarefa aos profissionais do Serviço Social. Contudo, vale

salientar que na divisão das responsabilidades com a atenção aos usuários do sistema de saúde, de fato, existem as especificidades de cada área, mas a integração dos saberes na abordagem aos usuários em situação de violência é fundamental e apontada, nas diretrizes da PNRMAV (BRASIL, 2001c), como instrumento orientador da atuação do setor de saúde. A ação de notificar os casos suspeitos ou identificados de violência é de responsabilidade de todos os profissionais que assistem o público infanto-juvenil, os quais devem desenvolver uma ação integral e interdisciplinar. Desta forma, todos os profissionais da saúde precisam estar preparados para a ação de diagnosticar/identificar, notificar e encaminhar os casos de violência. Portanto, no HC-UFPE, o reconhecimento da violência como um tema interdisciplinar permanece como um desafio, de maneira que ações que promovam o compartilhamento da notificação por todos os profissionais de saúde transformam-se num passo primordial para que se desenvolva uma estratégia de enfrentamento à violência nas unidades assistenciais de referência a este público.

Diante desses dados, concluímos que a implementação do monitoramento, que se efetiva a partir da NC dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes é algo a ser promovido nas unidades assistenciais pesquisadas. Isso ocorre, em parte, porque a capacitação desses profissionais é incipiente e, em parte, porque não há normatização e fluxos institucionais estabelecidos, como também não existe articulação da Instituição internamente e nem com a rede externa de proteção social especializada nesses casos, além de outros fatores já evidenciados. Sendo assim, os agravos identificados carecem de atendimento qualificado, de visibilidade e de monitoramento, além da notificação.

Vale destacar que a ausência de protocolo assistencial ao atendimento da violência, evidenciada nos depoimentos dos burocratas que participaram da pesquisa, apresenta-se como mais um fator que interfere negativamente na implementação da NC no HC-UFPE. Desta forma, pretendemos desenvolver, enquanto um produto deste trabalho, um protocolo institucional de intervenção profissional para a assistência dos casos suspeitos ou identificados de violência contra o público infanto-juvenil. Esse protocolo será construído junto aos burocratas das unidades pesquisadas e terá como base ações que efetivem a identificação do caso, numa perspectiva de assistência integral e multidisciplinar, garantindo a NC e o encaminhamento das vítimas à rede de proteção socioassistencial, conforme os critérios legais instituídos pela PNRMAV (BRASIL, 2001c) e a Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a). Com esse produto, pretendemos também colaborar com as estratégias de monitoramento dos agravos em saúde para a efetivação da implementação da notificação compulsória.

Os dados da pesquisa corroboram outros estudos que apontam que a ausência de um fluxo institucional de atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de violência e a falta de observância das orientações das políticas instituídas para responder aos agravos em saúde impactam na efetivação da implementação da PNRMAV (BRASIL, 2001c). O próprio encaminhamento da notificação para a rede de cuidados e proteção está relacionado à organização dos serviços e dos fluxos internos, sendo fundamental o trabalho em equipe multiprofissional, para acompanhamento adequado dos casos (ASSIS *et al.*, 2012).

Com este estudo, foi possível confirmar que o conhecimento dos critérios legais nem sempre é suficiente para que os burocratas implementem as orientações previstas na política pública em questão, situação que muito se assemelha àquelas mencionadas nos estudos de Lipsky (1980), quando constatou que os BNR não podem ser compreendidos como meros executores das ações definidas pelos formuladores da política, como os primeiros estudos weberianos afirmavam (LOTTA, 2010).

As limitações da formação e da capacitação dos burocratas do HC-UFPE figuraram, nos depoimentos, como um fator que impõe barreiras à NC. Os depoimentos ressaltaram a falha da Instituição em promover a formação e capacitação para os profissionais, que têm de se valer de iniciativas próprias, ou de experiências externas para responder as necessidades no entendimento deste complexo fenômeno. Os limites na formação e na capacitação dos burocratas se traduzem, portanto, no distanciamento dos critérios legais, que se expressam em ações de, por exemplo, delegar o atendimento às vítimas de violência a uma única categoria profissional, no caso os profissionais do Serviço Social, negando uma ação integral e interprofissional, afirmada pela política, em suas diretrizes.

É preciso considerar também a influência do importante papel institucional do HC-UFPE junto aos burocratas que, na Rede de Assistência à Saúde (RAS), tem como missão “Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, à promoção e à preservação da vida”. Podemos afirmar que esta missão está em acordo com as diretrizes da política, foco deste estudo. No entanto, como pode ser observado nos achados da pesquisa, ainda predominam ações que se afastam tanto da política quanto da missão institucional, no que se refere à implementação da NC.

Buscando superar esta dificuldade, o HC-UFPE, enquanto lócus de resposta do Estado, deve proporcionar todas as condições necessárias à efetivação da implementação do monitoramento dos agravos em saúde, a partir da execução de programas permanentes de

qualificação e sensibilização aos trabalhadores da saúde, da promoção de ambientes adequados de trabalho, que possam resguardar os profissionais para a efetivação da notificação, além de oferecer condições objetivas ao exercício de atendimento às vítimas de violências de forma integral e interdisciplinar, superando a fragmentação entre as unidades assistenciais e extras institucionais apontadas pelos burocratas, enquanto um dos fatores que interfere na implementação das orientações estabelecidas na PNRMAV (BRASIL, 2001c) e a Portaria 1.968 (BRASIL, 2001a). Do contrário, sem as mediações devidas, há o risco de ocorrer a culpabilização/responsabilização dos burocratas que deixam de notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes, e implementar a referida política. Ou seja, cabe a instituição HC-UFPE, portanto, proporcionar a qualificação necessária aos trabalhadores de saúde, além de garantir ambientes adequados de trabalho e o suporte jurídico que possa resguardar os profissionais para o atendimento às vítimas, e a efetivação da notificação dos casos de violência.

Vale salientar que um estudo que considere a influência da instituição HC-UFPE, enquanto locus de assistência, de ensino, da pesquisa e de extensão na definição da ação dos BNR pode ser um tema relevante que merece um maior aprofundamento.

Na perspectiva de que os trabalhos acadêmicos têm entre seus objetivos contribuir com o conhecimento e melhorar as condições de vida do público de referência, a partir da análise e das reflexões desenvolvidas neste estudo de caso, pretendemos destacar possíveis mudanças para melhorar a assistência aos casos de violência infanto-juvenil nas unidades pesquisadas, com o intuito de favorecer o processo de implementação da notificação da violência contra crianças e adolescentes. É com estas propostas, apresentadas a seguir, que finalizamos este trabalho.

Pretendemos tornar evidentes aos gestores institucionais, os fatores que condicionam a subnotificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no HC-UFPE; oferecer elementos teóricos que possam qualificar as estratégias de monitoramento para a efetivação da vigilância epidemiológica no local pesquisado; sugerir medidas para o aprimoramento das ações voltadas para o atendimento do público infanto-juvenil; além de apresentar subsídios para qualificar os profissionais e acadêmicos das diversas áreas do conhecimento, que atuam junto ao público infanto-juvenil no âmbito hospitalar, e estabelecer esta relevante temática na agenda da gestão institucional.

Faz-se mister a recomendação aos gestores e chefes das unidades pesquisadas a criação e o desenvolvimento de espaços de capacitação permanente no HC-UFPE, para divulgar e discutir as diversas questões ligadas à temática da violência, tais como os direitos

de crianças e adolescentes, presentes nas normativas de defesa da infância e da adolescência.

Recomenda-se também envolver a gestão institucional na busca de parcerias junto aos Departamentos da UFPE, onde existem profissionais que já acumulam valiosos estudos, pesquisas e capacidades que permitem ampliar e qualificar o debate dessa importante temática não só dentro do referido hospital, como também além dos muros da universidade que tem entre suas responsabilidades a formação, a pesquisa, a extensão e a assistência de qualidade.

Por fim, esperamos que este estudo venha contribuir com a literatura sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes e possa instigar novos trabalhos acerca da NC, e temáticas afins nos espaços dos hospitais universitários.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 1261-1281, out-dez. 2014.
- ARAÚJO, Maria de Fátima. *Violência e abuso sexual na família*. Psicologia em Estudo. Departamento de Psicologia - Universidade Estadual de Maringá (UEM), v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002.
- AROUCA, A. S. Democracia é saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. *Anais[...]*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, p. 35-42, 1987.
- ARRETCHE, M. T. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C.R.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
- ARPINI, D. M.; SOARES, A. C. O-E.; BERTÊ, L.; FORNO, C. D. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.
- ASSIS, S. G. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p.2305-2317, 2012.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; PIRES, T. O.; GOMES, D. L. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica: reflexão sobre o agir profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 25, n. 1, p. 4-13, 2005.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A.; ZWEIMAN, A. B.; NISHIZAWA, E. Educação a distância: o combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes: uma experiência bem-sucedida. *Psicologia em Estudo*, v. 6, n. 1, p. 85-89, 2001.
- BAPTISTA, T. F.; RESENDE, M. A Ideia de Ciclo na Análise de Políticas Públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.
- BARDACH, Eugene. *The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1977.
- BARROS, A. J. S.; LEHFELDE, N. A. S. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 323-332, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/10.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 out. 2019.

BRASIL. *Código de ética do/a assistente social*: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. *Emenda constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010*. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. *Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979*. Institui o Código de Menores. Brasília, DF: Presidência da República, 1979.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. *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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. *Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Presidência da República, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Instituto Sírion Libanês de Ensino e Pesquisa. *PDE HC-UFPE*: Plano Diretor Estratégico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - Biênio 2016-2017. Recife, nov. 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hc-ufpe/plano-diretor-estrategico>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1.968, de 25 de outubro de 2001*. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 96 Seção 1E, de 18 de maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011*. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006*. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf. Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013*. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html Acesso em 7 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada* [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. *Informes Técnicos Institucionais Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-30, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, 2012.

CAMINHOS do coração. Intérprete: Gonzaguinha. Rio de Janeiro: Emi-Odeon, 1982.

CARMO, M.; ANDRADE, E. I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital Universitário e Gestão do Sistema de Saúde: uma trajetória positiva de integração. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 387-394, out./dez. 2007.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [on-line], v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação e sociedade: Estudos*, v. 24, n. 1, 2014.

CERVO, A. L.; SILVA, R. *Metodologia Científica*. São Paulo: Prentice-Hall, 2006.

CEZAR, P. H.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 37, n. 2, jun. 2017.

CHAGAS, P. V. Violações contra crianças e adolescentes foram as mais denunciadas no Disque 100. *Agência Brasil*, 11 abr. 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-04/violações-contra-criancaseadolescentes-foram-mais-denunciados>. Acesso em: 16 set. 2017.

CHAUIM, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUIM, M. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1985.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00283.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, 2008.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica SEI-GDF n.º 3/2019 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV. Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. Brasília-DF, 12 mar. 2019.

FALEIROS, E. T. S. *O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os descaminhos da denúncia*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003.

FIELDING, N. G. The norm and the text: Denzin and Lincoln's handbooks of qualitative method. *British Journal of Sociology*, v. 50, n. 3, p. 525-534, 1999.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Tradução de Joice Elias Costa. São Paulo: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FUNDAÇÃO ABRINQ. *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2019*. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/abrinq/cenario_da_infancia_2019_abrinq.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

GARBIN, C. A. S. *Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde) - Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

GARBI, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, [on-line], v. 20, n. 6, p. 1879-1880, jun. 2015.

GOMES, R.; JUNQUEIRA, M. F. P. S.; SILVA, C. O.; JUNGER, W. L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [on-line], v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

GONÇALVES, C. R. *Direito Civil Brasileiro – volume II – Teoria das obrigações*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, jan. 2002.

HARGROVE, E. C. *The missing Link: the study of the implementation of social policy*. Washington: Urban Institute, 1975.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFPE. *Carta de Serviços ao cidadão*. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/0/Carta+de+Servi%C3%A7os+atualizada+2015/3c74e9ad-cbcb-4003-97f5-e4b7ae7809af>. Acesso em: 20 out. 2019.

HOWLETT, M. Public Managers as the Missing Variable in Policy Studies: An Empirical Investigation Using Canadian Data. *Review of Policy Research*, v. 28, n. 3, p. 247-263, maio 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). *Atlas da violência*. Brasília: IPEA/FBSP, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (Org.). *Atlas da violência*. Brasília: IPEA/FBSP, 2019.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, v. 12, n. 48, p. 101 -110, dez. 2013.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saúde e Sociedade*, [on-line], v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015.

LIPSKY, M. L. *Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos*. Tradução Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019.

LIPSKY, M. L. *Street-level Bureaucracy Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LADEIRA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, n. 26, supl. 8, p. 398-401, 2016.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, n. 19, v. 1, p. 43-63, 2009.

LOTTA, G. *Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre os Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família*. 2010. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (org.). *Implementação de Políticas Públicas: Teoria e Prática*. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2012.

LOTTA, G. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 19, n. 65, jul. /dez, 2014.

LOTTA, G. *Burocracia e implementação de políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Ciência e saúde coletiva*, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MACEDO, D. M; FOSCHIERA, L. N.; BORDINI, T. C. P. M.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Ciência e saúde coletiva* [on-line], vol. 24, n. 2, p. 487-496, 2019.

MATLAND, R. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MAROTTI, J.; GALHARDO, A. P. M.; FURUYAMA, R. J. PIGOZZO, M. N.; CAMPOS, T. N.; LAGANÁ, D. C. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 20. n. 2, p. 186-194, maio/ago. 2008.
- MATA, N. T.; SILVEIRA, L. M. B.; DESLANDES, S. F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, [on-line], v. 22, n. 9, p.2881-2888, 2017.
- MEYER, R.; EGGER-PEITLER, I; HÖLLERER, M; HAMMERSCHMID, G. Of bureaucrats and passionate public managers: Institutional logics, executive identities, and public service motivation. *Public Administration* [on-line], 18 abr. 2013.
- MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 20, v. 3, p. 646-647, maio/jun. 2004.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: fev. 2020.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 2, abril/jun. 2006.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018.
- MONTEIRO, F. O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serv. Soc. Soc.*, n. 103, p.476-502, jul./set. 2010.
- MOREIRA, G. A. R.; MARQUES, L. A.; VIEIRA, L. J. E. S. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, 2013.
- MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *O Social em Questão*, ano XV, n. 28, p. 13-26, 2012.
- NOGUEIRA, M. L. *Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em um serviço terciário do SUS: uma análise a partir dos burocratas de nível de rua*.

2018. Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas] – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, UFPE, Recife, 2018.

NUNES, A. J; SALES, M. C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

OLIVEIRA, H. H. Proteção integral da criança e do adolescente é responsabilidade de todos. *Congresso em foco [on-line]*, 24 ago. 2013. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/opiniaao/colunas/protecao-integral-da-crianca-e-do-adolescente-e-responsabilidade-de-todos/>. Acesso em: 20 out. 2019.

OLIVEIRA, V. E.; ABRUCIO, F. L. Entre a política e a burocracia: a importância dos burocratas de nível médio para a produção de políticas públicas em saúde e educação. *In: 35º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS*, 24-28 out. 2011, Caxambu, MG. Anais [...]. Caxambu: ANPOCS, 2011.

OLIVEIRA, B. G.; FREIRE, I. V.; ASSIS, C. S.; SENA, E. L. S.; BEORY, R. N. S. O.; YARID, S. D. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. *Revista Bioética [on-line]*, v. 26, n. 3, p. 403-411, 2018.

PASIAN, M. S.; FALEIROS, J. M.; BAZON, M. R.; LACHARITÉ, C. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. *Pensando famílias*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, dez. 2013.

PEROZZI, Mariana. Violência contra crianças está presente em qualquer classe social. *Ciência e Cultura*, v. 59, n. 2, p. 9-10, 2007.

PIOVEZAN, L. N. C.; DINIZ, L. O.; NAKAO, M. Análise das fichas de notificação de referências emitidas por serviços de saúde da região de Barbacena. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 28, supl. 5, 2018.

PIRES, R. Burocracias, gerentes e suas “histórias de implementação”: narrativas do sucesso e fracasso de programas federais. *In: FARIA, C. A. P. (org.). Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p.182-220.

QUADROS, M. N.; KIRCHNER, R. M.; HILDEBRANT, L. M.; LEITE, M. T.; COSTA, M. C.; SARZI, D. M. Situação da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Enfermería Global*, n. 44, p. 174-185, out. 2016.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva da Regulação em Saúde. *Manual Operacional de Regulamentação do Acesso Ambulatorial*. 3 ed. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde. ago. 2018.

RICOTTA, L. *Quem grita perde a razão: a educação começa em casa e a violência também*. São Paulo: Ágora, 2002.

ROLIM, A. C. A.; MOREIRA, G. A. R.; CÔRREA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Subnotificação de Maus-tratos em Crianças e Adolescentes na Atenção Básica e Análise de Fatores Associados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 794-804, out-dez. 2014.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, n. 24, p. 95-104, jul./dez. 2006.

SAKATA, K. N.; EGRY, E. Y.; NARCHI, N. Z. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 48, n. especial 2, p. 208-215, 2014.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública* [on-line], v.41, n.3, p.472-477, 2007.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. (coord.) *et al.* Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS, Delânio Horácio dos. *Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco*. 2013. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Recife, 2013.

SILVA, M. M. A. *et al.* Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [on-line], v. 16, n. 1, p. 57-64, 2007.

SILVA, M. C. M.; BRITO, A. M.; ARAÚJO, A. L.; ABATH, M. B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, jul. 2013.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Brasília: CFM, 2011.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, C. S.; COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; ARAÚJO, T. M.; AMARAL, M. T. R. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [on-line], v.18, n.1, p.80-93, 2015.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; PAIXÃO, E. S.; CARMO, E. H.; BARRETO, F. R.; PENNAGO, G. O. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1819-1828, 2018.

UNICEF. *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, 2017. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>. Acesso em: 15 out. 2019.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciências & saúde coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

VULLIAMY, A. P.; SULLIVAN, R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with child protection system. *Child Abuse Negl*, v. 24, n. 11, p. 1461-70, 2000.

XUN WU, M. R.; HOWLETT, M; FRITZEN, S. *Guia de políticas públicas: gerenciando processos*. Tradução Ricardo Avelar de Souza. Brasília: ENAP, 2014. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTAIS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO PERFIL DOS
BNR**

Identificação de Questionário

Autorização nº _____ Data: _____ ID áudio:
_____ Local: _____

Duração: _____

Perfil do Entrevistado:

Categoria profissional: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () NS/NR

Profissão: _____

Tempo de Formação Acadêmica: _____

Tipo de Vinculação Institucional: _____

Tempo de Vínculo Institucional: _____

Vínculo empregatício: () EBSERH () RJU

Cargo: _____

Regime de trabalho: _____

APÊNDICE B - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM BNR

Aproximadamente 15 min

- Como você entende a violência contra a criança e o adolescente?
- Quais são as estratégias de enfrentamento do fenômeno da violência contra criança e adolescente que você conhece e desenvolve na sua prática profissional?
- 3. Como você avalia a implementação das estratégias de enfrentamento da violência contra criança e adolescente?

QUADRO DE ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR – PONTOS RELEVANTES

- Limites na formação e capacitação dos burocratas de nível de rua dos serviços de saúde, responsáveis em atender as crianças e adolescentes vítimas de violência.
- Insegurança do profissional com relação à implicação no campo da justiça, na relação com os envolvidos e na segurança pessoal.
- Descrédito quanto ao alcance da resolutividade desenvolvida pelos dispositivos socioassistenciais.
- Desconhecimento da dimensão ética do que vem a ser o sigilo profissional.

**APÊNDICE C- INSTRUMENTAIS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO: PERFIL
CHEFES E GESTORES**

Identificação do Questionário

Autorização nº _____ Data: _____ ID áudio: _____

Local: _____

Duração: _____

Perfil do Entrevistado:

Idade: _____

Sexo: _____

Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () NS/NR

Profissão: _____

Tempo de Formação Acadêmica: _____

Tipo de Vinculação Institucional: _____

Tempo de Vínculo Institucional: _____

APÊNDICE D - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA CHEFES/GESTORES

Aproximadamente 15 min

☐☐ Como o HC-UFPE vem compreendendo a questão da violência contra a criança e o adolescente?

☐☐ Quais são as estratégias de enfrentamento, por parte do HC-UFPE, do fenômeno da violência contra a criança e o adolescente que você conhece e desenvolve na sua prática profissional?

3. Como você avalia a implementação das estratégias de enfrentamento da violência contra criança e adolescente?

QUADRO DE ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR – PONTOS RELEVANTES

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Implicações no âmbito da Gestão Institucional.☐ Limites na implementação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, quanto a sua regulamentação.☐ Precárias estruturas de atendimento para a assistência às vítimas de violência.☐ Dificuldade de instituírem-se práticas interdisciplinares.☐ Investimento institucional na capacitação dos profissionais (capacitação permanente). |
|---|

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Nº
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado(a)	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09
	3 Data da notificação			
Dados Gerais	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	13 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo ginásio ou 2º grau) 4-Esino fundamental completo (artigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação			
	32 Situação conjugal / Estado civil	33 Relações sexuais		
	1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casa do/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado	1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Dados da Pessoa Atendida	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?		
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Física ☐ Visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras deficiências/ Síndromes ☐ Mental ☐ Auditiva ☐ Transtorno de comportamento		
	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito
Dados da Ocorrência	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4
	45 Ponto de Referência	46 Zona	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
48 Local de ocorrência		49 Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	☐ Física ☐ Psicológica/Moral ☐ Tortura ☐ Sexual	☐ Tráfico de seres humanos ☐ Financeira/Econômica ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil	☐ Intervenção legal ☐ Outros	☐ Força corporal/ espancamento ☐ Enforcamento ☐ Obj. contundente	☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Envenenamento	☐ Arma de fogo ☐ Ameaça ☐ Outro
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	☐ Assédio sexual ☐ Estupro	☐ Atentado violento ao pudor ☐ Pornografia infantil	☐ Exploração sexual ☐ Outros	☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal		
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia HIV	☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sangue	☐ Coleta de sêmen ☐ Coleta de secreção vaginal	☐ Contracepção de emergência ☐ Aborto previsto em lei		
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 - Contusão 02 - Corte/perfuração/laceração 03 - Entorse/luxação	04 - Fratura 05 - Amputação 06 - Traumatismo dentário	07 - Traumatismo crânio-encefálico 08 - Politraumatismo 09 - Intoxicação	10 - Queimadura 11 - Outros 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	☐ Pai ☐ Mãe ☐ Padrasto ☐ Madrinha ☐ Cônjuge	☐ Ex-Cônjuge ☐ Namorado(a) ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Filho(a) ☐ Irmão(ã)	☐ Amigos/conhecidos ☐ Desconhecido(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Patrão/diête ☐ Pessoa com relação institucional	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	☐ Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) ☐ Vara da Infância / Juventude ☐ Casa Abrigo ☐ Programa Sentinela					
	☐ Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Outras delegacias ☐ Ministério Público					
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX					
	68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo 69 Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado 70 Se óbito por violência, data 71 Data de encerramento					
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____			

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos, para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Enes Cruz Hora da Silva, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Fatores que Interferem na Implementação da Notificação Compulsória dos Casos de Violência Infanto-juvenil num hospital universitário do Recife**, que está sob a orientação do Prof. Arthur Leandro Alves da Silva, cujo objetivo é investigar os fatores que interferem na implementação da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes num hospital universitário, bem como cederemos o acesso aos dados institucionais para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pela pesquisadora, dos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que “o pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como se responsabilizar pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa”. Declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em ____/____/____.

Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo serviço onde será realizada a pesquisa.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **Fatores que Interferem na Implementação da Notificação Compulsória dos Casos de Violência Infanto-juvenil num hospital universitário do Recife-PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Enes Cruz Hora da Silva, com endereço na Rua Amapá, n.27, Apart. – Encruzilhada, Recife- PE. CEP 52050390, telefone (81) 988335257, email: nescruz@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa o orientador Arthur Leandro Alves da Silva, contato (81) 99926-8499, e-mail arthur@tce.pe.gov.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Descrição da pesquisa: A violência contra crianças e adolescentes gera altas taxas de mortalidade e morbimortalidade, exigindo respostas efetivas do Estado, da família e da sociedade. Segundo publicação da Unicef (2017), se as tendências atuais permanecerem, quase dois milhões de crianças e adolescentes serão mortos por um ato de violência até 2030. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada 7 minutos, em algum lugar do mundo, uma criança ou adolescente entre 10 e 19 anos é morto em consequência da violência. Esta pesquisa tem como objetivo investigar fatores que interferem na implementação da notificação dos casos de violência de crianças e adolescentes no Hospital Universitário da UFPE. A pesquisa, de caráter exploratório descritivo, será desenvolvida através da abordagem qualitativa, com aplicação de entrevistas semiestruturadas junto a burocratas de nível de rua que assistem ao público infanto-juvenil no Hospital de Clínicas - UFPE, como também junto aos burocratas de médio escalão gestores institucionais.

Riscos: Por se tratar de pesquisa com aplicação de questionários e com realização de entrevistas e aplicação de testes de riscos, estamos cientes sobre haver possibilidade de

constrangimento dos sujeitos burocratas e gestores entrevistados, devido ao conteúdo pessoal das perguntas. Tal constrangimento será minimizado com zelo na formulação das questões e na forma de aplicação do questionário e do teste, os quais primarão pelo respeito ao ser humano em sua individualidade, além disso, serão realizados em sala reservada, com a presença apenas do entrevistado e do pesquisador

Benefícios: O desenvolvimento desta pesquisa pode ser reconhecido como uma relevante contribuição para a produção de conhecimento acerca dos fatores que contribuem para ou impedem a efetivação da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência, gerando subsídios para a efetivação da política de proteção integral da Criança e do Adolescente e fortalecendo, assim, ações e projetos para enfrentamento da violência.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação no estudo. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações e entrevistas, ficarão armazenados em arquivo do computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Enes Cruz Hora da Silva, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas - UFPE no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cephufpe@gmail.com).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo, "**Fatores que Interferem na Implementação da Notificação Compulsória dos Casos de Violência Infanto-juvenil num hospital universitário do Recife**", como voluntário (a).

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: "FATORES QUE INTERFEREM NA IMPLEMENTAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE"

Pesquisador responsável: Enes Cruz Hora da Silva

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Departamento de Ciências Políticas da Universidade Federal de Pernambuco

Telefone para contato: (81) 988335257

E-mail: enescruz@yahoo.com.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o termino da pesquisa;
- preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

Recife, de de 20.....

Assinatura pesquisador responsável

ANEXO E - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Enes Cruz Hora da Silva, RG: 2326820, CPF: 501518516-68, desenvolvendo pesquisa a ser realizada no Hospital das Clínicas – UFPE, declaro conhecer e comprometo-me a respeitar as legislações vigentes no País e internas da Universidade Federal de Pernambuco em relação aos direitos de propriedade intelectual gerados no projeto sob título **Fatores que Interferem na Implementação da Notificação Compulsória dos Casos de Violência Infanto-juvenil num hospital universitário do Recife**, devendo:

- 1 comunicar ao Núcleo de Apoio à Pesquisa o desenvolvimento de criações suscetíveis de proteção legal antes de tomar qualquer iniciativa de divulgação dos resultados;
- 2 reconhecer o HC/UFPE como detentor de direitos patrimoniais sob propriedade intelectual gerada pelo projeto acima citado e a ele relacionado, assegurando-me o direito de figurar como autor/inventor;
- 3 autorizar o HC/UFPE a realizar todos os atos necessários à proteção e exploração da propriedade intelectual gerada e fornecer em tempo hábil todas as informações e documentos necessários;
- 4 concordar com a porcentagem de participação, a título de incentivo, prevista nas legislações em vigor, sobre dividendos oriundos da exploração da propriedade intelectual gerada;
- 5 indicar minha vinculação à UFPE e ao HC/UFPE em todas as publicações de dados nele colhidas ou em trabalhos divulgados por qualquer outro meio, citando explicitamente os nomes: Universidade Federal de Pernambuco e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Recife, de de 20..... .

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO F - CARTA DE APRESENTAÇÃO

À Gerente de Ensino e Pesquisa do HC/UFPE

Att: Prof^a Célia M^a M. B. de Castro.

- 1) Apresentação do projeto: O projeto de pesquisa deste estudo refere-se à seguinte questão:
Quais são os fatores que interferem na implementação da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no hospital universitário?
- 2) Finalidade do projeto de pesquisa especificar se constitui pesquisa clínica conclusão de curso monografia de residência PIBIC elaboração de dissertação de Mestrado ou tese de doutorado: **elaboração de dissertação de Mestrado.**
- 3) Serviços do HC-UFPE em que o projeto será realizado: **Unidade de Atenção à Criança e Adolescente (Ambulatórios Clínicos e Cirúrgicos de Pediatria, Enfermaria de Pediatria e serviço de Puericultura); Unidade da Atenção à Saúde da Mulher (Maternidade, Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, UTI-NEO, Banco de Leite, Alojamento Conjunto, Ambulatório de Ginecologia); Especialidades e Espaço de Acolhimento e Cuidados das Pessoas Trans e os Gestores e chefias dos diversos serviços.**
- 4) Desenho da pesquisa: **A pesquisa, de caráter exploratório descritivo, será desenvolvida através da abordagem qualitativa, com aplicação de entrevistas semiestruturadas com os burocratas de nível de rua que assistem ao público infantojuvenil do Hospital das Clínicas UFPE, como também com os gestores e as chefias dos diversos serviços.**
- 5) Objetivos da pesquisa: **Investigar os fatores que interferem na implementação da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes num hospital universitário.**
- 6) Pesquisadores participantes: **Não.**
- 7) Se o projeto é parte de um projeto “guarda-chuva”, especificar e anexar carta de aprovação do projeto “mãe” pelo CEP/CCS/UFPE: **Não.**
- 8) População a ser estudada em número de participantes: **26 profissionais**

- 9) Insumos que serão utilizados/financiamento: O orçamento financeiro desta pesquisa será de inteira responsabilidade do pesquisador principal.
- 10) Declaração de que os recursos utilizados não onerarão o HC-UFPE ou de que estes recursos fazem parte de toda a rotina de atendimento dos pacientes do próprio HC: **As despesas como material de consumo serão pagas com recursos próprios do pesquisador, não haverá financiamento de nenhum órgão de fomento à pesquisa.**

Recife, de de 20..... .

(Assinatura do responsável pela pesquisa)