



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

MARIA DE FÁTIMA CORDEIRO TRAJANO CABRAL

**A COMPLEXIDADE DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: um estudo de  
caso**

Recife  
2020

MARIA DE FÁTIMA CORDEIRO TRAJANO CABRAL

**A COMPLEXIDADE DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: um estudo de  
caso**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Área de concentração:** Educação e Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Tavares Gontijo

Recife  
2020

Catálogo na fonte:  
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

C117c Cabral, Maria de Fátima Cordeiro Trajano  
A complexidade da violência na primeira infância: um estudo de caso / Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral. - 2020.  
160 f.; il.

Orientadora: Daniela Tavares Gontijo.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Médicas. Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2020.

Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Primeira infância. 2. Violência. 3. Intersetorialidade. 4. Paradigma da complexidade. I. Gontijo, Daniela Tavares (orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2020 - 155)

MARIA DE FÁTIMA CORDEIRO TRAJANO CABRAL

**A COMPLEXIDADE DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: um estudo de caso**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 22/06/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Universidade Federal de Pernambuco (Examinadora Interna)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Universidade Federal de Pernambuco (Examinadora Interna)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angelina Lettiere Viana (Examinadora Externa)

Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiane Gomes Guedes

Universidade Federal de Pernambuco (Examinadora Externa)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Diene Monique Carlos (Examinadora Externa)

Universidade

Dedico esta tese ao meu filho Nicolas, ao meu esposo Mateus, a minha mãe Jucileide e ao meu pai Francisco (*in memoriam*) que mesmo não estando presente em vida, foi uma das pessoas mais importantes em todos os momentos, amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por ter me dado a vida e a oportunidade de poder cursar um doutorado e de concluir mais uma etapa na minha vida profissional e acadêmica.

Ao meu pequeno *Nicolas*, que chegou em meio a uma tese de doutorado para concluir e uma epidemia de COVID-19. Cogitei desistir algumas vezes, não estava me achando capaz de lidar com tantas situações diferentes, mas eu pensava em você e as forças voltavam, você mesmo sem ter consciência nenhuma me ajudou a fechar este ciclo, te amo infinitamente.

Ao meu esposo *Mateus*, pela parceria nos momentos tranquilos e conturbados, obrigada por ser minha calmaria nos dias e noites de tormentas, por manter o controle quando eu já havia perdido o meu e por decidir compartilhar a vida comigo.

Ao meu pai *Francisco*, que mesmo sendo um agricultor e sem nunca ter ido a uma escola, sempre me incentivou a procurar o conhecimento, o senhor não está presente aqui na terra (Deus estava precisando de você ai em cima), mas tenho certeza que o seu amor me acompanha em todos os momentos da minha vida. A minha mãe *Jucileide*, minha primeira educadora no conhecimento e na vida, obrigada por aceitar minhas decisões, entre elas, a de sair de casa aos 16 anos para outra cidade para estudar e trabalhar. Sei que não foi fácil educar uma filha pequena sozinha, mas sinta-se com dever cumprido!

A minha orientadora *Daniela Gontijo*, que me acompanha desde o mestrado na pesquisa. Obrigada pelas palavras confortantes naqueles dias em que eu não sabia o que fazer, por abrir as portas da sua casa para nos reunirmos quando foi necessário e pelo comprometimento com esta pesquisa mesmo diante de todas as adversidades, que por sinal não foram poucas.

A minha coorientadora não oficial e de coração *Angelina*, tenho certeza que lhe encontrei com ajuda divina e você me acolheu da melhor forma possível. Obrigada por participar desta pesquisa me ajudando a conhecer um pouquinho sobre o Morin, por disponibilizar seus finais de semana para me auxiliar e por sua humildade enquanto pessoa e pesquisadora.

Ao secretário da pós-graduação *Paulo*, por sempre me acolher e me auxiliar nas questões referentes ao doutorado.

Aos meus *colegas de doutorado*, foi maravilhoso conhecer vocês e enriquecedor aprender com diferentes áreas profissionais e saberes. Uma das vantagens de um programa multiprofissional.

Ao programa de *Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente*, pela oportunidade de crescer na pesquisa e me aprofundar no mundo do conhecimento.

A *UFPE*, foi uma honra passar oito anos da minha vida (residência, mestrado e doutorado) nesse lugar incrível. Viva a universidade pública!

A *Recife*, essa capital tão agitada e cheia de cultura, que me acolheu como sua moradora e hoje local onde trabalho, constitui minha família e criei raízes.

“A consciência da complexidade nos faz compreender que não poderemos escapar jamais da incerteza e que jamais poderemos ter um saber total: a totalidade é a não verdade” (MORIN, 2014, p. 87).

## RESUMO

A primeira infância compreende o período dos primeiros seis anos de vida. Essa fase caracteriza-se pela sua relevância para os sujeitos, pois os acontecimentos que nela incidem repercutirão ao longo da vida. Entre as problemáticas que podem afetar essa etapa, citam-se as violências. Considera-se a violência na primeira infância como um fenômeno complexo, o que implica na necessidade de múltiplos olhares para sua compreensão e a adoção de novas formas de abordagem. Nesta direção, o paradigma da complexidade, segundo Edgar Morin, possibilita a mudança de uma perspectiva hegemônica para um olhar pautado pelo diálogo entre as inúmeras conexões que envolvem a problemática e todos os atores sociais. O objetivo do estudo foi compreender a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial à luz do paradigma da complexidade. Estudo de caso único, holístico e descritivo, com uma abordagem qualitativa. O trabalho foi desenvolvido em um município localizado na Região Metropolitana de Recife (RMR) no estado de Pernambuco, com a participação de 33 profissionais de nível médio e superior. Esses profissionais atuavam nos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), serviços de educação voltados para Educação Infantil (creches), serviços de assistência social (Secretaria de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Coordenação da Mulher, Gerência de Proteção Social Básica e Especial e instituição acolhedora) e o Conselho Tutelar do município. Foram utilizadas quatro fontes de coleta de evidências, sendo a documentação por meio do recorte de notícias da mídia local e legislações nacionais e estaduais da primeira infância; registro de arquivos com base em censo populacional, dados estatísticos dos sistemas de informação; entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais voltados ao atendimento da faixa etária de primeira infância; e o registro das observações diretas das visitas realizadas ao município em diário de campo. A análise dos dados foi realizada através da técnica de Interpretação dos Sentidos, com utilização do software Atlas.ti 7.0. Evidenciou-se duas categorias temáticas: “Concepções acerca da violência na primeira infância”; e “Manejo da violência na primeira infância”. Na primeira categoria, muitos participantes apresentaram concepções acerca da violência na primeira infância guiadas pelo paradigma simplificador, compartilhando de uma cegueira para o fenômeno da violência na primeira infância. Na segunda categoria percebeu-se uma articulação mais ativa de alguns setores como a assistência social e o Conselho Tutelar, no entanto, foi revelada a falta de estruturação e a condução fragmentada dos casos pela rede de proteção às crianças vítimas de violência e suas famílias. Além disso, questões de ordem estrutural acabaram por interferir na autonomia dos

profissionais, ao tempo que a maioria dos participantes expressou dificuldades para refletir sobre seu processo de formação. Nesta pesquisa, o paradigma da complexidade possibilitou discutir o fenômeno da violência na primeira infância numa perspectiva multidimensional e poliocular. Os achados desta pesquisa podem fornecer subsídios para a reestruturação de estratégias de enfrentamento da violência na primeira infância e para a elaboração de processos formativos com base em referenciais críticos.

Palavras-chave: Primeira infância. Violência. Intersetorialidade. Paradigma da complexidade.

## ABSTRACT

Early childhood comprises the period of the first six years of life. This phase is characterized by its relevance for the subjects, since the events that affect it will reverberate throughout life. Among the problems that can affect this stage, violence is mentioned. Violence in early childhood is considered a complex phenomenon, which implies the need for multiple perspectives for its understanding and the adoption of new forms of approach. In this sense, the complexity paradigm, according to Edgar Morin, makes it possible to change from a hegemonic perspective to a look guided by the dialogue between the countless connections that involve the problem and all social actors. The aim of the study was to understand the complexity of violence in early childhood in an intersectoral perspective in the light of the complexity paradigm. Unique, holistic and descriptive case study, with a qualitative approach. The work was carried out in a municipality located in the Metropolitan Region of Recife (RMR) in the state of Pernambuco, with the participation of 33 professionals of medium and higher level. These professionals worked in the health services of the Family Health Strategy (ESF), education services focused on Early Childhood Education (day care centers), social assistance services (Social Assistance Secretariat, Specialized Social Assistance Reference Center - CREAS, Social Assistance Reference Center - CRAS, Women Coordination, Social Protection Management Basic and Special and welcoming institution) and the Municipal Guardianship Council. Four sources of evidence collection were used, being the documentation through the clipping of news from the local media and national and state laws of early childhood; registration of files based on population census, statistical data from information systems; semi-structured interviews conducted with professionals focused on assisting the early childhood age group; and the recording of direct observations of visits to the municipality in a field diary. Data analysis was performed using the Senses Interpretation technique, using the Atlas.ti 7.0 software. Two thematic categories were highlighted: "Conceptions about violence in early childhood"; and "Management of violence in early childhood". In the first category, many participants presented conceptions about violence in early childhood guided by the simplifying paradigm, sharing a blindness to the phenomenon of violence in early childhood. In the second category, there was a more active articulation of some sectors, such as social assistance and the Guardian Council, however, it was revealed the lack of structure and the fragmented handling of cases by the protection network for child victims of violence and their families. In addition, structural issues ended up interfering with the professionals' autonomy, while most participants

expressed difficulties to reflect on their training process. In this research, the complexity paradigm made it possible to discuss the phenomenon of violence in early childhood in a multidimensional and polyocular perspective. The findings of this research can provide subsidies for the restructuring of strategies to face violence in early childhood and for the development of training processes based on critical references.

**Keywords:** Early childhood. Violence. Intersectoriality. Paradigm of complexity.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Ilustração temporal da evolução das principais legislações e políticas referentes à primeira infância no Brasil .....	23
Figura 2 -	Modelo ecológico para compreender a violência .....	37
Figura 3 -	Ilustração que sintetiza os sete princípios da complexidade .....	49
Figura 4 -	Coleta das evidências do estudo de caso .....	62
Figura 5 -	Reportagens que noticiaram fatos relacionados a criminalidade e violência ocorridos no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	67
Figura 6 -	Ilustração dos serviços que lidam com o contexto da violência na primeira infância. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 ....	69
Figura 7 -	Reportagens que noticiaram o afastamento e retorno do chefe do poder executivo no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	71
Figura 8 -	Categorização das entrevistas realizadas com os profissionais e anotações do diário de campo. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	79
Figura 9 -	Conteúdos que compõem a subcategoria desafios no manejo da violência na primeira infância. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	90
Figura 10 -	Nota informativa sobre calendário de normalização do pagamento salarial para os funcionários efetivos. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	93
Figura 11 -	Nota informativa sobre seleção simplificada para professores. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	97
Figura 12 -	Reportagem que notícia as precariedades no transporte e merenda escolar. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	102

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização do processo de coleta de dados na assistência social no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	72
Tabela 2 -	Caracterização do processo de coleta de dados na educação no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	74
Tabela 3 -	Caracterização do processo de coleta de dados na saúde no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	75
Tabela 4 -	Caracterização do processo de coleta de dados no Conselho Tutelar no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	76
Tabela 5 -	Características sociodemográficas dos participantes. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018 .....	77

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RMR	Região Metropolitana de Recife -PE
RNPI	Rede Nacional Primeira Infância
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIVA	Sistema da Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Aspectos da primeira infância</b> .....	<b>20</b>
2.1.1	<i>Primeira infância</i> .....	20
2.1.2	<i>A construção da infância enquanto sujeito de direitos</i> .....	21
<b>2.2</b>	<b>A complexidade da violência na primeira infância</b> .....	<b>29</b>
2.2.1	<i>Conceituação</i> .....	29
2.2.2	<i>A violência em foco: políticas, estratégias e rede de proteção</i> .....	37
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1</b>	<b>O paradigma simplificador e o paradigma complexo</b> .....	<b>45</b>
<b>3.2</b>	<b>Os sete princípios da complexidade</b> .....	<b>48</b>
<b>3.3</b>	<b>A complexidade e algumas de suas articulações</b> .....	<b>50</b>
3.3.1	<i>Transdisciplinaridade</i> .....	50
3.3.2	<i>Cuidado ecológico/planetário</i> .....	52
3.3.3	<i>Ordem/desordem/organização</i> .....	53
3.3.4	<i>A utilização do paradigma da complexidade na saúde</i> .....	53
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>56</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>56</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do estudo</b> .....	<b>57</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do estudo</b> .....	<b>58</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta das evidências</b> .....	<b>58</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise das evidências do estudo de caso</b> .....	<b>63</b>
<b>4.6</b>	<b>Validação do estudo de caso</b> .....	<b>64</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>65</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>67</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização do município</b> .....	<b>67</b>
<b>5.2</b>	<b>Caracterização do processo de coleta de dados</b> .....	<b>71</b>
<b>5.3</b>	<b>Caracterização dos participantes</b> .....	<b>77</b>
<b>5.4</b>	<b>Complexidade da violência na primeira infância</b> .....	<b>78</b>
5.4.1	<i>Categoria 1: Concepções acerca da violência na primeira infância</i> .....	79
5.4.2	<i>Categoria 2: Manejo da violência na primeira infância</i> .....	84
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>107</b>

<b>6.1</b>	<b>A complexidade do contexto da pesquisa .....</b>	<b>107</b>
<b>6.2</b>	<b>Um olhar complexo sobre as concepções acerca da violência na primeira infância.....</b>	<b>110</b>
<b>6.3</b>	<b>O manejo da violência na primeira infância sob a ótica da complexidade ...</b>	<b>114</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>126</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>129</b>
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>143</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>144</b>
	<b>ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA .....</b>	<b>146</b>
	<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>148</b>
	<b>ANEXO C - ARTIGO PUBLICADO DURANTE A TESE .....</b>	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A primeira infância compreende o período dos primeiros seis anos de vida (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016). É uma fase de significativa importância para o desenvolvimento humano, uma vez que os acontecimentos que nela incidem repercutirão ao longo da vida.

Entre as diversas problemáticas que podem afetar essa etapa da vida, cita-se a violência. O Ministério da Saúde define a violência que acomete crianças e adolescentes como quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2001a).

Especificamente no que tange à violência contra as crianças, a maioria das definições de violência incorpora dois elementos centrais: a evidência de comportamento prejudicial à criança e presença de danos resultantes dessa conduta. A violência pode ser praticada por omissão, supressão ou transgressão dos direitos da criança ou adolescente, definidos por normas socioculturais e convenções legais (ZAMBON *et al.*, 2012).

Compreende-se a violência como uma problemática planetária e complexa, pois trata-se de um fenômeno que assola muitos países, além de ser multidimensional no que tange as suas causas e consequências (BAUDRILLARD; MORIN, 2004). Trata-se de uma questão que começou a ser mais discutida quando a infância passou a ser reconhecida na sociedade e as crianças serem vistas como sujeitos de direitos. Assim, tal questão, demanda esforços governamentais e da sociedade para tentar combater essas situações de violência (MESSMAN-MOORE; BROWN, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2015; MACEDO *et al.*, 2019).

A violência na primeira infância é uma problemática mundial que acomete todas as camadas sociais, sendo agravado nos contextos de maior desigualdade social. Trata-se de um fenômeno que traz repercussões negativas que perduram por toda a vida, podendo resultar em danos físicos, emocionais, comportamentais e sociais (FERREIRA; SILVEIRA, 2015; PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

Assegurar os direitos da criança e sua proteção deve ser prioridade absoluta do Estado, sociedade e família (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2019). Torna-se importante que as políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância atendam às especificidades dessa faixa etária, visando garantir seu desenvolvimento integral por meio de ações intersetoriais para que possam alcançar real efetividade.

A violência na primeira infância acaba sendo foco de debate na política, no meio jurídico, nas escolas, nas universidades, na mídia, nas associações comunitárias e nas entidades não governamentais, ganhando cada vez mais visibilidade. Especificamente no que se refere à violência contra as crianças, diversos fatores dificultam seu enfrentamento, tornando-se empecilhos para assegurar a proteção desse grupo. Entre esses destacam-se as dificuldades de articulação em redes, falta de planejamento em gestão para trabalho com a temática e as próprias fragilidades da formação dos profissionais que trabalham com esse grupo (PAULA; KODATO, 2016; CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017; EGRY *et al.*, 2017; PEREIRA JÚNIOR; RUAS, 2019). Além disso, existe uma subnotificação dos casos de violência por diversos fatores como dificuldade de identificação dos casos ou omissão pelos profissionais que entram em contato com a criança (PASIAN *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2016; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017).

A literatura nacional e internacional evidencia que tais questões acabam por influenciar no manejo indevido dos casos de violência (UNICEF, 2006; THOMAZINE; TOSO; VIERA, 2014; VELOSO; MAGALHÃES; CABRAL, 2017).

Considera-se, assim, a violência na primeira infância como um fenômeno complexo que precisa de diversas perspectivas para sua compreensão. Necessita-se de uma nova forma para refletir sobre a questão, bem como para a mudança de uma perspectiva hegemônica e centralizadora para o diálogo entre as inúmeras conexões que envolvem a problemática e todos os atores sociais envolvidos (THOMPSON *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a necessidade de novas formas de pensar conduziu práticas e modelos e levou ao surgimento de novos paradigmas. É nessa perspectiva, ampliada de contemplar fenômenos multidimensionais, que nasceu o paradigma da complexidade (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020). A palavra “complexidade” deriva-se de *complexus*, que significa o que está ligado, o que está tecido junto (MORIN, 2002).

Existem diferentes perspectivas de abordagem da complexidade defendida por vários autores. Neste estudo optou-se pelo paradigma da complexidade segundo o autor Edgar Morin, por entender que se articula potencialmente a questões complexas de cunho intersetorial, como é o caso da violência na primeira infância.

O paradigma da complexidade surge da necessidade de romper a visão simplificadora de olhar para os fenômenos de forma reducionista e fragmentada, para contemplar e valorizar todas as partes que compõem o todo, considerando que os fenômenos são multidimensionais e precisam de visão poliocular de suas dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e históricas (MORIN, 2014).

Diante do exposto e compreendendo a violência na primeira infância como uma problemática complexa que envolve uma multiplicidade de fatores, necessitando de um olhar poliocular para sua compreensão, questionou-se neste estudo: qual a compreensão dos profissionais sobre a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial?

Para responder a essa pergunta, foi realizado um estudo de caso de um município da Região Metropolitana de Recife, com os profissionais dos serviços que lidavam com primeira infância (profissionais dos serviços de saúde, educação, assistência social e Conselho Tutelar) com objetivo geral de compreender a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial à luz do paradigma da complexidade segundo Edgar Morin. Especificamente objetivou-se contemplar a caracterização do contexto da pesquisa e dos participantes; conhecer as concepções dos profissionais sobre a violência na primeira infância; desvelar a multidimensionalidade da violência na primeira infância em um contexto micro e macrossocial na percepção dos profissionais; e compreender de forma poliocular as potencialidades e desafios vivenciados pelos profissionais no que se refere ao manejo da violência na primeira infância.

Esta tese está inserida na área de concentração de educação e saúde e na linha de pesquisa de formação de recursos humanos na saúde do programa de Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e foi estruturada em seis capítulos. O primeiro trata da revisão da literatura estruturada em dois tópicos: “Aspectos da primeira infância” e “A complexidade da violência na primeira infância”. O segundo contempla o referencial teórico, dividido em três tópicos: “Paradigma simplificador e o paradigma complexo”; “Os sete princípios da complexidade”; e “A complexidade e algumas de suas articulações”. O terceiro destina-se ao método utilizado para a realização da pesquisa. O quarto apresenta os resultados da tese. O quinto contempla a discussão dos resultados com base no referencial teórico da complexidade. No sexto e último encontra-se as considerações finais sobre os achados do estudo e sugestões.

Espera-se que este trabalho, ao compreender de forma complexa como os profissionais lidam com os casos de violência na primeira infância, contribua não somente para a ampliação da discussão sobre o tema, mas sobretudo para mobilizar processos de reflexão e formação profissional direcionados para a elaboração e sistematização de ações de enfrentamento e promoção da cultura de paz desta problemática no cotidiano, pautadas principalmente na reflexão crítica sobre a realidade complexa vivenciada nos serviços e no fortalecimento da articulação intersetorial.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

A compreensão da violência na primeira infância se configura como uma temática complexa, permeada por diferentes aspectos. Neste capítulo discute-se conteúdos referentes à primeira infância, enquanto período que suscita inúmeros cuidados. Em seguida, são abordadas as principais políticas direcionadas ao público infantil que se relacionam ao fenômeno da violência. Finalmente, apontam-se reflexões construídas a partir da análise da literatura sobre a violência na primeira infância. Essa análise engloba desde sua conceituação, tipologias, consequências, até discussões sobre as políticas e a rede de proteção.

### **2.1 Aspectos da primeira infância**

#### *2.1.1 Primeira Infância*

Considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros seis anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016).

A primeira infância constitui uma etapa da vida extremamente importante com sentido e conteúdo próprios. Experiências positivas nos primeiros anos de vida podem potencializar a formação de adultos inteligentes, criativos, empreendedores, com ampla flexibilidade mental. Por isso, não olhamos para as crianças na perspectiva do adulto que desejamos que sejam, mas como cidadãs, sujeitos de direitos enquanto crianças. Entendê-la como pessoa em desenvolvimento implica conferir plenitude ao momento da infância por ela ter sentido em si mesma e, adicionalmente, nessa mesma dinâmica, situá-la num processo de formação cuja meta é o sempre mais adiante (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a).

Os primeiros seis anos de vida são cruciais no desenvolvimento da criança, em virtude da ampla gama de transformações que são vivenciadas em diferentes domínios. Esse período corresponde à etapa da pré-escola e início da escola primária, na qual ocorrem as mudanças e adaptações mais expressivas no sistema motor humano, bem como a potencialização das habilidades sociais (CLARK, 2007; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Mais tarde, as competências motoras e sociais são ampliadas e aperfeiçoadas permitindo ganhos cognitivos de reversibilidade e de compensação de ganhos e perdas (FUERTES; LUÍS, 2014).

O período da primeira infância também é de fundamental importância quanto à qualidade das interações desenvolvidas entre crianças com os indivíduos e o ambiente no que diz respeito ao desenvolvimento e aprimoramento das habilidades sociocomunicativas (MACHADO; BELLO, 2015). Também é nessa fase que os fatores ambientais e sociais

influenciam os processos psicológicos e emocionais da criança com repercussão em todas as fases vindouras, com interferência em seus comportamentos e ações na esfera familiar e coletiva (MORAIS; CARVALHO; MAGALHÃES, 2016).

Na esfera familiar, a parentalidade e o vínculo familiar são fatores que influenciam fortemente na criança. Logo, é preciso levar em conta a evolução de cada contexto familiar (NCPI, 2016; BECKER; CREPALDI, 2019). A expressão “parentalidade” designa as atividades realizadas pelos pais com a função de provimento de necessidades humanas básicas e cuidados afetivos, para criar um ambiente acolhedor e estimulante para a criança, de modo que ela possa construir a sua autonomia. Enquanto o “vínculo familiar” refere-se aos vínculos afetivos que as crianças estabelecem com os seus cuidadores dentro do contexto familiar, possibilitando a base segura para o seu desenvolvimento integral (BARROSO; MACHADO, 2015).

No entanto, o desenvolvimento das funções parentais e as interações dentro da família modificam-se em razão do surgimento de diversos acontecimentos relacionados a desemprego, divórcio, doença, acidente, nascimento, entre outros. Diante destas situações, poucas famílias podem enfrentar esses estresses e as tensões sem apoio coletivo externo (NOVAES; GASPAR, 2016; ORTI; BOLSONI-SILVA, 2017). Famílias em situação de vulnerabilidade social que não recebem o suporte apropriado podem desenvolver ações precárias de cuidado e deixar lacunas prejudiciais no desenvolvimento da criança, com conseqüente formação de vínculos frágeis, que têm potencial para desencadear problemas emocionais, comportamentais ou cognitivos futuros (CONTI; HECKMAN, 2010; NCPI, 2016; BECKER; CREPALDI, 2019).

Os apontamentos realizados anteriormente exemplificam a importância da primeira infância e a necessidade de consolidação de estratégias de estímulo e proteção às crianças nesta fase.

### *2.1.2 A construção da infância enquanto sujeito de direitos*

A situação da infância no mundo vem fomentando debates em diferentes setores da sociedade, tais como: política, meio jurídico, escolas, universidades, mídia, associações comunitárias e entidades não governamentais (SANTANA, 2014). Todavia os significados atribuídos à infância estão intimamente relacionados com modificações de ordem política, econômica e social, que provocam formas diferenciadas de perceber o mundo. O que se pensa sobre as crianças e a infância e como são percebidas:

“São resultado de um processo de construção social, dependem de um conjunto de possibilidades que se conjugam em determinado momento da história, são organizados socialmente e sustentados por discursos nem sempre homogêneos e em perene transformação” (BUJES, 2002, p. 24).

Neste sentido, é importante apresentar de forma sintetizada como a infância foi percebida em diferentes momentos históricos e contextos. Essa reflexão fornece subsídios para que se possa compreender que as políticas destinadas a esse grupo são perpassadas por diferentes concepções sociais atribuídas às crianças.

Na Europa, até o período do renascimento, as crianças compartilhavam do mesmo mundo que os adultos, misturando-se aos seus modos de vida no que diz respeito às formas de vestir, ao trabalho, além das condutas sexuais, uma vez que não havia um sentimento de pudor. Sendo assim, em algumas sociedades antigas, as crianças muito pouco ou nada valiam, elas eram vítimas de castigos físicos e práticas como o infanticídio e o filicídio, sem que seus agressores (que na maioria das vezes eram os próprios pais) fossem punidos (ARIÈS, 2017). Não havia leis que as protegesse contra as diferentes formas de violência e exclusão social praticada pelos adultos (SARMENTO, 2007). Assim, conforme reflete Santana (2014), neste contexto, percebe-se claramente a inexistência do sentimento de infância, pois a criança era vista e tratada com austeridade, sua liberdade e o direito de brincar não eram respeitados, ela não era considerada como cidadã de Direito. Além disso, a educação possuía um caráter totalmente doutrinário, autoritário e moralista.

A partir do século XVII, no cenário europeu, começou a se desenvolver um sentimento novo com relação à infância. Essa começa a ser percebida em suas especificidades, passando a ocupar o centro das atenções da instituição familiar e posteriormente de instituições sociais (ARIÈS, 2017). Compreendida enquanto categoria social, foi nesse período que as crianças passaram a constituir alvos do poder da família e do governo. Assim, o atributo da fragilidade acabou por justificar a necessidade de intervenção e de governo da infância (BUJES, 2002; FOUCAULT, 2009). Dessa forma, a educação, por exemplo, passou a ganhar destaque, uma vez que o sentimento moderno da infância provocou a invenção de uma pedagogia: a pedagogia moderna. A escola, por sua vez, tornou-se um espaço de controle e governabilidade sobre a infância (KOHAN, 2007).

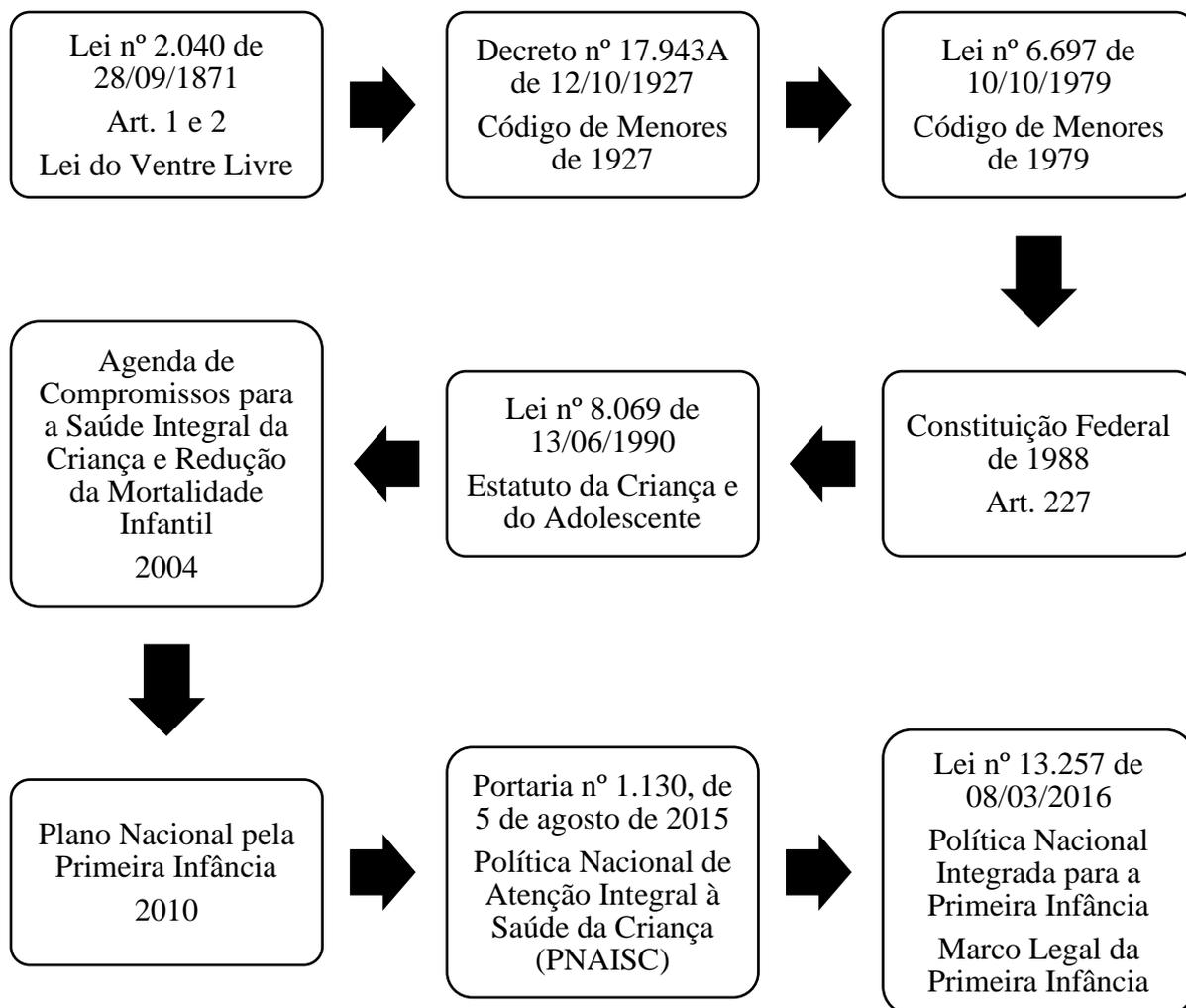
No Brasil, de acordo com Del Priore (2013), estudar as infâncias é remontar a um aspecto complexo da história do país, permeado mais pela ausência de referências sobre as crianças, do que da presença, principalmente antes e durante o período colonial. Até meados do século XIX, as práticas de assistência à criança estavam relacionadas à caridade e

filantropia (LOBO, 2015). Até esse período, houve um passado de tragédias, marcado pela escravidão das crianças, pela violência e luta pela sobrevivência nas instituições assistenciais, por abusos sexuais e exploração de sua mão de obra, situações que remontam a diversos momentos da inexistência de uma preocupação com as crianças (DEL PRIORE, 2013). Foi a partir do início do século XX - com a crescente urbanização, aumento das desigualdades e criminalidade, inclusive cometida por menores - que se começou a pensar a infância como a “semente do futuro”. Os criminalistas, diante dos elevados índices de delinquência, buscavam por vezes na infância a origem do problema, acabando por criminalizar o “cuidar” das crianças, transformando o cuidado em obrigação ao trabalho e penalização dos crimes cometidos pelos menores (DEL PRIORE, 2013; LINHARES, 2016).

Considerando esses aspectos, sumariamente apresentados para contextualizar o objeto de estudo nesta tese, pode-se afirmar que a produção de saberes sobre a infância e a instituição de práticas de cuidado voltadas a elas estão mutuamente implicadas, assim, às novas formas de intervenção. As novas práticas de cuidado e de assistência à infância só foram possíveis quando as crianças passaram a ser objeto da ciência e da sociedade, ou seja, quando houve uma mudança de pensamento sobre a infância (LOCKMANN; MOTA, 2013; LINHARES, 2016).

Este processo se expressa historicamente em diferentes perspectivas de ação estatal frente ao público infantil que trazem em si concepções sobre a infância.

Figura 1 - Ilustração temporal da evolução das principais legislações e políticas referentes à primeira infância no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira legislação no Brasil que tratou de proteger as crianças, referente às crianças filhas de mulher escrava, foi instituída em 1871, já no final do período imperial brasileiro. A Lei nº 2.040 de 28 de setembro de 1871, também conhecida como a Lei do Ventre Livre, assegurou alguns direitos às crianças. A partir dessa lei, os nascidos filhos de escravos seriam livres, garantindo o fim gradual da escravidão pela infância, assim como a proibição da venda de crianças com idade inferior a 12 anos (BRASIL, 1871).

Posteriormente, após a Proclamação da República, em um contexto conturbado no Brasil do ponto de vista legislativo, judiciário e executivo, em que as crianças e adolescentes encontravam-se marginalizados e excluídos das ações governamentais, nasceu o primeiro

decreto exclusivamente voltado para tratar dos interesses das crianças e adolescentes, o Decreto nº 17.943A de 12 de outubro de 1927 ou Código de Menores, também chamado de “Código Mello Mattos”, em homenagem ao autor do projeto, que também foi o primeiro juiz de Menores do Brasil (BRASIL, 1927).

Na perspectiva presente no Código de Menores de 1927 eram estabelecidas várias condições financeiras, familiares e sociais que caracterizavam crianças e adolescentes em crianças de primeira idade, infantes expostos, menores abandonados e menores delinquentes, sendo que o Estado assumia a responsabilidade legal pela tutela da criança órfã ou abandonada. A criança desamparada, nesta fase, ficava institucionalizada, e recebia orientação e oportunidade para trabalhar. No entanto, para os delinquentes, o abrigo ou internamento eram tidos como formas corretivas básicas. Este decreto voltado para os menores tornou-se um marco histórico no país (ZANELLA; LARA, 2015).

O código de 1927 foi substituído em 1979, desta vez, pela Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979, ainda com o nome de Código de Menores (BRASIL, 1979). Nesta legislação, crianças e adolescentes eram divididos em marginais, marginalizados ou integrados. Além disso, esse código trazia de forma implícita a visão da família ou da criança como responsáveis pelas irregularidades, ainda com a utilização de forma autoritária do abrigo ou internamento. No entanto, este código trouxe um avanço em relação ao anterior, ao priorizar que as medidas aplicadas aos menores infratores visassem a (re)integração do indivíduo na sociedade (SCISLESKI *et al.*, 2017).

Posteriormente, com o processo de redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a infância passa a ser uma prioridade, com a proteção pela família, sociedade e Estado. Conforme expresso em seu Art. 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, Art. 227, 1988).

Neste contexto, em que se vivenciava no Brasil um momento de valorização dos direitos dos indivíduos e coletividades, foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, sendo uma referência mundial de legislação destinada à proteção de crianças e adolescentes, fruto de um extraordinário processo de mobilização social e política, que envolveu representantes do legislativo, do jurídico e do movimento social (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o mesmo dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, considerando criança, o indivíduo até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

Neste sentido, de acordo com o ECA, a criança e o adolescente devem gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019). É importante destacar que o ECA traz em si uma mudança na visão acerca da criança e do adolescente no sentido de sua construção enquanto sujeitos de direitos e não somente como indivíduos submetidos ao poder familiar e estatal.

Essa perspectiva tem impacto inclusive no âmbito das questões relacionadas à violência, uma vez que torna obrigatória a identificação e a denúncia de violência, bem como as punições para os casos de violência, estabelecendo no seu Art. 5 que:

“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, Art. 5, 1990).

Na perspectiva do ECA cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade perante a garantia dos direitos da criança. A família, por mais que tenha se modificado na sua estrutura, nas formas de exercer suas funções e nos papéis intrafamiliares em relação à produção das condições materiais e culturais de sobrevivência e na função geracional, continua sendo a instituição primordial de cuidado e educação dos filhos, mormente nos seus primeiros anos de vida.

No entanto, conforme apontado anteriormente, existem famílias que se encontram em cenários de vulnerabilidade social e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância (CONTI; HECKMAN, 2010; NOVAES; GASPAR, 2016; ORTI; BOLSONI-SILVA, 2017; BECKER; CREPALDI, 2019). Nesses contextos, de acordo com o ECA compete ao Estado garantir às famílias as condições necessárias para exercer essa função, a partir do acesso as políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscando a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e

direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

Além da família e do Estado, cabe também a sociedade a proteção da infância, sendo que a sociedade tem várias formas de atuar na garantia dos direitos da criança. Entre elas, estão as de: a) participar, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações de saúde – art. 198, III; de assistência social – art. 204, II; de educação – art. 213; de todos os direitos – art. 227, § 7º da Constituição Federal); b) integrar conselhos, de forma paritária com representantes governamentais, com funções de planejamento, acompanhamento, controle social e avaliação; c) assumir a execução de ações, na ausência do Poder Público ou em parceria com ele; d) desenvolver programas, projetos e ações compreendidas no conceito de responsabilidade social e de investimento social privado; e) promover ou participar de campanhas e ações que promovam o respeito à criança, seu acolhimento e o atendimento de seus direitos.

Embora o ECA seja considerado um avanço em relação aos direitos das crianças e adolescentes, após quase 30 anos da sua formulação, infelizmente, ainda se observam diversas fragilidades para sua efetivação com vistas a evitar a violação desses direitos (OLIVEIRA, 2018).

Nesse contexto de atender de forma integral às crianças, em 2004 foi lançada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Dentro dessa agenda destaca-se as “Linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil”, como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contrarreferência responsável (BRASIL, 2004a).

Especificamente no que se refere à primeira infância, no Brasil essa questão veio à tona de forma específica e prioritária, a partir de 2010 com a criação da Rede Nacional da Primeira Infância e a elaboração do Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a). Esse plano foi elaborado com ampla participação de outras organizações sociais, de especialistas, pesquisadores, técnicos e pessoas que atuam diretamente com as crianças, com o objetivo de orientar durante os 12 anos seguintes, as ações do governo e da sociedade civil na defesa, promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos de idade, sendo seu marco final em 2022.

No âmbito da saúde, a infância foi contemplada de forma mais específica por meio da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015a).

Enquanto legislação, a primeira infância passou a ganhar destaque com a promulgação da Política Nacional Integrada para a Primeira Infância, pela Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016, que corresponde ao que podemos chamar de Marco Legal da Primeira Infância, por se tratar da primeira lei direcionada exclusivamente para esse grupo. A referida lei tem como intuito ser formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais, tendo como áreas prioritárias a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica (BRASIL, 2016).

Dentro da ótica da articulação entre diferentes setores trazida pela Política Nacional Integrada para a Primeira Infância destaca-se a importância dada à formação dos recursos humanos voltados para atender as necessidades da criança, bem como o desenvolvimento de estudos com foco neste grupo, conforme elucidado em seu Art. 30, incisos VIII, IX e X:

“VIII - especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil; IX - formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral; X - realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência” (BRASIL, 2016).

A Política Nacional Integrada para a Primeira Infância também evidencia a inclusão e participação da criança na definição das ações que lhe digam respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento (BRASIL, 2016). Logo, valoriza e estimula o protagonismo infantil, mas, para tal, é necessário que os profissionais que atendam as crianças, estejam preparados para acolher suas diferentes formas de expressão.

Nesse sentido de estímulo do protagonismo infantil, em 2017 foi instituída a implantação da Base Nacional Comum Curricular. Trata-se de um documento de caráter normativo que define o conjunto orgânico e progressivo de aprendizagens essenciais como direito das crianças, jovens e adultos no âmbito da Educação Básica escolar, e orientam sua implementação pelos sistemas de ensino das diferentes instâncias federativas, bem como pelas instituições ou redes escolares. Dentre as competências gerais a serem desenvolvidas pelos estudantes destaca-se o posicionamento ético em relação ao cuidado consigo mesmo e com os outros, a capacidade de conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, bem como exercitar a empatia, o diálogo e a resolução de conflitos (BRASIL, 2017b).

No contexto da primeira infância, diversos aspectos podem influenciar de forma negativo no desenvolvimento pleno da criança, levando a sérias complicações que podem impactar toda a vida e que na maioria das vezes não podem ser revertidas sem as intervenções apropriadas. Entre esses problemas, destacam-se a vitimização pela violência (BRASIL, 2010a; NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2012; JONSON-REID; KOHL; DRAKE, 2012; PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015; RAYANE; SOUSA, 2018; SILVA, 2019).

## **2.2 A complexidade da violência na primeira infância**

### *2.2.1 Conceituação*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, considera que a violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). É importante atentar ao fato que esta definição associa a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido.

Especificamente no que tange à violência contra as crianças, a maioria das definições de violência incorpora dois elementos centrais: a evidência de comportamento prejudicial à criança e presença de danos resultantes dessa conduta. A violência pode ser praticada por omissão, supressão ou transgressão dos direitos da criança ou adolescente, definidos por normas socioculturais e convenções legais (ZAMBON *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) acrescenta que a violência contra as crianças consiste em quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última

instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2001a).

No contexto dos serviços de saúde no Brasil, a violência está enquadrada dentro da Classificação Internacional de Doenças sob a denominação de causas externas, e sua presença, mesmo que subnotificada aos órgãos oficiais, chama atenção e desperta a urgência de estratégias de enfrentamento, em virtude de sua magnitude. O estudo brasileiro que elaborou o mapa da violência no Brasil a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) evidenciou que no ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos na faixa etária de 0 a 19 anos, o que representou 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema naquele mesmo ano. Em todas as faixas etárias preponderou o atendimento por violências do sexo feminino e em sua maior parte, a violência deu-se na residência das vítimas (WAISELFISZ, 2012).

Nas estatísticas internacionais, o Brasil encontra-se em 4º lugar nas taxas de homicídio de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade entre 92 países do mundo (WAISELFISZ, 2012). Os óbitos no ano de 2010 por causas externas de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, corresponderam a 43,3% por homicídio e 6,2% por outras violências - sexual, física, psicológica e negligência (WAISELFISZ, 2012). As causas externas de mortalidade compreendendo homicídio e violências vêm crescendo de forma assustadora nas últimas décadas, sendo que em 2013 foram responsáveis por 56,6% do total de mortes na faixa de 1 a 19 anos de idade (WAISELFISZ, 2015).

Especificamente em relação à primeira infância, com base nos dados do Sistema da Vigilância de Violências e Acidentes/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), em 2017 foram notificados 55.667 casos, 21% no grupo menor de um ano, 42% no de um a quatro anos e 37% no de cinco a nove anos. A violência física e a negligência predominaram nos meninos, enquanto que a violência sexual e a violência psicológica predominaram nas meninas e o domicílio foi o local principal de acontecimento (BRASIL, 2017a).

Vale ressaltar que esses dados representam apenas uma parcela das crianças que sofrem violência e são detectadas nos serviços de atendimento de saúde. A literatura aponta uma subnotificação dos casos, em que na maioria das vezes, os casos que são mais perceptíveis - violências sexual e física - acabam sendo identificadas pelos profissionais dos serviços, em detrimento dos casos mais “sutis” (LEITE *et al.*, 2016; MACEDO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, as palmadas, gritos e insultos, bem como as demais expressões de violência não são reconhecidas, o que favorece a invisibilidade do fenômeno e sua

naturalização. A naturalização da relação permeada pela violência faz com que as pessoas a percebam como algo comum (MAGALHÃES *et al.*, 2017a; MAGALHÃES *et al.*, 2017b).

Fazendo menção à tipologia, mesmo sendo um assunto discutido internacionalmente, não há um consenso entre as diferentes literaturas no que se refere às definições de maus-tratos, violência e negligência.

Em algumas situações, a literatura internacional utiliza o termo maus-tratos de uma forma mais ampla, nas quais se subdivide as definições de violência e negligência distintamente. Nessa perspectiva, a violência se refere à violência física, sexual e psicológica, já a negligência pode ser do tipo de saúde, educacional, emocional, estrutural, proteção e a sua forma mais extrema que é o abandono com privação de cuidados (LIU *et al.*, 2003; CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY, 2013; TURNER *et al.*, 2017).

Contudo, a literatura nacional, seguindo a linha da OMS (2002), utiliza um conceito menos específico em que todos os tipos de maus-tratos são considerados violência, que pode ser de natureza física, sexual, psicológica e negligência/abandono (BRASIL, 2010a).

As definições elaboradas pelo Plano Nacional da Primeira Infância (BRASIL, 2010a) e pela Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde (BRASIL, 2014a) classificam os diversos tipos de violência como:

- Violência física: é qualquer ação ou omissão, única ou repetida, não acidental, capaz de provocar dano físico, psicológico, emocional ou intelectual contra a criança. O dano provocado pode variar de uma lesão leve à consequência extrema da morte. Uma das formas dessa violência são os castigos físicos, que consistem em qualquer ato que atinja o corpo da criança, em qualquer intensidade, com a intenção de provocar dor ou sofrimento a pretexto de educar ou proteger (palmada, tapas na mão, beliscão, bofetões, chutes, empurrões e sacudidelas).
- Violência psicológica: é toda a ação que causa ou pode causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Dela fazem parte as ameaças, humilhações, agressões verbais, cobranças de comportamento, discriminação, isolamento, destruição de pertences ou objetos de estima e apego para a criança. O castigo humilhante configura-se como violência psicológica. São ameaças, insultos, xingamentos, constrangimento, chantagens e humilhação pública, assim como ridicularizar, isolar ou ignorar a criança. Outras formas de violência psicológica são: testemunho da violência, síndrome da alienação parental, *bullying* e *cyberbullying*.

- **Violência sexual:** é toda situação em que uma criança é utilizada para gratificação sexual de outra pessoa, geralmente mais velha. Ele é cometido através da força, engano, suborno, violência psicológica ou moral. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “*voyeurismo*” (obtenção de prazer sexual por meio da observação).
- **Negligência/abandono:** é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação às crianças, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional, social ou cognitivo. Inclui a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

De forma mais específica e detalhada, a *violência física* também pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. De acordo com o tipo de instrumento utilizado, intensidade, local do trauma e distribuição da lesão, é possível identificar sinais gerais e específicos dos traumas secundários à violência física. Contudo, é preciso, inicialmente, afastar a possibilidade de que as lesões ou cicatrizes apresentadas pela criança sejam consequentes de traumatismos não intencionais (BRASIL, 2010a).

Segundo o VIVA/SINAN, em 2017 foram notificados no país 12.368 casos de violência física na faixa etária de zero a nove anos. Nesse mesmo ano, no estado de Pernambuco foram notificados 646 casos de violência física na faixa etária de 0 a 9 anos (BRASIL, 2017a).

Apesar de subnotificada, é uma das mais identificadas pelos serviços de saúde, fato este que pode estar associado à ideia do emprego da força física como estratégia de escolha para a educação infantil, o que a torna muito frequente, principalmente no contexto brasileiro (PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015). É importante refletir que a violência como uma estratégia educativa relaciona-se às formas de educação parental aprendidas e vivenciadas que se alicerçam no seio familiar e cultural (SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017; NOBRE *et al.*, 2018). Logo, a violência física utilizada como forma

educativa e punitiva não pode ser analisada de forma descontextualizada do meio em que a família está inserida, sendo essa compreensão muito importante para o enfrentamento dessa situação.

Outra razão que pode estar associada aos elevados números de violência física identificados nos serviços de saúde refere-se ao fato de que esse tipo de agressão, geralmente, deixa marcas corporais passíveis de serem identificadas mais facilmente (PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

Vale ressaltar que várias podem ser as consequências para a vida das crianças que sofreram violência física. Na infância as mesmas podem incidir em alterações negativas na neuropsicomotricidade com consequências no desenvolvimento físico e psicológico da criança. Na adolescência e vida adulta as repercussões podem resultar em danos físicos, emocionais, comportamentais e sociais (FERREIRA; SILVEIRA, 2015; PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

No que tange à *violência psicológica*, está é a modalidade de violência doméstica menos identificada. Esse tipo exige atenção redobrada dos profissionais de assistência à infância, já que os sinais e os indicadores de sua manifestação não são tão evidentes, e dificilmente constitui-se o motivo principal de notificação ou de denúncia, estando quase sempre associado a outras formas de violência, o que acaba por dificultar sua notificação (PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

A violência psicológica ocorre quando os adultos sistematicamente humilham, demonstram falta de interesse, tecem críticas excessivas, induzem culpa, desencorajam, ignoram sentimentos ou cobram excessivamente a criança ou o adolescente. A violência psicológica é sinalizada como ponto central do abuso infantil e da negligência, podendo causar mais danos no desenvolvimento infantil do que a violência física (ABRANCHES; ASSIS; PIRES, 2013).

A violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a bloquear ou a impedir o curso normal do desenvolvimento, num processo crônico que deixará sequelas em vários níveis de gravidade. Surgem como sinais de angústia e ansiedade que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão habitual e motivam a procura pelos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Segundo o VIVA/SINAN, em 2017 foram notificados no país 7.093 casos de violência psicológica na faixa etária de 0 a 9 anos, dos quais o estado de Pernambuco registrou 302 casos (BRASIL, 2017a).

No que tange à *violência sexual*, a mesma é definida pela World Health Organization (WHO) e pela International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) como o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual não compreendida totalmente, sendo esses incapazes de dar consentimento, ou para a qual não estão preparados devido a seu estágio de desenvolvimento (WHO; ISPCAN, 2006). No Brasil, a definição adotada pelo Ministério da Saúde é semelhante, porém, com maior detalhamento das práticas que são consideradas violência sexual. Ela é compreendida, então, como todo e qualquer ato ou jogo sexual, seja ele em relação heterossexual seja em relação homossexual, no qual os perpetradores estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado do que a criança ou o adolescente (BRASIL, 2002).

Evidencia-se por meio de práticas eróticas e sexuais impostas às crianças ou aos adolescentes por violência física, ameaças ou indução de sua vontade. A violência sexual pode variar desde atos nos quais não há contato físico como o voyeurismo, exibicionismo e produção de fotos, até diferentes tipos de ações que incluem contato físico com ou sem penetração. Inclui, ainda, situações de exploração sexual visando o lucro, tais como a exploração sexual e a pornografia (BRASIL, 2002).

Quanto ao seu panorama, em 2017, o VIVA/SINAN registrou 11.267 casos de violência sexual na faixa etária de 0 a 9 anos (BRASIL, 2017a). Em pesquisa realizada nos atendimentos de emergências em Brasília, a violência sexual ocorreu em 2,5% das vítimas de violência, predominando entre as crianças de dois a cinco anos (4,6%), sendo o agressor um familiar da criança em mais da metade dos atendimentos de menores de seis anos de idade (MALTA *et al.*, 2015). O estado de Pernambuco notificou em 2017 um total de 296 casos de violência sexual na faixa etária de 0 a 9 anos, em sua maioria meninas (BRASIL, 2017a). A violência sexual relacionada ao sexo atinge maior proporção em meninas do que meninos. Já na violência sexual relacionada à pornografia, as vítimas do sexo masculino apresentam maior número dos casos (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015).

Entre as consequências da violência sexual está a ocorrência de sintomas e psicopatologias a curto e longo prazo, representadas, por exemplo, pelo transtorno do estresse pós-traumático, estresse, depressão e ansiedade (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015). Em estudo realizado em interior do oeste paulista sobre as trajetórias sexuais de 236 adolescentes que sofreram violência sexual, 94 (39.8%) declararam ter pensado em suicídio e 39 (16.5%) disseram ter tentado o suicídio (TEIXEIRA-FILHO *et al.*, 2013).

No que se refere à *negligência*, trata-se de uma das formas mais frequentes de maus-tratos que acontece em vários países, incluindo o Brasil, estando associado a uma alta morbidade e mortalidade de crianças e adolescentes (HAHM *et al.*, 2010; SILVANY *et al.*, 2011). As concepções relativas à negligência são fortemente perpassadas por elementos da cultura. A negligência consiste na omissão da sociedade e família em prover para a criança e adolescente suas necessidades emocionais, sociais e físicas (CURITIBA, 2008; FRANZIN *et al.*, 2014; PASIAN *et al.*, 2015).

Entre os tipos de negligência, pode-se incluir: Saúde, em que os cuidadores não conseguem suprir as necessidades de saúde das crianças; Educacional, quando os cuidadores não conseguem garantir a matrícula e frequência escolar; Emocional, em que há dificuldades em fornecer suporte emocional; Estrutural, que se relaciona na falha em fornecer as necessidades básicas de uma criança, incluindo alimentação, roupas e abrigo; e Proteção, que consiste na falta de supervisão adequada de acordo com a idade da criança para o desenvolvimento de suas capacidades (CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY, 2013; FRANZIN *et al.*, 2014; LOGAN-GREENE; JONES, 2015). O abandono e a privação total de cuidados são considerados como formas de extrema negligência e se caracterizam pela ausência, recusa ou deserção dos cuidados necessários por alguém vulnerável que deve receber a atenção e cuidado de suas famílias (FRANZIN *et al.*, 2014).

Quando a negligência se repete insistentemente ao longo do tempo, alguns pesquisadores utilizam o termo negligência crônica (JONSON-REID; KOHL; DRAKE, 2012; LOGAN-GREENE; JONES, 2015). A negligência crônica é vivenciada de forma mais contínua em famílias que experimentam mais estresse em comparação com casos de um único incidente de negligência, sendo assim mais propensos a serem caracterizados por ambientes familiares caóticos (LOGAN-GREENE; JONES, 2015).

Entre os fatores preditores fortes que podem estar associados à negligência encontram-se a extrema pobreza, abuso de substâncias como álcool e drogas pelos pais, problemas de saúde mental, deficiência de desenvolvimento das crianças ou dos pais, famílias numerosas, falta de apoio social e baixo nível educacional da mãe (FRANZIN *et al.*, 2014; CHARAK; KOOT, 2014; LOGAN-GREENE; JONES, 2015; DARIE, 2015; PASIAN *et al.*, 2015; VAN DER KOOIJ *et al.*, 2015; VIOLA *et al.*, 2016).

A análise aponta para uma perspectiva de que, muitas vezes, junto a uma criança negligenciada pela família, também existe uma família negligenciada pela sociedade e Estado. Negligência esta que se manifesta na não garantia dos direitos sociais básicos, levando à culpabilização daqueles a quem foi negado o direito de acesso e a uma continuidade

das posturas de criminalização das famílias, mesmo diante de um cenário legal de corresponsabilidade entre família, sociedade e Estado (FÁVERO, 2018; SOUZA; AUGUSTO, 2018; PAIVA; MOREIRA; LIMA, 2019).

As consequências da negligência quando vivenciadas mais precocemente podem perdurar por toda a vida da criança e do adolescente. A literatura evidencia repercussões relacionadas a problemas de saúde mental, problemas sociais, comportamento suicida, agressividade, delinquência, déficit de atenção e hiperatividade, impacto precoce no desenvolvimento cognitivo e regulação, desregulação nas competências relacionais em sociedade, alterações na modulação da emoção, depressão, psicopatias, abuso de substâncias, entre outras (GILBERT, 2012; FRANZIN *et al.*, 2014; LOGAN-GREENE; JONES, 2015; DARGIS; NEWMAN, 2016, INFURNA *et al.*, 2016; WAIKAMP; SERRALTA, 2018; FARIA *et al.*, 2018).

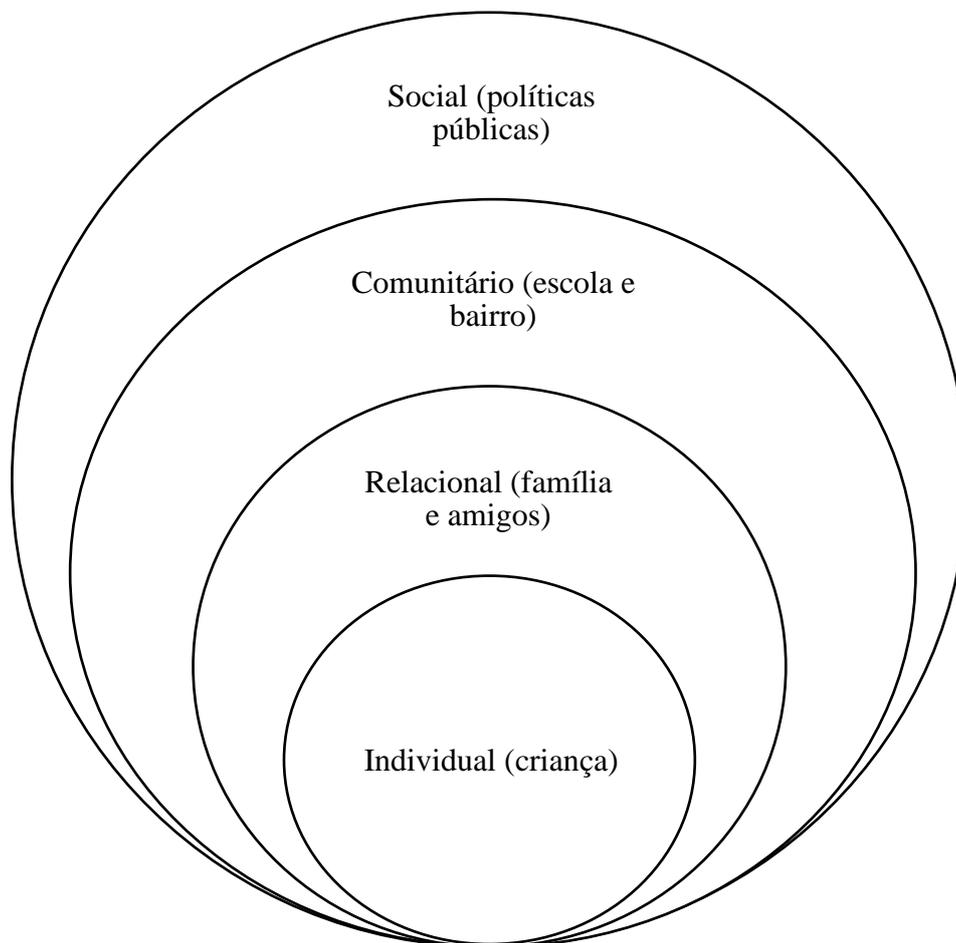
Quanto às estatísticas, uma análise de meta-regressão no mundo identificou que a América do Sul apresenta a mais alta estimativa de maus-tratos entre os continentes do mundo (VIOLA *et al.*, 2016). No Brasil foram notificados em 2017 um total de 24.839 casos de negligência/abandono na faixa etária de 0 a 9 anos (BRASIL, 2017a). Um estudo brasileiro realizado na cidade de Curitiba constatou que durante os anos de 2004 a 2009 foram notificados um total de 17.082 casos de maus-tratos de crianças e adolescentes, dos quais 9.742 casos de negligência e 190 casos de abandono (FRANZIN *et al.*, 2014). No estado de Pernambuco foram registrados 2.497 casos de negligência/abandono na faixa etária de 0 a 9 anos, em sua maioria meninas (BRASIL, 2017a).

A violência contra crianças assume uma variedade de formas e é influenciada por uma ampla gama de fatores, a partir das características pessoais da vítima, agressor e o ambiente cultural (UNICEF, 2006). No que se refere às causalidades da violência de uma forma geral, encontram-se os fatores de vulnerabilidade, que são circunstâncias de vida ou atributos pessoais que facilitam que a criança ou o adolescente se torne vítima ou agente de violência em um determinado momento (BRASIL, 2010a).

Os fatores de vulnerabilidade, que podem estar relacionados a violência, fazem parte de um fenômeno complexo que incluem a exclusão socioeconômica a que determinados grupos são expostos, deterioração das redes de solidariedade, isenção da sociedade e do estado da responsabilidade no apoio às famílias, entre outros (APOSTÓLICO *et al.*, 2012; THOMAZINE; TOSO; VIERA, 2014; PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015; FÁVERO, 2018; SOUZA; AUGUSTO, 2018; PAIVA; MOREIRA; LIMA, 2019).

No entendimento da OMS (2002) a violência de modo geral é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais, conforme apresentado pela figura abaixo.

Figura 2 - Modelo ecológico para compreender a violência



Fonte: adaptado de OMS (2002, p. 13).

A complexidade desse emaranhado de fatores relacionados à violência não permite uma análise simplificadora do fenômeno. Entender como essa multidimensionalidade influencia a violência é um dos passos importantes na abordagem intersetorial para o enfrentamento da violência na primeira infância.

### 2.2.2 A violência em foco: políticas, estratégias e rede de proteção

Há séculos, crianças e adolescentes são vítimas de violência em todo o mundo. Entretanto, apenas a partir de 1960, com a descrição da síndrome da criança espancada (*the*

*battered-child syndrome*), pelo pediatra americano C. Henry Kempe, em 1962, os maus-tratos contra crianças adquiriram visibilidade (MESSMAN-MOORE; BROWN, 2004). A partir de então, diversas convenções nacionais e internacionais têm sido propostas, com o objetivo de proteger essa população, passando a ser objeto de reflexão e ação para o setor saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Muitos países têm feito esforços concretos para reformar a legislação a fim de combater a violência contra as crianças. Ao mesmo tempo, estes esforços contrastam claramente com os investimentos, muitas vezes mínimos, em políticas e programas para documentar a prevalência e as características da violência contra as crianças e adolescentes, intervir nas causas que lhe estão subjacentes e avaliar o impacto das intervenções (UNICEF, 2006).

Em meio a isso, algumas iniciativas vêm sendo instituídas no decorrer dos anos com objetivo de garantir a proteção das crianças no que tange à violência. O Ministério da Saúde, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - Portaria nº 737/2001 (BRASIL, 2001a) e definiu um instrumento de notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes - Portaria MS/GM nº 1.968/2001 (BRASIL, 2001b).

Dando sequência à implementação dessas estratégias e ações, o Ministério da Saúde, em 2010, lançou a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para gestores e profissionais de saúde”, com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Esse documento passou por uma atualização no ano de 2014 (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014a).

No mesmo ano, ao perceberem a necessidade de ampliar as ações para uma parcela mais específica da população - que precisava de um enfoque mais contínuo pelos gestores, profissionais e sociedade -, foi criada em 2010 a Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), que propõe ações amplas e articuladas de promoção dos direitos da criança de até seis anos de idade para os 12 anos seguintes, por meio do Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a). É importante compreender a ambivalência da infância (presente e futuro) que exige cuidados no presente e simultaneamente, manter um olhar na perspectiva do seu desenvolvimento para a adolescência, vida adulta e demais fases. Dentre as linhas de ação de

cuidados na primeira infância, o enfrentamento às violências ganhou maior visibilidade (BRASIL, 2010a).

No que se refere especificamente à questão da violência sexual, em 2013 deu-se a criação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, com o propósito de firmar compromisso de defesa intransigente dos direitos de crianças e adolescentes, sobretudo daqueles/as que se encontram circunstancialmente em situação de ameaça ou violação ao direito fundamental de desenvolvimento de uma sexualidade segura e saudável (BRASIL, 2013a).

Em meio à crescente questão dos casos de violência na escola, uma conquista muito significativa para a proteção das crianças brasileiras foi a promulgação da Lei Menino Bernardo, a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, que garante que crianças e adolescentes sejam educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante em todos os espaços de educação e convivência (BRASIL, 2014b). Quatro anos depois, a UNICEF elaborou um manifesto pelo fim da violência contra crianças e adolescentes nas escolas, intitulado “A Educação que Protege Contra a Violência”, defendendo que pais e mães, cuidadores, responsáveis, escolas, comunidade, sociedade e gestores prezem pela formulação e execução de políticas que garantam a restrição de armas nas escolas, a segurança na jornada de ida e volta para a escola, a garantia de estrutura segura nas escolas, bem como a proteção contra qualquer tipo de violência cometida nesse ambiente (UNICEF, 2018).

Especificamente em relação à primeira infância, a RNPI, com apoio estratégico da UNICEF, realizou em 2015 o “Colóquio Violências e seus Impactos no Desenvolvimento Infantil”, que constituiu uma ação estratégica para enfatizar recomendações no que diz respeito a promover discussões e ações de direitos humanos da criança no tocante à proteção na primeira infância, monitorando políticas, programas e ações que atuem na promoção de uma cultura de paz e na prevenção às violências na sociedade brasileira (BRASIL, 2015b). Nesse mesmo ano, também foi elaborada a “Carta de Recomendações para o Enfrentamento às Violências na Primeira Infância”, em decorrência das discussões ocorridas no colóquio (BRASIL, 2015c).

Como abordado anteriormente, a primeira infância teve seu marco legal por meio da Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016 que instituiu a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância, que colocou a proteção contra toda forma de violência como uma de suas áreas prioritárias (BRASIL, 2016). Dois anos mais tarde, o Ministério dos Direitos Humanos lançou o manual técnico sobre “Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de

Cenários e Propostas de Políticas Públicas”, que focou na contextualização da violência no território brasileiro, ilustrando as políticas até então implementadas, os territórios e contextos de risco de violação dos direitos e ações intersetoriais propostas (BRASIL, 2018).

No entanto, diante de tantos avanços legais, ainda existem muitas lacunas no que tange à questão da violência. Uma vez que a problemática de maus-tratos seja significativa em todas as sociedades, dispõe-se de evidências de que o número de casos conhecidos é oficialmente bem menor que o real (LEITE *et al.*, 2016; MACEDO *et al.*, 2019). Dentre as dificuldades de enfrentamento, atenta-se na questão do medo de exposição dos profissionais de saúde e educação por temerem represálias por parte dos envolvidos, além da falta de instrumentos adequados para identificação, avaliação e segmento, que acabam por influenciar na subnotificação dos casos (PASIAN *et al.*, 2015).

Diante da multiplicidade de fatores, grande parte da violência contra as crianças e adolescentes permanece escondida por muitas razões, sendo uma delas o medo dos profissionais que identificam a agressão à exposição (UNICEF, 2006). Fator esse que gera uma subnotificação em relação à violência, pois muitas agressões são registradas pelos serviços de saúde como resultantes de acidentes (THOMAZINE; TOSO; VIEIRA, 2014; PASIAN *et al.*, 2015; MACEDO *et al.*, 2019). Na prática, a atenção dos profissionais focaliza os agravos, com predomínio do atendimento dos efeitos da violência na reparação dos traumas e lesões físicas no serviço de emergência, nos cuidados com a recuperação e reabilitação das sequelas no âmbito hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Diante disso faz-se necessário refletir que é responsabilidade dos profissionais que lidam com crianças, em caso de suspeita ou confirmação de violência, realizar o acolhimento, atendimento e notificação dos casos, acionar o Conselho Tutelar e proceder ao seguimento na rede de proteção social (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010a; BRASIL 2016; BRASIL, 2019).

Fica clara a necessidade de implementação de iniciativas voltadas a construir, pactuar, publicar e implantar planos voltados para o enfrentamento da violência, de forma a minimizar essas dificuldades.

Uma das formas de prevenir a violência é identificar as situações familiares que podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas, pelas dificuldades e desgaste que ocasionam. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de um de seus membros requerem atenção redobrada à família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a minimizar a busca da violência como forma de enfrentá-las. A prevenção da violência também pode ser feita ao se buscar reduzir os efeitos deletérios e suas consequências (BRASIL, 2010a).

É de grande valia que os profissionais ligados direta ou indiretamente com crianças e adolescentes vítimas de violência obtenham informações necessárias e concretas, tentando, assim, identificar o impacto que a violência tem causado em sua vida. Entretanto, o conhecimento atual a respeito da violência ainda está em processo de construção, em função da complexidade do tema. Espera-se dos profissionais que tenham habilidades para analisar cada caso e construir junto à família e à equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a criança ou adolescente e para o autor da agressão (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016). Todavia, o desenvolvimento dessas habilidades invoca um processo de formação contínuo dos profissionais com foco a atender as peculiaridades das crianças que se encontram neste grupo.

Profissionais de diferentes áreas podem contribuir de forma efetiva para a intervenção em casos de maus-tratos infantis, realizando atividades de promoção da saúde, fazendo as notificações e priorizando o manejo intersetorial dos casos. No entanto, para que isso ocorra de forma efetiva, é necessário que esses profissionais recebam informações e tenham ciência das consequências advindas da violência para com crianças, permitindo, inclusive, o adequado reconhecimento dos casos (PASIAN *et al.*, 2015; PEREIRA; CONCEIÇÃO; BORGES, 2017).

O panorama apresentado sugere que investigações sejam feitas na procura de recursos técnicos e instrumentos profissionais que facilitem a identificação e a confirmação de casos suspeitos de violência infantil. O desenvolvimento de estratégias e de procedimentos facilitadores da identificação de casos de crianças vítimas de violência pelos órgãos competentes e também pelos profissionais que com elas trabalham poderá favorecer o conhecimento e a devida caracterização do fenômeno em questão, permitindo elaboração de intervenções adequadas (PASIAN *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2018).

As recomendações do Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a) para o enfrentamento das violências contra a criança estão pautadas na valorização de relações dialógicas de cooperação e negociação entre a criança, seus pares e adultos. Com esse modelo, pretende-se que se oriente e subsidie as políticas públicas articuladas para a primeira infância, visando garantir o fortalecimento de identidade de meninos e meninas como atores sociopolíticos.

Para tanto, a participação da criança desde a primeira infância nas ações que visem enfrentar a violência intrafamiliar e suas consequências é uma estratégia fundamental para a construção de uma política efetiva. Essa participação deve ocorrer nas relações de convivência familiar e comunitária, como também nas políticas públicas e nos programas

oficiais. A participação começa no escutar e levar em consideração as opiniões e desejos da criança (BRASIL, 2010a. BRASIL, 2016).

Considerando a demanda intersetorial do atendimento às situações de violências contra crianças e as dificuldades no que se refere a identificação e manejo, seja para atuação em rede, para o acompanhamento das famílias e para cumprir as diretrizes das políticas públicas sobre o tema, a questão da capacitação de gestores e profissionais, conforme já discutido anteriormente, assume papel estratégico para efetivação das ações.

Além disso, os dispositivos legais e a literatura apontam para arranjos organizacionais que possibilitam melhor intervenção frente aos desafios à promoção da saúde e prevenção de agravos de crianças e adolescentes, como o trabalho em rede (WHO, 2014; BECKER *et al.*, 2014; O'HARE *et al.*, 2015; TURNER *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018). A valorização da rede de proteção da primeira infância é de fundamental importância para efetivação da própria política. A proposta de trabalhos em redes tem representado um novo paradigma que se contrapõe às tradicionais políticas públicas marcadas por ações fragmentadas que, historicamente, apenas contribuíram para intervenções localizadas, segmentadas, centralizadas e simplificadas frente a fenômenos complexos (CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008; CARLOS *et al.*, 2016a).

Esses arranjos configuram as redes de apoio, sejam pessoais, institucionais ou informativos, e se definem como o compartilhamento de poder, de recursos humanos e de materiais de um conjunto social, formal ou informal, de atores, de grupos e de instituições em um determinado território (BRASIL, 2006). Dessas redes podem emergir o apoio social emocional, instrumental e informativo. O apoio emocional se constitui por meio da conversa e do estabelecimento de relações afetivas entre as pessoas. O apoio instrumental se refere a ações ou a materiais oferecidos para ajudar em tarefas cotidianas. O apoio informativo se relaciona as orientações e informações disponibilizadas sobre recursos da comunidade (SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010; DESLANDES *et al.*, 2016).

Assim, as redes se traçam em territórios delimitados, uma vez que a demarcação se dá por meio de fronteiras simbólicas e materiais que possibilitam a constituição da identidade das pessoas e da sua coletividade (CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008; MACEDO; CONCEIÇÃO, 2017). Destaca-se que a articulação entre vários tipos de profissionais, de serviços e de setores é uma condição necessária para o desenvolvimento de ações de proteção integral das crianças e dos adolescentes (DESLANDES, 2006).

Algumas iniciativas obtiveram êxito no trabalho em redes, como, por exemplo, o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil na região do Triângulo Mineiro a partir de

2006, com a expansão do Programa de Ações Integradas e Referenciais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no território brasileiro (PAIR), que utilizou uma metodologia de articulação de políticas, além da criação/fortalecimento das redes locais associado à participação social (CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008; IWAMOTO; ISOBE; GONTIJO, 2012). Outra realidade foi a criação da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência em Curitiba desde 2001, que se caracterizou pela distribuição de responsabilidades entre todas as organizações estatais que prestam atendimento a crianças e adolescentes com vistas a redução das formas de violência (CRUZ FILHO, 2014; FRANZIN *et al.*, 2014).

No que se refere às dificuldades de materialização da rede, alguns aspectos podem contribuir para sua fragmentação, como a falta de investimento do poder público, a não adesão de instituições governamentais e não governamentais e a deficiência de equipe técnica especializada e capacitada em número suficiente (MORAES, 2012; FERNANDES; MAZZA, 2013; PAULA; KODATO, 2016; COSTA; VIEIRA, 2018).

Assim, no que se refere à violência contra crianças e adolescentes, compreende-se que o trabalho em rede se configura uma exigência, devendo ocorrer de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades, cujas decisões devem ser adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade. O método de trabalho em rede tem como potencialidade permitir a troca de informações e a articulação institucional, como a formulação de políticas públicas para a implementação de projetos comuns, que contribuem para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, ultrapassando a dimensão singular para construir propostas que incorporem as dimensões estruturais e sociais (BRASIL, 2010a; FERNANDES; MAZZA, 2013; MACEDO; CONCEIÇÃO, 2017).

Um aspecto importante a ser ressaltado, quando se fala de uma problemática do trabalho em rede que envolve vários setores, atores e estruturas, é a percepção de que tudo interage com tudo de uma maneira simultânea e complexa. O todo está na parte, a parte está no todo e as partes interagem entre si, ora se complementando e ora entrando em conflitos (CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008; COSTA; VIEIRA, 2018). Dentro dessa compreensão da realidade, torna-se impossível discutir o fenômeno da violência na primeira infância sem considerar os diversos níveis que participam da rede de proteção para assegurar

a integração dos múltiplos atores sociais e institucionais, além dos recursos orçamentários assegurados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo destina-se a explicar alguns aspectos do paradigma da complexidade segundo Edgar Morin, um dos seus principais autores, trazendo seus principais aspectos conceituais, seus princípios e algumas de suas articulações.

Edgar Morin é um antropólogo, sociólogo e filósofo francês judeu de origem sefardita. Pesquisador emérito do Centre National de la Recherche Scientifique - CNRS. Formado em direito, história e geografia, realizou estudos em filosofia, sociologia e epistemologia. Autor de mais de trinta livros, as obras de Morin que sistematizam o pensamento complexo são utilizadas para compreender diferentes temáticas nas mais diversas áreas do conhecimento.

#### 3.1 O paradigma simplificador e o paradigma complexo

Faz-se necessário primeiramente conhecer a palavra “paradigma”, que tem sua base no latim e significa mostrar, apresentar, confrontar. Diferente da teoria de que se trata de um conjunto de regras específicas a determinada área, o paradigma refere-se a um conceito das ciências e da epistemologia que define um exemplo típico ou modelo de algo. Em 1962, Thomas Samuel Kuhn foi o primeiro cientista a popularizar entre os seus pares o termo paradigma no seu livro “A Estrutura das Revoluções Científicas” (KUHN, 1962).

É importante pontuar que os paradigmas acompanham a busca incessante para desvendar os mistérios que assolam a humanidade com foco em alcançar o conhecimento pleno da realidade impulsionando o surgir da ciência (MORIN, 2014; 2015a).

Até o momento, o conhecimento e a ciência vinham sendo regidos - e ainda são - por um paradigma linear que controla o pensamento desde o século XVII, que sem dúvida permitiu os maiores progressos ao conhecimento científico, inclusive no campo da saúde, mas começou a evidenciar suas limitações no final do século XX (MORIN, 2015a). Esse é o paradigma da simplificação, composto pelo conjunto dos princípios de inteligibilidade próprios da cientificidade clássica, que produzem uma concepção simplificada do universo.

O paradigma simplificador impera segundo alguns princípios, sendo eles: a *disjunção*, que separou o sujeito pensante, a coisa a ser entendida e o meio e isolou radicalmente as três grandes áreas do conhecimento científico, a física, a biologia e a ciência do homem; a *redução*, que minimizou o conhecimento dos conjuntos/sistemas ao conhecimento das partes simples; a *fragmentação*, que criou a hiperespecialização; a *universalidade*, que optou pela expulsão do singular para valorizar o geral; a *causalidade*

*linear*, que afastou as causas externas; e a *ordem*, que exclui as aleatoriedades valorizando o determinismo impecável na ciência (MORIN, 2014; 2015a).

A ciência clássica sob a ótica do paradigma da simplificação excluía a aleatoriedade para apenas conceber um universo estrito e totalmente determinista, eliminando o observador da observação (MORIN, 2014). Assim, a ciência está atrelada a uma busca incansável pelo progresso e desenvolvimento, por meio do uso degradado da razão e incontrolado do conhecimento, com predomínio de uma visão determinista em relação ao sujeito e o objeto (MORIN, 2015a).

Essa mesma ciência tão elucidativa, enriquecedora, conquistadora e triunfante, apresenta, cada vez mais, problemas graves à sociedade. Essa ciência traz, ao mesmo tempo, possibilidades de subjugação, tornando-se uma instituição no centro da sociedade, controlando poderes econômicos e estatais. (MORIN, 2014).

Dessa forma a ciência tornou-se perigosa, passível de manipulação, sofrendo a determinação tecnoburocrática da organização industrial do trabalho (MORIN, 2015a). Para Morin (2015a, p. 51) “a ciência tornou-se cega em sua incapacidade de controlar, prever, até mesmo conceber seu papel social, em sua incapacidade de integrar, articular, refletir sobre seus próprios conhecimentos”.

É incontestável que, devido ao desmembramento do conhecimento pelo progresso dos conhecimentos especializados, que não se comunicam uns com os outros, vem ocorrendo a destruição do conhecimento geral das múltiplas realidades (MORIN, 2014).

Deve-se entender que o conhecimento e a ciência são impuros, logo, a vontade ou a intenção de encontrar uma demarcação nítida e clara entre o que é científico e o não-científico, acaba sendo uma ideia errônea. E foi assim, a partir dessa forma como a ciência vinha se desenvolvendo, que se instituiu uma crise no modelo da explicação científica (MORIN, 2014).

Nesse contexto, o paradigma simplificador torna-se limitado, pois, separou as distintas áreas de conhecimento, excluiu a aleatoriedade, concebeu um universo estrito e totalmente determinista, além de eliminar o observador do conjunto (MORIN, 2014).

A partir do momento que determinado paradigma apresenta anomalias consideradas importantes ou não consegue mais explicar todos os fenômenos, inicia-se um processo de mudança de paradigma (KUHN, 1962). Mas óbvio que, por trás de toda essa curiosidade pelo conhecimento, existem os interesses do ser humano, protagonista de todo o processo.

Para Morin (2014; 2015a) vem ocorrendo uma crise do paradigma conhecido como científico-moderno, para emergir uma nova concepção de ciência e conhecimento, rompendo

com a separação entre ciência e senso comum, e criticando a dominação da comunidade científica no processo de desenvolvimento do conhecimento.

Esse paradigma, que se esforça para abrir e desenvolver um diálogo entre a ordem, desordem e organização, para obter a visão poliocular das dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e históricas daquilo que é humano, é o paradigma da complexidade ou pensamento complexo (MORIN, 2014). A palavra complexidade deriva-se de *complexus* que significa “o que está ligado, o que está tecido”, denotando as inúmeras interações e retroações sobre a vida de um modo geral (MORIN, 2002). Segundo o autor, é necessário um pensamento que:

Compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e vice-versa; que reconheça e examine os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar cada uma de suas dimensões; que reconheça e trate as realidades que são concomitantemente solidárias e conflituosas; e que respeite a diferença, enquanto reconhece a unicidade (MORIN, 2015b, p. 88-89).

Seguindo o paradigma da complexidade, Morin (2014; 2015a) propõe uma *scienza nuova* que não destrói as alternativas clássicas, que não oferece uma solução monista como se fosse a essência da verdade, mas uma visão multidimensional da realidade que nos é apresentada. Sem estar ligada a manipulação e persuasão, mas implica em outro método de articulação (MORIN, 2014). Segundo o autor, a *scienza nuova* concebe um novo olhar:

Que também prioriza as emergências, as interferências, como fenômenos constitutivos do objeto. Situando-se na modificação, enriquecimento do conceito atual de ciência e transformação multidimensional do que se entende por ciência (MORIN, 2015a, p. 48-49).

Logo, é necessário integrar a ciência na sua história, no seu desenvolvimento, no seu dever, sob todos os ângulos possíveis (MORIN, 2014). Para tanto, é indispensável reformar o pensar, para gerar um pensamento do contexto e do complexo que substituirá a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial, concebendo as noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas e ligando a explicação à compreensão em todos os fenômenos humanos (MORIN, 2015b).

É importante salientar que existem dois aspectos que devem ser melhor compreendidos para sanar impressões equivocadas. O primeiro é que a complexidade não é uma receita que ao final se terá um resultado específico, pelo contrário, deve-se considerá-la como um desafio e motivação para pensar. O segundo consiste em desfazer a confusão entre complexidade e completude, uma vez que por se tratar de um conhecimento multidimensional, não se luta contra a completude do conhecimento, mas contra sua mutilação. Segundo Morin (2014, p. 190-191) “o desafio da complexidade nos faz renunciar

o mito da elucidação total do universo, mas nos encoraja a prosseguir na aventura do conhecimento que é o diálogo com o universo”.

Logo, a complexidade não tem metodologia, mas pode ter seu método. O método da complexidade pressupõe pensar nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos, para reestabelecer as articulações entre o que foi separado, compreendendo a multidimensionalidade e a integração de todas as partes (MORIN 2014).

Assim, o imperativo da complexidade exige pensar de forma organizacional que inclua a relação profunda com o meio ambiente, com as partes e o todo, bem como produtos e efeitos das ações. A complexidade é insimplificável, logo, é complexo porque introduz a causalidade complexa, estabelece uma conjunção necessária entre noções classicamente distintas e que se excluem no âmbito do paradigma da simplificação (MORIN, 2014). Assim, o pensamento complexo conduz a outra maneira de pensar e conseqüentemente de agir e de ser.

### **3.2. Os sete princípios da complexidade**

O autor estabeleceu alguns princípios complementares e interdependentes como guias para pensar a complexidade (MORIN, 2014; MORIN, 2015a; MORIN, 2015b).

1. Princípio sistêmico ou organizacional: a ideia sistêmica que se opõe à ideia reducionista é que “o todo é mais do que a soma das partes”. Logo, se um sistema for dividido em partes, essas partes não possibilitarão conhecer o todo, uma vez que cada uma delas interagem em si. Acrescenta-se que o todo é menos do que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização de conjunto, *e.g.*, do átomo à estrela, da bactéria ao homem e à sociedade, a organização do todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes consideradas isoladamente.

2. Princípio hologramático: inspirado no holograma, no qual cada ponto contém a quase totalidade da informação do objeto representado, coloca em evidência o aparente paradoxo dos sistemas complexos, onde não somente a parte está no todo, mas o todo se inscreve na parte. É importante ressaltar que o princípio hologramático está presente no mundo biológico e no mundo sociobiológico. Ele associa a menor unidade de um sistema e guarda quase a totalidade da informação do todo representado. Faz-se uma analogia ao afirmar que a sociedade está presente em cada indivíduo - enquanto todo - através de sua linguagem, sua cultura e suas normas.

3. Princípio da retroação ou do círculo retroativo: rompe com o princípio de causalidade linear em que a causa age sobre o efeito, e este sobre a causa. Esse princípio

permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Dessa forma, os processos reguladores são permitidos por inúmeras retroações.

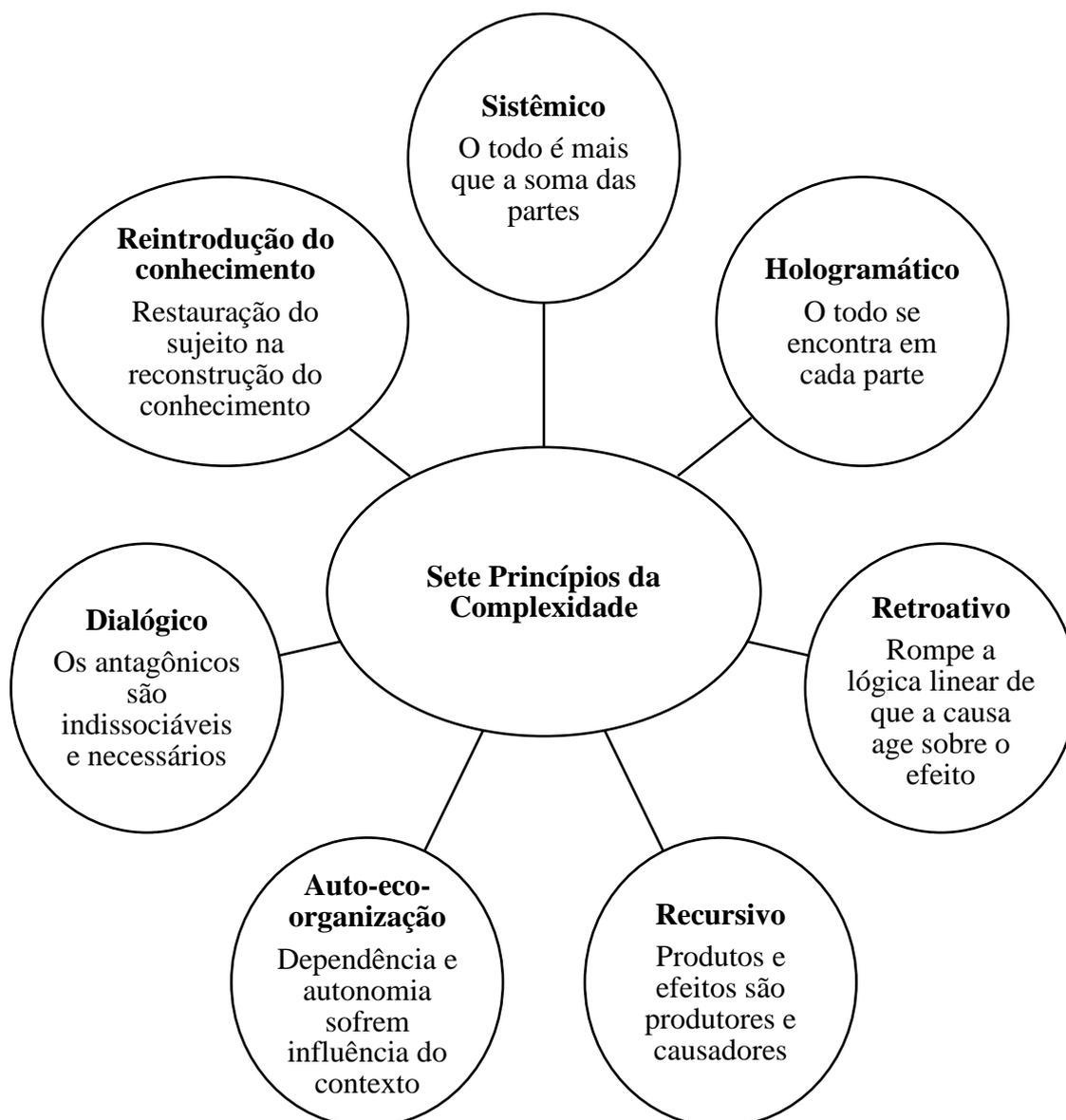
4. Princípio da recursividade ou do círculo recursivo: supera a noção de regulação com as de autoprodução e autorregulação, no qual os produtos e os efeitos são produtores e causadores do que os produz. *e.g.*, os indivíduos humanos produzem a sociedade nas/e através de suas interações, mas a sociedade, enquanto todo emergente, produz a humanidade desses indivíduos aportando-lhes a linguagem e a cultura.

5. Princípio de auto-eco-organização (autonomia/dependência): os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia que ao mesmo tempo é inseparável da dependência do meio ambiente. Esse princípio vale evidentemente de maneira específica para os humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.

6. Princípio dialógico: une dois princípios ou noções antagônicas, mas que são indissociáveis numa mesma realidade. O princípio dialógico é a eliminação da dificuldade de combate entre os antagônicos, uma vez que os antagônicos são necessários. O princípio dialógico permite manter a dualidade no seio da unidade. Ele associa dois termos, ao mesmo tempo complementares e antagônicos, assumindo racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.

7. Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento: parte-se do princípio de que o observador deve se integrar na sua observação e na sua concepção, ou seja, esse princípio opera a restauração do sujeito na reconstrução do conhecimento, logo, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução por um espírito/cérebro numa certa cultura e num determinado tempo.

Figura 3 - Ilustração que sintetiza os sete princípios da complexidade



Fonte: adaptado de Morin (2015b).

### 3.3 A complexidade e algumas de suas articulações

Edgar Morin também estabeleceu articulações dentro da complexidade quanto a temas específicos, como a transdisciplinaridade, o cuidado ecológico/planetário, questão da ordem/desordem/organização e a sua utilização na saúde.

#### 3.3.1 Transdisciplinaridade

Nosso sistema educativo privilegia a individualização do conhecimento em vez de praticar a ligação. Na ciência clássica, a organização do conhecimento ocorreu sob a forma de disciplinas, fechadas em si mesmas, compartimentadas umas em relação as outras

(MORIN, 2014). A disciplina instituiu a divisão e a especialização do trabalho, bem como a diversidade das áreas que as ciências abrangem (MORIN, 2015b)

Dessa forma, a sistematização da educação e da ciência por disciplinas acarreta, ao mesmo tempo, um perigo de hiperespecialização do pesquisador e um risco de “coisificação” do objeto estudado. Neste panorama, é concebida a interdisciplinaridade, que controla as disciplinas, assim, cada uma pretende fazer reconhecer sua soberania sem trocas entre as áreas e sem romper as fronteiras que cada vez mais se solidificam (MORIN, 2014).

No entanto, há uma possibilidade e necessidade de haver unicidade na ciência para romper a lógica simplificadora. Essa unicidade é impossível no quadro onde grandes disciplinas parecem corresponder a matérias heterogêneas (o físico, o biológico, o antropológico), mas é concebível no âmbito de uma *physis* generalizada (MORIN, 2014; MORIN, 2015a). A palavra *physis* traz consigo o entendimento de algo inacabado, mas que se encontra em movimento e transformação. Logo, a unificação na ciência só teria sentido se fosse capaz de apreender ao mesmo tempo unidade e diversidade, continuidade e ruptura. Assim, a física, biologia e antropologia deixariam de ser entidades fechadas, mas não perderiam sua identidade.

No contexto atual, emerge, de maneira esparsa, um paradigma complexo, que consegue estabelecer pontos entre as ciências e disciplinas não comunicantes. Dessa forma, deve-se levar em conta tudo o que lhes é contextual, inclusive as condições culturais e sociais, ver em que meios elas nascem, levantam problemas, ficam esclerosadas e transformam-se. Ao mesmo tempo, não se pode demolir o que as disciplinas criaram. É preciso que ela seja ao mesmo tempo aberta e fechada. Assim, a transdisciplinaridade nasce para possibilitar esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, às vezes com tal virulência, que as deixam em transe (MORIN; CARVALHO; ALMEIDA, 2013; MORIN, 2015b). A perspectiva transdisciplinar seria o ponto inicial, no entanto, significa na conjuntura atual ser algo “indisciplinar”, pois, toda uma enorme instituição burocratizada que é a ciência resiste ao mínimo questionamento, rejeitando como “não científico” tudo que não corresponde ao modelo (MORIN, 2015a).

Além disso, existe um problema prévio a toda transdisciplinaridade, é que os paradigmas ou princípios controlam o conhecimento, necessitando assim de uma mudança de pensamento e conseqüentemente no modo como o saber é produção (MORIN, 2014). Logo, a transdisciplinaridade só será uma solução no caso de uma reforma do pensamento, em que a transdisciplinaridade possa ser materializada por meio do intercâmbio, da cooperação e da policompetência.

### 3.3.2 Cuidado ecológico/planetário

A noção de ecossistema significa o conjunto das interações entre as populações vivas no seio de uma determinada unidade geofísica constituindo uma unidade complexa de caráter organizador (MORIN 2015b). Existe hoje um imenso desafio contemporâneo de assegurar a sustentabilidade no planeta, no interior de uma crise de civilização de múltiplas dimensões interdependentes e interpenetrantes: ecológica, social, política, humana, étnica, ética, moral, religiosa, afetiva e mitológica. Assim, a sustentabilidade do desenvolvimento é um problema complexo, porque sua essência está imbricada em um tecido de problemas inseparáveis, exigindo uma reforma epistemológica da própria noção de desenvolvimento (MORIN, 2010).

Para o autor deve-se ter consciência de três aspectos que se relacionam à questão planetária: a) vivemos em uma *comunidade de destino*, no sentido de que todos os humanos estão sujeitos às mesmas ameaças (arma nuclear, patógenos resistentes, incontrolável transformação da economia mundial) e ao mesmo perigo ecológico da biosfera (aquecimento global, desmatamento das florestas produtoras de oxigênio, poluição das águas); b) temos uma *identidade humana comum*, uma unidade genética de espécie que torna possível a fecundação entre homens e mulheres independente da raça e uma unidade cerebral singular que nos permite vivenciar a afetividade por meio de diferentes modelos de personalidade; e c) vivemos em uma *comunidade de origem terrestre*, que nos torna filhos da vida e da terra (MORIN; CARVALHO; ALMEIDA, 2013; MORIN, 2015b). Dessa forma, a humanidade enquanto parte da terra tem a responsabilidade pelo cuidado com a mesma.

Nessa perspectiva, Morin, Ciurana e Motta (2003) alertam ao fato de que a crise ambiental está em articulação retroalimentadora com a pobreza, a violência organizada e as migrações compulsivas, mostrando claramente que se trata de um fenômeno capital de nosso tempo, denominado “globalização”. Fenômeno esse que contém ingredientes autodestrutivos, mas ao mesmo tempo, contém também ingredientes que podem mobilizar a humanidade para a busca de soluções planetárias baseadas na necessidade de uma antropolítica. Essa antropolítica trata-se da plena consciência de que a construção de uma política de civilização para o desenvolvimento de uma sociedade-mundo é uma política que opera “com” e “na” multidimensionalidade complexa dos problemas humanos (MORIN; KERN, 2011). Compreende-se, assim, que a natureza e a humanidade coexistem em interações complexas e a forma como essas se dão repercutirá no futuro do planeta e consequentemente na sobrevivência da humanidade.

### *3.3.3 Ordem/desordem/organização*

Sob a ótica determinista, por muito tempo as ciências tentaram expulsar a desordem. No entanto, foi a necessidade de pensar conjuntamente, em sua complementaridade, sua concorrência e seu antagonismo, que as noções de ordem e desordem levantaram exatamente a questão de pensar a complexidade da realidade física, biológica e humana (MORIN, 2014).

Vale destacar que a complexidade da relação dessa tríade (ordem-desordem-organização) surge, pois, quando se constata empiricamente que fenômenos desordenados são necessários em certas condições, em certos casos, para a produção de fenômenos organizados, os quais contribuem para o crescimento da ordem (MORIN 2015a). Essa dicotomia é vista como possível com base em um olhar complexo, em que a ordem e a desordem, sendo inimigas uma da outra, cooperam de certa maneira para organizar o universo.

Enquanto que a ordem é tudo que é repetição, constância, invariância, tudo o que pode ser posto sob a égide de uma relação altamente provável; a desordem é tudo que é irregular, os desvios com relação a uma estrutura dada, acaso e imprevisibilidade (MORIN, 2015a). Logo, o pensamento complexo compreende a ordem através de um conceito mais rico, em que a mesma é uma ordem produtiva cuja origem condicionada e aleatória, dependendo de condições singulares e variáveis. Dessa forma, ao complexificar-se, a ideia de ordem se relativiza (MORIN; CARVALHO; ALMEIDA, 2013). A organização, entretanto, não pode ser reduzida à ordem, embora a comporte e produza, ao mesmo tempo que também abriga e necessita da desordem.

### *3.3.4 A utilização do paradigma da complexidade na saúde*

Essa amplitude da complexidade possibilita que suas obras sejam referenciais para diferentes áreas, inclusive a saúde, trazendo pontos de discussão pertinentes. Por entender que a saúde é um fenômeno complexo, compreende-se a importância de discuti-la situando o sujeito e objeto no universo (MORIN, 2000), valorizando suas interrelações e entendendo que a saúde é um processo multidimensional e por isso, necessita de um olhar poliocular para sua compreensão como um todo.

Na atualidade, as pesquisas envolvendo o paradigma da complexidade tornaram-se uma categoria com grande presença em diversas disciplinas na América Latina, pelo fato de ter encontrado um solo fértil, ao se tratar de uma abordagem que faz um convite a criticar e reconectar o pensamento e a ação (GALLEGOS, 2016). A complexidade, na abordagem do

autor, contempla a possibilidade de construção conjunta de elementos previamente distintos ou diferentes, para uma compreensão global dos fenômenos (MORIN, 2015a), aplicando-se ao entendimento da saúde como um fenômeno complexo em sua esfera individual, social e estrutural (ARRUDA *et al.*, 2015; COPELLI *et al.*, 2016).

Estudo de revisão de escopo, realizada no processo de desenvolvimento da presente tese, objetivou analisar o estado atual do conhecimento sobre a utilização do paradigma da complexidade, segundo Edgar Morin, em pesquisas no campo da saúde. Apontou, entre seus achados, a utilização do referencial teórico da complexidade nas mais variadas áreas da saúde, como enfermagem, saúde da criança e do adolescente, formação profissional em saúde, entre outras (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020). Dado esse que corrobora com a concepção da multidimensionalidade dos temas contemplado pelo paradigma da complexidade (MORIN, 2014). O pensamento complexo se propõe a reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, reconhecer o singular, o individual e o concreto. Não se reduz a uma única área, mas permite a comunicação, tendo sua utilidade para além da compreensão dos problemas organizacionais, sociais e políticos, mas também para esclarecer a multidimensionalidade do ser humano e do mundo (MORIN; LE MOIGNE, 2000).

Na revisão de escopo supracitada, identificou-se que as pesquisas que utilizaram a complexidade empregaram uma diversidade de técnicas para a coleta de dados, o que é congruente com a proposta de Morin, refletindo-se no fato de que, no paradigma da complexidade, teoria e método são dois componentes indispensáveis (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020). O método é a atividade pensante e consciente do sujeito (pesquisador), implicando na necessidade de olhar para o objeto de forma articulada, evitando a simplificação dos dados (MORIN, 2014). Assim, considerando esta ponderação, o método que se pretende conduzir em pesquisas que têm a complexidade como referencial teórico, necessita estar em perfeita consonância, de forma a contemplar a diversidade do objeto de estudo. Esse aspecto é corroborado por pesquisas no campo da saúde que utilizam a complexidade e que trazem perspectivas contextualizadas quanto ao método de condução do estudo. Essa contextualização se reflete no uso da triangulação de várias técnicas de coleta de dados com a finalidade de dar mais confiabilidade aos resultados, com vistas a contemplar a multidimensionalidade dos dados (RANGEL *et al.*, 2014; CARLOS *et al.*, 2018).

No que tange as obras do autor que tratam da complexidade, a revisão de escopo evidenciou que a maioria dos artigos analisados citaram quatro obras do autor: “A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar o pensamento”; “Ciência com consciência”, “Introdução ao pensamento complexo”; e “Os setes saberes necessários à educação do

futuro” (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020). Contudo, o autor possui uma vasta obra com mais de 30 livros que tratam da complexidade, questão essa que chama a atenção quanto à importância de apropriação dessas obras para utilização da complexidade enquanto referencial teórico para subsidiar pesquisas na área da saúde.

A revisão apontou que do total de 54 artigos analisados, apenas quatro referiam-se à temática da violência intrafamiliar. Dessa forma, ainda se percebe uma tímida utilização do paradigma da complexidade nas pesquisas no campo da saúde e que as pesquisas que utilizam este referencial necessitam de maior aprofundamento nas obras do autor, uma vez que o referencial teórico da complexidade incita a reflexões substanciais (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020).

O paradigma da complexidade mostra-se um referencial bastante promissor para subsidiar pesquisas na área da saúde (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020), uma vez que seus conceitos, princípios e articulações podem ser utilizados no campo da saúde, a partir do momento que passa a ser compreendida como um fenômeno complexo que envolve indivíduos, sociedade, meio ambiente e suas relações.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Considerando o objeto de estudo, a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial à luz do referencial de Morin (2015a), optou-se metodologicamente pelo estudo de caso único, holístico e descritivo, com uma abordagem qualitativa (YIN, 2015).

A abordagem qualitativa se preocupa com a interpretação dos significados construídos pelos atores sociais, respondendo a particularidades que não podem ser quantificadas. Essa abordagem fundamenta-se na tentativa de compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciaram, neste sentido:

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. (...) ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2014, p. 21-22).

O estudo de caso é um delineamento de pesquisa apropriado para questões de pesquisa que se destinam a compreender o “como” ou “por quê”, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os eventos contemporâneos, bem como quando o foco do estudo é um evento contemporâneo (YIN, 2015).

O estudo de caso, com abordagem qualitativa trata-se de um tipo de investigação empírica que tem como principal contribuição o potencial poder de realizar generalizações teóricas/analíticas (YIN, 2015). Segundo o autor, a generalização teórica/analítica diz respeito ao papel da teoria no estudo de caso, generalizando para outras situações concretas e não apenas contribuindo para a construção da teoria abstrata, uma vez que as lições aprendidas de um estudo de caso podem potencialmente se aplicar a uma variedade de situações.

O autor cita alguns critérios de qualidade do estudo de caso: a) ser significativo sendo de interesse público geral, apresentando temas nacionalmente importantes; b) ser apresentado completo por meio da demonstração que o pesquisador coletou evidências relevantes, além de dar clara atenção aos limites; c) considerar as perspectivas alternativas de acordo com o tipo de estudo de caso; d) apresentar evidências suficientes e e) ser bem escrito.

Segundo Yin (2015) existem diferentes tipos de estudos de caso, sendo que neste estudo optou-se pelo estudo de caso único. Os *estudos de caso únicos* têm um caráter crítico,

peculiar, comum, revelador ou longitudinal. Tem o objetivo de captar as circunstâncias e as condições de uma situação cotidiana sobre os processos sociais relacionados a algum interesse teórico, bem como o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível. Os estudos de caso único ainda podem ser classificados como *holístico*, quando examina a natureza global de uma organização ou programa, não focando de forma principal nas suas subunidades, utilizando uma teoria que se enquadre e seja subjacente ao caso.

Quanto a finalidade do estudo de caso, esses podem ser *exploratório*, *descritivo* ou *explicativo*. O estudo de caso exploratório tem como foco fornecer maior conhecimento sobre um tema pouco discutido, definindo o valor de se investigar ainda mais as hipóteses ou proposições para futuras investigações. O estudo de caso descritivo representa a descrição completa e exaustiva do caso, ajuda na compreensão dos acontecimentos e fenômenos encontrados, possui objetivos bem definidos, com procedimentos formais estruturados e dirigidos ao objetivo da pesquisa, centrando-se nas questões de “como” e “por quê”. O estudo de caso explicativo tem como foco presumir vínculos causais utilizando combinação de padrões (proposições e contra proposições) com a finalidade de construir uma explicação teórica sobre o caso com a apresentação de um modelo lógico (YIN, 2015). A presente pesquisa tem caráter *descritivo*.

Diante do exposto, por ser tratar de uma problemática teoricamente crítica, comum e reveladora de um contexto específico que traz à tona a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial utilizando o paradigma da complexidade (MORIN, 2015a), a presente pesquisa é um estudo de caso único, holístico e descritivo.

#### **4.2 Cenário do estudo**

O cenário em que ocorreu o estudo de caso foi em um município localizado na Região Metropolitana de Recife (RMR) no estado de Pernambuco. O cenário em questão possui uma população estimada de 113.230 habitantes com área territorial de 262,106 km<sup>2</sup> e densidade populacional de 392,57 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

A escolha da localidade justificou-se pelo fato do município possuir altas taxas de violência contra mulheres, adolescentes e crianças, bem como por possibilitar acesso aos profissionais e serviços que lidam com crianças na primeira infância.

A cidade contava no período da coleta com uma estrutura que estava em fase de organização. Compõe a saúde: 23 unidades básicas de saúde (UBS) com 26 equipes da estratégia de saúde da família (ESF), um hospital e maternidade, um centro odontológico,

dois centros de saúde e um centro de especialidades médicas. Compõem a educação: 42 escolas municipais e cinco creches que atendem crianças de 18 meses a seis anos de idade. Compõem a assistência social: a Secretaria de Assistência Social, a Coordenação da Mulher, a Gerência de Proteção Social Básica e Especial, uma instituição acolhedora de crianças e adolescentes, três centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Além de um Conselho Tutelar (SITE DO MUNICÍPIO, 2018a).

### **4.3 Participantes do estudo**

O estudo de caso envolveu 33 profissionais de nível médio e superior que atuavam nos serviços de saúde da estratégia de saúde da família, serviços de educação voltados para educação infantil (creches), serviços de assistência social (Secretaria de Assistência Social, CREAS, CRAS, Coordenação da Mulher, Gerência de Proteção Social Básica e Especial e instituição acolhedora) e o Conselho Tutelar do município. Entre os profissionais citam-se: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), professores, auxiliares de sala, coordenadores de serviços, diretores de unidades e conselheiros tutelares. Vale ressaltar que a pesquisadora realizou convite ao juizado, promotoria e polícia do município, no entanto, houve recusa em participar da pesquisa.

Foram selecionados para compor a amostra os profissionais que preencheram os seguintes critérios de inclusão: a) trabalhar há pelo menos seis meses no atendimento a faixa etária da primeira infância, b) ser maior de 18 anos. Não participaram do estudo os profissionais que se enquadraram no seguinte critério de exclusão: a) estar de licença ou férias durante o período de convite para participar da pesquisa.

A amostragem dos participantes deu-se por meio do critério de conveniência, de acordo com os critérios acima citados e pela disponibilidade e aceitação em participar da coleta mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). O tamanho da amostra foi definido pelo critério de “saturação teórica dos dados”, em que se interrompe a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELLA *et al.*, 2011).

### **4.4 Coleta das evidências**

De acordo com Yin (2015) a coleta de evidências do estudo de caso pode contemplar seis fontes, sendo estas: (1) Documentação, (2) Registros em arquivos, (3) Entrevistas, (4) Observação direta, (5) Observação participante e (6) Artefatos físicos.

Neste estudo, foram utilizadas quatro fontes de coleta de evidências: a) Documentação: recorte de notícias da mídia local e legislações nacionais e estaduais da primeira infância; b) Registro de arquivos com base em censo, dados estatísticos dos sistemas de informação, mapas e gráficos das características geográficas e populacionais; c) Entrevistas realizadas com os profissionais que atuavam nos serviços voltados ao atendimento da faixa etária de primeira infância; e d) Registro das observações diretas das visitas realizadas ao município em diário de campo. Neste estudo de caso não utilizamos observação participante e artefatos físicos.

Essas múltiplas fontes de evidências possibilitaram a triangulação dos dados, “permitindo que o pesquisador aborde uma variação maior de aspectos históricos, sociais e comportamentais, desenvolvendo linhas convergentes de investigação” (YIN, 2015, p. 124). A triangulação inspira-se no princípio de que a interseção de diferentes pontos de referência é usada para avaliar precisamente o objeto de estudo (YARDLEY, 2015). Corroborar com o referencial da complexidade, para reorganizar a forma de olhar a ciência em sua unidade, imprime a necessidade de valorizar as inter-relações sem separar os diferentes constituintes heterogêneos do conhecimento (MORIN, 2015).

A coleta das evidências deste estudo de caso deu-se no período de julho de 2017 a abril de 2018 com 10 meses de duração e um total de 32 visitas realizadas ao município.

O processo de inserção no campo deu-se a partir de contatos realizados com a Promotoria da Criança e do Adolescente, que nos indicou a realização do estudo no município em questão e intermediou o acesso a Secretaria de Assistência Social. Após autorização pelo chefe do Poder Executivo municipal e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora apresentou-se inicialmente ao Serviço de Assistência Social e ao Conselho Tutelar para iniciar a coleta de dados. Para isso, passou a acompanhar os serviços em dias agendados, ficando no local durante os turnos da manhã e tarde para realizar as observações e entrevistas à medida que os profissionais aceitavam o convite em participar da pesquisa. Na assistência social as primeiras coletas foram realizadas com os coordenadores dos serviços e posteriormente com aos profissionais que atuavam diretamente com os usuários.

Posteriormente a secretária de Assistência Social intermediou o contato e acesso à Secretaria de Educação Infantil que encaminhou a pesquisadora para as creches do

município. Nas creches, a coleta realizou-se primeiramente com as professoras e auxiliares de sala e por último com as diretoras das creches.

No que se refere aos serviços de saúde, mesmo havendo o encaminhamento e contato intermediados pela Secretaria de Assistência Social e Saúde, observou-se dificuldades de acesso aos gestores e coordenadores que não se dispuseram a participar do estudo e a facilitar o contato com os profissionais nas unidades. Nesse sentido, foi necessário, considerando a autorização para a realização da pesquisa obtida junto ao prefeito, a realização do contato direto com os profissionais nas próprias unidades. Vale destacar que a saúde foi o serviço de menor adesão.

Em cada visita ao local da pesquisa foi realizado um percurso de cerca de 80 quilômetros no trajeto da ida e retorno. Esse deslocamento inicialmente aconteceu por meio de transporte público, mas, após o incidente de assalto sofrido pela pesquisadora ao se encaminhar para um determinado bairro no município, passou a ser realizado por meio de veículo de passeio próprio.

O deslocamento da pesquisadora dentro do município de realização da pesquisa para os serviços ocorreu de forma autônoma e independente, utilizando mapas e por meio de informações obtidas *in loco* com a população.

No que se refere especificamente às evidências coletadas através de documentação, foram compiladas, durante o período da coleta de dados, 15 notícias da mídia local (*site* do município em: <http://slm.pe.gov.br/>) e 22 notícias da mídia regional (*site* de notícias do estado – G1 Pernambuco em: [tps://g1.globo.com/pe/pernambuco/](https://g1.globo.com/pe/pernambuco/)). A seleção das notícias deu-se por meio da busca diária nos endereços eletrônicos das notícias pertinentes a pesquisa que tratavam da violência contra crianças e o contexto do município. Bem como a Política Nacional Integrada para a primeira infância Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016 (BRASIL, 2016) e do Decreto Estadual nº 44.592, de 13 de junho de 2017 (PERNAMBUCO, 2017), que regulamenta no estado de Pernambuco as disposições da Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.

Quanto aos registros em arquivos, foram utilizados os dados disponibilizados pelos *sites* do IBGE referente a questões demográficas e econômicas, DATASUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sobre os indicadores de saúde, *site* do município para busca de dados sobre educação e assistência social. Ressaltasse que não foi possível o acesso aos registros dos serviços do município.

As entrevistas também foram fontes de evidência, sendo utilizada como técnica de coleta de dados para esta etapa a entrevista semiestruturada individual. De acordo com

Lakatos e Marconi (2017), a entrevista é um procedimento utilizado na investigação social para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. A entrevista semiestruturada para Minayo (2014) desdobra vários indicadores essenciais em tópicos que contemplam a abrangência de informações esperadas, devendo permitir uma flexibilidade nas conversas.

Para a condução das entrevistas foi utilizado como instrumento um roteiro, que continha perguntas fechadas e abertas, cujo conteúdo foi avaliado através de um pré-teste para verificar sua operacionalização e alcance dos objetivos da pesquisa. O pré-teste tem como principal finalidade evidenciar possíveis falhas na elaboração dos instrumentos de coleta de dados, possibilitando a realização de modificações ao entrar em contato com representantes dos grupos a serem envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2014).

A versão final do instrumento de coleta de dados (Apêndice A) consistiu em um roteiro semiestruturado, no qual as perguntas fechadas fizeram menção a caracterização dos participantes: local de trabalho, área profissional, idade, sexo, naturalidade, experiência profissional com primeira infância e tipo de vínculo de trabalho. As perguntas abertas se constituíram como questões norteadoras: (1) Para você o que é violência na primeira infância? (2) Como você percebe que está a situação da violência na primeira infância no seu trabalho? E no seu município? (3) Como você lida com a violência na primeira infância no serviço em que você trabalha? (4) O que você acha que poderia contribuir para o enfrentamento da violência na primeira infância no seu serviço e no município em geral? (5) Como você acha que a formação profissional na sua área se encontra em relação à questão da violência na primeira infância?

As entrevistas foram realizadas com 33 profissionais de nível superior e médio das áreas da saúde, educação, assistência social e Conselho Tutelar nos seus respectivos locais de trabalho em salas que estavam disponíveis havendo somente a pesquisadora e o participante. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico de captação de voz (gravador digital de voz), com duração mínima de 10 minutos e máxima de 40 minutos, sendo obtido um total de 11 horas e 30 minutos de gravação.

As entrevistas foram posteriormente transcritas para editor de texto *word* da *Microsoft office®*, de forma fidedigna com correção apenas das questões gramaticais e de concordância. Embora esta fosse a intenção inicial da pesquisa, não foi possível realizar a devolução das entrevistas transcritas para os participantes, devido a diversas mudanças de gestão ocorridas no município que resultaram em mudanças no quadro de profissionais. Devido a essas mudanças, observou-se, ao final do período de coleta e análise de dados, que

a maior parte dos entrevistados ou não estavam mais vinculados ao município ou haviam sofrido alteração de lotação em relação aos serviços nos quais foram entrevistados.

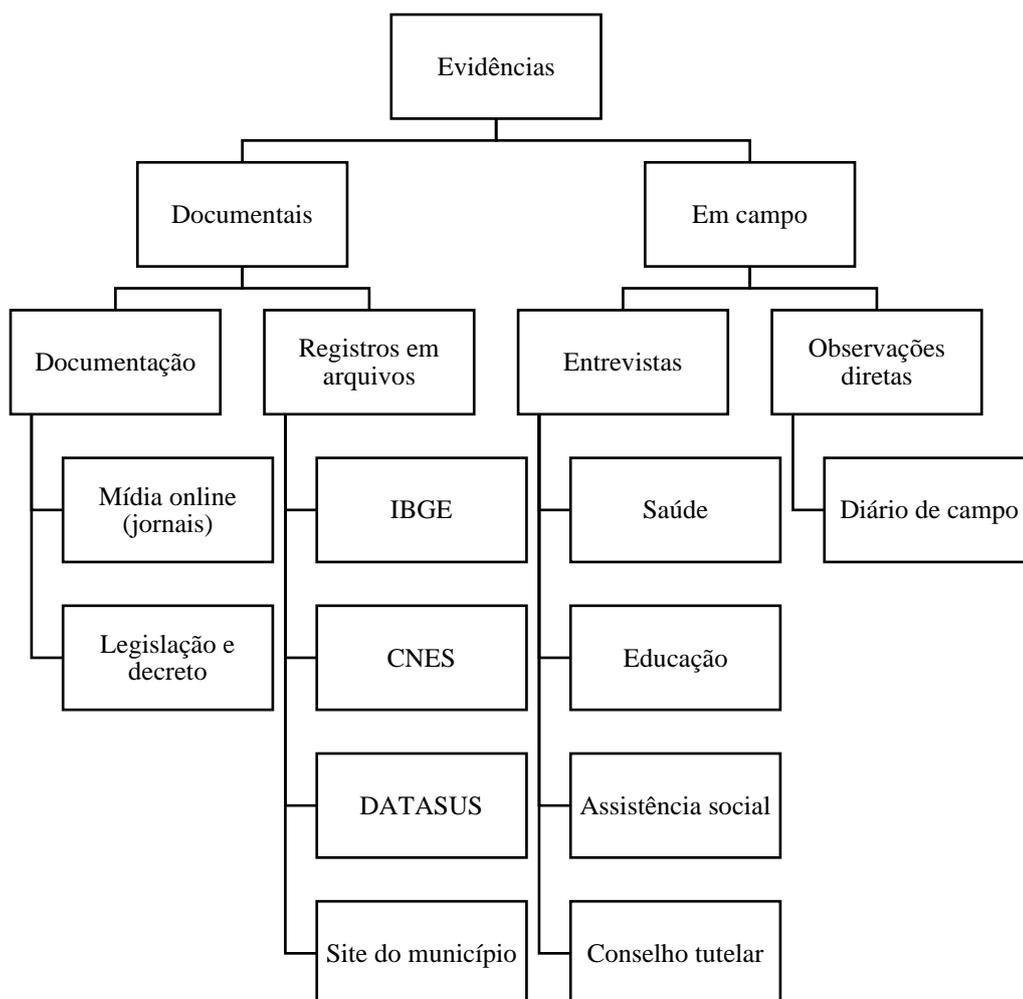
Outra fonte de evidências foram as observações diretas, sendo utilizado como instrumento o diário de campo, que se trata de um recurso para tomar notas do que se considera pertinente durante a coleta de dados e que não pode ser contemplado por outras técnicas, uma vez que o pesquisador utiliza do seu senso para registrar no seu diário aspectos pertinentes a coleta (FLICK, 2009; ANGROSINO, 2009).

A observação direta contempla atividades de coleta de dados formais e informais para investigar a ocorrência de determinados tipos de comportamento durante alguns períodos de tempo no campo de estudo (YIN, 2015). Foram realizadas 32 observações no período de 10 meses, que posteriormente foram digitadas para editor de texto *word* da *Microsoft office*®.

As perguntas que constituíram o roteiro de observação foram: (1) Como ocorreu o percurso que levei até conseguir chegar aos serviços? (2) Como é a estrutura física dos serviços? (3) Como fui recebida pelos profissionais? (4) Como os profissionais reagiram ao convite para participação da pesquisa? (5) Como ocorreram as entrevistas?

Para melhor compreensão, a figura abaixo apresenta todas as evidências coletadas:

Figura 4 - Coleta das evidências do estudo de caso



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.5 Análise das evidências do estudo de caso

Segundo Yin (2015, p. 137) “a análise das evidências de um estudo de caso é um problema analítico em que muitos pesquisadores sentem dificuldade”. Para que o estudo de caso seja de qualidade, é importante a correta definição do caso, a coleta das evidências necessárias e os procedimentos de análise apropriados.

Os dados narrativos utilizados foram as entrevistas e diário de campo analisados segundo a técnica de Interpretação dos Sentidos proposta por Gomes (2016) e sistematizada em três etapas.

A primeira etapa destinou-se a leitura compreensiva, visando a impregnação dos depoimentos, a visão do conjunto e a apreensão das particularidades do material. Após essa leitura, identificou-se os temas que poderiam expressar os depoimentos.

A segunda etapa foi realizada com base na estrutura de análise montada por temáticas, foram recortados os trechos de depoimentos e neles identificou-se as ideias

explícitas e implícitas. Nessa etapa foi utilizado o *software* Atlas.ti versão 7.0 para auxiliar no recorte dos códigos pela pesquisadora.

A utilização de um *software* para auxiliar na organização dos dados textuais é bastante útil no estudo de caso (YIN, 2015). O Atlas.ti 7.0 é um programa que possui um conjunto de ferramentas que possibilita extrair, categorizar e interligar segmentos de informação de uma grande variedade e volume de fontes de documentos, podendo ser usado para documentos, notas e arquivos multimídia (GIBBS, 2009; CRESWELL, 2014). Com o uso do *software* Atlas.ti 7.0 e de suas ferramentas foi possível codificar as falas segundo os temas de análise.

Na terceira etapa, buscou-se os sentidos mais amplos que articularam modelos subjacentes às ideias, para isso realizou-se a estruturação em categorias empíricas com base na codificação das entrevistas e das anotações do diário de campo, aliadas as notícias da mídia. Posteriormente, foram realizadas inferências a luz do referencial teórico, dialogando com as informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e as políticas referente a temática para discutir as categorias empíricas.

#### **4.6 Validação do estudo de caso**

Uma atenção importante deve ser dada ao julgamento da qualidade do estudo de caso, para isto, conta-se com a sua validação, Yin (2015) descreve quatro testes que devem ser aplicados, sendo estes a validação de constructo, validação interna, validação externa e validação de confiabilidade.

A validação de constructo leva em consideração três táticas. A primeira consiste na identificação da operacionalização correta para os conceitos que serão estudados, ou seja, deve-se identificar meios de como realizar o estudo de caso através de publicações que utilizam as mesmas combinações e temas na fase de planejamento, para isso faz-se imprescindível um levantamento do “estado da arte” consistente. Assim, nesta pesquisa, realizamos uma revisão da literatura abrangente sobre os temas que fazem menção à violência na infância e os tipos de estudos realizados.

A segunda tática, também operacionalizada neste estudo, faz menção à necessidade do uso de fontes múltiplas de evidências durante a coleta de dados para estabelecer uma cadeia de evidências.

A terceira tática trata da realização do relatório de estudo de caso e sua posterior revisão pelos pares. O relatório de estudo de caso é uma compilação que deve conter aspectos gerais do estudo de caso como a descrição do projeto, procedimentos de coleta, apresentação

dos dados, análise dos dados, discussões e constatações. Por se tratar de uma tese, como forma de revisão pelos pares, disponibilizamos para a avaliação o formato solicitado pelo programa de pós-graduação na pré-banca.

A validação interna propõe-se a comprovação da causalidade, com base em combinação de padrões, construção de explicação e explicações rivais e utilização de modelos lógicos. Essa validação aplica-se somente aos estudos explicativos, assim, em virtude da presente pesquisa se tratar de um estudo de caso descritivo, não há indicação para realizá-la.

A validação externa preocupa-se em saber se as descobertas do estudo são passíveis de generalização analítica por meio da utilização de teoria nos estudos de caso único ou pela lógica da replicação nos estudos de caso múltiplos (YIN, 2015). Por se tratar de um estudo de caso único, optamos pela utilização do referencial da complexidade (MORIN, 2015a) para embasar a generalização analítica.

A validação de confiabilidade tem como meta minimizar erros e parcialidades no estudo, possibilitando também que a demonstração das operações realizadas no estudo de caso possa ser repetida em outros estudos de caso. Para isso é necessário a documentação fidedigna dos procedimentos seguidos por meio do protocolo de estudo de caso em quatro seções: (1) visão geral do estudo de caso com a definição dos objetivos e leituras relevantes, (2) procedimentos para coleta de dados, (3) questões de coleta de dados e (4) guia para o relatório de estudo de caso. Esse planejamento está contemplado neste formato de tese.

#### **4.7 Aspectos éticos**

A pesquisa obedeceu a todas as recomendações formais advindas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), referente a estudos com seres humanos. A decisão dos voluntários de querer ou não participar da pesquisa foi respeitada. Foi assegurada a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos, garantido aos profissionais que as informações somente seriam utilizadas para os fins da pesquisa e apresentação em congressos/eventos científicos ou publicação em revista científica, sem, entretanto, revelar a identidade dos participantes. Para isso, foram utilizadas as áreas de atuação setorial e a informação se o profissional era da gestão ou do serviço, para identificação das falas, garantindo-lhes o anonimato, *e.g.*: enfermeira 1, ACS 1, gestão assistência social 1, profissional assistência social 1, Conselho Tutelar 1..., professora 1, gestão educação 1.

As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico de captação de voz (gravador digital de voz), com a autorização prévia do participante do estudo, e ficarão arquivadas no computador da pesquisadora responsável, durante um prazo de cinco anos, podendo ser apagadas depois desse período.

Foram garantidas a beneficência, não-maleficência, justiça e o princípio da autonomia. Como modo de assegurar esse último, foi apresentado o TCLE aos profissionais, redigido em linguagem acessível e incluindo aspectos referentes aos objetivos e aos procedimentos utilizados na pesquisa, os possíveis desconfortos e riscos que poderiam ocorrer e os benefícios esperados (Apêndice B).

Antes de se iniciar as entrevistas, os participantes leram e assinaram o TCLE em duas vias, uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora (Apêndice B).

Os participantes foram alertados, pelo fato do tema envolver aspectos referentes à violência na primeira infância, que a pesquisa envolvia o risco de constrangimento em responder alguma questão ou em virtude da gravação, sendo garantido que tinham o direito de não responder a qualquer uma das perguntas.

No que diz respeito aos benefícios diretos para os participantes da pesquisa, ao discutir a complexidade do cotidiano da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial, por meio das entrevistas, houve a possibilidade de, além de proporcionar uma reflexão sobre o assunto, possibilitar que os profissionais participantes tivessem “sua voz” registrada, valorizada e divulgada através do estudo. No que se refere aos benefícios sociais e científicos, os dados analisados poderão auxiliar outros profissionais que vivenciam situações semelhantes, na construção de um novo olhar, além de subsidiar a reestruturação de estratégias de enfrentamento da violência na primeira infância e para a elaboração de processos formativos com base em referenciais críticos.

A pesquisa obteve parecer consubstanciado de aprovação do relatório final pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco em 14 de abril de 2020 com número de protocolo 3.977.272 e CAAE 68330217.4.0000.5208 (Anexo B).

Os resultados da pesquisa serão publicados para divulgação de informações que poderão servir de referencial para compreender a complexidade de fenômenos dessa magnitude, bem como pelo paradigma da complexidade ter potencial para subsidiar processos de formação críticos e contextualizados voltados para os profissionais, possibilitando uma nova maneira de pensar e agir.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização do município

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,1 salários mínimos, PIB per capita de R\$ 8.245,69, 77,1% de receitas oriundas de fontes externas, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,653, tendo uma receita superior às despesas do município, com sua economia voltada para o setor de serviços (60%), setor industrial (30%) e o setor primário (10%), em especial a agropecuária, com destaque para a cana-de-açúcar. Apenas 38,4% do município tinha esgotamento sanitário adequado e um índice de mortalidade infantil de 15,38 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2019).

De acordo com a Secretaria de Defesa Social de Pernambuco, o município era um dos que registravam altos indicadores de violência no Estado. Em 2017 foram notificadas 78 vítimas de crimes violentos letais intencionais, 24 notificações de estupros contra o sexo feminino, 357 notificações de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar (SDS, 2018).

Em 2017 foram notificados 44 casos de violência física, 21 casos de violência sexual e dois casos de negligência/abandono em crianças até nove anos de idade. Também foi registrado que em 2018 todos os casos de homicídio de crianças e adolescentes foram por arma de fogo (OBSERVATÓRIO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2019). Os casos de violência foram noticiados na mídia digital durante o período da pesquisa, conforme ilustrados pelas figuras abaixo.

Figura 5 - Reportagens que noticiaram fatos relacionados a criminalidade e violência ocorridos no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

Para ver os favoritos aqui, seleccione ☆ depois ☆, e arraste para a pasta Barra de Favoritos. Ou importe de outro navegador. [Importar favoritos](#)

globo.com g1 globoesporte gshow videos ASSINE JÁ MINHA CONTA E-MAIL ENTRAR

MENU G1 PERNAMBUCO BUSCAR

## Feto é encontrado em São Lourenço da Mata, no Grande Recife

Moradores da Rua Nova Esperança B, no bairro do Pixete, acionaram a Polícia Militar pelo telefone 190, na manhã desta quinta-feira (18).

Por G1 PE  
18/01/2018 14h11 · Atualizado há um ano

f t w l p

Fonte: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/feto-e-encontrado-em-sao-lourenco-da-mata-no-grande-recife.ghtml#> (2018)

Para ver os favoritos aqui, seleccione ☆ depois ☆, e arraste para a pasta Barra de Favoritos. Ou importe de outro navegador. [Importar favoritos](#)

globo.com g1 globoesporte gshow videos ASSINE JÁ MINHA CONTA E-MAIL ENTRAR

MENU G1 PERNAMBUCO BUSCAR

## Bebê é achado morto dentro de saco de lixo em rua no Grande Recife

Corpo de um bebê do sexo feminino foi localizado, na manhã desta quarta (29), na comunidade de Várzea Fria, em São Lourenço da Mata. Moradores acionaram a Polícia Militar, que isolou o local.

Por G1 PE  
29/11/2017 13h27 · Atualizado há um ano

f t w l p

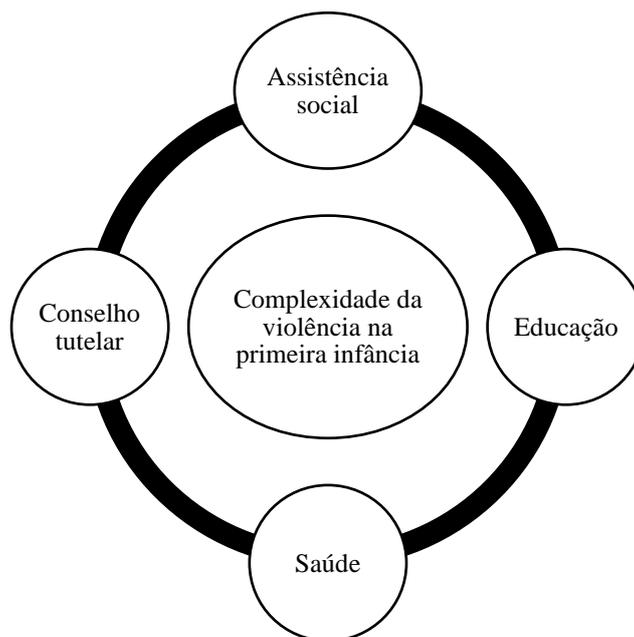
Fonte: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/bebe-e-achado-morto-dentro-de-saco-de-lixo-em-rua-no-grande-recife.ghtml#> (2017)



Fonte: <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/adolescente-de-17-anos-e-assassinado-com-seis-tiros-no-grande-recife.ghtml#> (2017)

Na configuração do cenário deste estudo, participaram da pesquisa os profissionais dos serviços de saúde da estratégia de saúde da família, serviços de educação voltados para educação infantil (creches), serviços de assistência social (Secretaria de Assistência Social, CREAS, CRAS, Coordenação da Mulher, Gerência de Proteção Social Básica e Especial e instituição acolhedora) e o Conselho Tutelar do município.

Figura 6 - Ilustração dos serviços que lidam com o contexto da violência na primeira infância. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018



Fonte: Elaborado pela autora.

O município contava com 26 equipes da estratégia de saúde da família cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2018). No entanto, no site do município, constava número inferior de profissionais cadastrados no Portal da Transparência do município de 15 médicos, 21 enfermeiros, três odontólogos, 14 técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, seis auxiliares de saúde bucal e 118 agentes comunitários de saúde, com cobertura de cerca de 80% da área de abrangência (SITE DO MUNICÍPIO, 2018b). Das 23 UBS, sete situavam-se na parte central da cidade, 11 na periferia e cinco na zona rural, conforme mapa de territorialização da saúde do município exposto nos estabelecimentos de saúde.

No que se refere à educação infantil, havia a Coordenação da Educação Infantil com sede na Secretaria de Educação, que contava apenas com a coordenadora como funcionária. Existiam seis creches anexas às escolas municipais que atendiam crianças de 18 meses a seis anos de idade. No entanto, no período da coleta de dados, uma das creches foi extinta, restando cinco creches localizadas na zona urbana que atendiam cerca de 378 crianças, com um quadro de profissionais de cinco gestores, cinco coordenadores, 10 auxiliares de sala e 29 professores de educação infantil (SITE DO MUNICÍPIO, 2018a).

A Secretaria de Assistência Social contava com a secretária do município e duas assessoras; a Coordenação da Mulher contava com uma coordenadora e uma secretária; e a Gerência de Proteção Social Básica e Especial contava com uma coordenadora e um secretário.

Os centros de Referência da Assistência Social (CRAS) constituem-se em unidades responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica de assistência social às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social. No município existiam três CRAS, cada um contava com coordenador, assistente social, psicólogo e dois educadores sociais.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) constitui-se em um locus de referência que deve ofertar trabalho social especializado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Havia um CREAS no município com equipe composta por coordenador e dois educadores sociais. No momento da coleta de dados, o serviço não possuía assistente social.

A instituição acolhedora, conhecida mais popularmente pela população e até pela maioria dos profissionais como “abrigo”, estava acolhendo um total de 11 crianças e adolescentes, contando com quadro de profissionais de uma coordenadora, uma assistente social, uma psicóloga e seis cuidadoras.

O Conselho Tutelar é um órgão permanente, autônomo e não jurisdicional encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Cada conselho é constituído por cinco membros escolhidos pelos cidadãos de cada município em processo eleitoral para um mandato de quatro anos, admitida uma única recondução. O município contava com apenas um Conselho Tutelar composto por cinco conselheiros e uma psicóloga.

## **5.2 Caracterização do processo de coleta de dados**

É importante destacar que durante o período de coleta de dados o prefeito em exercício foi afastado do cargo por um período de aproximadamente quatro meses (26/09/2017 a 16/01/2018), devido investigação por desvio de verbas públicas, assumindo de forma interina o seu vice, conforme noticiado pela mídia digital.

Figura 7 - Reportagens que noticiaram o afastamento e retorno do chefe do poder executivo no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

Para ver os favoritos aqui, seleccione ☆ depois ☆, e arraste para a pasta Barra de Favoritos. Ou importe de outro navegador. [Importar favoritos](#)

globo.com g1 globoesporte gshow videos ASSINE JÁ MINHA CONTA E-MAIL ENTRAR

MENU G1 PERNAMBUCO BUSCAR

## Ação policial no Grande Recife provoca afastamento de prefeito, dois secretários e quatro servidores

'Operação Tupinambá' foi deflagrada, nesta terça (26), em São Lourenço da Mata. Chefe do Executivo Bruno Pereira é alvo de investigação de desvios de verbas públicas. Polícia encontrou R\$ 23 mil na casa dele.

Por Pedro Alves, G1 PE  
26/09/2017 11h02 · Atualizado há um ano

f t w i n

Fonte: <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/acao-policial-no-grande-recife-provoca-afastamento-de-prefeito-dois-secretarios-e-quatro-servidores.ghtml#> (2017)

Para ver os favoritos aqui, seleccione ☆ depois ☆, e arraste para a pasta Barra de Favoritos. Ou importe de outro navegador. [Importar favoritos](#)

globo.com g1 globoesporte gshow videos ASSINE JÁ MINHA CONTA E-MAIL ENTRAR

MENU G1 PERNAMBUCO BUSCAR

## TJPE suspende afastamento do prefeito de São Lourenço da Mata, no Grande Recife

Bruno Pereira (PTB) estava afastado do cargo desde setembro de 2017, devido a uma operação policial que investiga desvio de dinheiro na prefeitura.

Por G1 PE  
16/01/2018 22h56 · Atualizado há um ano

f t w i n

Fonte: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/tjpe-suspende-afastamento-do-prefeito-de-sao-lourenco-da-mata-no-grande-recife.ghtml#> (2018)

No que se refere aos serviços vinculados à assistência social no município, participaram do estudo 10 profissionais, entre eles gestores e profissionais que atuavam diretamente no atendimento à população assistida pelos serviços.

Tabela 1 - Caracterização do processo de coleta de dados na assistência social no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

Unidades	Nº de abordagens	Nº de recusas	Nº de profissionais ausentes	Nº aceites
<b>ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>				
CRAS I	01	-	04	01
CRAS II	01	-	04	01
CRAS III	02	-	03	02
CREAS	01	-	02	01
Coordenação da Mulher	02	01	-	01
Instituição acolhedora (abrigo)	05	03	03	02
Secretaria de Assistência Social	02	01	01	01
Gerência de Proteção Básica e Especial	01	-	01	01
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>05</b>	<b>18</b>	<b>10</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Durante a fase inicial da coleta de dados, a Secretaria de Assistência Social, a Coordenação da Mulher, a Gerência de Proteção Social Básica e Especial, o CRAS centro e o CREAS funcionavam no mesmo local, no denominado Centro Social Urbano, localizado no centro da cidade. No entanto, o mesmo estava com sua infraestrutura comprometida, o que levou a ser condenado pela Defesa Civil. Posteriormente, foram providenciadas casas alugadas que receberam adaptações para o funcionamento das unidades que compõem a assistência social do município.

*“Agendado hoje coleta, ao chegar no centro social urbano, o local encontra-se com a estrutura comprometida segundo parecer do engenheiro da Defesa Civil que condenou o local devido falhas estruturais importantes com risco de desmoronamento, exigindo a retirada urgente dos profissionais. Os funcionários estavam todos envolvidos na mudança da Secretaria de Assistência Social, a Gerência de Proteção Social Básica e Especial, a Coordenação da Mulher, o CREAS, e o CRAS centro, contudo os profissionais ainda não sabiam onde iriam funcionar as unidades. Os próprios funcionários estão carregando caixas e desmontando os móveis (Diário de campo, 02/08/2017)”*

A instituição acolhedora (abrigo de crianças e adolescentes) localizava-se na zona periférica do município. Durante as duas visitas realizadas à unidade haviam 11 crianças e adolescentes institucionalizados, três cuidadoras em jornada de 12 horas de trabalho dia ou noite, uma psicóloga, uma assistente social e uma coordenadora.

No que se refere aos serviços vinculados à educação no município, participaram do estudo 11 profissionais entre eles gestoras, professoras e auxiliar de sala que atuavam diretamente nos atendimentos as crianças e famílias assistidas nas creches.

Tabela 2 - Caracterização do processo de coleta de dados na educação no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

Unidades	Nº de abordagens	Nº de recusas	Nº de profissionais ausentes	Nº aceites
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Creche I	09	06	-	03
Creche II	07	03	-	04
Creche III	04	03	-	01
Creche IV	08	06	04	02
Gestora da educação infantil no município	01	-	-	01
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>04</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

As quatro creches visitadas localizavam-se em bairros situados na periferia e com quadro de profissionais incompleto, fato este que prejudicou a coleta de dados, pois para realizar entrevista com os professores era necessário deixar os alunos em sala com a auxiliar de sala, que em algumas creches não existiam ou havia em número insuficiente. As profissionais da educação não se disponibilizaram a participar da pesquisa fora do horário de trabalho.

*“Não consegui entrevistar todas as professoras por falta de auxiliar de sala para ficar com as crianças (Diário de campo, 20/09/2017)”.*

As creches apresentavam estruturas físicas semelhantes, teto sem revestimento e cobertura com telhas de cerâmicas ou de fibrocimento, iluminação deficiente, sem nenhum tipo de ventilação interna (ventilador/ ar condicionado). Algumas contavam com janelas que ficavam abertas para amenizar a temperatura, bem como o desabastecimento da merenda escolar.

*“Na creche 1 a iluminação é comprometida, poucas lâmpadas funcionando, além disso não existe nenhum tipo de ventilação e as salas não têm janelas. Entrei nas salas e foi perceptível o calor (Diário de campo, 20/09/2017)”.*

*“A creche 3 apresenta avarias na estrutura, rachaduras nas paredes, pintura descascando, o teto com algumas telhas quebradas e sem revestimento. A diretora relatou que a sorte da creche é que pelo fato de não chover muito na região, acabam não sentindo tanto a questão das goteiras, somente no período de inverno que é curto (Diário de campo, 13/11/2017)”.*

No que se refere aos serviços vinculados à saúde no município, participaram do estudo oito profissionais, entre elas enfermeiras e agente comunitários de saúde (ACS) que atuavam diretamente no atendimento as famílias assistidas pela estratégia de saúde de família.

Tabela 3 - Caracterização do processo de coleta de dados na saúde no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

Unidades	Nº de abordagens	Nº de recusas	Nº de profissionais ausentes	Nº aceites
<b>SAÚDE</b>				
ESF I	04	01	06	03
ESF II	02	-	05	02
ESF III	01	-	06	01
ESF IV	02	01	07	01
ESF V	01	-	08	01
ESF VI	03	03	05	-
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>05</b>	<b>37</b>	<b>08</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram realizadas duas visitas às seis UBS, destas, quatro localizavam-se na zona central do município e duas na periferia. Merece ser destacado o fato de que em quatro unidades não foram encontrados os ACS, pois os mesmos estavam na comunidade realizando visitas domiciliares. Em relação aos outros profissionais de nível superior (médico e odontólogo) não se encontravam nas unidades. Segundo relatos da equipe, alguns desses profissionais costumavam faltar ao serviço e quando presentes, não aceitaram participar da pesquisa, fatores esses que dificultaram a coleta com todos os membros das equipes. Outras duas UBS situadas na periferia foram visitadas duas vezes cada uma, no entanto, uma encontrava-se fechada e a outra estava aberta e contava apenas com a funcionária da recepção.

*“A unidade estava com vários usuários aguardando atendimento. O único profissional de nível superior trabalhando era a enfermeira, os demais faltaram e todos os ACS estavam na comunidade em visitas (Diário de campo, 20/02/2018)”.*

*“Visitei quatro unidades, mas uma delas estava fechada. Nas demais os profissionais (enfermeiras e uma dentista) estavam em atendimento aos usuários, os médicos não se faziam presentes no serviço e os ACS estavam na comunidade (Diário de campo, 28/02/2018)”.*

*“Realizei visita a uma unidade de saúde da família. Consegui entrevistar a enfermeira e uma das ACS, eram as únicas que se encontravam no local, os demais ACS estavam na comunidade. Segundo a enfermeira, o médico não estava indo trabalhar pois, como não estavam recebendo salário, avisou a enfermeira que não fazia trabalho voluntário para prefeitura, e o dentista faltou ao serviço sem justificativa (Diário de campo, 15/03/2018)”.*

No que se refere ao Conselho Tutelar do município, participaram do estudo quatro profissionais, entre eles conselheiros tutelares e psicóloga que atuavam diretamente no atendimento as crianças vítimas de violências.

Tabela 4 - Caracterização do processo de coleta de dados no Conselho Tutelar no município. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

Unidades	Nº de abordagens	Nº de recusas	Nº de profissionais ausentes	Nº aceites
CONSELHO TUTELAR	04	-	02	04

Fonte: Elaborado pela autora.

O Conselho Tutelar localizava-se em um bairro na periferia do município. O mesmo conta com cinco conselheiros e uma psicóloga. No entanto, durante o período de coleta de dados da pesquisa, um dos conselheiros foi afastado do cargo pelo Ministério Público devido denúncia de abuso a uma adolescente de 17 anos. O processo corria em segredo de justiça.

### 5.3 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo um total de 33 profissionais dos diferentes serviços que lidam com o contexto da violência na primeira infância.

Tabela 5 - Características sociodemográficas dos participantes. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

CARACTERÍSTICAS	N
<b>FORMAÇÃO</b>	
Direito	05
Assistência social	03
Administração	01
Psicologia	03
Pedagogia	07
Enfermagem	05
Ensino médio	09
<b>SEXO</b>	
Feminino	30
Masculino	03
<b>NATURALIDADE</b>	
São Lourenço da Mata	13
Outros	20
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>	
Efetivo	03
Contrato	30
<b>SALÁRIO</b>	
Menor que o SM**	04
01 SM*	16

02 SM*	06
02 a 03 SM*	05
03 SM*	02
EXPERIÊNCIA NA ÁREA	
06 meses	05
06 meses a 01 ano	03
> 01 ano	25
PERÍODO NO CARGO OCUPADO	
06 meses	10
06 meses a 01 ano	15
> 01 ano	08

Fonte: Elaborado pela autora.

\*SM: Salário mínimo no período da coleta de dados da pesquisa de 937,00 reais.

\*\* Alguns profissionais referiram receber valor inferior ao salário mínimo.

No que se refere à ocupação dos cargos de trabalho, os cinco profissionais com formação em direito atuavam como coordenadores do CRAS, CREAS, Coordenação da Mulher e como secretária de Assistência Social. Um dos coordenadores do CRAS tinha formação em administração e o outro era pedagogo. Vale ressaltar que apenas a gerente da Proteção Social Básica e Especial tinha experiência profissional anterior na área de atuação.

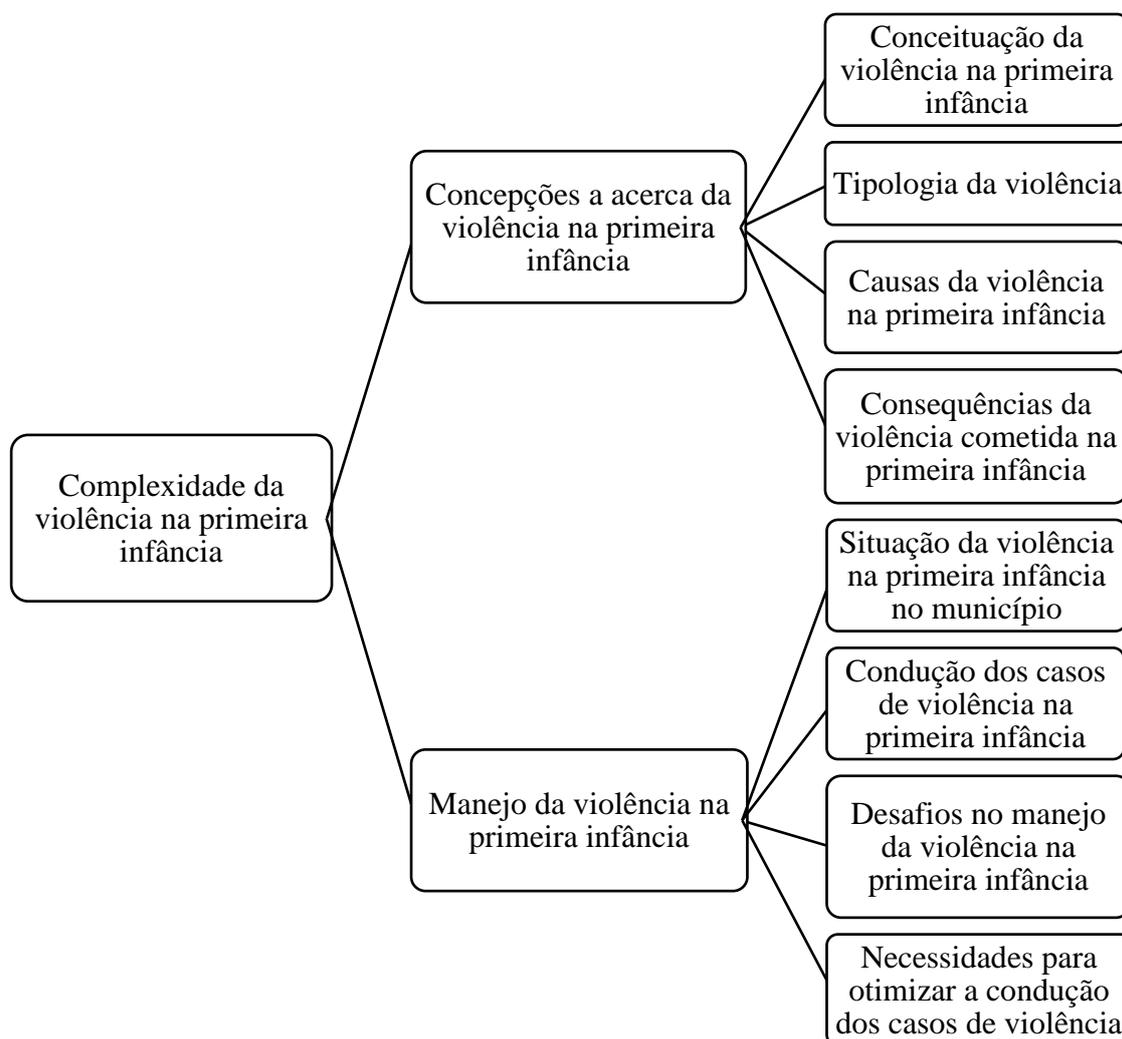
Quanto aos profissionais com nível médio, esses ocupavam cargos de agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de sala ou conselheiros tutelares, sendo que uma das conselheiras possuía formação na área de direito e as outras duas estavam cursando a graduação de serviço social.

É importante atentar ao grande quantitativo de profissionais contratados que não possuíam vínculo efetivo com o município e que após as duas mudanças do chefe do Poder Executivo municipal, noticiadas acima, foram substituídos. Vale destacar que os últimos concursos para provimento de cargo efetivo foram em 2009 para 110 vagas de Professor Nível I (Ed. Infantil; Ens. Fundamental e EJA) e em 2010 para 50 vagas de ACS.

#### **5.4 Contexto da violência na primeira infância**

Os dados provenientes das entrevistas com os 33 participantes da pesquisa e do diário de campo foram categorizados em duas categorias temáticas: “Concepções acerca da violência na primeira infância”; e “Manejo da violência na primeira infância”.

Figura 8 - Categorização das entrevistas realizadas com os profissionais e anotações do diário de campo. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 5.4.1 Categoria 1: Concepções acerca da violência na primeira infância

Nesta categoria os participantes expuseram o que pensavam sobre a violência na primeira infância no que tange a: conceituação, tipologia, causas e consequências.

##### Conceituação da violência na primeira infância

Uma parcela dos participantes expressou suas opiniões sobre o que seria a violência da primeira infância, caracterizando-a como qualquer ação que possa ir desde a agressão física ou não física, até mesmo a negação dos cuidados básicos e direitos da criança por seus cuidadores e pelo Estado.

*“Violência na infância eu considero que seja qualquer tipo de ação que extrapole, qualquer forma que provoque algum desconforto na criança”*. Enfermeira 1.

*“Eu acredito que a violência vai desde a falta do cuidar. Lido muito com negligência dos pais em relação a carteira de vacinação dos filhos. Então acredito que a falta de cuidado, a negligência em relação a escola, amamentação, todos esses cuidados que uma criança necessita”*. ACS 3.

*“Violência na infância, eu acho que seria um conjunto, a violência não seria só a agressão, mas sim a falta de educação, não dar acesso à educação, a saúde, isso pra mim é um tipo de violência. E também a questão psicológica e a agressão”*. Enfermeira 4.

*“Violência na primeira infância principalmente é todo o ato que infrinja o direito da criança, a saúde, a educação, a todos os direitos básicos. E psicologicamente falando é uma alienação parental, um tipo de violência que tira o direito da criança de estabelecer um vínculo mais profundo com o outro e conseqüentemente se desenvolver com o outro genitor. Pelo lado da psicologia, a violência vai bem além”*. Conselho tutelar 4.

No entanto, os participantes que lidavam com as crianças tiveram dificuldade de expressar alguma concepção de violência na primeira infância, mesmo a pergunta tendo sido elaborada de maneiras diferentes.

*“Não sei te dizer o que é”*. Professora 2.

*“A violência na primeira infância é aquela praticada com as crianças. Meu conceito seria esse, que assim, é um conceito muito raso, mas é o pouco que eu tenho”*. Gestão assistência social 4.

### Tipologia da violência

Quando questionados sobre os tipos de violência, a maior parte dos participantes demonstrou dificuldades em falar sobre os diferentes tipos de violência, ressaltando com mais frequência a agressão física e a verbal e com menos frequência o abuso sexual.

*“É a agressão mesmo, é a agressão, é a violência. É triste, é triste para a criança ser*

*violentada*”. Gestão educação 6.

*“Violência tem a ver muito com agressão a criança, pode ser tanto verbalmente quanto físico”*. Enfermeira 3.

Percebe-se que alguns profissionais como as funcionárias da instituição acolhedora e do conselho tutelar apresentam uma visão mais ampla no que tange à tipologia da violência, indo além da violência física, sexual e psicológica ao citar aspectos relacionados à negligência, ao *bullying* e à violência doméstica implantada no seio familiar.

*“Violência doméstica, agressão física, psicológica, alienação parental. Acho que uma das coisas que a gente mais vê, vivencia isso é a alienação parental, agressão física e psicológica. Hoje como estou trabalhando nessa área do Conselho Tutelar, no entanto, a agente percebe que o abuso sexual está crescendo bastante aqui no município. Abuso, violência doméstica (...), a cada dia a situação vai se agravando”*. Conselho Tutelar 1.

*“Eu enquanto conselheira sou quem mais percebo, o que mais tem, a sexual. Verbal, o pai, a mãe. A agressão verbal não chega a um número muito alto, mas está incluída aí também. A violência doméstica está incluída, quando as mães sofrem ali a violência, a criança sempre está incluída e sempre é a vítima. O bullying que a gente recebe muita denúncia das escolas, principalmente dos pais, a questão do bullying também.”* Conselho Tutelar 2.

*“Bom, a maioria é negligência, é negligência mesmo, deixar avulso mesmo, é aquela coisa, te vira, dá teu jeito, nessa linguagem. Violência física a gente já teve alguns casos aqui, violência sexual dentro da própria família também, assim são mais esses três tipos”*. Profissional assistência social 1.

### Causas da violência na primeira infância

Os participantes foram estimulados a falarem sobre as causas que eles atribuem a ocorrência da violência contra a criança. A maioria dos entrevistados caracterizaram a violência como um fenômeno multifatorial marcado por questões econômicas, educacionais e a presença das drogas e criminalidade que afetam as famílias.

*“Os núcleos familiares são muito desordenados, a maioria deles. São crianças que são negligenciadas pela própria mãe ou até a própria família. Vai levando aquilo ali, e chega a gerar realmente um abuso”.* Enfermeira 1.

*“O que tá atrelado, na realidade, é a falta de companheirismo, de amor, de carinho, a droga tá evoluindo bastante e isso tá causando uma desunião imensa nas famílias então o que ocorre mais é isso, no meu ponto de vista porque a família não está mais estruturada”.* Gestão educação 5.

*“Um dos maiores fatores no meu entendimento é a questão do desemprego, a questão econômica. Porque quando os pais estão passando por uma situação, principalmente de fome, muitas vezes não sabe separar as coisas e eles descontam na criança. Não entendem que a criança está com fome, está chorando porque está com fome, não entendem que a criança está pedindo lanche. Os pais não entendem que a criança não sabe que não tem o dinheiro para comprar, tá entendendo? E quer aquele lanche naquela hora, que tá com fome e muitas vezes eles resolvem bater, é resolvido na chinelada, é resolvido no puxão de cabelo, porque para eles é a solução. Mas eu creio que as drogas também, porque na maioria das vezes quando tem droga no meio”.* Conselho Tutelar 2.

Em contraponto, chama-se a atenção ao depoimento de alguns participantes ligados à gestão, que mesmo evidenciando que a violência se relacionada a questões estruturais nas quais as famílias estão envolvidas, observou-se que há uma culpabilização da família frente ao problema em questão, limitando a percepção da complexidade da situação.

*“Uma má estruturação familiar, uma falta de tudo, falta de estudo, falta de alimentação, falta de uma condição digna de vida que está associado a um monte de coisa. Não responsabilizo município, governo, nada disso, realmente eu consigo ver que tem muito desleixo também. As pessoas tendem a procurar o assistencialismo, puramente procurar ajuda sem fazer esforço para ter algo também e termina que essas crianças ficam nesse meio sendo jogadas de um lado para o outro e sofrendo as consequências disso. Estão na escola por quê? Porque tem que ter presença por causa do bolsa família! Por causa do auxílio leite! Mas assim, só isso, o que essa criança tá passando, aquilo ali não é visto. Você tá numa família com um monte de gente que não dá aquilo que você precisa. Eu estou conseguindo ver”.* Gestão assistência social 7.

*“Com certeza a causa de tudo é a família, essa família que corresponde à parte principal da vida da criança, o bem-estar de uma criança. Quando a criança é bem atendida pela família, ele vai refletir isso. Mas a partir do momento que a família, a mãe, o pai desprezam o filho, ele já se apresenta de outra forma para a sociedade”.* Gestão educação 1.

#### Consequências da violência cometida na primeira infância

De forma unânime expressaram que independente do tipo de violência, a mesma traria um trauma imensurável para vida futura da criança, podendo levar a repercussões negativas no âmbito psicológico e na vida como um todo, bem como a própria perpetuação e reprodução da violência intergeracional.

*“E esse reflexo da violência vai aonde? Na escola, bagunça demais, a falta de concentração, a perturbação que eles causam na sala de aula, isso talvez como forma de chamar a atenção de outras pessoas, não sei (...). E que quando vão atingindo a idade adulta tendem a se envolver em diversos tipos de problemas, como o consumo de droga, cometimento de furto, de roubo, às vezes para sustentar, para manter o vício. Um problema de infância acaba desencadeando um adulto extremamente problemático e sem a menor estrutura de comandar uma família, de ter uma família bem estruturada, porque a dele já se desestruturou na fase da infância. Quando atinge a idade adulta ele já não tem a menor estrutura psicológica, educacional e acaba refletindo nos filhos. A gente vê isso vai se refletindo de geração em geração”.* Gestão assistência social 4.

*“Nossa, a consequência é terrível! É terrível porque isso fragiliza emocionalmente, a criança principalmente. A criança ela está em desenvolvimento. Então a criança que ela sofre agressão, ela tende a se sentir rejeitada, não amada e como é que ela reage a isso? Com agressividade. A gente pega crianças aqui que estão nas escolas muito violentas e aí a gente começa a analisar: O que é que está acontecendo? Como é que está na família? Como é que está socialmente? E a gente identifica que ela é agredida verbalmente, fisicamente, quando não abusada. E aí tende a demonstrar este desconforto agredindo também e às vezes isso se estende à adolescência, à fase adulta. Esse que é o grande problema”.* Conselho Tutelar 4.

*“Me foi relatado por uma professora da creche, que a mesma estava grávida foi*

*agredida por uma criança com um pontapé na barriga, acabou tendo um aborto em decorrência da agressão (Diário de campo, 20/09/2017).”*

#### 5.4.2 Categoria 2: Manejo da violência na primeira infância

Nesta categoria foram alocados os conteúdos referentes aos relatos dos participantes no que tange à situação da violência na primeira infância no município, à condução dos casos de violência na primeira infância, aos desafios na condução dos mesmos, bem como suas necessidades para otimizar o manejo dos casos.

##### Situação da violência na primeira infância no município

Quando questionados sobre o cotidiano da cidade, alguns participantes visualizaram uma alta criminalidade presente nas comunidades do município como um todo, sendo praticada tanto por adolescentes como por adultos. Destaca-se que nos discursos de alguns entrevistados, essas pessoas envolvidas com crimes possivelmente vivenciaram esse mesmo contexto na sua infância.

*“A criminalidade está bem acentuada, em termo de assaltos, essas coisas também eu vejo aqui no município. A gente tem muito no contexto, eu vejo muita criança até assaltando também, violência de abuso, de criança sendo sequestrada, abusada e depois abandonada em algum canto, está bem complicado, bem acentuada ultimamente”*. Profissional assistência social 3.

*“Uma criminalidade muito grande, muito mesmo, para onde você se vira você encontra e cada dia que se passa a idade está diminuindo, é outra coisa bem perceptível. A gente tem adolescente de 12 anos popularmente falando que assalta ônibus, assalto à mão armada, tráfico, homicídio, tudo isso. Te contam com a maior naturalidade, é como se não tivesse consciência do ato realmente que cometeu, assim, não tivesse a noção realmente de tudo que fez. É assim, eles se vangloriam, se enchem de orgulho de falar daquilo, mas ao mesmo tempo é como se eles não soubessem realmente a gravidade daquilo. Acho que para quem não trabalha com o social e vê isso, vê só como o menor infrator, mas todo menor infrator teve um passado e aí eu acho que nesse passado é que em algum momento houve uma falha para que ele chegasse a ser o que ele é hoje”*. Profissional assistência social 1.

*“A realidade dessa comunidade aqui é que as crianças que não têm uma formação educacional em casa estruturada, o que eles visualizam no seu dia a dia delas é a violência e o tráfico. Porque se o pequenininho já está vendo aquilo, ele leva para vida adulta. É tanto que eu falo muito na minha sala, na hora do brincar eles ficam fazendo o gesto de arma com a mão e fazem (pei, pei, pei)”*. Professora 1.

A presença da violência no município além de ser verbalizada durante as entrevistas também pode ser percebida através da observação registrada em diário de campo durante as visitas. Em diferentes situações foram presenciados atendimentos a vítimas de agressão, relatos em conversas, informações de episódios e situações de violência de diferentes naturezas e orientações em relação ao deslocamento da pesquisadora na cidade em virtude da existência de “espaços” considerados “perigosos”.

*“Durante a entrevista realizada com a coordenadora da Mulher, fomos interrompidas pela segunda vez pois a mesma estava recebendo naquele momento uma demanda de agressão verbal a uma mulher realizada pelo cunhado (Diário de campo 06/07/2017).”*

*“Ao chegar ao município, pedi informação a um senhor de mais ou menos uns 45 anos que estava na porta de entrada da sua casa. Ele se ofereceu para me levar até o Conselho Tutelar, segundo ele o percurso era perigoso. Durante a caminhada até o conselho tutelar o mesmo começou a falar que a cidade estava muito perigosa, havendo muitos casos de drogas, incluindo seu sobrinho de 12 anos que era usuário. Ele relatou que fez a denúncia ao Conselho Tutelar, mas que a sua irmã e mãe do sobrinho não se preocupava com a situação. O Conselho Tutelar encontra-se em um local um pouco distante do centro, entre duas comunidades localizadas na periferia, sendo consideradas áreas pobres e violentas segundo relatos (Diário de campo, 25/07/2017).”*

*“Realizada visita numa creche que fica na zona central do município, onde a duas ruas da creche há um local de venda de drogas ilícitas. A diretora referiu que a localidade é bastante perigosa, comunidade muito carente onde a violência é constante na vida das crianças. Vários pais de crianças assistidas na creche são envolvidos com drogas ilícitas. (Diário de campo, 20/09/2017).”*

*“Durante a escuta realizada na creche, um antigo vigilante procurou ajuda da gestora relatando que sofreu ameaças de um pai de uma criança na atual creche onde trabalhava, solicitando que fosse realocado para a creche. A gestora por sua vez solicitou que o vigilante fosse à Secretaria de Educação para expor a situação, pois a mesma não detinha esse poder (Diário de campo, 13/11/2017).”*

Outra questão revelada por alguns entrevistados diz respeito a uma forte presença na comunidade de uma educação familiar baseada na agressão, principalmente a física, como

forma de castigo. Vale ressaltar a fala de uma professora que aborda a questão utilizando o diminutivo para se referir a termos ligados a violência.

*“As famílias dizem assim (Ah, nos filhos a gente não pode dar mais nenhum tapa), mas o número ainda de espancamento é alto. Não ocorre da forma como eles têm o hábito de dizer que é para disciplinar, eles batem para espancar mesmo, como se estivesse batendo em um bandido. Muita violência mesmo!” Conselho Tutelar 3.*

*“Olha pelo o que eu vejo aqui na minha turma, eu vejo muito os pais agredindo, no caso bater, beliscões, essas coisinhas eu vejo muito. Agora coisa mais grave eu não tenho muito conhecimento, mas falando pela minha turma, os pais tipo dão aquele beliscão, um tapinha na cabeça. Muitas vezes já chegou de ter cena na frente da escola que a gente chamou até a atenção. Uma vez eu conversando com uma mãe sobre o filho dela que não estava indo bem, então ela deu um tapa na cabeça da criança. Eu falei que não precisava daquilo, só conversando, colocando-o para pensar, não adiantava bater nele. Quando as mães chegam, quando a gente vai falar o que ele fez na escola, elas dizem (quando chegar em casa ele vai apanhar), elas tentam resolver dessa forma, é o que estou vendo de agressão com um pouquinho de violência”. Professora 4.*

No entanto, é pertinente ressaltar que uma diretora de uma creche expôs sua opinião que a educação familiar atual não “colocaria limites” nas crianças, sendo mais permissiva quando comparado a tempos passados, em virtude da garantia de direitos das crianças preconizada na atualidade.

*“Eu com minha idade, antigamente era totalmente diferente a criação dos pais com os filhos, hoje é muita liberdade, então eu acho que essa liberdade, esses direitos humanos, essa criação, essa questão de social para a criança sabe que tudo é errado, entendesse? Eu acho que isso, isso sim é errado. Eu acho a questão de você não pode fazer isso ou não pode fazer aquilo com as crianças está errado, eu acho que para tudo tem limite e hoje em dia os pais não têm limite com a criança”. Gestão educação 5.*

Vale a pena evidenciar a fala de um coordenador de serviço da assistência social do município que ressaltou a sua percepção de que muitas famílias buscam auxílios dos programas sociais sem utilizar o dinheiro para as necessidades das crianças, negligenciando

suas necessidades.

*“E essa falta de conceito de família faz com que eles criem os filhos feito quem cria qualquer outra coisa que não seja um ser humano, abandonam, negligenciam, vem atrás de alguns programas, geralmente os programas que fornecem dinheiro e geralmente não para a manutenção da criança, não é para suprir as necessidades da criança. A exemplo do programa de Bolsa Família com finalidade é suprir os interesses pessoais, geralmente voltado para o consumo de drogas e alcoolismo dos pais. Não todos, mas boa parte é o que a gente vê. Eles abandonam as crianças na casa de algum parente, quando tem algum parente, e desaparece. E tentam colocar na instituição acolhedora, em outras palavras, tentam se livrar dos filhos. Um dos requisitos do programa Bolsa Família é aquela questão do histórico escolar, da frequência escolar, isso inibe muito a ocorrência desse abandono porque se não fosse isso muito provavelmente as crianças não iriam estudar”.* Gestão assistência social 4.

É importante ressaltar que a visão do profissional citado acima também foi evidenciada em conversas informais registradas no diário de campo.

*“Aproveitei o ensejo da visita ao Centro Social Urbano para conversar com o porteiro e a atendente, questionei se eles gostavam de trabalhar na unidade e o que eles achavam do atendimento no geral. Relataram que os usuários procuravam a unidade para fazer cadastro do Bolsa Família, pegar antena digital e coisas do tipo. Ambos expressaram uma cara de reprovação, como se a população estivesse apenas interessada em receber algo (Diário de campo, 19/07/2017).”*

Por outro lado, alguns entrevistados expressaram desconhecer qualquer forma de violência cometida contra crianças na primeira infância em sua comunidade de atuação, seja ela no centro, periferia ou área rural.

*“A minha área é uma área rural praticamente, é onde na verdade não existe uma incidência de violência contra a criança na primeira infância. A gente não identificou nenhum caso assim”.* Gestão assistência social 6.

*“A minha comunidade na periferia é tranquila, posso dizer que é tranquila. As visitas domiciliares que faço na minha comunidade aqui, até então eu não vejo esses casos de*

*violência. Não, na minha comunidade, na minha área, tiro pela minha área, não tive nenhum problema não. Porque aqui é muito grande, tem muita área descoberta, fica difícil saber”.* ACS 1.

#### Condução dos casos de violência na primeira infância

Os entrevistados referiram a forma como conduzem os casos de violência na primeira infância. Uma parcela considerável evidenciou que, ao lidar com um caso de violência contra criança, procuram acionar os órgãos competentes, geralmente o conselho tutelar ou em alguns casos como os CRAS que acionavam o CREAS, agindo desarticulada com os demais serviços.

*“Encaminhamos principalmente para o CREAS quando a gente detecta alguma anormalidade, a gente já suspeitou que é violação de direito, a gente já encaminha para o CREAS para que tome as iniciativas”.* Gestão assistência social 4.

*“Primeiro pergunto à mãe, daí eu examino a criança toda, céfalo-caudal, tiro a roupa, vejo ânus, vagina, tudo para ver se tem alguma fissura, se tiver alguma coisa a mais, aí dá para perceber se teve alguma coisa, se fizeram alguma coisa com a criança. Não sei se conseguiria conversar com a mãe sobre isso, então eu acho melhor chamar o Conselho Tutelar”.* Enfermeira 2.

*“Eu já tive um caso aqui há uns cinco ou seis anos, eu conheci a paciente e ela tomava remédio controlado, o esposo dela era um ex-presidiário e ela tinha um casal de filhos. Ele abusava do menino, dormia junto com ele, o menino era surdo e mudo. Fui fazer a visita domiciliar e denunciei ao Conselho Tutelar. O Conselho foi, quando chegou lá ele estava dormindo com o menino, a menina era bebê e estava no berço. O Conselho Tutelar registrou e disse (a partir de hoje o senhor perdeu a guarda, o senhor vai ter que sair do lar, não vai mais se aproximar dos seus filhos). Aí a gente levou para o psicólogo, conversou muito, aí a família dela levou eles para um interior”.* Enfermeira 5.

Alguns participantes relataram que a condução dos casos ocorria em articulação com a rede que compõe os serviços de assistência social, Conselho Tutelar, educação e saúde, não se restringindo apenas à denúncia ao conselho tutelar, mas havendo um acompanhamento intersetorial por parte de alguns profissionais e setores que compõem a rede.

*“Olhe, quando uma situação dessa chega, que chega no CRAS, que é a base, eles são encaminhados ao Conselho Tutelar para que o Conselho Tutelar investigue. Eles fazem a visita, constroem um relatório para saber como é que está andando aquela situação e junto com o CREAS vão investigar e ver até que ponto a gente pode entrar e contar também com as demais secretarias, que a gente sempre tem o apoio da Secretaria de Saúde, Educação, para ver a questão da escola, os agentes de saúde que são as pessoas que mais somam para gente, porque estão no dia a dia na comunidade. Então tudo a gente conta os agentes de saúde porque quando eles saem, eles sabem quem é a família, sabem quem é vizinho, é a pessoa mais próxima à família do que o próprio CRAS”.* Gestão assistência social 3.

*“Nós comunicamos ao CREAS. O CREAS trabalha junto com o Conselho Tutelar e o juiz. É uma equipe, é uma rede, uma equipe que um ajuda o outro”.* Gestão assistência social 5.

*“Quando chega aqui um caso de violência peço para ir ao Conselho Tutelar. Eu tenho um bom contato com as meninas do Conselho Tutelar, passo as informações para elas, a gente chama a família para conversar, a gente faz visita. Em casos extremos quando a gente não consegue realmente, quando o Conselho Tutelar não consegue, vem o Ministério Público, quando o negócio não tem jeito mesmo”.* Gestão assistência social 7.

*“A população denuncia, tem um número, disque 100, que é aonde a gente recebe através do e-mail essa denúncia anônima, aí notificamos para que os responsáveis se dirijam ao Conselho. Nós atendemos os pais e a nossa psicóloga atende a criança. Dependendo de qual tipo de violência, tem um procedimento a ser tomado. Se for abuso sexual ou violência física, a criança é encaminhada ao IML (Instituto Médico Legal) pra fazer o exame. Então a gente vai, notifica a pessoa que fez isso e aí encaminha à delegacia e se faz um boletim de ocorrência e fazemos um relatório encaminhado ao juiz da 3ª Vara do Ministério Público que abre o processo. Além disso, se for caso de violação de direito, nós notificamos o CREAS, já se for um caso de ameaça a violação de direito é o CRAS. É uma rede, parte do Conselho Tutelar para o Ministério Público, CRAS e CREAS, depende da avaliação”.* Conselho Tutelar 1.

No que se refere ao conhecimento e tomada de ação quanto à condução dos casos de violência contra crianças, foi notório o conhecimento de causa por parte de algumas

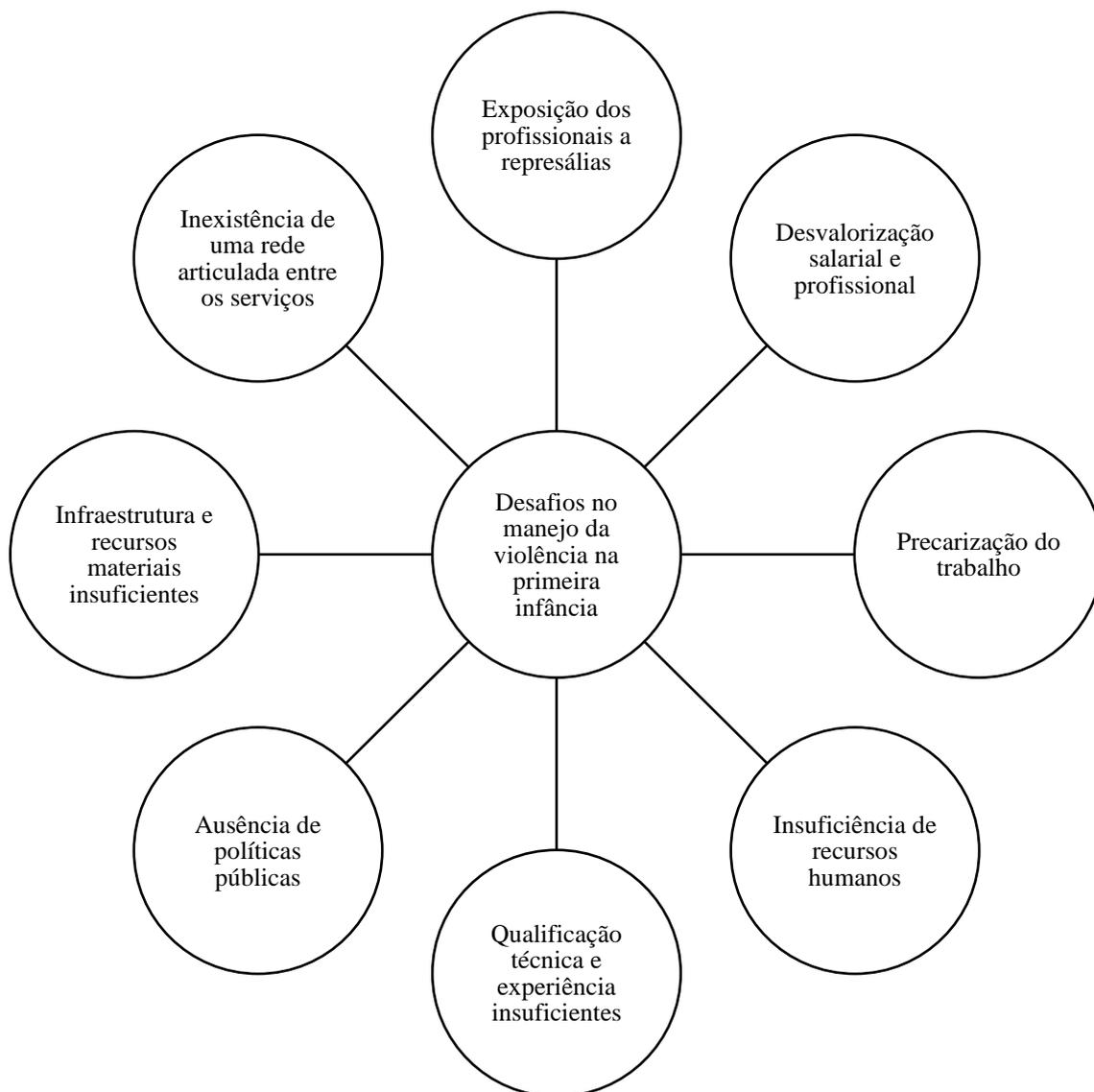
conselheiras tutelares, bem como a abertura para que a pesquisadora acompanhasse sua atuação.

*“Percebi muito envolvimento de três conselheiras tutelares quanto ao engajamento na proteção aos direitos da criança. As mesmas me convidaram para realizar duas visitas e acompanhar como procedem ao investigarem denúncias de maus-tratos (Diário de campo, 25/07/2017).”*

#### Desafios no manejo da violência na primeira infância

Os participantes apontaram fatores que dificultam o manejo dos casos de violência na primeira infância. Esses se referem principalmente às questões estruturais do sistema municipal de atendimento às crianças vítimas de violência. Na figura abaixo estão expostos os principais conteúdos que ilustram esta subcategoria.

Figura 9 - Conteúdos que compõem a subcategoria desafios no manejo da violência na primeira infância. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018



Fonte: Elaborado pela autora.

Evidenciou-se pelas falas que alguns casos de violência na primeira infância são omitidos pelos profissionais, ou então os mesmos tentam resolvê-los no próprio local sem acionar outros órgãos, para evitar repercussão ou represálias pelos agressores.

*“Tem um caso aqui na minha área que eu nem gosto de falar, a menina é especial, a mãe dela vive com um rapaz mais novo. E esse camarada vive com a mãe há muitos anos e segundo os vizinhos, eles escutam quando o rapaz está molestando a menina, entendeu? Então assim, eu sempre tive vontade de denunciar, mas aqui é uma área, uma comunidade muita violenta, muito violenta mesmo, a gente não pode nem escutar e nem apontar, entendeu? A gente escuta de umas pessoas e ali mesmo fica, entendeu? Porque não tem como*

*a gente chegar e sair comentando, aí a gente sempre fica calado, então eu tenho vontade sempre de denunciar a mãe e esse rapaz, mas eu nunca denunciei, eu nunca fui adiante”.* ACS 2.

*“Olha, a gente teve dois casos, só que não se resolveu nada, tem aquele processo também que você tem que denunciar, aí eu denuncio, o cara é um bandido e ia me mata, entendeu? Todo mundo fica com medo, aí meus agentes de saúde falaram para eu não fazer isso porque eu tinha dois filhos pra criar sozinha. Aí eu vou faço isso e você vê que não adianta de nada”.* Enfermeira 3.

*“Às vezes a gente fica assim entre o muro, porque se a gente denunciar a gente fica presa um pouco. Eu conversando com a diretora sobre o caso que teve, ela me disse: a gente não vai chamar o Conselho Tutelar não, se for lá o pai vai saber que foi você. Então é muito difícil essa situação, a gente fica numa corda bamba, porque hoje em dia a situação da gente está numa violência muito grande, enorme, é triste demais, viu? A gente está em um mundo que só Jesus tem misericórdia”.* Gestão educação 2.

*“Eu já tive casos aqui na creche, a professora me chamou e mostrou e a criança estava toda lapiada, eu tenho as fotos que eu salvei no meu computador. Mandeí chamar o responsável, o avô que vinha deixar e levar a criança, ele falou que a mãe fazia isso com a criança. Confirmei com a criança, conversei com a mãe e ameacei ir ao Conselho Tutelar se ele não parasse de fazer isso, aí ela entregou a criança ao pai e foi embora com outro homem”.* Gestão educação 3.

Alguns entrevistados reportaram a baixa remuneração e a desvalorização das suas funções pela gestão do município como fatores que causam desmotivação para o trabalho e que limitavam a possibilidade de desenvolver ações de enfrentamento da violência contra a criança. Pelo exposto, as ações de enfrentamento refletem apenas a identificação da violência e o caráter punitivo ao agressor. Ações de promoção da saúde e prevenção não são percebidas.

*“Nós temos uma psicóloga maravilhosa, mas que ganha um salário mínimo praticamente, desvalorizada dentro do município em que a gestão não sabe qual a importância da função dela. A mesma coisa é um assistente social dentro desse município. Um profissional estudar*

*tanto para servir ao município, façam isso não! Não tem valorização nenhuma*". Conselho Tutelar 3.

*“É como eu te disse, as vezes você tem dois, três vínculos. Precisa, é necessidade. A gente sabe quantos profissionais são mal remunerados e às vezes eles precisam ter mais de um vínculo e nesse mais de um vínculo tudo é muito corrido, então existe um número, existe metas que todo mundo tem que ter, metas e o quantitativo de pessoas que tem que atender, de pessoas que você tem que estar no dia a dia, de preencher o cronograma e isso faz com que as pessoas deixem muito a desejar no trabalho*”. Gestão assistência social 3.

*“A cozinheira de uma das creches estava trabalhando na creche sem nenhum documento formal de contratação, estava sem receber salário há dois meses e as professoras efetivas estavam ajudando como podiam (Diário de campo, 13/11/2017).”*

*“Uma das conselheiras tutelares referiu que os funcionários do Conselho Tutelar estão sem receber os salários há quatro meses e que estão sem nenhuma estrutura para trabalhar (Diário de campo, 09/02/2018).”*

*“Uma das enfermeiras de uma unidade de Saúde da Família falou que estava extremamente desestimulada. Ao final da entrevista começou a chorar, contou que trabalhava há 17 anos sem nenhum direito trabalhista e nenhum vínculo, além do fato de quando tirava férias não recebia salário e 1/3 de férias (Diário de campo, 27/03/2018).”*

As informações relacionadas aos atrasos no pagamento de salários dos funcionários citadas pelos participantes foram confirmadas com uma nota publicada no site do município. No entanto a regularização foi providenciada a priori para os funcionários efetivos, sem mencionar os contratados, conforme a figura abaixo.

Figura 10 - Nota informativa sobre calendário de normalização do pagamento salarial para os funcionários efetivos. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018

IR PARA CONTEÚDO 1 IR PARA MENU 2 IR PARA BUSCA 3 AUMENTAR FONTE 4 DIMINUIR FONTE 5

ACESSIBILIDADE OUVIDORIA MAPA DO SITE

**PREFEITURA DE São Lourenço da Mata**  
Um novo tempo para nossa cidade

FAÇA SUA PESQUISA

TRANSPARÊNCIA ACESSO À INFORMAÇÃO

INÍCIO A CIDADE A PREFEITURA SECRETARIAS TRANSPARÊNCIA SERVIÇOS NOTÍCIAS FALE CONOSCO

GOVERNO - DATA: 6 DE FEVEREIRO DE 2018

## Calendário do pagamento salarial será normalizado

Página Inicial » Governo » Calendário do pagamento salarial será normalizado



**SERVIÇOS PARA O CIDADÃO**  
IPIU, REFI, ALVARÁ

**SERVIÇOS PARA EMPRESA**  
ISS, CERTIDÃO NEGATIVA, DÍVIDA ATIVA

**OUVIDORIA**  
FALE COM A PREFEITURA

**TRANSPARÊNCIA**  
DESPESAS, RECEITAS, CONTRATOS, LICITAÇÕES

**NOTÍCIAS RECENTES**

- Prefeito assina convênio com faculdade e garante atendimento fonoaudiológico para moradores
- São-lourencense representará município no Campeonato Brasileiro de Judo
- Centro de Especialidades Médicas passa a disponibilizar neurologia
- São Lourenço da Mata concorre a três prêmios nacionais de ética, transparência e gestão
- Prefeitura discute com CBTU e EMPETUR projeto para viabilizar turismo em São Lourenço da Mata

Curta nossa página no Facebook

Prefeitura de São Lourenço...  
25.294 curtidas

Compartilhar Tweetar Compartilhar Email Imprimir

A Prefeitura de São Lourenço da Mata, através da Secretaria de Administração, informa que o calendário do pagamento salarial dos funcionários efetivos (ativos e inativos) será normalizado em breve. Pois, com o retorno do prefeito Bruno Pereira, a antiga equipe responsável não repassou todas as informações necessárias para efetuar o pagamento nas datas corretas.

Ressaltamos que, a Prefeitura de São Lourenço da Mata está trabalhando para que nenhum funcionário público seja penalizado e nos próximos dias todos os pagamentos serão devidamente efetuados.

Fonte: <http://slm.pe.gov.br/calendario-do-pagamento-salarial-sera-normalizado/> (2018)

Especificamente em relação ao impacto da precarização do trabalho na rede pública do município, foram citados por alguns entrevistados a falta de vínculo efetivo dos profissionais por meio de concurso público, levando a um grande quantitativo de contratações por indicações políticas que nem sempre prezam a qualificação técnica necessária para o desempenho de determinada função.

*“E gestor, ele não faz nada se não tiver profissionais competentes, embora a gente sabe que a contratação de profissionais do município eles não são por competência, são por*

*indicação, fatores políticos, indicações políticas. Eles não seguem critérios de competência. Isso é importante, concurso público, inclusive a lei fala do SUS que tem que ter profissionais que prestem concurso público para prestação de serviço nessa área. Mas não sei quem é que cobra isso, mas não acontece, em lugar nenhum”.* Conselho Tutelar 3.

*“Fica nesse embate, o município quer fazer seleção e o Ministério Público não permite, querem que se faça concurso público e a gente já está na metade do ano e a equipe ainda não está concluída”.* Gestão assistência social 4.

*“Todos os cargos de coordenação são por indicação política, sem a necessidade de vínculo, o que se evidencia pelo fato de que parte dos coordenadores não possuem nenhuma experiência anterior com o trabalho que estão desenvolvendo e nem formação acadêmica de acordo com o cargo em exercício (Diário de campo, 17/07/2017).”*

É válido destacar o discurso de uma gestora que pontuou que a fragilidade no vínculo empregatício impede a continuidade do trabalho no município e o desenvolvimento de ações continuadas, fragilidade essa decorrente da interferência política e partidária.

*“Olhe eu fico preocupada sinceramente, porque nós temos muitos profissionais comprometidos, bons profissionais, porém quando vem uma nova gestão aquele bom profissional que estava fazendo um trabalho muito bom sai, então assim, às vezes o funcionário contratado está fazendo um trabalho muito bom aqui, mas como não é do mesmo partido político da nova gestão sai. Aquele trabalho que estava sendo desenvolvido acabou, há um jogo de interesse que não é fundamental, o que a gente quer é melhorar a educação”.* Gestão educação 3.

A presença da instabilidade em relação ao trabalho no município foi percebida durante todo o processo da pesquisa, inclusive no que se refere à adesão a esta. Em algumas situações, os profissionais se mostravam receosos em participar das entrevistas com medo que o aceite lhes trouxesse algum prejuízo.

*“Senti que ao abordar os funcionários da creche para realizar as entrevistas, os mesmos apresentavam-se receosos em assinar o TCLE e de se exporem ao falar de assuntos que pudessem envolver a gestão municipal. Fato esse que pode ser explicado pela falta de estabilidade no emprego, pois todos os profissionais foram contratados após o afastamento do prefeito, tendo o seu vice assumido interinamente. Em uma segunda creche visitada, encontrei a coordenadora que*

*é funcionária efetiva. No entanto, a mesma relatou que não continuaria na função justamente devido ao afastamento do prefeito, já que ela foi nomeada coordenadora pela sua gestão (Diário de campo, 13/11/2017)."*

*"Chegando à Secretaria de Educação, percebi os ânimos bem agitados, escutei relatos de rumores de que o prefeito afastado teria chances de voltar ao cargo, o que estava deixando os funcionários, principalmente os que não são concursados, bastante preocupados, pois com a saída do prefeito interino, seus empregos estariam com os dias contados (Diário de campo, 19/12/2017)."*

Outro ponto citado que alude a essa questão e acaba por dificultar a condução dos casos de violência na primeira infância, diz respeito a escassez de recursos humanos e consequentemente acumulação de atribuições pelos profissionais, bastante marcante nas falas dos funcionários ligados a assistência social.

*"O que está caminhando lento atualmente de fato é o quadro de funcionários, a gente atualmente está com uma necessidade que já está sendo visto isso pela prefeitura. Essa questão de contratação de mais profissionais para que a gente consiga dar conta de atender a demanda toda do município".* Gestão assistência social 4.

*"O serviço hoje ele tá bem reduzido, onde era pra gente está trabalhando digamos que com 15 assistentes sociais, estamos com quatro, está bem reduzido. Hoje minha realidade é a falta de equipe. A gente precisaria de muito mais equipe para poder estar atingindo".* Gestão assistência social 2.

*"Profissionais da área, tem que ter um profissional da área, um psicólogo não tem. Estou sem psicólogo no momento. Eu só estou com assistente social para fazer milagre. Eu só estou com uma psicóloga que ela trabalha junto comigo e na secretaria ao mesmo tempo".* Gestão assistência social 5.

*"Como a gente está basicamente sem equipe, eu estou com uma assistente social que só vem dois dias na semana. Eu tenho papel de coordenadora e como sou advogada, toda essa questão judicial eu resolvo, tudo sou eu, as vezes tenho que falar com o juiz e o Ministério Público, tudo sou eu. Tem dia que consigo, consigo fazer as coisas, tem dias que não".* Gestão assistência social 7.

*"Mas é muito difícil e a gente também tem a questão da dificuldade realmente, a equipe é*

*pequena. Eu e a psicóloga, nós duas, tem isso então, você fica com muitas atribuições que você as vezes não consegue dar conta como eu estava falando*". Profissional assistência social 1.

Destaca-se conforme a figura 11 que ainda na gestão interina do vice-prefeito, foi publicado no site do município um processo seletivo para contratação temporária de professores, no entanto, a mesma não abrangeu outras áreas como a assistência social e saúde.

Figura 11 - Nota informativa sobre seleção simplificada para professores. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018



EDUCAÇÃO - DATA: 25 DE JANEIRO DE 2018

## Novo cronograma da seleção simplificada para professores municipais

Página Inicial » Educação » Novo cronograma da seleção simplificada para professores municipais

P/ Professores Municipais

▲

# CRONOGRAMA

## SELEÇÃO SIMPLIFICADA

ATIVIDADE	DATA/PERÍODO
Inscrições dos candidatos (as).	04/01/2018 17/01/2018
Divulgação do resultado preliminar da análise de documentos.	02/02/2018
Recurso do resultado preliminar da análise de documentos.	05/02/2018 07/02/2018
Lista final de aprovados, classificados, reprovados e faltosos após análise de todos os recursos.	09/02/2018

+

**SERVIÇOS PARA O CIDADÃO**  
IPTU, REFS, ALVARÁ

**SERVIÇOS PARA EMPRESA**  
ISS, CERTIDÃO NEGATIVA, DÍVIDA ATIVA

**OUVIDORIA**  
FALE COM A PREFEITURA

**TRANSPARÊNCIA**  
DESPESAS, RECEITAS, CONTRATOS, LICITAÇÕES

**NOTÍCIAS RECENTES**

Prefeito assina convênio com faculdade e garante atendimento fonoaudiológico para moradores

São-lourencense representará município no Campeonato Brasileiro de Judo

Centro de Especialidades Médicas passa a disponibilizar neurologia

São Lourenço da Mata concorre a três prêmios nacionais de ética, transparência e gestão

Prefeitura discute com CBTU e EMPETUR projeto para viabilizar turismo em São Lourenço da Mata

**CURTA NOSSA PÁGINA NO FACEBOOK**

Prefeitura de São Lourenço...

25.294 curtidas

Curtir Página
Enviar mensagem

7 amigos curtiram isso

f

Compartilhar

t

Tweetar

w

Compartilhar

e

Email

p

Imprimir

A Prefeitura de São Lourenço da Mata informa que a seleção simplificada para professores da Rede Municipal de Ensino, com a etapa de entrega dos documentos iniciada no dia 4 de janeiro e encerrada no dia 17, terá sua lista final de aprovados, classificados, reprovados e faltosos no dia 9 de fevereiro, após análise de todos os recursos, de acordo com o novo cronograma.

A prefeitura informa ainda, que o adiamento foi necessário e uma nova comissão foi formada, pois o número de inscritos superou as expectativas. A nova comissão de análise contará também com a participação de representantes do sindicato dos professores, garantindo a seriedade e transparência da seleção.

Confira no Diário Oficial: <https://goo.gl/tNhrkY>

Fonte: <http://slm.pe.gov.br/novo-cronograma-da-selecao-simplificada-para-professores-municipais/> (2018)

Uma outra limitação identificada por alguns participantes da assistência social e Conselho Tutelar no que tange às (im)possibilidades de enfrentamento da violência contra a

criança: refere-se a existência de profissionais no município sem experiência ou qualificação técnica devida para lidar com crianças, fator esse que pode atrapalhar a condução dos casos de violência na primeira infância.

*“Contratar profissionais sem experiência como estão fazendo, vão entrar profissionais com experiência agora porque vai ter seleção, mas quem entrou nesse período de gestão, entrou por indicação. Falta experiência mesmo”.* Profissional assistência social 2.

*“Os próprios policiais, por falta de preparo, eles têm uma formação diferenciada quanto ao direito da criança, não são trabalhados para isso, não são preparados para isso, então muitas vezes eles são violadores do direito das crianças por falta de preparo”.* Conselho Tutelar 1.

*“Falta qualificação, eu acho que a equipe qualificada atuaria muito melhor, porque às vezes chegam assistentes sociais, psicólogos que já trabalharam em outro setor, mas não com a criança. Então para você entender uma criança você tem que ter feito uma especialização, eu acho que uma qualificação”.* Gestão assistência social 2.

A falta de experiência foi percebida durante a realização da pesquisa em diferentes situações, registradas no diário de campo.

*“Durante a entrevista com a coordenadora da Mulher fomos interrompidas para que a mesma recebesse uma demanda de agressão verbal a uma mulher. Percebi que a mesma estava com várias dúvidas em relação a como conduzir o caso, solicitando por escrito apoio do Ministério Público. Após realizar encaminhamento do caso, retomamos a entrevista. Percebi que a participante não conseguia criar uma ligação entre a questão da violência contra a mulher e a violência contra a criança, para a mesma são duas coisas distintas, não compreendendo a dimensão da violência intrafamiliar, talvez por ter pouca experiência na área e estar atuando há apenas 6 meses (Diário de campo 06/07/2017).”*

*“Consegui realizar entrevista com a psicóloga da instituição acolhedora, que deixou explícito não ter perfil para trabalhar na área e sua preferência pela área hospitalar, mas aceitou o trabalho devido a necessidade. A mesma não tem nenhuma experiência na área com crianças vítimas de violência. Presenciei na ocasião da coleta de dados uma das cuidadoras falando para uma criança: “tu é tão bom que tá aqui”.* (Diário de campo, 05/09/2017).”

A ausência de políticas voltadas para o enfrentamento da violência na primeira infância no município foi destacada por uma gestora como um fator dificultador para as ações profissionais.

*“Eu acho que assim, quanto mais políticas públicas forem realizadas (...). É, eu vejo poucas, assim, mas eu acho que deveria para tentar diminuir mais, eu acho que seria interessante a gente tentar fazer mais políticas públicas de combate, no enfrentamento a violência contra menor, contra criança. Abuso a gente tem bastante também, mas assim, é bom fazer mais políticas públicas, a meu ver, eu acho que é isso aí”*. Gestão assistência social 1.

Uma parcela representativa dos participantes referiu a falta de infraestrutura, recursos materiais básicos para o desempenho de suas ações e as condições de trabalho insalubres como fatores negativos no que tange ao enfrentamento da violência.

*“Falta materiais, a gente recebe só uma camiseta, faz muito tempo que a gente não recebe, a gente ficou sem material, mas eles dizem que isso aí está sendo providenciado. Mas a gente passou oito anos e só recebeu uma vez o material, que foram duas camisetas, um chapéu e uma bolsa”*. ACS 2.

*“Olha, eu gosto muito de saúde pública, gosto muito de trabalhar com a comunidade, inclusive teria a paixão para trabalhar em saúde pública, infelizmente a situação não contribui, por causa dos gestores. Pronto, eu chego e falo, faço promoção, prevenção, peço para o paciente fazer os exames, vir procurar um médico, tentar se prevenir, falo sobre o estilo de vida, só que eles chegam aqui e é uma dificuldade muito grande para se fazer um exame, uma dificuldade muito grande para conseguir uma medicação, então isso desestimula muito o paciente”*. ACS 3.

*“Hoje a gente tem muitas áreas descobertas, a gente está atendendo porque temos que atender, mas sem condições”*. Enfermeira 2.

*“A questão de estrutura, a gente é muito pequena, você está vendo aqui nossa situação. A creche não era aqui na verdade. Então estrutura, a gente sempre leva as crianças para brincar lá fora quando não tem sol quente”*. Gestão educação 3.

Durante as visitas realizadas aos serviços, no período de coleta de dados ao município, foi perceptível vivenciar a precariedade das instalações, a insuficiência ou inexistência de alguns insumos para realização das atividades. Em alguns casos os funcionários compravam os insumos com seus próprios rendimentos. Além da infraestrutura inapropriada para o atendimento à população, pode-se citar a falta de telefone fixo e internet em alguns serviços.

*“Durante a realização da entrevista com a secretária de assistência social fomos interrompidas em alguns momentos na sua sala. A mesma falou que a estrutura do local era pouco favorável, com poucas salas, em que geralmente dois ou mais profissionais atuavam na mesma sala e o atendimento era contínuo (Diário de campo, 05/07/2017).”*

*“Realizada entrevista com a advogada e coordenadora da Mulher. A entrevista ocorreu na sua sala, porém no meio da entrevista outra funcionária chegou, pois a sala era compartilhada. Logo, tivemos que pausar a entrevista e procurar outro local para dar continuidade (Diário de campo, 06/07/2017).”*

*“Passei o dia todo no Centro Social Urbano, local onde funcionam a Secretaria de Assistência Social, a Gerência de Proteção Social Básica e Especial, o CREAS, o CRAS centro e a Coordenação da Mulher. O mesmo não dispõe de banheiros adequados para uso, falta água tanto para uso no banheiro como para consumo (Diário de campo, 17/07/2017).”*

*“Na unidade há uma precariedade de estrutura física tanto para atender à população, como realizar o trabalho. Atualmente está funcionando sem internet devido à falta de pagamento (Diário de campo, 19/07/2017).”*

*“Ao chegar no Conselho Tutelar, fui recebida por uma das conselheiras, a mesma me falou das dificuldades estruturais, como falta de telefone fixo pelo não pagamento à empresa de telefonia por parte do gestão municipal, o que acaba fazendo com que as denúncias sejam realizadas para os telefones celulares dos conselheiros, quebrando a questão do sigilo e anonimato da denúncia (Diário de campo, 19/07/2017).”*

*“As instalações da instituição acolhedora chegam a ser desumanas, sujas, com poucos móveis e os existentes são bem antigos (Diário de campo, 05/09/2017).”*

*“A coordenadora da creche me falou que tinha um aluno autista no local e que tentava fazer alguns projetos de inclusão, mas que a Secretaria de Educação não financiava nenhum. Ela arcava com os custos, inclusive me mostrou fotos das atividades que organizou (Diário de campo, 13/11/2017).”*

*“Conversei com algumas ACS que informaram que não recebiam roupas (camisetas como fardamento) há mais de oito anos. Quanto a chapéus, protetor solar, sapatos e camisas de proteção UV (ultravioleta), as mesmas compram com seu próprio dinheiro, pois não recebem nenhum auxílio, mesmo necessitando*

*desses insumos para realizar as visitas domiciliares (Diário de campo, 20/02/2019).”*

Corroborando com os depoimentos e os registros do diário de campo, foi noticiado na mídia digital a questão do transporte escolar precário e a falta de merenda escolar no município, conforme figura abaixo.

Figura 12 - Reportagem que notícia as precariedades no transporte e merenda escolar. Município da Região Metropolitana de Recife-PE, 2017-2018.

The image is a screenshot of a web browser displaying a news article. The browser's address bar shows the URL: <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/transporte-escolar-precario-e-falta-de-merenda-afetam-moradores-de-cidade-no-grande-recife.ghtml#>. The page header includes the G1 logo, the word 'PERNAMBUCO', and a search bar with the text 'BUSCAR'. The main headline of the article is 'Transporte escolar precário e falta de merenda afetam moradores de cidade no Grande Recife'. Below the headline, there is a sub-headline: 'Caso ocorre em São Lourenço da Mata, que também ficou sem coleta de lixo. Tribunal de Contas do Estado (TCE) suspendeu pagamentos de contratos por causa de suspeita de irregularidades. Prefeitura admite problemas.' The author is listed as 'Por Antonio Coelho, TV Globo' and the date is '17/10/2017 11h06 - Atualizado há um ano'. There are also social media sharing icons for Facebook, Twitter, WhatsApp, LinkedIn, and Pinterest.

Fonte: <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/transporte-escolar-precario-e-falta-de-merenda-afetam-moradores-de-cidade-no-grande-recife.ghtml#> (2017)

Outra questão apontada pelos entrevistados refere-se à inexistência da construção de uma rede de articulação entre os setores para o fortalecimento do enfrentamento da violência na primeira infância, dificultando a condução apropriada dos casos.

*“Não existe uma rede, em alguns lugares a rede existe mais ela tem brechas muito grandes e que as coisas passam e não são resolvidas e aqui estamos praticamente sem rede. Nós não temos essa rede. Na hora que a criança, que uma família, um dos componentes da família sofre uma violação e você tem um grupo familiar extenso, quem deveria fazer o acolhimento disso? O CRAS, o CREAS, eles deveriam receber a denúncia no momento do acontecido, mas não fazem. Aí termina pegando uma criança no meio da noite tendo que acolher em uma instituição acolhedora e você sabe que depois que se institucionaliza, a retirada é muito mais*

*complicada, a criança tem que experimentar uma vivência de substituição, que não é muito fácil. Então é tudo muito desorganizado, está tudo errado. Então os profissionais que seriam importantes para o fortalecimento da rede, não existem ou não sabem como proceder. Por isso o Conselho Tutelar fica frágil, fica enfraquecido, como um papelzinho de seda, botou o dedo ele fura”. Conselho Tutelar 3.*

*“A rede, na parte judiciária tem essa questão, a gente vem sendo muito cobrado pela justiça, é assim que seria o certo, seria trabalhar em parceria, mais não é assim que acontece, é mais cobrança e fiscalização do que parceira realmente. Eu tenho uns aqui que estão há ano e pouco na instituição e está naquele impasse. Eu tenho meninos aqui que estão há mais de seis anos, que já foram adotados, já foram devolvidos, já foram cadastrados a adoção novamente, e a gente não sabe o que fazer, eles vão crescendo e a dificuldade da adoção fica maior e você se frustra”. Profissional assistência social 1.*

*“Por se tratar de uma rede, falei da necessidade de contemplar a saúde com a Secretaria de Educação. O secretário ligou para secretária de Saúde e me passou a ligação. Por telefone a mesma foi bastante grosseira e não autorizou a realização da pesquisa na saúde. Ao final do dia sai do município com a impressão de que existe uma imensa fragilidade no vínculo dos funcionários que constituem a rede, não havendo nenhum servidor público estável. Com a mudança de gestão após o afastamento temporário do prefeito, todos foram demitidos perdendo a continuidade das ações e conseqüentemente da pesquisa (Diário de campo, 27/10/2017).”*

#### Necessidades para otimizar a condução dos casos de violência

Quando estimulados a expressar suas necessidades no que tange a otimizar o manejo dos casos de violência na primeira infância, uma parcela significativa dos participantes demonstrou dificuldade em refletir sobre a questão e expor sugestões que pudessem otimizar a condução dos casos.

*“Rapaz eu acho que tá faltando muita coisa, apoio além de assim (pausa), eu acho que tem que ter todo apoio, mas eu acredito que uma espécie de um projeto”. Profissional assistência social 3.*

*“Eu acho que talvez dar um melhor suporte, então acho a questão de educação mesmo, trabalhar isso”. Profissional assistência social 1.*

Quando foram estimulados a refletir sobre a temática da formação, uma minoria dos entrevistados considerou sua formação suficiente em relação a temática da violência na infância, de forma que se sentiam seguros e preparados para acolher as demandas desse público. Neste sentido, considerando as diferentes formações profissionais, foram destacadas a existência de conhecimentos relacionados ao desenvolvimento infantil e a vulnerabilidade das famílias.

*“Nossa! Eu sou apaixonada pela psicologia e ela tem um olhar diferenciado em muitos aspectos e especificamente nesse, em relação ao desenvolvimento infantil, tem um olhar muito sensível e muito maduro. Eu acho que é um conhecimento que está até um pouco a frente, eu acho, de outros, porque a gente tem a compreensão que aquela criança está em desenvolvimento dos aspectos cognitivos, dos emocionais, do meio que ela precisa estar saudável para se desenvolver bem, do brincar. Essa questão da violência em si, nós temos conhecimento das consequências e temos um cuidado no momento de atender para que essa criança não se sinta agredida em nenhum momento”*. Conselho Tutelar 4.

*“Quando você fala em psicopedagogia, você chama a atenção para o desenvolvimento da criança, ela lhe dá condições de conhecer a criança, os déficits. Acho que é um curso que todo professor deveria fazer. Porque se a criança não está bem, ela não aprende, tem algo errado, essa criança está pedindo socorro, está pedindo ajuda. Então a pedagogia dá condições para ter esse olhar sobre as crianças”*. Gestão educação 1.

*“A gente conhece a questão da vulnerabilidade social. Então eu acho que a assistência social é o que está mais ligado, porque quando a gente começa a trabalhar com a família, começa a trabalhar toda a desestruturação que há nas famílias, tudo o que há de negativo. Então eu acho que a nossa profissão ela se encontra aí, quando ela permeia justamente nos lares, assim nos lugares onde há pessoas mais vulnerabilizadas”*. Gestão assistência social 3.

No entanto, a maioria dos profissionais relataram que suas formações foram insuficientes ou, até mesmo, que não tiveram nenhum contato com a temática, deparando-se na prática profissional com situações que lhes exigiam conhecimento sobre o assunto.

*“Bom, violência na primeira infância? Ela é pouco discutida na minha área de direito. Assim, eu acho pouco. Não tem muita coisa, não. A gente na formação acadêmica a gente*

*estuda a matéria, o Estatuto da Criança e do Adolescente, mas de uma forma bem simples”.* Gestão assistência social 1.

*“Assim, quando eu concluí não abrangia muito, era só tipo falando por cima, só aquela coisa por cima, não tem um aprofundamento. Até é tanto, que a gente chegando na sala de aula se deparando com uma situação dessa, é o impacto muito grande”.* Professora 4.

*“Na formação não, o que eu aprendi foi vivenciado sozinha aqui, no contexto e tudo. A gente abraça demais, a gente é Bombril, mil e uma utilidades”.* Enfermeira 3.

*“Eu acho que a minha formação foi muito pouca nessa área, tanto na minha graduação quanto na minha pós”.* Gestão educação 4.

Quando questionados a refletirem sobre suas limitações de formação dentro dessa temática, os profissionais em sua maioria tiveram dificuldade em expor suas necessidades. Enquanto parte deles não conseguiam visualizar suas carências, alguns participantes pontuaram a necessidade de aprofundar os conhecimentos já existentes e aprender sobre alguns assuntos como as legislações que asseguram os direitos da criança, os tipos de violência, os órgãos competentes e até mesmo como acolher as demandas de violência provenientes das crianças e de suas famílias.

*“Os direitos, os deveres, os órgãos que se deve procurar para fazer a denúncia, a importância de chamar ajuda e o que configura essa violência”.* Gestão educação 1.

*“Eu acho que deveria mostrar que a violência não é só aquela violência de agressão, mas sim a psicológica, que tem outras formas”.* Enfermeira 4.

*“Bom, o primeiro olhar ele é bem importante, porque às vezes a gente sai para fazer uma visita e só faz o que a gente tem interesse de fazer. Não existe aquela questão do olhar especial, então eu acho que todos nós deveríamos ser preparados para esse primeiro olhar e nesse primeiro olhar do chegar às residências, conversar com a família. A questão da percepção, a sensibilidade de conversar e escutar, do acolhimento. Então acho que todos os profissionais deveriam ter esse olhar, esse primeiro olhar, essa sensibilização de saber o que*

*é que realmente aquela família passa. Abordasse esse primeiro momento na família”.* Gestão assistência social 3.

Durante a coleta de dados foi notória a dificuldade de uma parcela dos entrevistados em realizar uma autoavaliação sobre suas carências relacionadas à temática da violência na primeira infância, havendo momentos que as entrevistas foram encerradas quando se chegava a essa reflexão.

*“Durante a realização das entrevistas a principal dificuldade da maioria dos participantes centrava-se em reconhecer suas próprias necessidades de formação. Mesmo tentando adequar as perguntas de várias formas diferentes, os participantes não conseguem responder, preferindo interromper a entrevista e dar por encerrada (Diário de campo, 17/07/2017).”*

*Na creche foram entrevistadas duas professoras e uma auxiliar de sala, todas demonstraram dificuldade de entender as questões norteadoras da entrevista que se refere a formação (Diário de campo, 13/11/2017).”*

## **6 DISCUSSÃO**

Considerando a proposta do Paradigma da Complexidade, optou-se nesta tese pela apresentação da discussão a partir de três eixos que seguem a ordem de apresentação dos resultados, possibilitando um olhar integrado e articulando os conceitos e princípios propostos por Edgar Morin (MORIN, 2014; MORIN, 2015b; MORIN, 2015b).

Os resultados desta pesquisa trazem à tona diferentes aspectos cuja análise contribuem para a compreensão de como a temática da violência na primeira infância é complexa ao considerar os atores sociais envolvidos, setores, instituições e o ambiente.

Dessa forma, para compreender a complexidade dessa violência numa perspectiva intersetorial faz-se necessário o alinhamento a um referencial teórico. Para tal, optou-se pelo paradigma da complexidade, segundo o autor Edgar Morin.

Essa escolha deu-se por entender que o paradigma da complexidade valoriza todas as conexões no âmbito individual, social e ambiental que são importantes para conhecer determinado fenômeno, nesse caso, a violência na primeira infância.

Logo, para discutir a temática da violência na primeira infância, faz-se necessária uma mudança de paradigma, dessa forma, a complexidade surge como uma alternativa para diminuir as cegueiras dos indivíduos/sociedade e possibilitar novos horizontes no campo da teoria e da prática, pois potencializa e valoriza a multidimensionalidade do pensar, do conhecimento e da ação.

### **6.1 A complexidade do contexto da pesquisa**

Justamente por entender que o fenômeno da violência também é influenciado pelo meio, torna-se importante desvelar o contexto do município onde realizou-se a pesquisa. Esse desvelamento é condizente com o pensamento complexo, uma vez que o contexto sempre se mostrou importante para a compreensão de um fenômeno (MORIN, 2015b). Assim, o ato de contextualizar incide diretamente no conhecimento a ser construído sobre determinado tema.

É importante colocar em evidência que o município em questão possui um contexto com altas taxas de violência doméstica praticada contra mulheres, crianças e adolescentes, evidenciada pelos indicadores epidemiológicos e noticiada nos meios de comunicação. Tal aspecto pode ser melhor compreendido pelo princípio sistêmico, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, pois o todo é muito maior do que a soma das partes (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b).

Considerando esse princípio, uma localidade que traz arraigada em si o contexto de uma sociedade violenta terá maior probabilidade de criar indivíduos violentos e esses reproduzirem a violência que afeta outras pessoas. A violência enquanto problemática complexa não pode, em hipótese alguma, ser dissociada do seu meio ambiente físico, cultural e social, devendo todas essas partes serem consideradas para uma compreensão mais profunda. Corroborando com essa questão, a literatura evidencia que a violência é uma problemática corriqueira nos grandes centros urbanos, mas que há algum tempo circula em um movimento de interiorização, tratando-se de uma problemática mundial e geográfica (BAUDRILLARD; MORIN, 2004; CERQUEIRA *et al.*, 2017; THÉRY, 2018).

Outra questão que vale ser lembrada do contexto municipal faz menção aos problemas relacionados a má administração pública do Poder Executivo, noticiadas na mídia e que foram alvo de investigação pelos órgãos competentes. Tal situação acabou por interferir na pesquisa ao ponto da coleta dos dados sofrer uma pausa pela dificuldade de acesso aos serviços, que tiveram problemas para dar continuidade ao seu funcionamento devido à mudança temporária da gestão e conseqüentemente de toda a equipe de profissionais de enquadramento não efetivo.

Esse aspecto pode ser explicado à luz do princípio da auto-organização ou autonomia/dependência que vale especificamente para os humanos que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b). Assim, os problemas relacionados a corrupção e improbidade administrativa repercutem negativamente no funcionamento dos serviços públicos, pois provoca uma precarização dos recursos humanos e infraestrutura, interferindo na autonomia dos profissionais e na garantia de bem-estar da população.

Essas questões também são identificadas por outros autores que trazem que as conseqüências da corrupção, no setor público, redundam em sérios danos para o país, causando prejuízos fundamentais a educação, saúde, defesa externa, justiça, habitação e transporte, com séria perda para população, além de causar prejuízo ao servidor público por meio da precarização do trabalho (DRUCK, 2016; OLIVEIRA, 2017).

Além de considerar o local onde realizou-se a pesquisa, também é importante conhecer o contexto dos serviços/profissionais que lidam com crianças vítimas de violência.

Corroborando com a noção de que a violência é um fenômeno complexo e por isso é imprescindível uma visão poliocular de várias áreas do saber e distintas vertentes para compreendê-lo em sua magnitude (MORIN, 2002), a pesquisa foi realizada com profissionais

de diferentes categorias que atuavam na educação, saúde, assistência social e no Conselho Tutelar.

A literatura referente à violência na infância trata que para alcançar a integralidade no atendimento às crianças vítimas de violência, a atuação intersetorial e interinstitucional é imprescindível para a efetividades das ações de cuidado a esse grupo (HORA; PAIVA, 2017; COSTA; VIEIRA, 2018). Portanto, a implementação de estratégias intersetoriais que visem proporcionar o cuidado adequado às crianças vítimas de violência é uma premissa urgente e, para tal, deve-se envolver tanto a gestão como os profissionais dos serviços que atendem diretamente esse público.

Entretanto, a implementação dessas estratégias acaba por esbarrar em diversos empecilhos que vão desde a participação menos ativa de alguns profissionais e instituições, a falta de suporte aos profissionais, até mesmo a escassez de recursos financeiros (PEDROSA; DINIZ; MOURA, 2016; EGRY *et al.*, 2017). Essas dificuldades foram vivenciadas no âmbito da pesquisa, como a não adesão por parte do Judiciário e da segurança pública do município em participar da referida pesquisa. Tal conduta acaba por fragilizar as ações intersetoriais, bem como prejudica o cuidado às crianças vítimas de violência.

Outra questão que pode ser considerada negativa no que tange a proporcionar o cuidado integral às crianças vítimas de violência foi a constatação durante as visitas que algumas unidades da estratégia de saúde da família encontravam-se fechadas, enquanto que outras estavam sem funcionamento adequado, não havendo no local a presença de todos os profissionais que deveriam compor a equipe. Na maioria das vezes o profissional ausente era o médico e/ou odontólogo.

No estudo de Leonelli *et al.* (2017) foi reportado que a ausência do profissional médico acabava por interferir no funcionamento do serviço gerando estresse para os demais membros da equipe. Além disso, a literatura acaba por transparecer que a permanência do profissional médico na atenção básica é relativamente pequena em comparação aos demais profissionais, uma vez que esse profissional geralmente almeja outras oportunidades de trabalho, tendo a atenção básica como algo temporário (LIMA *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2019). Tais aspectos podem contribuir para a sobrecarga de trabalho dos demais membros da equipe, o que pode interferir no cuidado integral às crianças vítimas de violência, como da população em geral que é assistida nas unidades.

No entanto, também é importante esclarecer que toda essa problemática faz parte de um contexto maior que não pode ser visualizado de forma simplificadora com um olhar

unidirecional e isolado. Esse contexto evidenciado no estudo está diretamente relacionado ao subfinanciamento dos serviços públicos.

A literatura vem trazendo de forma mais explícita um progressivo subfinanciamento do sistema público que faz parte de uma política de austeridade que ganha força no país, podendo-se citar como exemplo a Emenda Constitucional nº 55 de 2016, que impõe um teto aos gastos públicos por 20 anos, levando assim a uma limitação nos gastos com a saúde e educação, entre outros cortes (ROSSI; DWECK, 2016; VIANA, 2016; BISCARDE; VILASBÔAS; TRAD, 2019).

## **6.2 Um olhar complexo sobre as concepções acerca da violência na primeira infância**

Toda essa contextualização é fundamental para compreender a complexidade da violência na primeira infância no referido município. No que se refere às concepções acerca da violência na primeira infância, o primeiro ponto que chama a atenção nos dados é a conceituação da violência pelos participantes, aproximando-se de uma visão multifacetada, ao compreenderem que a violência não pode ser reduzida somente ao ato em si, mas que engloba outras questões de cunho econômico, social e institucional.

Dessa forma, refletir sobre a violência exige um olhar poliocular sobre todos esses aspectos, o que corrobora com o pensamento complexo que entende que os processos estão ligados por meio de interações que se fazem a nível molecular, individual, social e institucional (MORIN, 2002).

O próprio conceito da violência em si é complexo, por se tratar de um fenômeno que interfere intensamente na vida humana, além de implicar a participação de diversos atores sociais e instituições envolvidas, o contexto, os fatores de risco, o tipo de violência, as consequências para a criança que sofreu a violência, bem como o suporte que deve ser dado às vítimas e famílias (ZAMBON *et al.*, 2012; TURNER *et al.*, 2017).

Por outro lado, para uma parcela dos participantes, existe ainda uma cegueira para o fenômeno da violência na primeira infância, como apontado nos resultados, à medida que há uma dificuldade em perceber a violência no seu contexto e de abordá-la conceitualmente de forma aprofundada. Para Morin (2014) essa cegueira se relaciona a uma limitação do conhecimento, que pode estar ligada ao imperialismo do paradigma simplificador, que ainda está muito presente tanto no campo das ideias como no campo das práticas. O paradigma simplificador separa o sujeito, o objeto e o meio de uma forma que exclui o “sujeito conhecente”, tornando-o aleatório ao seu próprio contexto.

A violência enquanto fenômeno complexo envolve indivíduos, sociedade e meio ambiente, aspectos esses que não permitem sua compreensão de forma fragmentada e reducionista guiado pelo paradigma simplificador. Para conseguir conhecer tal fenômeno faz-se necessário considerar sujeito, objeto e meio interagindo entre si, bem como a qualidade dessas relações, o que só seria concebido por meio do paradigma complexo.

O paradigma complexo surge como uma forma de superar a visão reducionista, fragmenta e disjunta da simplificação dos fenômenos, que embutido de uma ingênua neutralidade científica, trata-os como causalidades lineares isoladas do seu contexto. A complexidade por sua vez não é a destruição das demais forma de se chegar ao conhecimento, mas uma combinação que comporta a ordem e desordem de fenômenos complexos (MORIN, 2003; MORIN, 2018).

Já em relação à tipologia referente à violência, percebe-se nos dados que parte dos profissionais, com maior ênfase para os que atuavam na instituição acolhedora e no Conselho Tutelar, conseguiu observar que a violência na primeira infância também faz parte de um contexto maior, podendo-se citar a associação da violência infantil à violência doméstica no seio familiar.

Dessa forma, o contexto ganha importância pela ótica do pensamento complexo, que se propõe a reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, reconhecer o singular, o individual e o concreto. Não se reduz a uma única área, mas permite a comunicação, tendo sua utilidade para além da compreensão dos problemas organizacionais, sociais e políticos, mas também para esclarecer a multidimensionalidade do ser humano e do mundo (MORIN; LE MOIGNE, 2000).

Dado semelhante também foi encontrado em estudo brasileiro que investigou o conhecimento de educadores do ensino infantil acerca da violência, em que os professores conseguiram visualizar os principais tipos de violência sofridos pelas crianças, bem como o bullying e a violência doméstica, além das agressões que são naturalizadas como a indiferença, castigo, ameaças, rejeições, empurrões, espancamentos, mordidas, xingamentos, humilhações, insultos e depreciações (GARBIN *et al.*, 2015).

É importante frisar que nos dados citados anteriormente, tanto na questão da cegueira para a violência por parte de alguns profissionais, como na percepção mais ampla de associar a violência infantil com a violência intrafamiliar, evidencia-se também o sétimo princípio da complexidade, da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento. Esse princípio opera a restauração do sujeito e que todo o conhecimento é uma

reconstrução/tradução por uma mente/cérebro numa cultura, contexto e época determinados (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b).

A forma como um indivíduo vai observar o objeto, especificamente a violência na primeira infância, depende da forma como ele encontra-se imerso no contexto de atuação, das suas convicções e na forma como está aberto para enxergar o inaparente.

Essa questão da sensibilidade para reconhecer a violência como um assunto atrelado ao cotidiano de atuação também foi evidenciada em um estudo que analisou o cuidado realizado por Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto a famílias envolvidas na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, constatando-se que os profissionais não estavam sensibilizados para perceber a violência como problema de saúde e não entenderam o enfrentamento da violência como atividade inerente, prioritária e/ou indispensável na organização da atenção à saúde (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017).

No que tange as causas da violência, foi evidenciado nos dados que os entrevistados perceberam a multifatorialidade das diversas situações e contextos que assolam as famílias e corroboram com a violência contra criança.

Nesse sentido a complexidade liga as partes à totalidade, reúne tudo e distingue ao mesmo tempo, mas não separa, sobretudo prioriza as emergências e as interferências como fenômenos multidimensionais construtivos do objeto de análise (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015a).

A importância desse dado está na quebra da lógica da unicausalidade que busca a explicação simplificadora dos eventos, até porque a violência em si acomoda uma complexidade tão expressiva, que seria incabível achar que apenas um fator poderia estar atrelado como causa. Evidencia-se assim o terceiro princípio da complexidade, do círculo retroativo, que rompe a lógica da causalidade linear, em que uma causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa. Sendo assim, existe um conjunto de processos reguladores baseados em inúmeras retroações (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b). Assim, é extremamente importante que os profissionais que lidam com crianças em potenciais circunstâncias para risco de violência e crianças vítimas de violência tenham noção dessa multicausalidade da violência, pois dessa forma haverá mais subsídios para intervir nessas situações.

Esse achado também foi encontrado em outros estudos, em que ao questionar respectivamente profissionais da educação infantil e profissionais de saúde sobre as causas da violência contra criança, foram citados aspectos tanto a nível familiar como a nível social e do meio de inserção dos indivíduos (GARBIN *et al.*, 2015; GARBIN *et al.*, 2016).

Em contraponto, evidenciou-se que alguns participantes ligados à gestão de alguns setores, possuem uma visão ainda fragmentada sobre as causas da violência, ao não compreender o meio social em que as famílias estão inseridas e como este meio repercute na questão da violência contra criança perpetrada por seus cuidadores/responsáveis, atribuindo a culpa exclusivamente à família. Conforme já citado anteriormente, mais uma vez destaca-se aqui a questão simplificadora de olhar para o contexto das famílias envolvidas em situação de violência sem contemplar o social, o cultural e o meio, bem como as limitações em observar o fenômeno da violência de uma forma ampliada (sétimo princípio da complexidade).

Infelizmente a visão de culpabilização da família é mais comum do que se imagina, como também encontrado em um estudo sobre a percepção dos profissionais da saúde que atuavam na Atenção Básica acerca da violência infantil em um distrito sanitário em São Paulo, em que foram apontadas como causas da violência aspectos inerentes unicamente às famílias, como o grande número de filhos, o uso de drogas pelos pais, gravidez precoce e doença mental na família (EGRY *et al.*, 2017).

Logo, infere-se que esse tipo de postura culpabilizadora verbalizada por alguns profissionais pode ser uma forma de não querer enxergar o real contexto da violência por se tratar de um tema complexo em termo de intervenção. Além disso, questões como falta de experiência com a temática e/ou uma formação deficiente podem contribuir para a cegueira desse fenômeno em sua magnitude.

Os dados desta pesquisa evidenciam que os participantes conseguiram contemplar a multidimensionalidade das consequências da violência ao longo da vida da criança. Questão essa que evoca o quarto princípio da complexidade, do círculo recursivo, em que os produtos e efeitos são, ao mesmo tempo, produtores e causadores daquilo que os produz (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b). Seguindo essa lógica, a violência perpetrada contra a criança ao mesmo tempo pode ser produto e efeito, uma vez que quem a pratica pode ter vivenciado a mesma situação e entrado em um ciclo de reprodução intergeracional, da mesma forma que a criança que é vítima, futuramente, em sua vida adulta poderá reproduzi-la em seu ambiente familiar, dependendo do seu nível de resiliência.

A reprodução da violência vivenciada na infância está cada vez mais reconhecida na literatura como uma de suas várias consequências (EGRY *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2017; BOAS; DESSEN, 2019). Discutir estratégias que possam quebrar esse ciclo de perpetuação da violência geracional é de suma importância para efetivação das ações voltadas para as famílias, bem como para reduzir os efeitos deletérios na vida das vítimas.

A Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 discorre que essas estratégias e intervenções devem ser intersetoriais com a participação de diferentes profissionais para possibilitar um olhar mais global sobre a temática, com a criação de programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância (BRASIL, 2016). O Plano Nacional pela Primeira Infância também contempla que essas estratégias devem contribuir para a quebra do silêncio e dos ciclos intergeracionais de violência, bem como para a reconstrução das relações e papéis familiares, superação de padrões violadores de relacionamento, fortalecimento dos vínculos e restabelecimento da função protetiva da família (BRASIL, 2010a).

### **6.3 O manejo da violência na primeira infância sob a ótica da complexidade**

A Política Nacional Integrada para a Primeira Infância e o Plano Nacional pela Primeira Infância citados acima também são documentos que visam auxiliar no manejo da violência na primeira infância. Nesse sentido, os dados desta pesquisa revelaram a situação da violência no município, marcada por uma alta criminalidade que assola o município no geral, envolvendo nesse sistema crianças, adolescentes e adultos. É importante ressaltar que esses atores sociais envolvidos na criminalidade vitimizam outras pessoas, mas, ao mesmo tempo, podem ter sido vitimizados pela sociedade e o meio em que estão inseridos, seguindo a mesma lógica do círculo recursivo. Assim, os indivíduos produzem a violência na sociedade por meio de suas interações, e a sociedade, à medida que emerge, produz uma humanidade violenta nesses indivíduos.

Ao mesmo tempo, pode-se vislumbrar nessa situação o princípio sistêmico e o princípio hologramático. O princípio sistêmico liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, pois o todo é muito maior do que a soma das partes, enquanto que o princípio hologramático coloca em paradoxo que o todo também está inscrito na parte (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b). Logo, a criminalidade e a violência, enquanto problemáticas complexas, não podem ser vistas de forma dissociadas do contexto micro e macroestrutural. É importante levar em consideração tanto a questão do “todo”, como o contexto social, a infraestrutura da comunidade, as políticas de inclusão, prevenção e enfrentamento da criminalidade e violência, como também as “partes”, que envolvem os casos de violência, os perpetradores e as vítimas.

Como discutido por Alves, Rosa e Barbosa (2019), a elevação da criminalidade e violência está ligada a vários fatores, como o não acesso aos direitos básicos sociais que são estabelecidos e garantidos por lei, através da Constituição Federal de 1988, mas que não são

efetivados na prática, e em consequência o cidadão busca outros mecanismos para resolver suas necessidades, fazendo, muitas vezes, uso de ações torpes e inescrupulosas, que resultam no aumento da violência.

Logo, é notório que a violência no mundo é como uma “metástase” e que para superá-la é preciso guardar a esperança em um novo tipo de sociedade-mundo, sendo preciso romper a noção cega de desenvolvimento para criar uma consciência de cidadania comum, que torne todos os indivíduos cidadãos da “terra-pátria”, chegando a um ponto em que os seres humanos comunguem de uma identidade comum. No entanto, a humanidade ainda não tem essa consciência (BAUDRILLARD; MORIN, 2004).

Corroborando com essa situação de violência no município, também é importante discutir uma forte presença na comunidade de uma educação familiar baseada na punição por meio da violência física, visão essa que de certa forma foi compartilhada por uma participante ligada à gestão educacional. Essa contradição em que a violência utilizada como forma de educar os filhos é repudiada em alguns discursos, mas ao mesmo tempo recebe apoio em determinadas circunstâncias por pessoas que provavelmente possam utilizar essa forma de “educação” em seu seio familiar, revela uma dialogicidade entre duas formas antagônicas de enxergar a educação familiar punitiva.

O princípio dialógico une dois princípios ou noções que deveriam excluir-se reciprocamente, mas podem ser indissociáveis em uma mesma realidade a depender do contexto (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b). Dessa forma, a dialógica educação familiar/violência física concebe um fenômeno extremamente complexo que é bastante presente na sociedade brasileira, ao tempo que se rejeita a violência contra crianças, a nossa sociedade perpetua um hábito cultural de utilizar alguns tipos de violência como forma de educação. Nesse sentido, se faz necessário uma reflexão acerca da naturalização dessas formas de violência no ambiente familiar.

É importante atentar para a unidade familiar, em que cada uma tem sua dinâmica de vida própria, afetada pelas questões socioeconômicas, culturais e, ainda, pelo impacto da ação do Estado e de suas políticas. Vale salientar que no âmbito da violência intrafamiliar, mais especificamente da violência física, o castigo é considerado toda ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em sofrimento físico ou lesão (BRASIL, 2014a). Logo, a naturalização desses castigos punitivos perpassa pelo ambiente familiar de forma sutil e acaba sendo encarada pela sociedade como algo comum, pois está arraigada na cultura das famílias (MAGALHÃES *et al.*, 2017a; MAGALHÃES *et al.*, 2017b; BEZERRA; RUSSO, 2018).

Nesse sentido, surgiu a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, como uma tentativa de alertar sobre as práticas educativas com intuito de mudar a forma de agir sobre as crianças e adolescentes, ao repudiar o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los (BRASIL, 2014b).

Esse contexto evidenciado nesse trabalho também foi percebido em outros estudos, como o de Veloso, Magalhães e Cabral (2017) realizado em Belém, em que os profissionais de saúde não identificaram as punições, gritos, xingamentos e ameaças de castigo, por falhas ou para disciplinar as crianças, como formas de violência. Nesse mesmo sentido, em estudo realizado no Rio Grande do Norte por Bezerra e Russo (2018) os pais não visualizavam os castigos domésticos como graves dependendo do tipo de castigo aplicado e consideravam injusta a punição dos cuidadores que realizavam tais atos.

Ainda evidenciando a questão familiar, vale destacar um dado importante relacionado à visão reducionista de um coordenador de serviço da assistência social ao considerar que as famílias buscavam os benefícios do serviço de forma assistencialista, sem destiná-los aos seus filhos, mas destinando para outros fins como a compra de bebidas alcoólicas. Mais uma vez consegue-se visualizar o princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b), a maneira como esse participante observou seu objeto de trabalho, sendo aqui a assistência social às pessoas em situação de vulnerabilidade está acoplada ao modo como o profissional está inserido no seu contexto de atuação.

Denota-se que, por se tratar de um serviço dessa magnitude, os usuários atendidos geralmente são pessoas em condições desfavoráveis do ponto de vista econômico, psicológico e estrutural, que provavelmente não tiveram as mesmas oportunidades de vida de outras pessoas que não necessitam desse tipo de auxílio. Todavia, a visão reducionista desse profissional, em específico, reflete uma dificuldade de enxergar as demais peculiaridades de uma questão mais complexa do que meramente seja o recebimento de benefícios financeiros do governo.

Assim, o juízo de valor desse coordenador pode ter interferido no acolhimento às famílias que necessitavam do serviço, deixando de ser um acolhimento que deveria pautar-se numa escuta qualificada e mudança de postura do profissional, para focar em um acolhimento que se restringe ao atendimento das queixas e necessidades de forma menos

impactante na qualidade de vida das famílias. Cabe aqui esclarecer que o acolhimento pode ser compreendido como um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso aos usuários que demanda postura e atitude dos profissionais de forma a construir vínculos, ao mesmo tempo que se torna um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2013b).

Infelizmente esta visão reducionista encontrada nesta pesquisa cursa presente em muitos serviços que prestam cuidado às famílias em vulnerabilidade. Em parte, essa limitação também pode associar-se a formação engessada e verticalizada no contexto brasileiro de educação em que os profissionais foram formados.

Nesta mesma direção, foi apontado em estudo realizado com profissionais de saúde de unidades básicas de saúde em Campinas, em que os mesmos tinham dificuldade em pensar o conseqüente agir sobre/por/para as crianças e adolescente vítimas de violência intrafamiliar, guiando o cuidado a tais famílias com a fragmentação das intervenções, sem considerar o protagonismo e a autonomia das pessoas (CARLOS *et al.*, 2017). Dado esse também encontrado no estudo de Carlos *et al.* (2016a) em que os profissionais e as famílias desvelaram vivências - de gestão, cuidado e pessoais - centradas na lógica de fragmentação.

Outro apontamento importante diz respeito a alguns profissionais não conseguirem visualizar a presença da violência contra a criança no município. Como já debatido anteriormente, por parte de alguns profissionais, existe uma cegueira para o fenômeno da violência e uma descontextualização da realidade de atuação, o que os torna “alheios” à realidade do município. Dessa forma, supõe-se que quando a violência nem sempre é colocada como um dos focos de atuação nos serviços, os profissionais acabam não estando preparados para percebê-la no seu contexto.

Esse cenário também pode ser encontrado em outros contextos, como no estudo que verificou se os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município de São Paulo encontraram dificuldades quanto ao processo de reconhecimento e notificação das ocorrências envolvendo violência, no qual 61,4% disseram que a violência não era um problema no seu contexto de atuação (GARBIN *et al.*, 2016).

No que tange a condução dos casos de violência na primeira infância, os dados evidenciaram que a mesma ocorre por meio principalmente do encaminhamento ao Conselho Tutelar, envolvendo uma articulação mais ativa de alguns setores como a assistência social e o Conselho Tutelar. Logo, nesta pesquisa, a assistência social e o Conselho Tutelar podem ser considerados dois serviços importantes para implementação do cuidado integral dentro de uma rede de atenção às crianças vítimas de violência e suas famílias.

A assistência social configura-se constitucionalmente como uma política de seguridade social regulamentada a partir de 1993, com a criação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, que oferta serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais para a população em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 1993). O município onde foi realizado a pesquisa operava suas atividades de assistência social por meio da Secretaria de Assistência Social, Gerência de Proteção Básica e Especial, Coordenação da Mulher, instituição acolhedora, CREAS e três CRAS.

Já em relação ao Conselho Tutelar, o mesmo foi criado a partir do ECA. É um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, composto de cinco membros, escolhidos pela população local para mandato de quatro anos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019). O município contava com apenas um Conselho Tutelar para lidar com as demandas de toda a população de crianças e adolescentes. Segundo a Resolução nº 139, de 17 de março de 2010, a mesma estabelece um Conselho Tutelar para cada 100 mil habitantes, assim, o município em questão deveria ter o segundo Conselho Tutelar a fim de evitar sobrecarga para os conselheiros, bem otimizando a condução dos casos (CONANDA, 2010).

Nesse sentido de articulação colaborativa, vale destacar a importância do trabalho em rede. No entanto, nesta pesquisa os participantes explicitaram a inexistência de uma rede estruturada para o atendimento as crianças vítimas de violência e suas famílias. O manejo dos casos foi realizado em grande parte ainda de forma desarticulada, em que alguns setores como a saúde e a educação apresentavam-se menos envolvidos, demonstrando que as ações fossem em sua maior parte de responsabilidade da assistência social e principalmente do Conselho Tutelar.

O paradigma da complexidade dialoga diretamente com a concepção de rede, quando Morin (2015a) fala daquilo que é “tecido junto”, o que implica considerar todas as partes. Nesse sentido, a atuação em rede ganha destaque, pois se trata de uma estratégia de fortalecimento entre os profissionais, setores e instituições para o enfrentamento da violência na primeira infância. Assim, a lógica do encaminhamento dos casos de violência para determinado serviço sem a devida articulação pode resultar na fragmentação do cuidado as crianças vítimas de violência.

A organização do trabalho por meio das redes é um arranjo que vai contra o trabalho fragmento, valorizando a atuação de diferentes profissionais e setores frente a fenômenos complexos (CARLOS *et al.*, 2016b; DESLANDES *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018). O trabalho em rede deve ocorrer de forma articulada entre as organizações, os profissionais

e os setores da sociedade envolvidos no atendimento às vítimas de violência infantil por meio da cooperação (BRASIL, 2010b; EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

Em contraponto, pode-se ressaltar o estudo de Carlos *et al.* (2016a) sobre as perspectivas de profissionais da saúde em relação às redes de apoio às famílias envolvidas na violência infantil percebeu que o trabalho em redes trazia a noção de vinculação nos mais variados contextos como o familiar, institucional e comunitário. Em outro estudo sobre o cotidiano de profissionais do serviço de atenção primária de saúde frente aos casos de violência contra a criança, os participantes relataram que a disponibilidade de uma equipe multiprofissional favorece o enfrentamento da violência (MAIA *et al.*, 2016).

É importante destacar que o próprio Decreto Estadual nº 44.592, de 13 de junho de 2017, aponta que as políticas voltadas para as crianças na primeira infância devem articular prioritariamente serviços de saúde, de nutrição, de educação, de assistência social à família da criança, de cultura, de esporte, de lazer, entre outros (PERNAMBUCO, 2017).

Nessa perspectiva de rede, o trabalho conjunto é essencial. Logo, a atuação transdisciplinar pode ser um norte de orientação para a forma de atuação das equipes de trabalho. No entanto, verificou-se nesta pesquisa por meio dos participantes e das visitas a campo que a condução dos casos de violência pelos profissionais não se encaixava numa perspectiva transdisciplinar, sendo realizado ainda numa visão bastante cartesiana de separação das áreas de saberes e de desconhecimento acerca da atuação dos outros profissionais, como constatado, por exemplo, em relação a desarticulação da rede no manejo dos casos. Nesse sentido, é importante esclarecer que a transdisciplinaridade nasce para possibilitar esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, às vezes com tal virulência que as deixam em transe (MORIN; CARVALHO; ALMEIDA, 2013; MORIN, 2015b). A perspectiva transdisciplinar seria o ponto inicial, no entanto, significa hoje ser algo “indisciplinar”, pois toda uma enorme instituição burocratizada que é a ciência resiste ao mínimo questionamento, rejeitando como “não científico” tudo que não corresponde ao modelo (MORIN, 2015a). Para o autor, precisa-se promover uma nova transdisciplinaridade de um paradigma que permita distinguir, separar, opor e dividir os domínios científicos, mas que possa fazê-los se comunicarem sem operar a redução (MORIN, 2014).

No que tange aos desafios no manejo da violência na primeira infância, foram realizados vários apontamentos nos dados. Um primeiro refere-se a omissão de alguns profissionais em denunciar os casos por receio de represálias da comunidade. Essa questão evidencia o contexto da sociedade violenta que impõem o medo e acaba por repercutir na autonomia dos indivíduos.

Por meio desse dado vislumbra-se o princípio da auto-organização já citado anteriormente nesse capítulo. Os profissionais no seu cotidiano de trabalho lidam com os usuários advindos da comunidade. Logo, por se tratar de comunidades que possuem problemas relacionados a criminalidade e violência, os profissionais se sentem expostos e desprotegidos quanto à repercussão das suas ações, questão que acaba por interferir na sua autonomia profissional no que tange a denúncia dos casos de violência na primeira infância.

Dessa forma, a não intervenção diante dos casos de violência na primeira infância, pode ser um mecanismo de defesa dos profissionais para conviver em um ambiente de trabalho inserido em uma comunidade violenta e sem segurança para o profissional.

Esse dado corrobora com os achados da literatura que apontam que os profissionais de saúde da atenção primária relataram medo de ser vítima do agressor da criança maltratada (MAIA *et al.*, 2016). Vale frisar ainda que o desconhecimento das condutas legais a serem realizadas diante desses casos e a carência de meios legais de proteção ao notificante, são fatores que influenciam negativamente na decisão do profissional, que acaba optando por não denunciar (COSTA *et al.*, 2015; PASIAN *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2016; MACEDO *et al.*, 2019). O temor de ser identificado e sofrer represálias por parte dos agressores, muitas vezes pela carência de proteção ao profissional que denuncia, além da fragilidade da rede de cuidados, constituem barreiras para uma conduta eficaz (COSTA *et al.*, 2015).

Os dados também apontaram outros desafios relacionados ao manejo da violência na primeira infância, como a baixa remuneração dos profissionais, atrasos no pagamento dos vencimentos, precarização do trabalho com fragilidade dos vínculos empregatícios levando a uma constante rotatividade dos profissionais, escassez de recursos humanos, além da falta de competência técnica e/ou experiência profissional de alguns funcionários contratados por questões ligadas a política partidária.

Todas essas questões podem também ser explicados pelo princípio da auto-organização, uma vez que a organização das instituições/serviços ligados ao poder público se desenvolvem na dependência de questões burocráticas que constituem o sistema, influenciando assim na autonomia dos funcionários, nas decisões e no modo de oferta dos serviços à população. No presente estudo, percebe-se um processo de auto-organização negativo a partir do ponto de vista dos participantes.

A grande maioria dos participantes não possuíam vínculo efetivo com o município, uma vez que a contratação desses profissionais sofria forte interferência política, fator esse que contribui para uma maior rotatividade dos profissionais lotados nos serviços, com conseqüente quebra na continuidade das ações, interferindo assim para gerar vínculos

fragilizados com os usuários. Outra questão que merece ser mencionada é o fato que esse tipo de contratação por intermédio político sem a devida seleção pode levar a lotação de funcionários sem a devida qualificação profissional, como foi evidenciado nos dados. Além disso, o grande quantitativo de participantes sem vínculo efetivo e até mesmo em alguns casos sem regularização da situação de trabalho no município, bem como o atraso salarial correspondente a três meses e os baixos rendimentos, foram fatores contribuintes para gerar desmotivação quanto à atuação dos profissionais.

Diante do exposto, denota-se que, no contexto de realização da pesquisa, a precariedade de recursos humanos, materiais e infraestrutura, que foram verbalizados pelos participantes e constatados durante as visitas a campo, podem também ter influenciado na autonomia dos profissionais/serviços para que de certa forma não assumissem seu papel de modo efetivo quanto ao atendimento de crianças vítimas de violência, ao tempo que tal precariedade possa ter sido um efeito colateral das possíveis improbidades administrativas realizadas pelo Poder Executivo municipal, noticiadas nos meios de comunicação e investigadas judicialmente pelos órgãos competentes.

Esses dados corroboram com outros estudos em que também foram identificados contextos semelhantes com interferência política nas contratações, alta rotatividade dos profissionais dos serviços devido contratações temporárias, baixa remuneração dos profissionais, além da falta de qualificação profissional, fatores esses que influenciaram negativamente a formação de vínculo com os usuários (MAGNAGO; PIERANTON, 2015; SANTOS; YAKUWA, 2015; GALAVOTE *et al.*, 2016; LEITE *et al.*, 2016; GONDIM *et al.*, 2018; PEREIRA JÚNIOR; RUAS, 2019).

Assim, pela ótica da complexidade, a burocracia é ambivalente, é racional porque aplica regras impessoais válidas para todos e assegura a coesão e a funcionalidade de uma organização. Por outro lado, também pode ser criticada como sendo um puro instrumento de decisões não racionais. Pode ser considerada como um conjunto parasitário em que se desenvolve toda uma série de bloqueios no seio da sociedade, logo, o problema da administração deve ser colocado antes de mais nada no plano da complexidade (MORIN, 2015a).

Vale destacar um outro dado referente a uma funcionária ligada a gestão da assistência social que considerou como dificuldade para enfrentamento da violência na primeira infância a inexistência de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência na primeira infância. Tal dado vai ao encontro do princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2015b), no

que tange a cegueira para o fenômeno, princípio esse, já citado anteriormente em outros momentos nesta discussão. O que chama atenção em especial é o fato de se tratar de uma funcionária que no período da coleta ocupava um cargo de gestão na assistência social e a mesma não tinha conhecimento das políticas já existentes voltadas para primeira infância e para enfrentamento da violência na infância, podendo-se citar o Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a), a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância (BRASIL, 2016), o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2013b), a Carta de Recomendações para o Enfrentamento às Violências na Primeira Infância (BRASIL, 2015b), e até mesmo o Decreto estadual nº 44.592, de 13 de junho de 2017 (PERNAMBUCO, 2017), que regulamenta no Estado de Pernambuco as disposições da Lei Federal nº 13.257, de 8 de março de 2016.

Por outro lado, mesmo havendo um avanço no que tange a colocar em visibilidade esse grupo, em específico das crianças vítimas de violência e suas famílias, percebe-se ainda uma fragmentação das políticas públicas dirigidas a essa parcela, o que acaba sendo a realidade vivenciada no cotidiano de trabalho dos profissionais e das instituições. O desconhecimento dessa funcionária também reflete essa vivência fragmentada, o que pode prejudicar o cuidado integral às crianças e famílias.

Outra questão apontada pela maioria dos participantes como um desafio no manejo da violência na primeira infância faz referência a inexistência de uma rede de enfrentamento estruturada para dar suporte às crianças vítimas de violência e suas famílias, revelando uma fragmentação e desarticulação dos serviços. Assim, o trabalho em rede e a perspectiva transdisciplinar não foram percebidas no cotidiano de trabalho dos profissionais e dos serviços no período da pesquisa.

Esses dados permitem destacar o princípio sistêmico, uma vez que a rede de atenção a violência na primeira infância é composta por diversos profissionais e setores que conjuntamente devem constituir o todo imprescindível para o atendimento às crianças vitimadas e suas famílias. Dessa forma, a rede ganha força a partir do momento que é concebida e valorizada como um conjunto indissociável, em que cada profissional e setor que a compõe (re)conhece seu papel e do outro.

Os dados encontrados neste estudo mostraram fragilidades no que tange à concretização da rede de atenção às crianças vítimas de violência e suas famílias, indo de encontro do que foi evidenciado no estudo de Ferraz e Wunsch (2016) pela existência de estruturada de uma rede de proteção social. No entanto, existem contextos em que, não obstante a existência de uma rede, as fragilidades podem se fazer presentes, como no estudo

de Egry, Apostólico e Morais (2018), em que mesmo havendo uma rede materializada para lidar com a violência infantil, existia um distanciamento entre a rede preconizada pelos documentos institucionais e a forma como os serviços atuavam no atendimento às situações de violência infantil.

Nesse sentido cabe destacar que o próprio Decreto Estadual nº 44.592, de 13 de junho de 2017, estimula a atuação intersetorial, de forma que constituiu no estado de Pernambuco o Comitê Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância composto por representantes de vários órgãos e entidades (PERNAMBUCO, 2017).

No que tange às necessidades para otimizar a condução dos casos de violência, os dados apontaram dificuldades dos participantes em refletir sobre o assunto, como também para realizar uma autorreflexão acerca de suas limitações no que se refere à formação profissional. Além disso, uma grande maioria relatou insegurança para trabalhar com a temática, questão que pode ser reflexo de uma insuficiente experiência profissional e deficiente formação permanente.

Os dados acima evidenciam o sétimo princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, a partir do momento que os profissionais, mesmo tendo algum tipo de formação (técnica e/ou acadêmica) e atuando com o público infantil, apresentam limitações para enxergar suas próprias necessidades de formação para atuar no enfrentamento da violência no contexto em que estão inseridos. Morin (2013) discorre que uma inteligência cega se torna, assim, inconsciente e irresponsável, incapaz de encarar o contexto. Logo, o autor destaca a importância urgente de uma reforma necessária do pensamento para gerar um pensamento de contexto (MORIN, 2015b).

Esses dados também fazem refletir sobre a formação tradicionalista e acrítica que provavelmente os participantes tiveram e que prevalece no cenário educação brasileira. Assim, a maneira como uma pessoa foi educada nos diferentes espaços de educação formal poderá ter um forte impacto na forma como esse indivíduo enxergará o mundo e suas ações. Dessa forma, é importante refletir sobre a maneira como esses espaços contribuem para a formação de indivíduos capazes de transformar seu contexto, bem como a capacidade que devem ter em articular a teoria e a prática profissional.

No que tange à formação, Morin (2013) fala da necessidade de uma reforma do ensino que comece desde a educação infantil e perpassa por todas as fases até a formação universitária, com vistas a formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas do seu tempo. O autor ainda elucida a dupla função paradoxal da universidade, de adaptar-se à modernidade e integrá-la e ao mesmo tempo e de responder às necessidades fundamentais de formação

(MORIN, 2013). Nesse sentido, o autor fala que há uma necessidade de uma *scienza nuova*, uma ciência que seja capaz de articular teoria/metodologia/epistemologia de forma coerente e aberta (MORIN, 2015a). Para tanto, a universidade deve transformar-se em um espaço de problematização para introduzir na sociedade uma cultura que não deve ser feita para sustentar formas tradicionais, mas para ajudar a própria sociedade.

Os dados encontrados nesta pesquisa também corroboram com outros estudos, como o de Garbin *et al.* (2016) em que os profissionais de saúde da família desconheciam as normas relativas a notificação dos casos de violência; no estudo de Veloso, Magalhães e Cabral (2017) em que os profissionais relataram se tratar de uma temática pouco discutida no trabalho, bem como seu desconhecimento sobre protocolos de atuação/manejo diante dos casos; já no estudo de Egry *et al.* (2017) os profissionais de saúde da família expressaram a necessidade de conhecerem melhor a temática; e na pesquisa de Maia *et al.* (2016) os profissionais da atenção básica referiram não se sentirem preparados para o enfrentamento da violência na primeira infância, expressando a necessidade de treinamento.

Nesta pesquisa os profissionais referiram fragilidades em sua formação. Dessa forma, é importante repensar continuamente a valorização da formação dos profissionais nos serviços que atuam diretamente com os usuários, mais especificamente aqueles que lidam com crianças vítimas de violência, subsidiando uma formação que garanta um atendimento integral para contemplar as demandas desse grupo. Nessa perspectiva de buscar maneiras de romper com essas limitações por meio de uma formação que valorize o contexto, aproxime-se do pensamento complexo propostas formativas semelhantes à Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS foi instituída em 2004 através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, configurando-se assim como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e têm sua base na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b). Nesses anos de implementação, a EPS vem mostrando sua correlação com mudanças no modelo assistencial, principalmente na atenção básica, otimizando assim as práticas dos profissionais e contribuindo para a integralidade do atendimento em diferentes contextos (SILVA *et al.*, 2017; CAMPOS *et al.*, 2019).

Nessa questão da formação, a Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 (Política Nacional Integrada para a Primeira Infância) trata que as políticas para a primeira infância deverão ser articuladas com as instituições de formação profissional, visando a adequação

dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados. Além disso, os profissionais que atuam nos diferentes ambientes destinados à criança na primeira infância deverão ter acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança (BRASIL, 2016). Por se tratar de uma política recente quando se leva em consideração o período da coleta de dados desta pesquisa, bem como os problemas de ordem da administração municipal que foram evidenciados, denota-se que tais aspectos podem ter dificultado a implementação de processos de formação preconizados nesta política.

Pensando dessa forma, a complexidade pode tornar-se um substrato importante para olhar essa questão da formação voltada para a violência na primeira infância numa perspectiva poliocular e multidimensional, em que a formação em serviço dos profissionais, possa ser pensada ao articular os diferentes setores e áreas de atuação, valorizando seus saberes e contextualizando suas necessidades de acordo com seu cotidiano de trabalho.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência na primeira infância é uma problemática mundial que vem crescendo e ganhando visibilidade por se tratar de uma questão que acomete todas as camadas sociais e envolve uma multidimensionalidade de fatores micro e macroestruturais, mas principalmente por evidenciar os maus-tratos perpetrados às crianças no cerne da nossa sociedade.

A violência na primeira infância desvela nuances que vão desde os indivíduos envolvidos, que na grande maioria dos casos fazem parte do seio familiar, além das questões sociais, culturais e ambientais que permeiam os casos, bem como as políticas públicas e a rede de enfrentamento que devem estar preparadas para acolher e cuidar das crianças vítimas de violência e de suas famílias.

Esta pesquisa permitiu compreender a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial em um município com altas taxas de violência doméstica praticada contra mulheres, crianças e adolescentes, utilizando como referencial teórico o paradigma da complexidade para enxergar de forma poliocular a multidimensionalidade dos dados.

Por se tratar de uma perspectiva intersetorial, esta pesquisa foi realizada com profissionais de diferentes categorias e serviços que lidavam com crianças na faixa etária da primeira infância e atuavam na educação, saúde, assistência social e no Conselho Tutelar.

Sob a ótica da complexidade, os participantes em sua maior parte apresentaram concepções acerca da violência na primeira infância ainda guiadas pela hegemonia do paradigma simplificador. Compartilharam de uma cegueira para o fenômeno da violência na primeira infância ao apresentarem dificuldades ou limitações para explicitarem suas concepções de violência de forma aprofundada, demonstrando uma visão fragmentada das suas causas sem compreender de forma clara a interferência do meio ambiente social, cultural e físico nessa questão. Esta visão limitada pode ocorrer pela forma como se encontravam imersos no seu contexto de atuação, o que lhes dificultava enxergar o inaparente.

Quanto ao manejo da violência na primeira infância, percebeu-se uma articulação mais ativa de alguns setores como a assistência social e o Conselho Tutelar. No entanto foi revelado a falta de estruturação de uma rede de proteção às crianças vítimas de violência e suas famílias. Além disso, a condução dos casos de violência pelos profissionais não se caracterizava numa perspectiva transdisciplinar, sendo realizado ainda sob a ótica cartesiana de fragmentação das áreas de saber.

Os resultados da pesquisa também mostraram questões importantes de cunho estrutural, como a própria violência presente na comunidade, a precariedade de recursos materiais e humanos, a desvalorização salarial e técnica dos profissionais, além da instabilidade política. Neste estudo tais aspectos impactaram na autonomia dos participantes, vindo a repercutir no trabalho dos profissionais diante dos casos/suspeita de violência contra a criança.

Ao mesmo tempo, a maioria dos participantes expressam dificuldades para refletir sobre seu processo de formação em relação a temática e a maneira como otimizar a condução dos casos. Essas limitações, geralmente, encontram-se ligadas a processos de formação falhos que se baseiam numa perspectiva tradicionalista e acrítica que não valoriza a multidimensionalidade de fenômenos complexos como a violência contra a criança.

Nesta pesquisa o Paradigma da Complexidade possibilitou discutir as múltiplas faces do fenômeno da violência na primeira infância, contemplando uma abordagem que valorizasse o aspecto multidimensional dos dados e do contexto do município, evitando sua simplificação. Este referencial mostrou-se apropriado para compreender a complexidade de fenômenos dessa magnitude, bem como apresenta potencial para subsidiar processos de formação críticos e contextualizados voltados para os profissionais, possibilitando uma nova maneira de pensar e agir.

Enquanto pesquisadora, a realização desta pesquisa trouxe como potencialidade estudar e contextualizar um referencial que foi capaz de contemplar o objeto de estudo ao articular aspectos teóricos às vivências empíricas, ao mesmo tempo que foi um desafio, pela dificuldade de abordar um tema delicado que remete a vivências pessoais, questões culturais, sociais e ambientais, como é o caso da violência na primeira infância.

Discutir e combater a violência na primeira infância é de extrema relevância para uma sociedade cidadã e saudável, é um fenômeno que acaba envolvendo família, escola, profissionais de saúde, assistência social, judiciário, segurança pública, Conselho Tutelar e a sociedade civil no geral. Entretanto, ainda é um assunto que traz consigo certo silenciamento e omissão por envolver a questão da entidade familiar e a exposição daqueles que devem realizar a denúncia junto aos órgãos competentes.

A relevância desse estudo encontrou-se em compreender a complexidade da violência na primeira infância numa perspectiva intersetorial, dando voz aos os profissionais que atuam nos diferentes serviços que lidam com crianças na primeira infância.

Nesse sentido, compreende-se que esta pesquisa tem como implicações no contexto da saúde da criança e do adolescente a ênfase na necessidade de se ampliar e aprofundar

estudos acerca desse fenômeno pela ótica da complexidade que lhe é inerente, bem como de sensibilizar e suscitar a reflexão de formuladores de políticas, gestores e profissionais atuantes em serviços que vivenciam um contexto semelhante. Ao longo do estudo, foram surgindo novas questões que suscitam o desenvolvimento de outras pesquisas. Entre essas destaca-se a importância de se problematizar a perspectiva dos cuidadores sobre a violência na primeira infância, assim como o desenvolvimento e avaliação, de forma sistematizada, de novas estratégias de formação com base em referenciais críticos para os profissionais e serviços voltados para o tema.

Esta pesquisa teve como principal limitação as dificuldades encontradas para a adesão de muitos profissionais que atuavam nos serviços, questão que pode ter sido influenciada pela mudança de gestão do Poder Executivo municipal, o que pode ter gerado alguma insegurança para participar de uma pesquisa que envolveu um tema dessa magnitude. Além disso, a própria mudança da gestão municipal acabou por interferir na pesquisa, uma vez que devido a rotatividade dos profissionais com o afastamento do chefe do poder executivo municipal, houve uma quebra na continuidade do vínculo construído.

## REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2995-3006, 2013.
- ALVES, M. C. R.; OLIVEIRA, K. C.; BARBOSA, R. M. V. M. A Violência escolar e a elevação da criminalidade urbana. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 7, p. 119-127, 2019.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- APOSTÓLICO, M. R. *et al.* Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, [08 telas], 2012.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2017.
- ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.
- BARBOSA, S. P. *et al.* Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família: o caso de um município polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, suplemento 1, p. 395-403, 2019.
- BARROSO, R.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *In*: PLUCIENNIK, G.; LAZZARI, C.; CHICARO, M (org.). **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.
- BAUDRILLARD, J.; MORIN, E. **A violência do mundo**. Rio de Janeiro: Anima, 2004.
- BECKER, A. P. S.; CREPALDI, M. A. O apego desenvolvido na infância e o relacionamento conjugal e parental: Uma revisão da literatura. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 238-260, 2019.
- BECKER, A. L. M. M. *et al.* Child protection network and the intersector implementation of the circle of security as alternatives to medication. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, p. 247-251, 2014.
- BEZERRA, B. D. G.; RUSSO, G. H. A. “Dói mais em mim”: reflexões sobre o castigo físico de crianças e adolescentes. **Sociedade em Debate**, v. 24, n. 2, p. 161-184, 2018.
- BISCARDE, D. G. S.; VILASBÔAS, A. L. Q.; TRAD, L. A. B. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4519-4526, 2019.
- BOAS, A. C. V.; DESSEN, M. A. Transmissão intergeracional da violência física contra a criança: um relato de mães. **Psicologia em Estudo**, v. 24, e42647, 2019.

BRASIL. Princesa Imperial Regente. Lei n.º 2.040, de 28 de setembro de 1871. Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei, libertos os escravos da Nação e outros, e dá outras providências sobre a criação e tratamento daqueles filhos menores e sobre a libertação anual de escravos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim2040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim2040.htm). Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Decreto n.º 17.943A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores por meio do Código de Menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1927.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 6.697, de 10 de outubro de 1979. Sanciona o Código de Menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 1979.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 dez. 1993.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 out. 2001b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004b.

BRASIL. Secretaria Executiva da RNPI. Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

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

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2012. Disponível em:  
<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 07 ago. 2016.

BRASIL. Secretaria Executiva da RNPI. Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei n.º 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 n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015a.

BRASIL. Secretaria Executiva da RNPI. Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). **Colóquio violências e seus impactos no desenvolvimento infantil**: reflexões históricas e contextuais, fatores de proteção e políticas públicas. Rio de Janeiro: RNPI, 2015b.

BRASIL. Secretaria Executiva da RNPI. Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). **Carta de recomendações para o enfrentamento às violências na primeira infância**. Rio de Janeiro, 02 de abril de 2015c.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n.º 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, DF, 9 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2017a. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892332&VObj=htp://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/viole>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017**. Institui e orienta a implantação da Base Nacional Comum Curricular, a ser respeitada obrigatoriamente ao longo das etapas e respectivas modalidades no âmbito da Educação Básica. Brasília: Ministério da Educação, 2017b.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Versão atualizada com a Lei n.º 12.318, de 26 de agosto de 2010, Lei n.º 12.594, 18 de janeiro de 2012, Lei n.º 13.010, de 26 de junho de 2014, Lei n.º 13.257, de 08 de março de 2016, Lei n.º 13.431, de 4 de abril de 2017, Lei n.º 13.798, de 3 de janeiro de 2019 e Lei n.º 13.812, de 16 de março de 2019. **Diário Oficial da União**, DF, 13 jul. 2019.

BUJES, M. I. E. **Infância e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, e20190235, 2020.

CAMPOS, K. F. C. *et al.* Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano de serviço na atenção primária à saúde. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 132-140, 2019.

CARLOS, D. M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. especial, e72859, 2016a.

CARLOS, D. M. *et al.* Rede de apoio a famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes: perspectivas dos profissionais de saúde e familiares. **Atas-Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 1262-1271, 2016b.

CARLOS, D. M. *et al.* Social support network of family members of abused children and adolescents: Perspectives and possibilities. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 5-6, p. 814-827, 2018.

CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 511-518, 2017.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2017 mapeia os homicídios no Brasil**. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF, 5 jun. 2017. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3025](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3025). Acesso em: 2 mar. 2020.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Obrigatória de Violência contra Crianças e Adolescentes. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 37, n. 2, p. 432-445, 2017.

CHARAK, R.; KOOT, H. M. Abuse and neglect in adolescents of Jammu, India: The role of gender, family structure, and parental education. **Journal of Anxiety Disorders**, n. 28, p. 590-598, 2014.

CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY. **Chronic child neglect**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. 2013.

CLARK, J. E. On the problem of motor skill development. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, v. 78, p. 1-58, 2007.

CNES (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE) 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 11 abr. 2018.

CONANDA (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE). **Resolução nº 139, de 17 de março de 2010**. Dispõe sobre os parâmetros para a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares no Brasil, e dá outras providências. Brasília: CONANDA, 2010.

CONTI, G.; HECKMAN, J. Understanding the Early Origins of the Education-Health Gradient: A Framework That Can Also Be Applied to Analyze Gene-Environment Interactions. **Perspectives on Psychological Science**, v. 5, n. 5, p. 585-605, 2010.

COPELLI, F. H. S. *et al.* O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan**, v. 16, n. 4, p. 501-512, 2016.

COSTA, D. K. G. *et al.* Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trabalho, educação e saúde**, v. 13, suplemento 2, p. 79-95, 2015.

COSTA, R. G.; VIEIRA, M. S. Violência contra crianças e adolescentes: da fragmentação à integralidade do atendimento. **Revista de Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, n. 1, p. 68-82, 2018.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRUZ FILHO, P. R. A. Governança e Gestão de Redes na Esfera Pública Municipal: O Caso da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência em Curitiba. **Ciências em Debate**, v. 1, n. 1, 2014.

CUNHA, E. P.; SILVA, E. M.; GIOVANETTI, M. A. G. C. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, 402p.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Network Protocol for the Protection of Children and Adolescents at risk for violence**. 3. ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba, 2008.

DARGIS, M.; NEWMAN, J. Altered emotion modulated startle in women with a history of childhood neglect. **Personality and Individual Differences**, v. 89, n. 187-191, 2016.

DARIE, N. Child's exposures to emotional neglect in drug users families. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, n. 180, p. 1590-1598, 2015.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2017.

DEL PRIORE, M. D. **História das crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

DESLANDES, S. F. *et al.* Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 865-77, 2016.

DESLANDES, S. Redes de Proteção Social e Redes Sociais: uma Práxis Integradora. *In*: LIMA, C. A. (org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, suplemento 1, p. 15-43, 2016.

EGRY, E. Y. *et al.* Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 119-125, 2017.

EGRY, E. Y.; APOSTÓLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018.

FARIA, A. P. A. *et al.* Exposição a adversidades na infância e tabagismo. **Revista brasileira de pesquisa em saúde**, v. 20, n. 3, p. 110-122, 2018.

FÁVERO, E. Famílias de crianças em acolhimento institucional: desproteção e invisibilidade social. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, v. 3, n. 19, p. 58-73, 2018.

FERNANDES, A. P. P.; MAZZA, V. A. Identificando potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância. **Revista Bis**, v. 14, n. 3, p. 280-288, 2013.

FERRAZ, L. F.; WÜNSCH, D. S. A violência contra crianças e adolescentes e a notificação compulsória, no âmbito da saúde, como mecanismo de proteção social. **Boletim da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 63-75, 2016.

FERREIRA, J.; SILVEIRA, R. R. Violência contra a criança: nuances e consequências. **Revista Maiêutica em Serviço Social**, v. 3, n. 1, p. 172-176, 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 19. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FRANZIN, L. C. S. *et al.* Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse & Neglect**, n. 38, p. 1706-1714, 2014.

FUERTES, M.; LUÍS, H. Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. **Interacções**, n. 30, p. 1-7, 2014.

GALAVOTE, H. S. *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GALLEGOS, M. Una cartografía de las ideas de la complejidad en América Latina: la difusión de Edgar Morin. **Latinoamérica**, v. 63, p. 93-127, 2016.

GARBIN, C. A. L. *et al.* Conhecimento e percepção dos educadores do ensino infantil sobre violência. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 37-47, 2015.

GARBIN, C. A. L. *et al.* Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Arch Health Invest**, v. 5, n. 1, p. 8-12, 2016.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GILBERT, K. E. The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. **Clinical Psychology Review**, n. 32, p. 467-481, 2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados da pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016, p. 72-95.

GONDIM, A. A. *et al.* O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. **Revista - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 1, p. 56-73, 2018.

HAHM, H. C. *et al.* The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. **Journal of Youth Adolescence**, n. 39, p. 528-540, 2010.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 1, p. 182-198, 2015.

HORA, T. D.; PAIVA, A. R. Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersetorialidade no sistema de garantias de direitos. **Revista SUSTINERE**, v. 5, n. 2, p. 296-316, 2017.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/sao-lourenco-da-mata/panorama>. Acesso em: 02 mar. 2020.

INFURNA, M. R. *et al.* Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, n. 190, p. 47-55, 2016.

IWAMOTO, H. H.; ISOBE, R. M. R.; GONTIJO, D. T. **Triângulo Mineiro no enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil - Expansão do PAIR Minas: explorando percursos e indicando caminhos**. Uberaba: UFTM, 2012.

JONSON-REID, M.; KOHL, P. L.; DRAKE, B. Child and adult outcomes of chronic child maltreatment. **Pediatrics**, v. 129, n. 5, p. 839-845, 2012.

KOHAN, W. O. **Infância: Entre educação e filosofia**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. International Encyclopedia of Unified Science. Chicago: The University of Chicago, 1962.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEITE, J. T. *et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, e55796, 2016.

LEONELLI, L. B. *et al.* Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 286-298, 2017.

LIMA, E. F. A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, e9405, 2016.

LINHARES, J. M. **História social da infância**. Sobral: INTA, 2016.

LIU, J. *et al.* Malnutrition at age 3 years and lower cognitive ability at age 11 years. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, n. 157, p. 593-600, 2003.

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

LOCKMANN, K.; MOTA, M. R. A. Práticas de assistência à infância no Brasil: uma abordagem histórica. **Revista Linhas**, v. 14, n. 26, p. 76-111, 2013.

LOGAN-GREENE, P.; JONES, A. S. Chronic neglect and aggression/delinquency: A longitudinal examination. **Child Abuse & Neglect**, n. 45, p. 9-20, 2015.

MACEDO, D. M. *et al.* Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 487-496, 2019.

MACEDO, E. O. S.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Atendimento psicossocial a crianças e adolescentes em situação de violência: o psicólogo e a rede de atenção. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 129-146, 2017.

MACHADO, A. C; BELLO, S. F. Habilidades sociocomunicativas e de atenção compartilhada em bebês típicos da primeira infância. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n. 98, p. 150-157, 2015.

MAGALHÃES, J. R. F. *et al.* Expressão da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, e1730016, 2017a.

MAGALHÃES, J. R. F. *et al.* Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, e20170003, 2017b.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

MAIA, J. N. *et al.* Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. **Revista Rene**, v. 17, n. 5, p. 593-601, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1095-1105, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2889-2898, 2017.

MESSMAN-MOORE, T.; BROWN, A. L. Child maltreatment and perceived family environment as risk for adult rape: is child abuse the most salient experiences? **Child Abuse Neglect**, n. 28, p.1019-1034, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, C. A. Violência doméstica contra a criança e rede de proteção social: uma análise sobre articulação em rede. **Serviço Social em Revista**, v. 14, n. 2, p. 119-144, 2012.

MORAIS, R. L. S.; CARVALHO, A. M.; MAGALHÃES, L. C. O contexto ambiental e o desenvolvimento na primeira infância: estudos brasileiros. **Journal of Physical Education**, v. 27, e2714, 2016.

MORIN, E. **O Paradigma Perdido: a natureza humana**. 6. ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 2000.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J. L. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MORIN, E. **A religião dos saberes**: o desafio do século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MORIN, E. **Meus demônios**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E.; CIURANA, E. R; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária**: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana. São Paulo: Cortez, 2003.

MORIN, E. **Saberes globais e saberes locais**: o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

MORIN, E.; KERN, A. B. **Terra-Pátria**. 6. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN, E.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015a.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a forma, reformar o pensamento. 22. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015b.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **The Science of Neglect**: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper 12, 2012. Disponível em: <http://www.developingchild.harvard.edu>. Acesso em: 25 ago. 2016.

NCPI. Comitê Científico do Núcleo pela Primeira Infância. **Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II**. 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca\\_feliz/Treinamento\\_Multiplicadores\\_Coordenadores/WP\\_Vinculos%20Familiares.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/WP_Vinculos%20Familiares.pdf). Acesso em: 05 jan. 2020.

NOBRE, C. S. *et al.* Fatores associados à violência interpessoal entre crianças de escolas públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4299-4309, 2018.

NOVAES, N. B.; GASPAR, N. F. Suporte social parental e prevenção na primeira infância em contextos de adversidade: a perspectiva de profissionais de infância e saúde mental no Brasil. **Psychologica**, v. 59, n. 1, p. 117-137, 2016.

O'HARE, B. *et al.* Task sharing within a managed clinical network to improve child health in Malawi. **Human Resources for Health**, v. 13, 2015.

OBSERVATÓRIO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Cenário da infância**. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/violencia>. Acesso em: 10 jul. 2019.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Violência na infância e adolescência: características de uma cidade do nordeste brasileiro. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 76-85, 2015.

OLIVEIRA, R. F. A. corrupção como desvio de recursos públicos: a agressão aos direitos humanos. **Revista Brasileira de Estudos Jurídicos**, v. 1, n. 1, p. 9-18, 2017.

OLIVEIRA, V. Reintegração familiar de crianças e adolescentes: avanços e desafios do plano individual de atendimento e das audiências concentradas. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, v. 3, n. 19, p. 124-141, 2018.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **World report on violence and health**. Geneva: OMS, 2002.

ORTI, N.; BOLSONI-SILVA, A. Problemas internalizantes: revisão de intervenções sobre as práticas parentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 2, p. 138-159, 2017.

PAULA, A. S.; KODATO, S. Redes de proteção e defesa dos direitos da criança: um estudo comparativo. **Perspectivas em Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 3-23, 2016.

PEDROSA, C. M.; DINIZ, C. S. G.; MOURA, V. G. A. L. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1879-1887, 2016.

PAIVA, I. L.; MOREIRA, T. A. S.; LIMA, A. M. Acolhimento Institucional: famílias de origem e a reinstitucionalização. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 2, p. 1405-1429, 2019.

PASIAN M. S. *et al.* Negligência infantil a partir do Child Neglect Index aplicado no Brasil. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 1, p. 106-115, 2015.

PEREIRA JÚNIOR, E. S.; RUAS, C. M. Retenção de profissionais em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 19, n. 75, e165, 2019.

PEREIRA, A. B. M.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; BORGES, L. F. F. Reflexões sobre a formação de professores para o enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças. **Tecnia**, v. 2, n. 2, p. 63-83, 2017.

PERNAMBUCO. Assembleia Legislativa. Decreto n.º 44.592, de 13 de junho de 2017. Regulamenta no Estado de Pernambuco as disposições da Lei Federal n.º 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. **Diário Oficial de Pernambuco**, Recife, PE, 13 jun. 2017.

PINTO JÚNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um

município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 124-131, 2015.

RANGEL, C. N. *et al.* Teaching and learning about food and nutrition through science education in Brazilian schools: an intersection of knowledge. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3915-3924, 2014.

RAYANE, D.; SOUSA, D. Privação afetiva e suas consequências na primeira infância: um estudo de caso. **Revista InterScientia**, v. 6, n. 2, p. 90-111, 2018.

RODRIGUES, E. A. S. *et al.* Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial, p. 55-66, 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00194316, 2016.

SANTANA, D. R. Infância e educação: a histórica construção do direito das crianças. **Revista HISTEDBR**, n. 60, p. 230-245, 2014.

SANTOS, J. S.; YAKUWA, M. S. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 15, n.1, p 38-43, 2015.

SARMENTO, M. J. Visibilidade social e estudo da infância. *In*: VASCONCELOS, V. M. R.; SARMENTO, M. J (org.). **Infância (in)visível**. Araraquara: J&M Martins, 2007, p. 25-46.

SCISLESKI, A. C. C. *et al.* A lei em conflito com os jovens: problematizando políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, v. 7, n. 2, p. 4-27, 2017.

SDS (SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL DE PERNAMBUCO). Indicadores Criminais em Pernambuco. Disponível em: [http://www.portaisgoverno.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=9ad40575-82de-4fb6-ad61-b3c903861d23&groupId=124015](http://www.portaisgoverno.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=9ad40575-82de-4fb6-ad61-b3c903861d23&groupId=124015). Acesso em: 15 abr. 2018.

SILVA, A. A. M. Intervenções precoces para a redução de vulnerabilidades e melhora do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

SILVA, J. M. M.; LIMA, M. C.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 34, p. 1-11, 2017.

SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, e58779, 2017.

SILVANY, C. M. S. *et al.* Sinais de maus tratos em crianças e adolescentes hospitalizados por causas diversas em um hospital de referência em Salvador. **Revista Baiana de Pediatria**, v. 5, n. 1, p. 27-33, 2011.

SITE DO MUNICÍPIO. São Lourenço da Mata. Procuradoria geral do município. Portal da Transparência de São Lourenço da Mata. 2018. Disponível em: [http://www.transparencianomunicipio.com.br/portal/v81/fol2\\_quadro\\_funcional/fol2\\_quadrofuncional.php](http://www.transparencianomunicipio.com.br/portal/v81/fol2_quadro_funcional/fol2_quadrofuncional.php). Acesso em: 05 abr. 2018b.

SITE DO MUNICÍPIO. São Lourenço da Mata. Site oficial da prefeitura de São Lourenço da Mata. 2018. Disponível em: <http://slm.pe.gov.br/>. Acesso em: 23 jun. 2018a.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Social support among elderly women in a low income area in the municipality of Rio de Janeiro. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010.

SOUZA, A. P. H.; AUGUSTO, C. R. R. B. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade: negligência de quem? **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, v. 3, n. 15, p. 22-34, 2018.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 90-102, 2013.

THÉRY, H. Retratos da violência no Brasil. **Geosp - Espaço e Tempo (Online)**, v. 22, n. 2, p. 457-465, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/geosp/article/view/133702>. Acesso em: 02 mar. 2020

THOMAZINE, A. M.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 14, n. 2, p. 105-112, 2014.

THOMPSON, D. S. *et al.* Scoping review of complexity theory in health services research. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 87, p. 1-16, 2016.

TURNER, W. *et al.* Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: a systematic review. **Child Abuse Review**, v. 26, p. 19-39, 2017.

UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA). **A educação que protege contra a violência**. 2018. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org.brazil/files/201907/br\\_educacao\\_protege\\_contra\\_violencia.pdf](https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org.brazil/files/201907/br_educacao_protege_contra_violencia.pdf). Acesso em: 22 abr. 2020.

UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA). **United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children**. 2006. Disponível em: <http://www.unviolencestudy.org/>. Acesso em: 29 abr. 2016.

VAN DER KOOIJ, I. W. *et al.* A national study on the prevalence of child abuse and neglect in Suriname. **Child Abuse Neglect**, n. 47, p. 153-161, 2015.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; CABRAL, I. R. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017.

VIANA, N. A PEC 241/55 e as políticas de austeridade. **Enfrentamento**, v. 11, n. 19, p. 62-78, 2016.

VIOLA, T. W. *et al.* The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta regression analysis. **Child Abuse Neglect**, n. 51, p. 1-11, 2016.

WAIKAMP, V.; SERRALTA, F. B. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. **Ciencias Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 137-144, 2018.

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

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2015.

WHO (WORD HEALTH ORGANIZATION). **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO (WORD HEALTH ORGANIZATION); ISPCAN (INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Suíça: WHO/ISPCAN, 2006.

YARDLEY, L. Demonstrating validity in qualitative psychology. *In*: SMITH, J. A. **Qualitative psychology: A practical guide to research method**. 3. ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2015. p. 235-251.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAMBON, M. P. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012.

ZANELLA, M. N.; LARA, A. M. O Código de Menores de 1927, o direito penal do menor e os congressos internacionais o nascimento da justiça juvenil. **Revista Angelus Novus**, n. 10, p. 105-128, 2015.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Roteiro de entrevista semiestruturada****Caracterização dos participantes**

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Área profissional: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: ( )F ( )M Naturalidade: \_\_\_\_\_

Experiência profissional com violência na primeira infância: \_\_\_\_\_ anos

Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

**Questões norteadoras**

1. Para você o que é violência na primeira infância?
2. Como você percebe que está a situação da violência na primeira infância no seu trabalho?  
E no seu município?
3. Como você lida com a violência na primeira infância no serviço em que você trabalha?
4. O que você acha que poderia contribuir para o enfrentamento da violência na primeira infância no seu serviço e no município em geral?
5. Como você acha que a formação profissional na sua área se encontra em relação a questão da violência na primeira infância?

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>1</sup>**

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

CAAE: 68330217.4.0000.5208

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Enfrentamento da violência na primeira infância: uma proposta de pesquisa-ação, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria de Fátima Cordeiro Trajano, residente na rua João Rosendo nº 220, Recife, CEP 50731-090, cel 999632252, e-mail: enffatimact@gmail.com e está sob a orientação de Daniela Tavares Gontijo, cel 997017096, e-mail: danielatgontijo@gmail.com

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche 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.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a contribuição do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire para a construção e desenvolvimento de uma formação com profissionais da rede de proteção direcionada para o enfrentamento da violência na primeira infância.

Para isso, será realizada uma entrevista que será gravada para facilitar o trabalho e para não perdermos as falas, seguido posteriormente da transcrição. Para que o profissional sinta-se mais a vontade, somente o participante e a pesquisadora estarão presentes no momento da entrevista.

O estudo em si não lhe trará nenhum risco de vida, porém poderá ocorrer algum risco de constrangimento por responder uma entrevista com uso de gravador.

No que diz respeito aos benefícios da pesquisa, por meio das entrevistas há a possibilidade de proporcionar uma reflexão sobre o assunto como benefício individual e direto. Quanto aos benefícios sociais, essa pesquisa terá grande importância uma vez que será realizada com toda a rede de proteção da primeira infância, bem como por se tratar de uma proposta que trará como retorno e contribuição um processo formativo crítico-emancipatório para os profissionais da rede.

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. Os dados coletados nesta pesquisa gravados e ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço no acima citado, pelo período mínimo de cinco 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 extra-judicial. Se

---

<sup>1</sup> Este TCLE refere-se a ideia original de projeto de tese que foi submetida ao CEP, no entanto, devido os problemas citados referentes as denúncias de arbitrariedades do poder executivo municipal, não foi permitido a continuidade das etapas seguintes da pesquisa, o que levou reorganização da proposta apresentada e devidamente justificada ao CEP por meio da aprovação do relatório final da pesquisa.

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 da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

Maria de Fátima Cordeiro Trajano

### 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 “Enfrentamento da violência na primeira infância: uma proposta de pesquisa-ação”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) 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 \_\_\_\_\_

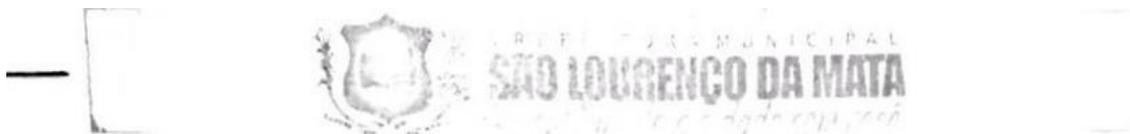
Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão  
digital

**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:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## ANEXO A – CARTAS DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora MARIA DE FÁTIMA CORDEIRO TRAJANO a desenvolver o seu projeto de pesquisa ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA DE PESQUISA-ÇÃO, que está sob a coordenação/orientação da professora Dra. DANIELA TAVARES GONTIJO cujo objetivo é analisar a contribuição do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire para a construção e desenvolvimento de uma formação com profissionais da rede de proteção direcionada para o enfrentamento da violência na primeira infância, no município de São Lourenço da Mata, tendo acesso para realizar a pesquisa nos seguintes serviços: saúde, educação, assistência social, CRAS, CREAS, secretaria da mulher, conselho tutelar e conselho da criança e do adolescente.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se 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.

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

São Lourenço da Mata - PE, em 28 de março de 2017.

  
 **Bruno Gomes de Oliveira**  
**PREFEITO**

---

**Bruno Gomes de Oliveira**  
**PREFEITO**

Bruno Gomes de Oliveira  
 Prefeito de São Lourenço da Mata

## CONSELHO TUTELAR DE SÃO LOURENÇO DA MATA - PE

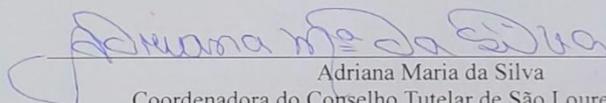
## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora MARIA DE FÁTIMA CORDEIRO TRAJANO a desenvolver o seu projeto de pesquisa ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA DE PESQUISA-AÇÃO, que está sob a coordenação/orientação da Profa. DANIELA TAVARES GONTIJO cujo objetivo é analisar a contribuição do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire para a construção e desenvolvimento de uma formação com profissionais da rede de proteção direcionada para o enfrentamento da violência na primeira infância, no município de São Lourenço da Mata.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se 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.

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

São Lourenço da Mata - PE, em 26 / Julho / 2017.



Adriana Maria da Silva  
Coordenadora do Conselho Tutelar de São Lourenço da Mata  
(assinatura e carimbo)

Adriana Maria da Silva  
Conselheira Tutelar  
Matrícula: 9316  
São Lourenço da Mata-PE

Adriana Maria da Silva  
Conselheira Tutelar  
Matrícula: 9316  
São Lourenço da Mata-PE

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA DE PESQUISA-AÇÃO

**Pesquisador:** Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68330217.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Envio de Relatório Final

**Detalhe:**

**Justificativa:** Envio de Relatório Final da Pesquisa

**Data do Envio:** 14/04/2020

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.977.272

#### Apresentação da Notificação:

Trata-se de um projeto de Tese de Doutorado de Maria de Fátima Cordeiro Trajano, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (POSCA) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CCS/UFPE sob orientação da profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo. O estudo teve como objetivo geral analisar a contribuição de uma formação utilizando o referencial teórico-metodológico de Paulo Freire construída com os profissionais da rede de proteção quanto ao enfrentamento da violência na primeira infância.

#### Objetivo da Notificação:

Apresentar relatório final do estudo "ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA DE PESQUISA-AÇÃO".

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.977.272

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram apresentados no projeto inicial e estão em consonância com o que foi desenvolvido no estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

O relatório está bem escrito, segue o que foi determinado no projeto e discute os pontos principais e resultados do estudo em questão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O relatório apresentado segue o modelo do CEP/UFPE, apresentando dados gerais dos voluntários, metodologia desenvolvida e conclusões do estudo. Houve uma redução no número de participantes, o que foi devidamente justificado pela pesquisadora responsável.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Relatório Final foi analisado e APROVADO pelo colegiado do CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatório_Final_CEP.pdf	14/04/2020 14:23:09	Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral	Postado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.977.272

RECIFE, 17 de Abril de 2020

---

**Assinado por:**  
**Gisele Cristina Sena da Silva Pinho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C – ARTIGO PUBLICADO DURANTE A TESE<sup>2</sup>

Eso Anna Nery 2020;24(3):e20190235



REVISÃO | REVIEW

www.scielo.br/EAN

**Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde:  
revisão de escopo***Use of the complexity paradigm in the field of health: scope review**Uso del paradigma de complejidad en el campo de la salud: revisión y alcances*

Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral<sup>1</sup>   
 Angelina Lettiere Viana<sup>2</sup>   
 Daniela Tavares Gontijo<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Recife, PE, Brasil.
2. Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o conhecimento sobre a utilização do paradigma da complexidade em pesquisas no campo da saúde. **Método:** Revisão de escopo com artigos publicados nos últimos 10 anos, em inglês, espanhol ou português, com o uso do paradigma da complexidade do autor Edgar Morin. **Resultados:** Retornaram 302 publicações, das quais 54 permaneceram após as etapas de seleção. A maioria dos estudos foram: realizados no Brasil; com publicações no ano de 2017; com produção uniprofissional; artigos empíricos e qualitativos. Em 47,05% dos estudos não se realizou a triangulação das técnicas de coleta de dados; foram referenciadas 20 obras do autor e 83,33% utilizaram o paradigma da complexidade como referencial teórico. **Conclusão:** Observou-se uma tímida utilização do paradigma da complexidade nas pesquisas no campo da saúde e destaca-se a necessidade de maior apropriação conceitual no seu uso enquanto um referencial teórico nas pesquisas.

**Palavras-chave:** Saúde; Pesquisa; Conhecimento; Pós-modernismo; Filosofia.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the knowledge about the use of the complexity paradigm in health research. **Methods:** Scope review with articles published in the last 10 years in English, Spanish, or Portuguese using the Edgar Morin paradigm of complexity. **Results:** Returned 302 publications, of which 54 remained after the selection stages. Most of the studies were conducted in Brazil; with publications in 2017; with professional production only; empirical articles, and all qualitative. In 47.05% of the articles did not perform the triangulation of data collection techniques; referring to 20 works by the author and 83.33% used the complexity paradigm as a theoretical framework. **Conclusion:** There is a light use of the complexity paradigm in health research and a need for conceptual appropriation in its use as a theoretical framework in research.

**Keywords:** Health; Research; Knowledge; Postmodernism; Philosophy.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el conocimiento sobre el uso del paradigma de la complejidad en la investigación en salud. **Métodos:** Revisión de alcances con artículos publicados en los últimos 10 años en inglés, español o portugués, utilizando el paradigma de complejidad de Edgar Morin. **Resultados:** De un total de 302 publicaciones, se tomaron 54, transcurridas las etapas de selección. La mayor parte de los estudios se realizaron en Brasil; con publicaciones de 2017; con producciones inherentes a una actividad profesional; artículos empíricos y cualitativos. En el 47.05% de los artículos, no se realizó la triangulación de las técnicas de recolección de datos; se hizo referencia a 20 obras del autor y el 83.33% utilizó el paradigma de la complejidad como marco teórico. **Conclusión:** Se advierte un uso tímido del paradigma de la complejidad en la investigación en salud y se destaca la necesidad de una mayor apropiación conceptual en su uso como marco teórico en la investigación.

**Palabras clave:** Salud; Investigación; Conocimiento; Posmodernismo; Filosofía.

**Autor correspondente:**  
 Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral  
 E-mail: enffatimact@gmail.com

Recebido em 11/08/2019.  
 Aprovado em 06/01/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0235

<sup>2</sup> Dois manuscritos originais decorrentes da tese estão em fase de construção.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da existência humana, diferentes formas de pensar acompanharam o ser humano na busca para desvendar os mistérios que assolam o mundo e o universo, assim como sempre houve a intenção de alcançar o conhecimento mais próximo da realidade, impulsionando, dessa forma, o desenvolvimento da ciência. Neste processo, no campo da saúde, durante muito tempo, a ciência desenvolveu-se sob uma ótica cartesiana<sup>1</sup> e sem considerar, na maioria das vezes, a multicausalidade que se afixa nessa área.

Na atualidade, compreende-se que a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos; assim, há que se considerar não apenas a ausência de doenças, mas um estado cujos condicionantes e determinantes sociais podem interferir positivamente ou negativamente na saúde das populações.<sup>2</sup> Dessa forma, entende-se a saúde como um fenômeno complexo, que necessita de diversas perspectivas para sua compreensão, com novas formas de refletir os processos em saúde, a fim de promover a mudança de uma perspectiva hegemônica e centralizadora para o diálogo entre as inúmeras conexões que envolvem a saúde das coletividades e todos os atores sociais participantes.<sup>3</sup> Essas novas formas de pensar conduziram práticas e modelos e levaram ao surgimento de novos paradigmas.

Diferente da teoria que trata de um conjunto de regras específicas à determinada área, a palavra "paradigma" significa "mostrar", "apresentar" ou até mesmo "confrontar" e é conceito das ciências e da epistemologia que define um exemplo típico ou modelo de algo.<sup>4</sup> É nessa perspectiva, ampliada de contemplar fenômenos multidimensionais, que nasceu o paradigma da complexidade (PC), discutido por diferentes autores, entre eles, Edgar Morin, e foco de atenção no presente estudo. O autor faz uma divisão entre dois paradigmas, o simplificador e o complexo. O paradigma simplificador (PS), sem dúvida, permitiu os maiores progressos ao conhecimento científico e marcou o desenvolvimento da ciência, contribuindo para avanços importantes, inclusive no campo da saúde. No entanto, o PS também produziu uma visão simplificada e isolada do universo e começou a mostrar algumas deficiências no final do século XX.<sup>5</sup>

O PS controlou - e ainda controla - a ciência, segundo alguns princípios, como a disjunção, a redução e a fragmentação, tornando-se limitado, pois separou as distintas áreas de conhecimento, excluiu a aleatoriedade e concebeu um universo estrito e determinista ao eliminar o observador do conjunto.<sup>6</sup> O PC, por sua vez, rompe a separação entre ciência e senso comum, pois entende que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo, e que o todo depende das partes para reconhecer os fenômenos multidimensionais que permeiam a teia de relações entre indivíduo/sociedade/ambiente.<sup>5</sup>

A palavra "complexidade" deriva-se de *complexus*, que significa ligação ou tecitura, denotando as inúmeras interações e retroações sobre a vida de um modo geral.<sup>7</sup> O PC desenvolve e permite um diálogo entre as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, e históricas daquilo que é humano.<sup>8</sup> Morin estabeleceu sete princípios norteadores do

PC, sendo eles: o princípio sistêmico, hologramático, retroativo, recursivo, auto-eco-organizativo, dialógico e a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento.<sup>9</sup> Vale salientar que o autor discute e articula a importância do trabalho de diversas áreas de conhecimento e atuação por meio da transdisciplinaridade, bem como o cuidado ecológico e planetário com o mundo, além da importância dada aos processos de ordem/desordem/organização, fazendo interseções na complexidade.<sup>8</sup>

No meio científico, a utilização de referenciais teóricos se torna cada vez mais indispensável para embasar pesquisas na área da saúde, pois auxilia no desenvolvimento de conhecimento generalizável e robusto.<sup>9</sup> Neste sentido, compreende-se a importância de discutir a saúde situando o sujeito e objeto no universo,<sup>8</sup> valorizando suas interrelações e entendendo que a saúde é um processo multidimensional, que necessita de um olhar complexo para sua compreensão. Por isso, o PC pode ser um referencial importante para compreensão do conceito ampliado de saúde e dos princípios do Sistema Único de Saúde. Desta forma, o objetivo desta revisão é analisar o estado atual do conhecimento sobre a utilização do paradigma da complexidade, segundo Edgar Morin, em pesquisas no campo da saúde publicadas no período compreendido entre janeiro de 2009 e dezembro de 2018.

## MÉTODO

O estudo de revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*), que é uma forma de síntese de conhecimento, aborda uma questão de pesquisa exploratória e objetiva mapear conceitos-chave, tipos de evidências e lacunas na pesquisa relacionada a um campo emergente, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico.<sup>10-12</sup> Adotou-se a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute,<sup>13</sup> descrita em cinco fases: Identificação da questão de pesquisa; Identificação de estudos relevantes; Seleção dos estudos; Mapeamento dos dados; e Agrupamento, síntese e relato dos resultados. Identificaram-se, como questões norteadoras: Quais as características das publicações científicas que utilizaram o PC no campo da saúde? De que forma os pesquisadores abordaram o PC nas pesquisas?

Foram elegíveis para inclusão estudos publicados entre janeiro de 2009 e dezembro de 2018, estudos empíricos e teóricos publicados em Inglês, Espanhol ou Português e que utilizaram o PC na perspectiva do autor Edgar Morin. Excluíram-se: estudos que não abordassem conteúdo relevante para o alcance do objetivo; estudos repetidos; cartas ao editor, editoriais, estudos em fase de projeto, resumos publicados em anais e textos que não estavam disponíveis na íntegra para acesso durante a realização da pesquisa. A revisão de escopo não prevê a exclusão de estudos segundo critérios de qualidade metodológica.<sup>13</sup>

A busca da produção científica foi realizada em periódicos indexados nas bases de dados BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), MEDLINE/PubMed (US National Library of Medicine), Web of Science, SCOPUS/Elsevier e CINAHL (Cumulative

Index to Nursing and Allied Health Literature). A busca eletrônica realizou-se em março de 2019, de acordo com as palavras-chave: *Health; Paradigm of complexity; Complex thought; Complex thinking; Theory of complexity e Edgar Morin*. Optou-se pelo uso dessas palavras-chave, pois os termos referentes ao paradigma da complexidade ainda não são descritores controlados do DeCS/ MeSH. Utilizou-se o operador booleano (AND) e, de acordo com cada base de dados, também foram utilizados os sinais de parênteses (), asterisco \* ou aspas "" para auxiliar na busca. Utilizaram-se os seguintes cruzamentos: (1) paradigm of complexity AND health, (2) complex thought AND health, (3) complex thinking AND health, (4) theory of complexity AND health e (5) Edgar Morin AND health.

A seleção dos artigos científicos foi realizada em quatro etapas: a) busca formada pela combinação das palavras-chave contidas no título, resumo e descritores ou palavras-chave dos artigos recuperados; b) lista de referências dos artigos selecionados e considerados relevantes no contexto estudado que foram pesquisados como estudos adicionais, acessados pelo Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior); c) excluíram-se os artigos duplicados e que não fossem pertinentes ao objetivo do estudo; d) os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra, identificando-se, com mais precisão, a sua relevância para a pesquisa, o que resultou no número final de textos incluídos na revisão.

Realizou-se a extração de dados com preenchimento do instrumento de coleta de dados e posterior digitação em um banco de dados, no software *Excel*, versão 2016, do pacote *Office da*

*Microsoft*. Foram identificados e extraídos os dados referentes à profissão dos autores, ano de publicação, país de origem, país do periódico, tipo de produção (uni ou multiprofissional), tipo de estudo, amostra/população, temas principais do estudo (área da saúde), resultado, discussão e considerações do estudo. Os achados quantitativos foram agrupados por meio de estatística descritiva, e os dados narrativos foram organizados com auxílio do software *Atlas.ti* versão 7.0 e codificados com base no PC. A redação do artigo foi guiada pelo checklist PRISMA-ScR para revisões de escopo.<sup>12</sup>

## RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou em 280 ocorrências e foram incluídos, a partir da análise das referências, mais 22 textos, totalizando 302 estudos. Entre estes, encontraram-se 112 duplicações. Após a leitura dos títulos, resumos e descritores dos 190 estudos, 119 foram excluídos, resultando em 71 textos submetidos à leitura integral, cuja análise resultou em 54 estudos, que compõem a revisão de escopo. A exclusão dos estudos foi guiada pelos critérios de exclusão. A Figura 1 especifica os resultados de cada etapa da análise, seguindo o modelo PRISMA.<sup>14</sup>

Dos 54 estudos incluídos na revisão de escopo, 92,59% (50) foram realizados no Brasil, 3,70% (02) na Venezuela, 1,85% (01) na Argentina e 1,85% (01) na Colômbia. Segundo o país de origem do periódico, 87,03% (47) são periódicos brasileiros, 3,70% (02) venezuelanos, 3,70% (02) colombianos, 1,85% (01) americano, 1,85% (01) cubano e 1,85% (01) mexicano. Em relação ao idioma

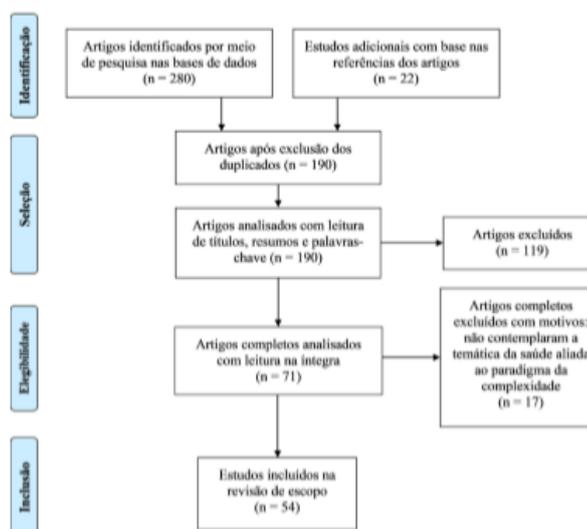


Figura 1 - Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos - Recife, PE, Brasil, 2019.  
Fonte: PRISMA 2009 Flow Diagram.

### Paradigma da complexidade uma revisão de escopo

Cabral MFCT, Viana AL, Gontijo DT

dos estudos, 85,18% (46) estão publicados em português, 7,40% (4) em espanhol e 7,40% (4) em inglês. Quanto ao ano de publicação, a distribuição em um intervalo de 10 anos apresentou a seguinte frequência: 2009 - 03, 2010 - 06, 2011 - 03, 2012 - 06, 2013 - nenhuma, 2014 - 02, 2015 - 05, 2016 - 10, 2017 - 12 e 2018 - 07 estudos.

O autor valoriza a atuação conjunta de diferentes áreas profissionais para compreender problemas complexos, assim, analisou-se a profissão dos autores dos estudos para identificar autores de uma única profissão (produção uniprofissional) ou de duas ou mais profissões (produção multiprofissional). A forma de produção uniprofissional foi a mais frequente, com 70,62% (43), e a multiprofissional, com 20,37% (11). Em relação ao primeiro autor citado nos estudos, a categoria profissional que mais publicou foi a de enfermagem, com 77,77% (42) do total de artigos, seguida pela categoria de psicologia, com 7,40% (04), a de medicina, com 5,55% (03) e de nutrição, com 3,70% (02); as categorias de biomedicina, farmácia e odontologia tiveram, cada uma, um artigo como primeiro autor. A Tabela 1 descreve a distribuição das publicações quanto ao tipo de estudo, método, técnica de coleta e técnica de análise.

**Tabela 1** - Distribuição das publicações quanto ao tipo de estudo, método, técnica de coleta e técnica de análise - Recife, PE, Brasil, 2019.

Típos de estudo e métodos	N	%
1. Empírico	34	62,96
1.1. Delineamento qualitativo	34	62,96
1.1.1 Técnica de coleta de dados		
Entrevista	34	62,96
Observação	13	24,07
Documental	07	12,96
Grupo focal	04	7,40
Diário de campo	02	3,70
Roda de conversa	01	1,85
Oficinas	01	1,85
1.1.2 Técnica de análise de dados		
Análise de conteúdo temática (Bardin)	12	22,22
Axial, aberta e seletiva (Teoria Fundamentada nos dados)	07	12,96
Hermenêutica dialética (Minayo)	03	5,55
Mapas mínimos (Sluzki)	02	3,70
Análise qualitativa (Creswell)	01	1,85
Proposições e contra-proposições (Yin)	01	1,85
Outras análises interpretativas	08	14,81
2. Teórico	20	37,03
2.1 Reflexivo	11	20,37
2.2 Ensaio	07	12,96
2.3 Revisão	02	3,70

O autor salienta a importância de visualizar o objeto sob olhares e formas diferentes. Assim sendo, é pertinente um levantamento quanto à triangulação de técnicas de coleta de dados utilizadas nos 34 estudos empíricos e qualitativos, dos quais 47,05% (16) não realizaram a triangulação - uma única técnica de coleta, já 32,35% (11), utilizaram duas técnicas de coleta e 20,58% (07) três técnicas de coleta de dados. Os tamanhos das amostras/populações dos estudos empíricos variaram de 05 a 66, com média de 24,41 participantes. A investigação dos temas mais frequentes dos artigos foi realizada com base nos descritores citados nos artigos, o que resultou na divisão em 19 áreas temáticas. A Tabela 2 apresenta a relação de aparição de cada área temática.

Realizou-se a avaliação das obras do autor sobre o PC, referenciadas nos estudos, o que totalizou 20 obras, das quais 14 foram de autoria individual e seis em parceria com outros autores, evidenciadas na Tabela 3.

Quanto à utilização do PC nos estudos, 83,33% (45) o utilizaram como referencial teórico, reportando seus conceitos, características e princípios; 9,25% (05) citaram o PC em apenas um ou dois parágrafos nas discussões dos estudos; 3,70% (02) abordaram exclusivamente o PS, sem citar o PC; 1,85% (01) citou somente o conceito de transdisciplinaridade; e 1,85% (01) citou somente o conceito de cuidado ecológico. No processo da pesquisa, extraíram-se dos textos os conceitos, características e princípios do paradigma PS e do PC, por meio de uma análise com base no referencial da complexidade, apresentados na Tabela 4.

**Tabela 2** - Frequência e percentual da aparição das áreas temáticas principais dos estudos de acordo com os descritores citados - Recife, PE, Brasil, 2019.

Áreas temáticas	N	%
Enfermagem	09	16,66
Saúde da criança e do adolescente	08	14,81
Formação profissional em saúde	06	11,11
Saúde mental	04	7,40
Saúde pública	04	7,40
Atenção Primária em Saúde	03	5,55
Saúde da mulher	03	5,55
Ética em saúde	02	3,70
Nutrição	02	3,70
Qualidade e estilo de vida	02	3,70
Saúde ambiental	02	3,70
Saúde do idoso	02	3,70
Gestão em saúde	01	1,85
Interdisciplinaridade	01	1,85
Método científico	01	1,85
Saúde coletiva	01	1,85
Saúde indígena	01	1,85
Serviços médicos de emergência	01	1,85
Tecnologia da informação em saúde	01	1,85

**Tabela 3** - Frequência e percentual das obras de Edgar Morin sobre a complexidade referenciadas nos estudos - Recife, PE, Brasil, 2019.

Obras	N	%
Introdução ao pensamento complexo	23	42,59
Ciência com consciência	15	27,77
A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar o pensamento	14	25,92
Os setes saberes necessários à educação do futuro	14	25,92
O método 1: a natureza da natureza	06	11,11
A religação dos saberes: o desafio do Século XXI (parceria)	04	7,40
O método 5: a humanidade da humanidade	04	7,40
Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana (parceria)	02	3,70
O método 3: o conhecimento do conhecimento	02	3,70
O método 4: as ideias, habitat, vida, costumes, organização	02	3,70
O método 6: ética	02	3,70
A inteligência da complexidade (parceria)	01	1,85
A via para o futuro da humanidade	01	1,85
Amor, poesia, sabedoria	01	1,85
Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação	01	1,85
O método 2: a vida da vida	01	1,85
Para sair do século XX	01	1,85
Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar (parceria)	01	1,85
Terra-pátria (parceria)	01	1,85
Uma política de civilização (parceria)	01	1,85

**Tabela 4** - Distribuição dos conceitos, características, princípios e articulações do paradigma simplificador e paradigma da complexidade codificados nos estudos - Recife, PE, Brasil, 2019.

Conceitos, características, princípios e articulações	N	%	Estudos
<b>1. Paradigma simplificador</b>			
Conceito	15	27,77	1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 19, 23, 30, 37, 49 e 50
Características	34	62,96	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 47, 48, 49, 50, 51 e 52
<b>2. Paradigma da complexidade</b>			
Conceito	32	59,25	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 35, 36, 39, 41, 42, 47, 48, 49, 51, 52 e 53.
Características	33	61,11	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 17, 18, 19, 10, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 31, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52 e 54
<b>3. Princípios da Complexidade</b>			
Sistêmico	06	11,11	1, 3, 10, 16, 18 e 24
Hologramático	18	33,33	4, 6, 10, 15, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 30, 36, 37, 41, 43, 45, 49 e 54
Retroativo	03	5,55	10, 18 e 37
Recursivo	16	29,62	4, 10, 15, 17, 18, 22, 24, 30, 36, 37, 41, 43, 45, 48, 49 e 54
Auto-eco-organização	07	12,96	5, 7, 9, 10, 17, 18 e 30
Dialógico	26	48,14	4, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 36, 37, 38, 41, 43, 45, 49, 50, 51, 52, 53 e 54
Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento	02	3,70	10 e 18
<b>4. Articulações</b>			
Transdisciplinaridade	11	20,37	1, 7, 11, 13, 22, 23, 35, 42, 47, 52 e 54
Ordem/desordem/organização	10	18,51	1, 4, 7, 20, 22, 30, 37, 40, 51 e 54
Cuidado ecológico/planetário	02	3,70	5 e 16

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam diferentes aspectos cuja análise contribui para a compreensão de como o referencial proposto por Edgar Morin é utilizado no campo da saúde. O Brasil se constitui como o país com maior frequência de publicação do referencial. Acredita-se que o PC encontrou, na América Latina, um solo fértil, por se tratar de uma abordagem que faz um convite a criticar e reconectar o pensamento e a ação. A complexidade contempla a possibilidade de construção conjunta de elementos previamente distintos ou diferentes, para uma compreensão global dos fenômenos,<sup>5</sup> aplicando-se ao entendimento da saúde como um fenômeno complexo em sua esfera individual, social e estrutural,<sup>15,16</sup> fator esse que pode facilitar sua utilização em pesquisas realizadas em vários países. As pesquisas envolvendo o PC tornaram-se uma categoria com grande presença em diversas disciplinas na América Latina.<sup>17</sup>

Na formação dos autores dos estudos, a produção uniprofissional prevaleceu e, neste sentido, é importante refletir que esta conformação caminha na contramão do PC, que valoriza a atuação entre diferentes categorias, quebrando a lógica da hiperespecialização e da centralização do conhecimento em disciplinas, com vistas a possibilitar a transdisciplinaridade.<sup>9</sup> Frente à categoria profissional mais frequente como primeiro autor, destaca-se a Enfermagem e infere-se que isso ocorra devido ao fato de a Enfermagem, em suas Diretrizes Curriculares Nacionais, evidenciar a importância de o profissional ter um perfil apto para trabalhar em equipe multiprofissional, voltada ao Sistema Único de Saúde e que compreenda a determinação social do processo saúde-doença e, principalmente, o conceito ampliado de saúde.<sup>18</sup>

Quanto ao método dos estudos, destacam-se os teóricos que dialogam com o referencial da complexidade, ao reconectar os saberes teóricos e empíricos, sem detrimento das partes.<sup>5</sup> Os estudos teóricos na saúde podem subsidiar futuras reflexões, realização de estudos empíricos e em diferentes práticas em saúde. Os estudos empíricos utilizaram o método qualitativo e observou-se que, embora se tenha a utilização de diferentes técnicas, em 47% dos estudos, não foi adotada a triangulação das técnicas de coleta de dados. A importância desse dado reflete-se no fato de que, no PC, teoria e método são dois componentes indispensáveis. O método caracteriza-se pela atividade pensante e consciente do sujeito (pesquisador), implicado na necessidade de olhar para o objeto de forma articulada, evitando a simplificação dos dados.<sup>3</sup> Assim, o método em pesquisas com o referencial teórico do PC necessita estar em perfeita consonância com esse referencial, de forma a contemplar a diversidade do objeto de estudo. Essa contextualização se reflete no uso da triangulação de várias técnicas, com a finalidade de dar mais confiabilidade aos resultados, com vistas a contemplar a multidimensionalidade dos dados.<sup>19,21</sup>

A utilização do referencial teórico do PC deu-se em várias áreas da saúde, dado este que corrobora com a concepção da multidimensionalidade dos temas. O PC se propõe a reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, reconhecer o

singular, o individual e o concreto. Não se reduz a uma única área, mas permite a comunicação, com sua utilidade para além da compreensão dos problemas organizacionais, sociais e políticos, e também o esclarecimento da multidimensionalidade do ser humano e do mundo.<sup>22</sup> Em relação às obras do autor, evidenciou-se que a maioria dos estudos citou, de forma expressiva, quatro obras, sendo elas: "A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar o pensamento", "Ciência com consciência", "Introdução ao pensamento complexo" e "Os setes saberes necessários à educação do futuro". O autor possui uma vasta bibliografia sobre a complexidade, e tal dado exprime a importância de aprofundamento em suas obras para compreender o PC, visto que isso corrobora a qualidade da produção.<sup>3,23</sup>

A maioria dos estudos utilizou o PC como referencial teórico, reportando seus conceitos, características e princípios. No entanto, é imprescindível enfatizar a necessidade da utilização apropriada e aprofundada do PC pelos pesquisadores, conectando a teoria à metodologia, à epistemologia e até mesmo à ontologia.<sup>5</sup> Assim, o referencial teórico permite o conhecimento, mas não pode ser considerado a solução absoluta.<sup>8</sup>

Os estudos 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 19, 23, 30, 37, 49 e 50 que trouxeram os conceitos sobre o PS trataram-no de forma negativa, sem mostrar os avanços científicos no campo da saúde ao longo do desenvolvimento da ciência, evidenciando-o como um paradigma limitado quanto aos problemas que envolvem a saúde. É importante lembrar que não se podem negar os avanços, em diversas áreas, promovidos sob o PS. No entanto, à medida que surgiram brechas no interior de cada paradigma isolado, possibilitaram-se aberturas para outros domínios, até então interditos, e através do quais se operaram as primeiras conexões para novas emergências teóricas.<sup>6</sup> Assim, deve-se considerar que todas as formas de pensar têm seu valor, e que o PS também é necessário, mas deve ser relativizado, ou seja, pode-se aceitar a redução consciente que ele produz dos fenômenos sem, no entanto, acreditar que esta redução é a verdade simples e absoluta.<sup>5</sup> O que o autor alerta quanto ao PS refere-se à validade absoluta que ele mesmo defende no que diz respeito à simplificação dos processos, os quais, na realidade, são complexos e inseridos em um contexto amplo de ligações e relações, que não é controlado.<sup>7</sup>

Ainda sobre o PS, grande parte dos estudos citou algum tipo de característica do PS (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 47, 48, 49, 50, 51 e 52), como biologicista, centralizador, desarticulado dos saberes, hiperespecializado, fragmentador, mecanicista, mutilador, reducionista e tecnicista. Segundo o autor, em foco comandado pela disjunção, redução e fragmentação, o PS não escapa à alternativa mutilante de tentar explicar os fenômenos de forma simplista, desconsiderando toda a aleatoriedade que interfere no objeto, bem como distanciando-o do observador/sujeito.<sup>8</sup> O equívoco do PS é optar por conceber os objetos simples, que obedecem às leis gerais, considerando qualquer objeto como uma máquina determinista, assim, escolhe o que é passível de controle e rejeita o incontrolável, ou seja, a própria humanidade e

a existência. Dessa forma, considera como erro ou não científico tudo aquilo que não se encaixa no seu sistema simplificador.<sup>22</sup>

Os estudos que trouxeram os conceitos sobre o PC (estudos 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 35, 36, 39, 41, 42, 47, 48, 49, 51, 52 e 53), descreveram-no como um modo associativo de compreender o mundo e as relações em saúde, as quais se estabelecem nele e através dele, contemplando a união de diferentes áreas de atuação profissional, saberes e dimensões e sua interdependência. Estes conceitos refletem o pensamento do autor sobre o PC, que considera que toda rede é formada de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados. Logo, possibilita respeitar as diferenças, distinguir e unir, bem como reconhecer os fenômenos de forma multidimensional.<sup>5</sup> A complexidade parte do princípio de que não existem fenômenos simples, pois o fenômeno é um tecido de relações.<sup>22</sup>

Ainda foi abordado pelos estudos que, para contemplar a complexidade, há necessidade de uma mudança de pensamento, para que, dessa forma, se possa alcançar a mudança real de paradigma e de condutas. No entanto, a problemática da complexidade ainda é marginal no pensamento científico, epistemológico e filosófico.<sup>8</sup> Assim, destaca-se a exigência da reforma do pensamento para que haja uma abordagem do contexto e do complexo, que liga e enfrenta as incertezas, substituindo a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial, a rigidez da lógica clássica pelo diálogo, capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas.<sup>9</sup> No campo da saúde, principalmente, há uma necessidade urgente de mudança na forma de pensar e produzir saúde para conceber todos os fatores humanos, sociais e ambientais envolvidos no processo de saúde-doença.

Foram identificadas algumas características, tais como: a articulação de saberes e áreas, integralidade, intersetorialidade, multidimensionalidade e contexto (estudos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 17, 18, 19, 10, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 31, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52 e 54). Diferente do que se pensa, o PC não é o contrário do PS. Ele opera a união da simplicidade e da complexidade das diferentes áreas de saber, não elimina a incerteza, mas liga as partes à totalidade ao prescrever, reunir tudo e distinguir ao mesmo tempo, sobretudo prioriza as emergências e as interferências como fenômenos multidimensionais construtivos do objeto por meio do exercício mental da criatividade.<sup>5,22</sup>

Quanto ao primeiro princípio do PC, o sistêmico, os estudos 1, 3, 10, 16, 18 e 24 o abordaram interligando a sociedade e o homem, considerando-os sistemas que interagem a todo o momento, recebendo influências e influenciando outros sistemas, em um contínuo. Assim, a ideia sistêmica, que se opõe à ideia reducionista, é que o todo do fenômeno é mais do que a soma das partes. Logo, se um sistema for dividido em partes, essas partes não possibilitarão conhecer o todo, uma vez que cada uma delas interage em si.<sup>9</sup> Este princípio mostra que a saúde não deve ser visualizada de forma fragmentada, pois existem diferentes conexões que se relacionam a ela (indivíduo – sociedade - meio

ambiente), portanto, é impossível compreendê-la considerando cada uma delas isoladamente, assim, é necessário considerá-las uma rede indissociável.

O segundo princípio, hologramático, foi evidenciado de forma que os sujeitos, implicados em qualquer processo complexo, faziam parte e continham o todo do conjunto (estudos 4, 6, 10, 15, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 30, 36, 37, 41, 43, 45, 49 e 54). Esse princípio está presente no mundo biológico e sociobiológico e associa que a menor unidade de um sistema guarda quase a totalidade da informação do todo representado. Um exemplo é a sociedade, que está presente em cada indivíduo - enquanto todo - através de sua linguagem, sua cultura e suas normas.<sup>8,9</sup> Na saúde, isso possibilita entender a importância de valorizar cada ser humano envolvido dentro de um sistema, em relação intrínseca com outros subsistemas, e que as necessidades de saúde, enquanto únicas, ao mesmo tempo, expressam o reflexo da sociedade e do contexto em que está inserido.

O terceiro princípio, da retroação ou do círculo retroativo, foi citado como o rompimento da causalidade linear (estudos 10, 18 e 37). Este princípio permite o conhecimento dos processos autorreguladores, em que a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa. Dessa forma, os processos reguladores são permitidos por inúmeras retroações.<sup>9</sup> Pode-se refletir a saúde de uma pessoa como um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações internas (organismo do indivíduo) e externas (contexto), saindo da ótica da causa e do efeito. Por isso, o estado de saúde/doença de uma pessoa tem influência do balanço negativo ou positivo da autorregulação.

Sobre o quarto princípio, da recursividade ou do círculo recursivo, os estudos 4, 10, 15, 17, 18, 22, 24, 30, 36, 37, 41, 43, 45, 48, 49 e 54 expressaram que os efeitos de um evento são, ao mesmo tempo, causadores e produtores do próprio processo em um ciclo. Este princípio ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e autorregulação, cujos efeitos e produtos são necessários à sua própria causação e à sua própria produção.<sup>8,9</sup> Analogicamente, em um sistema social, os indivíduos produzem a sociedade, que produz os indivíduos.<sup>5</sup> Na saúde, essa ideia exige ultrapassar o olhar sobre causa e efeito para compreender que a saúde/doença é consequência de um movimento de vai e vem, em que tudo o que é produzido volta-se sobre o que se produz, em um ciclo, no qual ele mesmo é autoconstrutivo, auto-organizador e autoprodutor.

O quinto princípio, da autoeco-organização ou da autonomia/dependência, presentes nos estudos (5, 7, 9, 10, 17, 18 e 30), evidencia a capacidade que as organizações/estruturas/sociedades têm de se organizar e que a autonomia necessária para tal organização depende de suas necessidades em relação ao meio em que está inserido. Esse princípio vale especificamente para os seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura, e para as sociedades, que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Logo, os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se auto-produzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia, que, ao mesmo tempo, é inseparável da

Paradigma da complexidade uma revisão de escopo  
 Cabral MFCT, Viana AL, Gontijo DT

dependência do meio ambiente.<sup>9</sup> Este princípio permite enxergar o ser humano como um sistema aberto, que estabelece relação de autonomia-dependência com outro sistema aberto, o sistema de saúde. Portanto, a saúde do indivíduo vai depender também de todas as políticas de saúde, processos de empoderamento, capacidade de prover cuidado e busca de informação que o sistema de saúde permite, influenciando na tomada de decisão da pessoa sobre sua saúde.

O sexto princípio, dialógico, foi contextualizado nos estudos (4, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 26, 37, 38, 41, 43, 45, 49, 50, 51, 52, 53 e 54) em nível de ideias, situações, ambientes ou características que, mesmo sendo antagônicas, possuam interdependência e que, mesmo reciprocamente excludentes, são complementares. Diferente da palavra dialética, que implica contradição de princípios ou fenômenos, os quais, por meio do método dialético, fazem com que as dificuldades desapareçam, o princípio dialógico, ao contrário, é a eliminação da dificuldade de combate entre os antagônicos, uma vez que os antagônicos são necessários.<sup>8</sup> Este princípio permite manter a dualidade na unidade, associa dois termos, ao mesmo tempo complementares e antagônicos, assumindo racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno.<sup>5,9</sup> Esse princípio permite observar como o sistema lida com os conflitos, as incertezas e as instabilidades microestruturais (indivíduo, profissionais de saúde) e macroestruturais (estrutura organizacional, políticas públicas, condições socioeconômicas). No entanto, essa relação dialógica de instabilidade/estabilidade do sistema é necessária para alcançar sua organização e, conseqüentemente, um atendimento integral à saúde.

O sétimo princípio, da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, foi conceituado como o conhecimento que pode ser compreendido por meio de distintas formas, situações ou pessoas que nele estão envolvidas por meio de interações e, a partir destas, o conhecimento será construído e reconstruído (estudos 10 e 18). Assim, o observador deve se integrar na sua observação e na sua concepção, ou seja, é a restauração do sujeito na reconstrução do conhecimento.<sup>5,9</sup> O Brasil é um país com diferentes características socioeconômicas e culturais, assim, é de suma importância a utilização desse princípio para considerar que, em cada região, o sistema de saúde se organizará de formas diferentes. Assume-se que o conhecimento da situação de saúde pode ser compreendido de modos distintos, dependendo das situações e pessoas envolvidas e na interação entre elas, assim, o conhecimento pode ser construído e reconstruído.

Edgar Morin também estabeleceu articulações dentro da complexidade quanto a alguns temas: cuidado ecológico/planetário, a ordem/desordem/organização e a atuação transdisciplinar. Os dados sobre a transdisciplinaridade explicitaram este conceito a partir do atravessamento das fronteiras disciplinares, aproximando-se de um ponto de fusão e unificação que conduz a uma perspectiva holista, tratando-se de um salto em relação à multi, inter e pluridisciplinaridade (estudos 1, 7, 11, 13, 22, 23, 35, 42, 47, 52 e 54). Dessa forma, deve-se levar em conta

tudo o que lhes é contextual, inclusive as condições culturais e sociais, ver em que meios elas nascem, levantam problemas, ficam esclerosadas e transformam-se. Ao mesmo tempo, não se pode demolir o que as disciplinas criaram. É preciso que ela seja ao mesmo tempo aberta e fechada.<sup>9</sup> Assim, a transdisciplinaridade nasce para possibilitar esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, às vezes, com tal virulência que as deixam em transe.<sup>9</sup> Na perspectiva transdisciplinar, a atuação dos profissionais das diferentes áreas que atuam na saúde deve ser permeada pelo trabalho em equipe baseado no reconhecimento das competências de seus componentes. Além disso, é necessário que haja uma cooperação mútua para resolução dos problemas de saúde da população, com uma articulação entre as áreas de conhecimento para executar o cuidado em saúde. Nessa abordagem, discute-se a importância das práticas colaborativas e interprofissionais na formação e atuação em saúde, com vistas a atender as necessidades de saúde local.<sup>24,25</sup>

Quanto ao tema ordem/desordem/organização, os estudos 1, 4, 7, 20, 22, 30, 37, 40, 51 e 54 evidenciaram este conceito ao mencionar que o universo é resultado dos fenômenos de ordem e desordem em busca de uma auto-organização sistêmica. Vale destacar que a complexidade da relação dessa tríade surge, pois, quando se constata que fenômenos desordenados são necessários, em certos casos, para a produção de fenômenos organizados, os quais contribuem para o crescimento da ordem; assim, as organizações têm necessidade de ordem e de desordem.<sup>5</sup> Desta forma, com a necessidade de pensar conjuntamente, em sua complementaridade, sua concorrência e seu antagonismo, as noções de ordem e desordem levantaram exatamente a questão de pensar a complexidade da realidade física, biológica e humana.<sup>8</sup> No campo da saúde, este princípio materializa-se em diferentes níveis: no campo individual, enquanto organismo vivo, nas suas relações para com o meio ambiente, ou ainda nas suas relações com o sistema de saúde, incontáveis fenômenos de ordem e desordem interagem de forma a alcançar um determinado equilíbrio, com vistas a uma organização do estado de saúde.

Por fim, no que se refere ao cuidado ecológico/planetário, os estudos 5 e 16 focaram na importância de o ser humano compreender a complexidade ecossistêmica do universo, proteger e cuidar, pois, dessa forma, também asseguraria o futuro da humanidade. Para o autor, a noção de ecossistema significa o conjunto das interações entre as populações vivas no seio de uma determinada unidade geofísica, constituindo uma unidade complexa de caráter organizador,<sup>9</sup> logo, natureza e humanidade coexistem em interações complexas, e a forma como estas se dão repercutirá no futuro do planeta e, conseqüentemente, na sobrevivência da humanidade. Compreende-se que a humanidade e o meio ambiente coexistem em interações complexas, uma vez que a forma como estas ocorrem, repercute nas questões de saúde da população por meio dos desequilíbrios nesse binômio, bem como pelos fatores condicionantes e determinantes em saúde, que têm relação intrínseca com o ambiente. Esse olhar

sobre o cuidado ecológico e planetário corrobora o tema da saúde global, ressaltando a importância de a abordagem em saúde ser mais abrangente e centrada nas pessoas e nos ambientes.<sup>26,27</sup>

## CONCLUSÃO

Esta revisão possibilitou conhecer o estado da arte atual sobre o tema, sendo os artigos analisados majoritariamente brasileiros, em que os pesquisadores, em sua maioria, utilizaram, pelo menos, algum conceito do paradigma da complexidade em estudos empíricos, conduzidos pelo método qualitativo, com destaque para os pesquisadores da categoria profissional da enfermagem.

No panorama geral, apesar de geralmente mencionado, observou-se ainda uma tímida utilização do paradigma da complexidade nas pesquisas no campo da saúde, de forma que as pesquisas que utilizam este referencial necessitam de maior aprofundamento, uma vez que o referencial teórico da complexidade incita a reflexões substanciais no que diz respeito a entender a saúde como um fenômeno complexo, percebendo-a como uma rede formada por diversos atores sociais, que interagem entre si e com o meio ambiente.

Como limitações do estudo, cita-se a não inclusão de artigos no idioma francês, língua nativa do autor estudado, por uma barreira de tradução das autoras, bem como de artigos em outros idiomas; além disso, o recorte dado ao objetivo do estudo, em consonância com o desenho metodológico, acabou não contemplando outras análises específicas, que se tornam uma sugestão para futuros estudos, com outros recortes metodológicos, como quais os fenômenos estão sendo estudados na saúde à luz da complexidade e como o referencial tem ajudado em sua compreensão.

Portanto, percebe-se o paradigma da complexidade como um referencial teórico bastante promissor para subsidiar pesquisas na área da saúde, uma vez que entender como esse referencial é utilizado nas pesquisas permite refletir que há uma necessidade de aprimoramento teórico para sua utilização, bem como que seus princípios podem ser contextualizados na formação dos profissionais de saúde para produção de práticas multidimensionais que contemplem as reais necessidades dos indivíduos, famílias e coletividades.

## FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, bolsa de doutorado concedido a Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo. Extração, análise e interpretação dos dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo

e a integridade do artigo publicado: Maria de Fátima Cordeiro Trajano Cabral Concepção e desenho do estudo. Análise e interpretação dos dados. Discussão dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Angelina Lettiere Viana. Daniela Tavares Gontijo

## EDITOR ASSOCIADO

Marta Sauthier

## REFERÊNCIAS

1. Tesser CD, Poli No P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):941-51. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>.
2. Organização Mundial de Saúde. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde: diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: Organização Mundial de Saúde; 2011.
3. Thompson DS, Fazio X, Kustra E, Patrick L, Stanley D. Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(87):1-16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4>. PMID:26968157.
4. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. In: Neurath O, International Encyclopedia of Unified Science. Chicago: The University of Chicago; 1962.
5. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
6. Morin E. O Paradigma Perdido: a natureza humana. 6. ed. Lisboa: Publicações Europa-América; 2000.
7. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
8. Morin E. Ciência com consciência. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
9. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 22. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2015.
10. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. <http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
11. Levac D, Colquhoun H, O'brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5(69):1-9. PMID:20854677.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <http://dx.doi.org/10.7326/M18-0850>. PMID:30178033.
13. Peters MDJ, Godfrey CM, Moherney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews [Internet]. Adelaide: JBI; 2015 [citado 2019 maio 20]. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-12. PMID:19631508.
15. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winok DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 mar; [citado 2019 julho 23];63:93-127. Disponível em: [http://www.scielo.br/soelo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en](http://www.scielo.br/soelo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en)
16. Copelli FHDS, Oliveira RJTD, Oliveira CMSD, Meirelles BHS, Melo ALSFD, Magalhães ALP. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. *Aqui*. 2016 Oct;16(4):501-12. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.8>.

**Paradigma da complexidade uma revisão de escopo**

Cabral MFCT, Viana AL, Gontijo DT

17. Gallegos M. Una cartografía de las ideas de la complejidad en América Latina: la difusión de Edgar Morin. *Latinoamérica*. 2016;63:93-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.larev.2016.11.006>.
18. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 (BR). Instituto Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União [periódico na internet]. Brasília (DF), 9 nov 2001: 3915-24 [citado 12 junho 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
19. Rangel CN, Nunn R, Dysarz F, Silva E, Fonseca AB. Teaching and learning about food and nutrition through science education in Brazilian schools: an intersection of knowledge. *Cien Saude Colet*. 2014 Sep;19(9):3915-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.12552013>.
20. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2882. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>. PMID:28301037.
21. Carlos DM, Silva LMP, Beserra MA, Aragão AS, Gregory A, Ferriani MDGC. Social support network of family members of abused children and adolescents: perspectives and possibilities. *J Clin Nurs*. 2019 mar;28(5-6):814-27. PMID:30184282.
22. Morin E, Le Moigne JL. *A inteligência da complexidade*. São Paulo: Petrópolis; 2000.
23. Galvão TF, Silva MT, Garcia LP. Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 jun;25(2):427-36. PMID:27869961.
24. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface*. 2018;22(Suppl 1):1325-37. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>.
25. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate*. 2018 Sep;42(1):163-73. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s111>.
26. Biehl J, Petryna P. Peopling global health. *Saude Soc*. 2014 jun;23(2):376-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200003>.
27. Fortes PAC, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. *Saude Soc*. 2014 jun;23(2):366-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>.