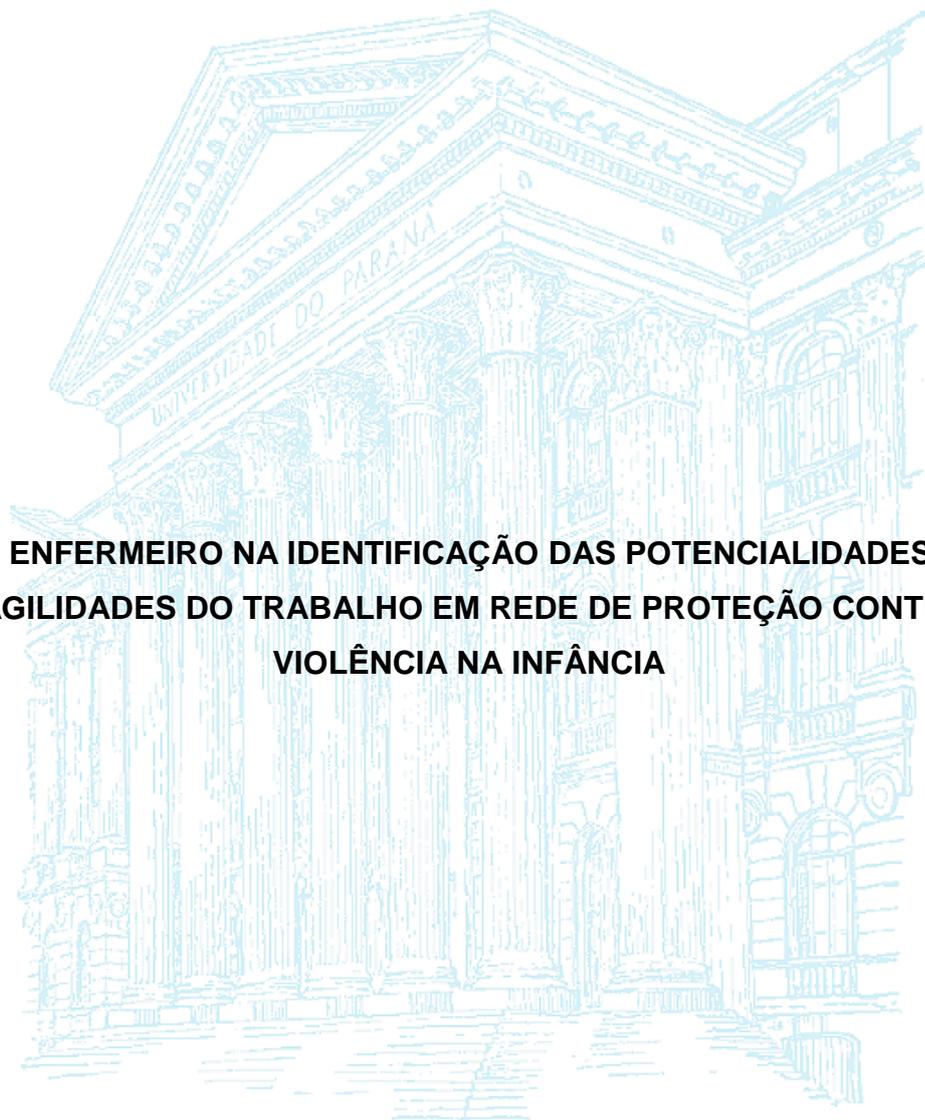


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA PEREIRA FERNANDES

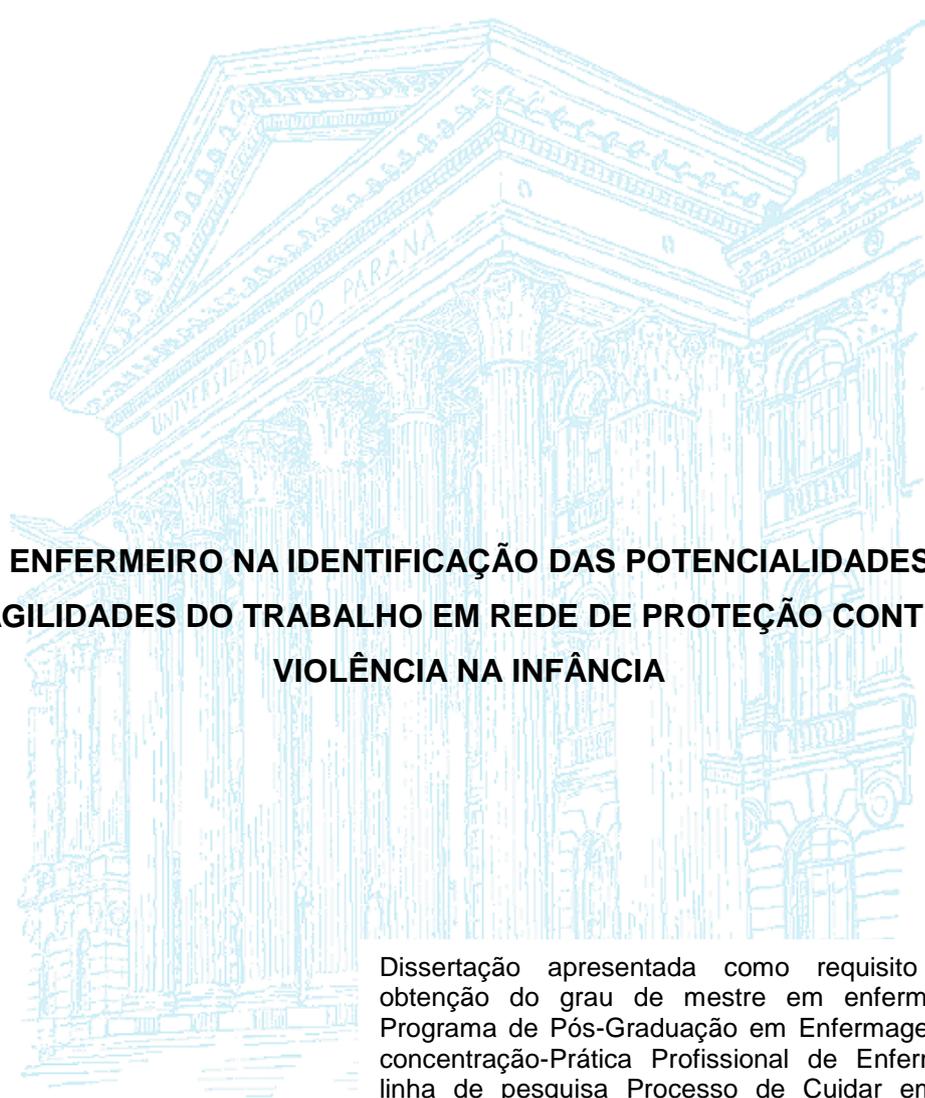


**O ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E  
FRAGILIDADES DO TRABALHO EM REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A  
VIOÊNCIA NA INFÂNCIA**

CURITIBA

2012

ANA PAULA PEREIRA FERNANDES



**O ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E  
FRAGILIDADES DO TRABALHO EM REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A  
VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração-Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem- Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA

2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Ana Paula Pereira

O enfermeiro na identificação das potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância / Ana Paula Pereira Fernandes

– Curitiba, 2012.

135 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Verônica de Azevedo Mazza  
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Inclui bibliografia

1. Apoio social. 2. Violência. 3. Saúde da criança. 4. Teoria de sistemas. 5. Enfermagem. 6. Ação intersetorial. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.768

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**ANA PAULA PEREIRA FERNANDES**

**O ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO TRABALHO EM REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lana Ermelinda da Silva dos Santos  
Membro Titular: Universidade Federal de Alfenas/MG – UNIFAL

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Liliansa Maria Labronici  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 05 de Março de 2012.

## **DEDICATÓRIA**

*A todos os profissionais que atuam  
contra a violência na infância e que  
por vezes se sentem solitários e  
impotentes diante do fenômeno.*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus pela vida, amor, pelas oportunidades de experiência, e por ter me dado perseverança e paciência para prosseguir nesta trajetória.*

*A minha família, pelo amor, incentivo e compreensão nos momentos de ausência, e por ser a minha rede social de afeto e proteção.*

*Em especial a minha mãe Izabel, pelo esforço para a minha formação profissional. Só nós sabemos os obstáculos enfrentados.*

*Aos meus irmãos Jéssica, Anna Carolina e Othávio pelo convívio e palavras de conforto nos momentos mais difíceis de minha vida.*

*Ao meu pai Mildeir (in memorian), pelas doces lembranças de simplicidade e dedicação.*

*A todos os amigos que apoiaram e ficaram felizes com o meu ingresso no mestrado.*

*Ao meu namorado Rudiney, pela compreensão e por ter demonstrado inúmeros gestos de cuidado a mim, em especial nesta etapa de finalização da dissertação.*

*À professora Dr<sup>a</sup> Verônica Mazza com quem tive o prazer de conviver por seis anos, desde o período da graduação. Por acreditar neste projeto e me proporcionar grandes oportunidades de aprendizado acadêmico e pessoal. Você faz a diferença para a enfermagem.*

*A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelo despertar da busca pelo conhecimento científico. Em especial à professora Dr<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt, pela colaboração na compreensão do referencial teórico.*

*Às professoras doutoras: Lana Ermelinda dos Santos da Silva, Liliana Maria Labronici e Marta Maria Nolasco, pela participação nas bancas de qualificação e sustentação de defesa.*

*Aos colegas do Grupo de Estudos Saúde, Família e Desenvolvimento, pelas discussões teóricas fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.*

*As colegas de trabalho da UTI pediátrica do Hospital de Clínicas, pelo incentivo e compreensão nos momentos de desabafo na caminhada a este sonho.*

*Aos gestores da Secretária Municipal de Saúde de Colombo, pelo apoio e por aprovarem a pesquisa no município. E a todos os membros que compõem a rede de proteção contra a violência na infância que foram generosos e dividiram suas experiências de trabalho comigo.*

*“Se fôssemos uma ilha, tudo estaria centrado em nós. Teríamos o mundo em volta e sobreviveríamos. Mas não... não somos uma ilha e precisamos uns dos outros”.*

*Precisamos sentir a vida e os corações que pulsam dentro dela, provar do amargo e do doce e ter a certeza de não estarmos sós.*

*A solidariedade é a ponte que vai nos ligando uns aos outros, como uma grande corrente onde mãos se tocam e se sustentam e dizem ao mesmo tempo: "preciso de você" e "pode contar comigo.”.*

*Letícia Thompson*

## RESUMO

FERNANDES, A.P.P.F. **O enfermeiro na identificação das potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância.** 2012. 135 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verônica de Azevedo Mazza.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com objetivo de identificar potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância. O estudo foi realizado no município de Colombo, na região metropolitana de Curitiba/PR. Participaram 46 profissionais que integram a rede de proteção contra a violência na infância do município, inseridos nos diferentes setores que compõem a rede de proteção (educação, saúde, judiciário e segurança pública, conselho tutelar, assistência social e terceiro setor) que aceitaram participar voluntariamente do estudo. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas. Para esta coleta, utilizou-se a técnica de bola de neve, o primeiro sujeito entrevistado foi o coordenador da rede que indicou outros profissionais e serviços que deveriam compor a amostra, e estes indicaram outros até a saturação teórica dos dados. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin na categoria temática à luz das concepções teóricas de Fritjof Capra. Da análise emergiram três categorias: 1. Percepção da Rede de Proteção; 2. A Realimentação da Rede de Proteção; e 3. Conexões não Lineares da Rede de Proteção. A primeira categoria traz as concepções de rede dos sujeitos. Estas estão correlacionadas às ações que se percebem necessárias para o enfrentamento do problema. No entanto, é um processo em construção, com fragilidade nas políticas públicas. A segunda categoria traz os laços de realimentação gerados pelas informações que permeiam as ações da rede como a identificação e notificação dos casos, a visita domiciliar, a prevenção da violência, o acolhimento institucional e a representação política na rede com a discussão de estruturas inerentes a esta realimentação como pontos críticos, autoamplificação, autoequilíbrio e pontos de bifurcação. A terceira categoria discute o padrão não linear das conexões da rede nas ações intersetoriais para a identificação da violência e encaminhamento dos casos. O estudo permitiu conhecer a dinâmica organizacional da Rede de Proteção contra a Violência na Infância em uma perspectiva integrativa, interativa e interdependente entre os diferentes setores e serviços que conformam a teia para a proteção infantil, sendo a rede de proteção um potencial para a prática dos profissionais. No entanto, é preciso compreender sua forma de organização sistêmica, compartilhando responsabilidades e poderes para o enfrentamento da violência e a garantia dos direitos da infância.

**Palavras-Chave:** Apoio social. Violência. Saúde da criança. Teoria de sistemas. Enfermagem. Ação intersetorial.

## ABSTRACT

FERNANDES, A.P.P.F. **Nurses identifying potencialities and weaknesses at the service of protection networks against child abuse.** 2012. 135 p. Dissertation [Nursing Master's Degree] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba/Brazil. Advisor: Prof. Verônica de Azevedo Mazza, PhD.

Qualitative case-study research, which objectified to identify potencialities and weaknesses at the service of protection network against child abuse. The study was held in the municipality of Colombo, metropolitan area of Curitiba, Parana State/Brazil. Forty-six (46) professionals, who integrate the protection network against child abuse in the municipality, participated voluntarily in the study. They are inserted in the different sectors which encompass the protection network (education, health, judiciary and public safety, guardianship council, social work and third sector). Data collection was carried out between April and June/2011 by means of recorded structured interviews. The snowball technique was used to undertake data collection. The first subject to be interviewed was the network coordinator who recommended other professionals and services to feature the sampling, and they recommended others until theoretical data saturation. Bardin's content analysis was used in thematic category, in the light of Fritjof Capra's theoretical conceptions. From the analysis, three categories emerged: 1. Protection Network Perception; 2. Protection Network Feedback; and 3. Protection Network Non-linear Connections. The first category entails subjects' network conceptions. They are related to actions which are deemed necessary to cope with the problem. However, it is a process under construction, fragile-evidenced in public policies. The second category brings out the feedback ties generated by information which permeates the network actions such as case identification and report, home visit, violence prevention, institutional sheltering, and the political network representation with the embedded feedback structures being discussed such as critical points, self-expansion, self-balance and fork points. The third category discusses the non-linear pattern of the network connections in inter-sector actions for violence identification and case referral. The study enabled to apprehend the organizational dynamics of the Protection Network against Child Abuse in an integrating, interactive and interdependent perspective among the different sectors and services which comprise the child protection web, encompassing a potential for professional practice. Nevertheless, it is necessary to understand its systemic organizational shape, sharing responsibilities and powers to cope with violence and guarantee child rights.

**Key Words:** Social support. Violence. Child health. Systems theory. Nursing. Intersectoral action.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA AUTOPOIESE DAS REDES...	18
TABELA 1- TIPOS DE DIREITOS VIOLADOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA EM 2009, NO BRASIL, SEGUNDO SIPIA, 2011.....	34
FIGURA 2- ESTRUTURA MUNICIPAL DA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA.....	45
FIGURA 3- DIAGRAMA DOS SETORES INTEGRANTES DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011.....	51
TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE PROTEÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011, SEGUNDO A FORMAÇÃO .....	52
GRÁFICO 1- TEMPO DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011.....	54
FIGURA 4- INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011.....	57

## LISTA DE SIGLAS

AEC- Centro de Atendimento Especializado à Criança  
CAIC- Centro de Atenção Integral à Criança  
CEEBJA- Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos  
CEDCA- Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CMDCA- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CONANDA- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS/ AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infantil  
CPM- Centro de Psiquiatria Metropolitano  
CRAS- Centro de Referência em Assistência Social  
CREAS- Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
CT- Conselho Tutelar  
D.A- Delegacia do Adolescente (Curitiba)  
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF- Estratégia Saúde da Família  
HC- Hospital de Clínicas (Hospital referência em Curitiba)  
HPP- Hospital Pequeno Príncipe (Hospital referência em Curitiba)  
NUCRIA- Núcleo de Proteção à Criança e ao adolescente  
ONG's- Organizações Não Governamentais  
OMS- Organização Mundial de saúde  
OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
P.A- Pronto Atendimento  
PAIF- Programa de Atenção Integral à Família  
PEMSE- Programa Especializado em Medidas Socioeducativas  
PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PM- Polícia Militar  
PMC- Prefeitura Municipal de Colombo  
PROERD- Programa Educacional de Resistência às Drogas  
PROCRIANDO- Projeto Municipal contraturno

PROESF- Programa de Expansão e Consolidação Saúde da Família

SIPIA- Sistema de Informação para a Infância e Adolescência

SMAST- Secretaria Municipal de Ação Social e Trabalho

SME- Secretaria Municipal de Educação

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

US- Unidade de Saúde

UFPR- Universidade Federal do Paraná

VD- Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 OBJETIVO.....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1 O CONCEITO DE CAPRA PERMEANDO A CONCEPÇÃO DE REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA.....	16
2.2 A COMPLEXIDADE DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA.....	25
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	41
3.2.1 Perfil do município.....	41
3.2.2 A Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.....	44
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	47
3.4 COLETA DE DADOS.....	48
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	49
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	51
4.2 ESTRUTURA DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA.....	55
4.3 PERCEPÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO.....	58
4.4 A REALIMENTAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO.....	65
4.4.1 Identificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.....	66
4.4.2 Notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.....	73
4.4.3 A visita domiciliar como ferramenta para o enfrentamento da violência.....	78
4.4.4 Assistência à saúde e intervenções contra a violência.....	81
4.4.5 Prevenção da violência junto às famílias.....	84
4.4.6 Ações do setor Judiciário na assistência à criança e adolescente vítima de violência.....	88
4.4.7 Acolhimento Institucional.....	93
4.4.8 A participação política na Rede de Proteção.....	96
4.5 CONEXÕES NÃO LINEARES DA REDE DE PROTEÇÃO.....	102
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	110
<b>APÊNDICES</b> .....	120
<b>ANEXOS</b> .....	132

## 1. INTRODUÇÃO

A violência é um dos grandes desafios deste século, pois é um fenômeno complexo, que sob o olhar da sociedade contemporânea degrada a autonomia do sujeito e compromete sua cidadania. Atualmente a violência se destaca como uma das principais causas de morbi-mortalidade e uma preocupação dos setores sociojurídicos. A complexidade da violência contra a criança na atualidade exige do poder público e da sociedade civil formas amplas e integradas de enfrentamento (BRITO *et al.*, 2005).

No Brasil, acidentes e violência representam a terceira maior causa de mortalidade na população geral, e a primeira causa de morte entre os adolescentes e as crianças a partir de um ano de idade (BRASIL, 2009 a). Os dados epidemiológicos da violência, contudo, ainda não expressam com exatidão a situação, pois existem casos que são subnotificados por inúmeras questões, principalmente na esfera privada, fato que interfere na real compreensão da magnitude do problema (DAY *et al.*, 2003; HABIGZANG *et al.*, 2006).

A violência passa a ser incluída nas discussões do setor saúde no Brasil na década de 1970 (BRITO *et al.*, 2005), e, na década de 1980, houve maior envolvimento de organizações não governamentais (ONG), universidades, governo federal, estadual e municipal, associações de classes, associações comunitárias e comunidades para mobilizar respostas, na tentativa de garantir os direitos da criança e do adolescente, inclusive protegê-los da violência (DESLANDES, 2006).

É nesse contexto de envolvimento dos movimentos sociais que surgem as políticas públicas de saúde, no intuito de assegurar proteção à população em risco de sofrer estas mazelas, como política específica, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado para tentar garantir alguns direitos que por vezes foram, ou ainda são negados ao segmento infantil da sociedade (VENDRUSCOLO; FERRIANI; SILVA, 2007).

Esse aparato legal baseia-se no conceito de desenvolvimento infantil na vertente dos direitos humanos, no qual compreende-se que família, sociedade e Estado devem garantir às crianças e aos adolescentes, prioridade absoluta na manutenção da integridade e dignidade dos mesmos. Entretanto, os direitos da criança e dos adolescentes promulgados pelo ECA dependem de uma rede

integrada pela atuação de vários setores da sociedade: judiciário, saúde, educação, setor privado, público, e movimentos sociais organizados que representam a comunidade e as famílias (DAY *et al.*, 2003).

A inserção das crianças em determinados espaços sociais, como família, escolas e serviços de saúde entre outros, faz com que estes sejam reconhecidos legitimamente como espaços protetores, inclusive legais, e componentes da rede de proteção (DESLANDES, 2006).

Compõem a rede de proteção para as vítimas e suas famílias os órgãos institucionais, tais como os conselhos de direito, conselhos tutelares, promotoria e juizado da infância e adolescência, bem como demais instituições que prestam atendimento à criança, a exemplo de escolas, unidades de saúde, hospitais, abrigos, entre outras redes de apoio social. As instituições podem desempenhar mecanismos que interferem tanto positiva quanto negativamente, que por sua vez podem desencadear uma série de efeitos subsequentes sobre a rede de proteção (COSTA; BRIGAS, 2007).

As redes de apoio social, denominadas conjuntos de sistemas e de pessoas significativas, que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança, e possibilitam recursos para a sua proteção ou adaptação às doenças, sintomas psicopatológicos e sentimentos de desamparo, mesmo quando ela está diante de situações adversas (HABIGZANG *et al.*, 2006).

A compreensão do conceito de rede permite ampliar as possibilidades para fortalecer o cuidado à saúde das famílias e das crianças. Um conceito amplo propicia a visualização destes sistemas integrados e organizados para interconectar atuações em determinados enfoques, como compreender o potencial de promoção da saúde que elas possuem, e fundamentar os estudos na área da saúde (GUTIERREZ & MINAYO, 2008).

O trabalho na rede de proteção torna-se uma estratégia fundamental, visto que, pode materializar políticas públicas por meio de compromisso e responsabilidades compartilhadas para atender as diferentes necessidades para o enfrentamento do fenômeno (HECHLER, 2009).

Essas redes têm potencial para contribuir nas ações de proteção à criança em situação de violência, de forma a tentar garantir adequado desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. Para organizar este sistema faz-se necessária a integração de diferentes setores, serviços e profissionais, envolvendo

os aspectos macroestruturais até a articulação interna para propor intervenções com maior potencial de resposta ao fenômeno. (COSTA; BRIGAS, 2007).

O setor saúde vem construindo um espaço ativo nas redes de proteção, realizando planos de enfrentamento da violência que agregam os diferentes setores da sociedade. Nesse contexto, é necessária a inserção do enfermeiro em tais espaços, pois é um profissional que atua nos serviços de saúde, na formação dos profissionais e nas pesquisas que abordam a violência, contra crianças e adolescentes.

Neste estudo, compreende-se rede como um sistema vivo que interage com outros sistemas formando nodos, que são um entrelaçado de conexões. Um nodo quando observado amplificado por si só representa um organismo, e se configura como rede. Em síntese, a grande teia da vida, ou o mundo de relações e inter-relações consiste em redes dentro de outras redes (CAPRA, 2006).

As redes são teias de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder, pois, além de agregar pessoas neste sistema social, articulam sistemas cognitivos, consciência e cultura (CAPRA, 2005 a).

Abordar as experiências da rede de proteção ou de prevenção significa investigar menos em sua configuração, e muito mais no quanto ela oferece de potencial de intervir, interromper, tratar ou superar a violência a que estão submetidos milhares de crianças, adolescentes, mulheres, idosos e demais grupos de risco (NJAINÉ *et al.*, 2007).

Desta forma, é importante conhecer a dinâmica organizacional da rede de proteção contra a violência na infância, suas conexões interconexões internas e externas, campos de atuação, potencial e fragilidades, com vistas a fortalecer suas práticas para a proteção integral da criança e o enfrentamento da violência.

Ao reconhecer a rede e sua capacidade o enfermeiro pode melhorar sua forma de atuação frente à situação de violência na infância, indo além das ações da dimensão singular para construir propostas que incorporem as dimensões estruturais e sociais articuladas a diferentes setores da sociedade e tentar garantir o direito de proteção das crianças e suas famílias.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O CONCEITO DE CAPRA PERMEANDO A CONCEPÇÃO DE REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA

A partir de uma nova compreensão do que é a vida, suas relações e sistemas sociais, surge na década de 1970 uma corrente filosófica denominada “Ecologia Profunda”, sedimentada em uma visão holística, que reconhece o mundo em uma rede de fenômenos que estão interconectados e interdependentes. Parte do pensamento sistêmico, que tem um olhar amplo e contextual, defende que as propriedades essenciais de um organismo ou sistema vivo são indissociáveis do todo, e isso não é encontrável nas partes. Aquele todo é sempre diferente da soma das partes, e para ser compreendido depende do esforço em identificar e correlacionar vários fenômenos envolvidos (CAPRA, 2006).

Essa visão de mundo, a ecologia profunda, traz a reflexão de que os principais problemas de nossa sociedade não podem ser compreendidos ou enfrentados de forma isolada, ao contrário, suscitam um enfoque sistêmico, articulado, interligado e interdependente às diversas áreas do conhecimento e ao contexto global (CAPRA, 2006). Tais contribuições podem acarretar mudança de paradigma nas esferas científicas e sociais, como tentativa de construir valores e concepções que se coadunem para uma melhor organização da sociedade (CAPRA, 2006).

Capra foi reconhecido internacionalmente por suas exposições em palestras e escritos sobre as aplicações filosóficas dessa percepção de mundo. Em suas reflexões critica a forma de pensar cartesiana que se iniciou com a revolução industrial, e aborda a necessidade de mudança desse paradigma para uma visão que considere as interações dos seres no mundo (CAPRA, 2006).

As redes de proteção contra a violência podem ser consideradas redes sociais e, na concepção de Capra (2006), são classificadas como tipos diferenciados de sistemas vivos que constroem teias de comunicação, envolvendo a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder. Além de agregar pessoas no sistema social na condição de membros, articulam sistemas cognitivos, consciência

e cultura. Portanto, estas conexões devem articular serviços e setores por meio de informações ou sistemas de comunicação (CASTTELS, 2008).

Os sistemas vivos, a exemplo das redes sociais, possuem um “padrão de organização” das partes, que pode ser definido como um complexo sistema, pois depende da total conexão entre elementos numa perspectiva sistêmica e integrada. Para explicar essa organização dos sistemas vivos, Capra emprega a terminologia “autopoiese”, difundida pelo neurocientista chileno Humberto Maturana, e que significa autocriação. Essa é uma propriedade que garante a sobrevivência da rede (CAPRA, 2006).

Na autopoiese, a rede produz a si mesma, seus componentes exercem funções que a estruturam e determinam quais atividades devem ser desenvolvidas atreladas a um processo de cognição, assim como a duração das conexões, a inclusão e a exclusão de elementos. Capra aponta a existência de três características explicitadas para o sistema de autopoiese: ser autolimitado, determinando fronteiras de atuação; ser autogerador, o que significa que todos os componentes da rede são produzidos por processos internos a esta organização; autoperpetuador, característica alimentada por processos de produção que se mantêm ao longo do tempo, repondo elementos nesse processo (CAPRA, 2006).

Características da autopoiese das redes podem ser visualizadas a seguir na Figura 1, elaborada com base nos conceitos de Capra. A forma circular da estrutura remete às conexões cíclicas de realimentação do sistema com fluxos variáveis e não lineares, e as linhas pontilhadas interligadas reforçam a permeabilidade de energia própria destes sistemas abertos.

## Autopoeise das Redes

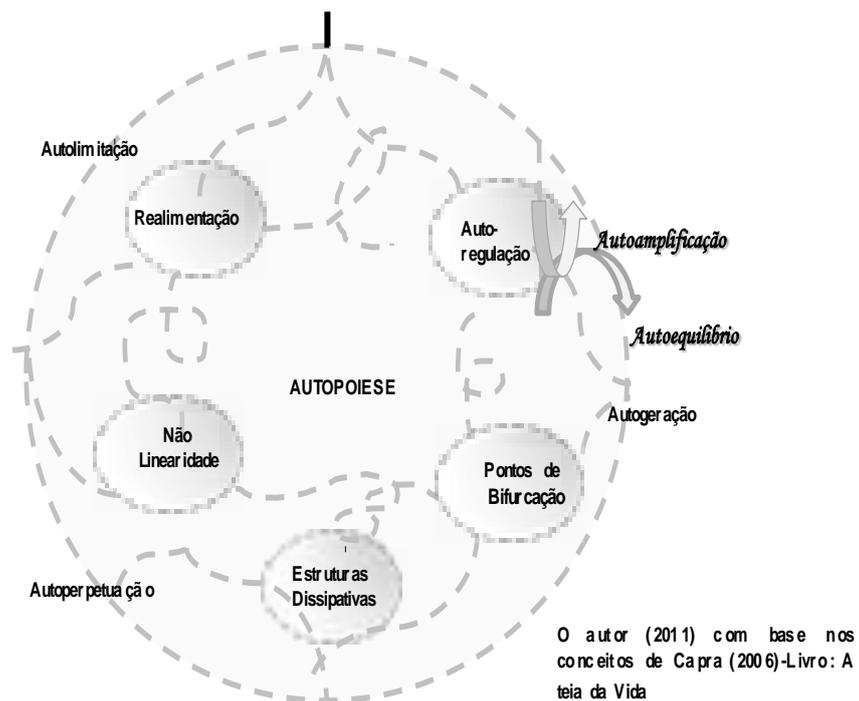


FIGURA 1- REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA AUTOPOIESE DAS REDES  
 FONTE: FERNANDES; LENARDT; MAZZA (2012)

A rede compõe um desenho flexível a partir das suas conexões, para a compreensão de sua institucionalidade, o que requer a identificação de seus membros e suas articulações, em busca de situações protetoras da violência na infância para delimitar seu padrão e sua estrutura (MARTINHO, 2003).

Alguns aspectos como delimitações, leis, ordens e objetivos em comum são essenciais para caracterizar uma rede, caso contrário, ela não se configura como tal. Nos diferentes sistemas é preciso que haja conceitos, valores e objetivos comuns entre seus membros (CASTELLS, 2008).

Em um processo de produção em rede, cada componente influencia e sofre interferência dos demais, auxilia na composição, transformação e na atuação dos outros membros, assim como cada decisão e abordagem de uma instituição ou setor envolvido na rede podem mudar o sentido de funcionamento e organização da rede (CAPRA, 2006).

A participação de diferentes setores da sociedade traz uma das principais características da rede identificada por Capra, que é sua estrutura dinâmica. Isso significa que elas podem ser permeadas por influências externas e internas, concebidas por processos de regulação e autorregulação que geram novas formas de conexão. Configura-se como um sistema aberto que opera afastado de um equilíbrio gerando constante fluxo de informações (CAPRA, 2005 a; CAPRA, 2006).

Castells (2008) concorda que as redes são estruturas abertas, portanto, podem expandir-se infinitamente, formando novas conexões ou nós. Para integrar a rede em sua estrutura dinâmica, os membros devem relacionar-se, compartilhar valores e objetivos comuns, presentes em vários mecanismos de comunicação entre seus integrantes. Isso porque as redes estão fortemente ligadas à ideia de vinculação dinâmica, seja psíquica, comunitária, familiar, institucional, de causas ou de fenômenos (DESLANDES, 2006).

No campo da física, as estruturas abertas evoluem para sistemas auto-organizadores, pois, ao se expandirem, geram pontos de instabilidade conhecidos como estruturas dissipativas. Estas surgem no estado de não equilíbrio ou em um ponto crítico de instabilidade, configuram a ramificação do sistema, tendendo para a estabilidade e evolução, e denotam a interface mobilizadora e flexível da rede (CAPRA, 2006).

Existe, então, um ponto paradoxal na concepção de rede, apesar de ser uma estrutura viva organizada, possui também características de estruturas dissipativas. Com isso, estas podem evoluir recebendo energia exterior produzindo uma espécie de realimentação positiva (CAPRA, 2006).

A realimentação das redes é acionada pelas informações em uma espécie de arranjo circular, e cada componente influencia e sofre interferências dos demais, auxilia na conexão de seus elementos de forma não hierarquizada. Um elemento inicial pode ocasionar um efeito sobre o seguinte e assim por diante, até que todos os componentes sofram seus reflexos. A autorregulação surge por meio desse

sistema de realimentação, pois o efeito inicial é modificado e regulado a cada vez que passa pelo sistema reabastecendo a sua fonte (CAPRA, 2006).

O trabalho em redes sociais depende da realimentação de informações e comunicação, e das integrações em um processo de conexões e interconexões autoreguladas pelo sistema (CAPRA, 2006). Isso acontece em muitas direções e seu fluxo não é e não deve ser controlado, apenas administrado (AMARAL, 2012). Essa é a característica de não linearidade da rede, que traz a importância sobre a comunicação em processos não verticalizados, em que qualquer membro da rede pode colocar a informação em circulação (CAPRA, 2006).

Na rede de proteção o fluxo de informação é gerado pela denúncia da violência o que torna necessário, no entanto, o envolvimento do Estado, com apoio financeiro, menor burocracia no fluxo da informação, e incentivo a integração entre as instituições responsáveis pelas crianças e adolescentes, dentre outras ações que facilitem a operacionalização dessas informações (NJAINÉ *et al.*, 2007).

Nesse sentido, Capra discute que o padrão da rede submete o sistema a uma não linearidade e não verticalização, de modo a levar a estrutura a diversos sentidos e direções (CAPRA, 2006; CAPRA, 2005 b). Ao contrário das relações verticais que contêm relações hierárquicas com subordinação, na qual os que estão acima possuem mais poder de decisão daqueles que estão abaixo, o trabalho em rede propõe a não hierarquização (AMARAL, 2012).

No entanto, no âmbito da operacionalização da rede também pode ocorrer uma lógica inversa, quando acontece uma concentração de poder, como a detenção de conhecimentos tecnológicos com finalidades mercadológicas e relações de trabalho dependentes, perdendo-se o princípio de integralidade, e mantendo-se uma relação verticalizada entre os integrantes da rede. Ao contrário do propósito da rede, que é o de não subordinação, não existe hierarquização com pessoas que mandam e outras que obedecem (AMARAL, 2012).

Essas redes podem focar seu trabalho na proteção e promoção da qualidade de vida na infância e adolescência, reforçando a necessidade da integração de diferentes setores para este fim. Envolve aspectos macroestruturais, políticas e articulação interna para mobilização das intervenções. As instituições podem desempenhar mecanismos que interferem tanto positiva quanto negativamente, e estes por sua vez, desencadear uma série de efeitos subsequentes sobre a rede de proteção (COSTA; BRIGAS, 2007).

As redes de proteção são sistemas promissores com objetivos de promover a proteção infantil e prevenir a violência contra a criança e o adolescente, por meio da integralidade de ações de diferentes atores sociais, como o governo, ONGs, empresas privadas, e sociedade civil, em específico as famílias (NJAINÉ *et al.*, 2007).

O intuito da articulação desses membros em uma rede de proteção segue o objetivo comum de melhorar o impacto das propostas e ações, em atendimento e combate à violência por meio de processos cognitivos e de comunicação (DESLANDES, 2006). É uma estratégia de trabalho que permite a descentralização, a tomada de decisões, e a atuação em conjunto com diferentes setores da sociedade (COSTA; BRIGAS, 2007; MARTINHO, 2003).

Para atender a complexidade da violência, faz-se necessária a integração de diversas áreas do conhecimento por meio de medidas dinâmicas e criativas de combate ao fenômeno. A área da saúde pode confirmar o diagnóstico, realizar encaminhamento para os serviços de saúde mental, e combater o tratamento de fatores fortalecedores da violência, como o uso de álcool e outras drogas e demais fatores de risco, e realizar o acompanhamento das crianças e suas famílias (DESLANDES, 2006).

O setor da educação pode estar atento para um acompanhamento diferenciado da criança ou do adolescente com apoio pedagógico, reduzindo possíveis distúrbios de aprendizagem, reunindo pais em grupos de orientação e acompanhamento (BRASIL, 2006).

A Vara da Infância e da Juventude pode atuar com medidas judiciais para destituir o pátrio poder ou estabelecer regras para a guarda da criança, determinar tratamento para a vítima e sua família, e requerer a prisão do agressor (MARTINS; JORGE, 2009). Portanto, as redes de proteção não significam um novo serviço, mas a noção de um trabalho de integração intersetorial entre as instituições que desenvolvem atividades para a proteção infantil (BRASIL, 2006).

Entre os objetivos que são considerados comuns a todos os setores que atuam na proteção da criança e do adolescente, encontram-se a interrupção do ciclo da violência, a superação dos traumas, a prevenção dos danos secundários e demais sequelas adquiridas na situação de violência, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, o mapeamento de organizações, serviços, programas e projetos por níveis de complexidade, visando construir fluxos de denúncia e

notificação e atendimento com vistas à defesa da vítima e responsabilização do agressor (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

O conceito de rede adotado permite várias possibilidades para abordar o cuidado à saúde a diferentes grupos como as famílias, vizinhos, portadores de doença crônica, crianças, entre outros grupos. (GUTIERREZ; MINAYO, 2008). Corrobora-se com o conceito de que a rede é uma estrutura aberta composta por nodos interconectados, que permitem a expansão por meio da integração de novos nodos, compartilhando códigos de comunicação que expressam conceitos, valores e objetivos de um grupo ou população (CAPRA, 2005 a; CAPRA, 2006).

Teorias que ensejam melhor explicitar as relações da rede como sistema vivo, necessitam explorar tanto estudos do padrão, também chamado de forma, ordem ou qualidade, quanto estudos da estrutura que analisa a substância, a matéria e a quantidade, pois os organismos vivos possuem um padrão de organização de incorporação contínua entre padrão e estrutura (CAPRA, 2006).

O padrão de um sistema precede sua incorporação física, envolve a organização, descreve os componentes da estrutura que são abstratos, pois permeiam o campo das relações, porém, também podem ser mapeados (CAPRA, 2006).

A rede detém um padrão organizacional que prima pela descentralização na tomada de decisão, pela democracia, flexibilidade, pelo dinamismo de sua estrutura, alto grau de autonomia de seus membros, e pela horizontalidade das relações entre os seus elementos (OLIVEIRA *et al.*, 2006). A rede de proteção contra a violência pode requerer contribuições variáveis de intervenções e membros de diversos setores envolvidos, de acordo com a complexidade de cada caso (HABIGZANG *et al.*, 2006).

Capra traz ainda a importância de reconhecer a estrutura da rede, que pode ser evidenciada pela incorporação física do padrão de organização. A materialização dos componentes da rede é um importante divisor entre padrão e estrutura (CAPRA, 2006). As redes possuem certas propriedades estruturais, tais como: tamanho, densidade e composição (MARTINHO, 2003).

Para a compreensão da auto-organização das redes, faz-se necessário entender os três critérios: padrão, estrutura e o processo, este último, consiste na incorporação do padrão e estrutura (CAPRA, 2006). A estrutura está integrada ao padrão, e a exemplo das redes sociais, uma determinada composição dos membros

pode acarretar em habilidades diferentes, de acordo os padrões de relacionamento existentes, da mesma forma, os membros dependem da estrutura e sua estrutura é composta pelas ações dos atores (BORGATTI *et al.*, 2009).

As informações que circulam na rede podem gerar mudanças e situações críticas, o que não significa que sempre ocorrerá um comprometimento equivalente no sistema. Em sistemas não lineares, como se classifica a rede de proteção, pequenas mudanças podem causar efeitos dramáticos, porque podem ser repetidos de maneira errônea, reforçando a sua realimentação inadequada (CAPRA, 2006).

A circulação inadequada de informações é prejudicial e pode resultar em não notificações ou danos na atuação da rede, assim como, a subnotificação compromete a compreensão da amplitude do problema e limita os recursos econômicos que poderiam ser investidos para a sua prevenção (NJAINÉ *et al.*, 2007).

As dificuldades nessa forma de organização foram explicitadas em um estudo realizado para identificar fatores de risco e de proteção da rede de atendimento às crianças vítimas de violência sexual em Porto Alegre/RS, no qual se apontou que a comunicação entre as diversas instituições que atuaram nos casos foi mínima, comprometendo, assim, todo o trabalho em rede. Esse trabalho deveria ser integrado para potencializar as ações protetoras da criança, e combater a violência em todas as esferas da rede (HABIGZANG *et al.*, 2006).

Outro estudo que discutia a experiência de duas redes de proteção à criança no Sul do Brasil, mostrou que o problema de comunicação encontrado consistia em algumas informações repetidas e apresentadas superficialmente, inclusive em laudos técnicos profissionais, com grande enfoque no processo e deslocamento para o segundo plano da vítima e seus familiares (NJAINÉ *et al.*, 2007).

Essas redes não só têm a tarefa de proteger em larga escala, mas também de fazer com que a violência, suas causas e consequências sejam reconhecidas como um problema que afeta os indivíduos e a coletividade (NJAINÉ *et al.*, 2007). Seu campo de atuação abrange desde acolhimento inicial aos casos denunciados, apoio familiar, orientação e educação comunitária, e capacitação dos profissionais, a fim de prevenir novas formas de violência (GOMES *et al.*, 2007), até mesmo estratégias de punição, e tentativa de articulação das instituições parceiras com o propósito de alcançar intervenções adequadas para o enfrentamento da problemática (HABIGZANG *et al.*, 2006).

As redes sociais trazem essa nova maneira de olhar o mundo sob as diferentes formas de interações entre os seres e suas teias de relações. Constituem um grande advento que auxilia a compreensão da complexidade da vida social, seja pela elaboração de respostas políticas locais, rápidas e eficazes, para assegurar a ampliação dos direitos de exercício da cidadania, ou pela participação social, que é uma das pontes necessárias para o atendimento das reais necessidades da sociedade (MARTINS; FONTES, 2008).

No Brasil a história das redes de proteção à infância e adolescência foi impulsionada pelas mobilizações sociais das organizações não governamentais no final da década de 1980 (DESLANDES, 2006; COSTA; BRIGAS, 2007). Pode-se incluir nesta história a criação do Fórum Nacional Permanente de Entidades Não Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - Fórum DCA, em 1988 que veio reafirmar a concepção de proteção integral com a definição de criança como cidadã com prioridade absoluta nacional, e também articulou, formulou e garantiu a aprovação pelo Congresso Nacional do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, que traz a definição de direitos e deveres da sociedade para a proteção infantil (MARTINHO, 2003; DESLANDES, 2006; COSTA; BRIGAS, 2007).

## 2.2 A COMPLEXIDADE DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA

Existem muitas definições para a violência, e apesar dessa polissemia de conceitos, corrobora-se com a concepção da Organização Mundial de Saúde, a qual associa a intencionalidade com a prática do ato violento, independente do resultado obtido. Portanto, consiste no uso intencional da força ou do poder que o agressor utiliza de forma real ou em ameaça dirigido a si próprio ou contra outra pessoa, contra um grupo ou comunidade que ocasione ou tenha a probabilidade de decorrer em lesão ou danos físicos, psicológicos, deficiência de desenvolvimento, privação e em casos extremos a morte (OMS, 2002; BRASIL, 2007).

Para Aranha e Martins (2005), a violência possui um caráter de disputa ou conflito no qual os interesses divergem ocasionando um uso abusivo da força. Existem motivações que levam pessoas as mais diversas intenções de matar, ferir, prender, ameaçar, impedir de agir, humilhar, destruir bens ou roubar determinada coisa.

A discussão sobre o uso abusivo de poder nas relações humanas culminou em novas formas de abordar a violência, não mais como um fenômeno natural e individual, e sim como um problema social que atinge as coletividades. Tal fato motivou várias discussões em nível sociopolítico e internacional como a quadragésima nona Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra, que transcorreu sobre a preocupação mundial com o aumento da incidência de lesões intencionais, que, em geral atingem pessoas de várias faixas etárias (OMS, 2002).

É importante compreender a violência como um problema de manifestações e repercussões com raízes sócio-históricas, que se evidenciam no caminhar da humanidade. Esse entendimento nos remete à ideia de que originalmente a violência não é um problema de saúde. Entretanto, configura-se uma questão de saúde pública por ameaçar a saúde individual e coletiva com prejuízos em curto e longo prazo para os serviços deste setor, mobilizando ações de prevenção, enfrentamento, formulação de políticas específicas e reorientação de práticas, instituições e projetos que auxiliem no seu combate (MINAYO, 2007).

Esse fenômeno pode ser observado no cotidiano e na trajetória humana como forma de expressão da agressividade, um mecanismo de defesa do ser

humano, a reatividade em situações de estresse, com finalidade na sobrevivência da espécie (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

Atualmente, discute-se no âmbito mundial sobre a percepção de um aumento da violência em especial dos maus tratos na infância, com expressões deste debate veiculado pela mídia. Entretanto, é necessário correlacionar isso às mudanças culturais que ocorreram nas últimas décadas, e seu conseqüente desenvolvimento nos campos sociais e da saúde, e que fizeram com que este problema se tornasse evidente, com grande nível de preocupação coletiva (RICAS; DONOSO; GRESTA, 2006).

A violência consta nos debates em diversas esferas da sociedade e também é objeto da mídia na sociedade brasileira. Sabe-se que as suas origens enveredam por trajetórias sócio-históricas com fatores multicausais, e, justamente por isso, deve ser enfrentada pela articulação de diversos setores e instituições do poder público e da sociedade, com uma ação em rede (BRASIL, 2007).

Defende-se que a violência contra crianças tornou-se uma preocupação da humanidade e na sociedade, devido ao histórico de abusos contra crianças acompanhados de certa desatenção jurídica, culminando em casos de abandono, espancamentos, assassinatos, abusos físicos e sexuais (DAY *et al.*, 2003).

É bastante difundido que crianças sofreram as repercussões da violência, antes que o tema fosse melhor esclarecido entre estudiosos e defensores da causa. O primeiro estudo científico sobre a violência contra a criança foi realizado na França, em 1860, pelo Prof. Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris, que correlacionou o conceito de criança maltratada aos sintomas possíveis para a identificação no caso (DAY *et al.*, 2003).

Nos Estados Unidos, a violência cometida contra crianças veio ao conhecimento do público por meio do caso da menina Mary Ellen, de oito anos, que foi severamente maltratada, e a discussão do caso culminou com a criação da Fundação Sociedade de Prevenção da Crueldade contra Criança em 1874. Já no século XX, a violência doméstica foi debatida por Caffey (1946), que descreveu outra síndrome, na qual as crianças apresentavam hematomas subdurais associados a múltiplas fraturas de ossos longos, de origem traumática. (DAY *et al.*, 2003).

Todavia, a violência toma maior destaque nas agendas de debate político-sociais na área da saúde e no mundo a partir da década de 1980. Na década de

1990 surge atrelada às rediscussões da OMS para diferenciar a violência da classificação anteriormente adotada de “causas externas”. Tal definição aloca em uma única classificação homicídios, suicídios, acidentes, lesões, ferimentos, fraturas, queimaduras, envenenamentos, intoxicações, agressões interpessoais e coletivas. A inespecificidade da violência restringia os acontecimentos a acidentes, lesões e traumas (MINAYO, 2007).

No Brasil houve um movimento de inserção da violência nos debates das agendas de cidadania, com discussões sobre a crescente criminalidade que coincidia com o final da ditadura, período em que os movimentos sociais buscavam a democratização do país. Nesse momento, estabeleceram-se alianças entre instituições de direito, entidades não governamentais e organizações internacionais (MINAYO, 2007). O ECA vem para reafirmar o dever do Estado, da família e da sociedade em prover segurança e outros direitos que protegem a criança contra a violência (CARVALHO *et al.*, 2008).

Os diversos tipos de violências, acidentes, enfermidades crônicas e degenerativas, configuram um novo perfil no quadro atual dos problemas de saúde mundo. Na década de 1980, no Brasil, os casos de acidentes e violência configuraram-se a segunda causa de óbito na população geral. Esse novo perfil alarma em decorrência de seu número de vítimas (MINAYO, 2007).

Na década de 1990, no Brasil, um milhão de pessoas morreu por causa de violências e acidentes, classificados internacionalmente como causas externas, sendo que dessas 400 mil sofreram homicídios. Compreende-se que vários aspectos contribuem para esta problemática, como o estilo de vida, condições sócio ambientais, maior longevidade e qualidade de vida, entre outros (MINAYO, 2007).

A violência aumenta a demanda para serviços de urgência e emergência, ambulatoriais e de reabilitação, de vigilância à saúde e órgãos de segurança pública (BRASIL, 2007). Há que se considerar que as discussões acerca do tema violência e sua inclusão nas pautas do setor saúde vêm ocorrendo lentamente, e que a preocupação nesta área se deu primeiramente na dimensão da violência contra a criança (MINAYO, 2007).

De acordo com o relatório da Assembleia Mundial de Saúde, as mulheres e crianças requerem atenção especial, devido a suas características de vulnerabilidade. Soma-se a essa inquietação, o conhecimento acumulado ao longo dos anos de que todas as formas de violência podem gerar complicações imediatas,

e em longo prazo para a saúde, desenvolvimento psicológico e social dos indivíduos, famílias, comunidades e países (OMS, 2002).

Ampliar o conhecimento sobre o fenômeno violência, suas causas e consequências para os serviços de saúde em diversos lugares do mundo, permitiu entender que havia aí um importante problema de saúde pública devido aos efeitos prejudiciais que ocasionavam à saúde dos indivíduos, das crianças, das comunidades e da sociedade em geral (ALGERI, 2005; BRITO *et al.*, 2005).

Identificar a natureza dos atos violentos, o cenário em que ela ocorre e as motivações, pode auxiliar na compreensão de complexos padrões de violência. Contudo, suas manifestações podem ser percebidas de forma associada e nem sempre são claras (COMITÉS DE LA SAP, 2003; BRASIL, 2002).

Nesse sentido, exigiram-se formas de classificação para melhor compreender o fenômeno, e, de acordo com a proposta da OMS (2002), ela pode ser caracterizada quanto ao tipo de autor e do ato agressivo em três categorias: auto infligida, interpessoal e coletiva.

A auto infligida é aquela violência dirigida a si mesmo; é subdividida em comportamento suicida e autoagressão, inclui pensamentos e tentativas de suicídio, pode se manifestar como autoinjúrias, autoagressão ou automutilação e, em sua maior gravidade, suicídio (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência interpessoal pode estar relacionada a duas subcategorias, a violência doméstica e comunitária. Quando esta é praticada por sujeitos que possuam laços de parentesco com a vítima – como parceiro íntimo, pais e outros membros da família independente de consanguinidade – denomina-se intrafamiliar ou doméstica. O primeiro grupo pode estar relacionado aos abusos perpetrados por familiares geralmente contra crianças, parceiros íntimos e idosos, e o segundo é cometido por pessoas que frequentam o ambiente doméstico além de familiares, incluem-se empregados e outras pessoas que frequentam habitualmente o lar da criança (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Entre os diferentes tipos de violência, há que se discutir especificamente a violência doméstica devido a sua maior incidência na população infantil, trata-se de uma expressão da violência interpessoal que acontece no ambiente privado do lar, e dado essa especificidade torna-se de difícil a identificação, pois se espera que a família e o lar sejam espaços seguros para as crianças. Na relação familiar na qual existem relações claras de poder, as vítimas são os membros mais vulneráveis do

quadro familiar, nesta sequência: crianças e mulheres (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

Essa visão traz a violência familiar contra a criança como uma das causas mais frequentes de abuso dos direitos da infância, pois expressa que as dinâmicas de poder e afeto do mundo privado familiar podem abarcar situações de subordinação e dominação (SANTOS; FERRINANI, 2007).

A violência doméstica e os maus tratos à criança são relatos reais ao longo da história da civilização ocidental, e vêm sendo abordada de diferentes maneiras pela sociedade, pois, percebe-se que cada cultura estabelece uma forma de olhar sobre o fato de acordo com o contexto (RICAS; DONOSO; GRESTA, 2006).

A violência é confundida com educação, situação em que os pais atestam o objetivo de reestruturar comportamentos e vontades da criança, tornando-a um ser dócil e obediente. Obscuro nesse discurso é o fato de que a criança é considerada ser socialmente inferior, e os pais detentores do pátrio poder estão aptos ou autorizados a determinar regras, o que acontece por vezes na aplicação de castigo corporal, palmadas, surras com chicote e outros objetos (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

Um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência da violência doméstica e comunitária entre suíços e estrangeiros, identificou que 67,3% dos casos eram violência doméstica e 21,8% eram violência comunitária (MORIER-GENOUD *et al.*, 2006). Dados semelhantes foram encontrados na Rede de Proteção à Criança de Curitiba (CURITIBA, 2008).

Quando a violência é praticada por pessoas sem vínculo de parentesco e fora do ambiente do lar, chama-se comunitária, e a vítima pode ou não conhecer o agressor (OMS, 2002). Nessa classificação se encontram as agressões à infância e juventude, atos variados de violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos, estupro ou ataque sexual por desconhecidos (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência coletiva pode ocorrer devido a abusos de força de grupos sociais ou do próprio estado em âmbito social, político e (ou) econômico (OMS, 2002). Dentre os tipos de violência coletiva presentes na humanidade podem ser citados aqueles com caráter de crenças e idealizações sociais, a exemplo, dos crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Outra forma de classificação inclui a descrição do fenômeno segundo a natureza do ato violento observado, proposta pelo Ministério da Saúde. Divide-se em violência: Física, Sexual, Psicológica, Privação ou negligência (BRASIL, 2002).

Por abusos físicos compreendem-se atos violentos por meio da força física intencionalmente, cujo objetivo é ferir, lesar ou destruir a vítima, com acometimento de marcas visíveis ou não (WHO, 2006). As agressões dessa natureza incluem tapas, beliscões, lesões e traumas, uso de objetos e instrumentos, queimaduras, sufocações e mutilações. Na literatura, esse tipo de agressão surge por vezes como forma de castigo e educação das crianças pelos pais ou responsáveis (BRASIL, 2002; DAY *et al.*, 2003; DESLANDES, 2006).

É importante ressaltar que para identificar as lesões de natureza física é relevante correlacionar as informações obtidas sobre o ambiente em que vive a vítima, estar atento para histórias discrepantes e incompatibilidades entre os dados a história informada e o exame físico (SÃO PAULO, 2007).

Próximo ao século XVIII datam-se registros sobre a prática de castigos, punição física, espancamentos com uso de chicote, ferros e paus às crianças. Tais medidas eram empregadas com objetivo de que as crianças não fossem atingidas por influências negativas (DAY *et al.*, 2003).

O abuso sexual configura-se o ato ou jogo sexual de relação heterossexual ou homossexual. O agressor é um sujeito em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança e o adolescente, com intenção de estimulá-la sexualmente ou conseguir satisfação sexual por meio de práticas eróticas e sexuais, voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos, contato sexual com ou sem penetrações, e acompanhadas por indução e ameaças (BRASIL, 2002, HABIGZANG *et al.*, 2005; SÃO PAULO, 2007; ).

Nessa tipologia acrescentam-se os casos de exploração sexual com vistas ao lucro, à prostituição e pornografia (BRASIL, 2002). Dados de um estudo em 314 municípios brasileiros delinearam o perfil de 28.000 crianças e adolescentes em situação de violência, atendidas no segundo semestre de 2005 pelos Serviços de Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, e permitiram constatar que possui maior vulnerabilidade para a violência sexual a faixa etária de 07 a 14 anos, cerca de 63,38% dos casos foram nesta idade, requerendo atenção das políticas públicas de saúde (SÃO PAULO, 2007).

Um estudo discutiu também que a prevalência de abuso sexual de crianças na população tem sido subestimada nos países em desenvolvimento. Nesse estudo realizou-se um inquérito com pessoas com mais de 14 anos para avaliar a prevalência de abuso sexual na infância, e os dados evidenciaram que essa violência incidu em 3,9% da amostra. Do total de 1.954 indivíduos, em mais de 80% o episódio de abuso sexual ocorreu antes de completarem 19 anos de idade, 63% aconteceram antes dos 15 anos, 49% antes dos 13 anos, 27% antes de 8 anos, e 6% antes de completarem quatro anos de idade (BASSANI *et al.*, 2009).

Atualmente, é possível perceber mudanças culturais que caminham rumo à valorização das crianças e mulheres. Existe uma reflexão na sociedade quanto ao poder do homem sobre a mulher e a relação de pais e filhos, aponta-se um maior acesso e organização dos serviços de saúde e sociais que identificam e abordam este fenômeno por meio de registros e formas de comunicação. Esses fatores se coadunam para que a “lei do silêncio” antes imposta seja quebrada, e a violência contra esse grupo possa ser reconhecida (RICAS; DONOSO; GRESTA, 2006).

O abuso psicológico se classifica como formas de rejeição, discriminação, depreciação, desrespeito, punições, humilhações e cobranças exageradas, assim como abuso da criança para atender às necessidades psíquicas do adulto. Sua confirmação é difícil devido à falta de materialidade sobre o ato, ou por estar associado às demais naturezas de violência. Contudo, pode prejudicar o crescimento biopsicossocial e o desenvolvimento da criança e do adolescente, com risco de afetar negativamente a formação da personalidade deste ser (BRASIL, 2002; WHO, 2006).

A violência psicológica, assim como a física, também é frequente no ambiente domiciliar por adultos que denigrem ou ameaçam as crianças/adolescentes, em nome de uma educação rigorosa ou por hostilidade (BAZON, 2008).

Um tipo de violência que pode levar a comprometimentos físicos e psicológicos é a síndrome de Munchausen, situação em que pais ou responsáveis falseiam sinais e sintomas da criança ao levá-la em serviços de saúde, podem solicitar exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão de substâncias e consultas e internações sem motivo (BRASIL, 2002; ALVES; VIANA, 2003).

A negligência e o abandono são omissões das necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança ou adolescente cometidas pelos pais ou responsáveis pela criança (WHO, 2006; BRASIL, 2002). Esta pode ser privada de cuidados básicos, como a falta de acesso a medicamentos, descuidos com a saúde, a higiene precária, a ausência de proteção das intempéries do clima, o não provimento de condições para que a criança frequente a escola, dentre outros (SÃO PAULO, 2002; ALVES; VIANA, 2003). O abandono é uma forma extrema da negligência (WHO, 2006; BRASIL, 2002).

Entretanto, na questão negligência há de se considerar que o Brasil é um país com muitas famílias pobres, e este tipo de violência pode tecer dilemas em seu diagnóstico, em virtude de confrontos entre as condições socioeconômicas da população, a disponibilidade de dispositivos estruturais que possuem e a intencionalidade do abuso. Por tais razões é imprescindível a comparação dos recursos que as famílias podem proporcionar em uma mesma classe social e para seus membros (BRASIL, 2002).

Minayo, em 1994, abordou um tipo específico de violência que tem a ver com a negligência do poder público e sociedade para famílias vulneráveis. A violência estrutural acontece em vários tipos de organizações, quer na família, quer em sistemas econômicos, culturais e políticos, e pode ocasionar opressão de grupos da sociedade, de modo a causar o sofrimento, por vezes com mecanismos de socialização que fazem com que os indivíduos aceitem passivamente o sofrimento.

Em princípio, essa forma de agressão não é evidente, portanto, a própria vítima assim como o agressor não são identificados facilmente. Quando se percebe a exploração injusta em uma determinada estrutura faz-se necessário combatê-la socialmente. Esta mazela perpetua-se como um “estado de violência”, que restringe a grande parte da população os direitos fundamentais para a vida com dignidade, devido ao acúmulo de riqueza e a uma distribuição desigual e injusta dos bens (ARANHA; MARTINS, 2005).

A negligência pode privar indivíduos de direitos básicos, como a saúde, alimentação, educação, segurança, afeto, lazer e a própria vida (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

A violência estrutural é consequência da desigualdade social encontrada em nosso país; fato este que favorece a violência interpessoal em diferentes segmentos sociais, a exemplo da família. Contudo, é preciso refletir que a própria violência

propaga o fenômeno em forma de rede, pois a violência estrutural e a violência interpessoal podem criar vítima e agressores (COSTA *et al.*, 2010).

Sabe-se que as crianças pobres apresentam 22 vezes mais riscos de serem maltratadas, 56 vezes mais riscos de sofrerem negligência para a educação e 60 vezes mais riscos de morrer por abuso ou por negligência, quando comparadas a crianças de classe média (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

Em relação à epidemiologia da violência contra crianças, o relatório da Organização Mundial de Saúde, em 2008, aponta que violência e lesões por causas externas são responsáveis pelas mortes e incapacidades físicas e psicológicas de dezenas de milhões de crianças, por ano; estima-se que 950.000 crianças abaixo dos 18 anos morram por estas causas (MOCK *et al.*, 2009).

No Brasil a taxa de mortalidade na infância em 2002 devido à violência e causas externas foi de 25% de mortes de crianças na faixa etária de 1 a 9 de idade. E quando a faixa etária se aproxima da adolescência esses dados aumentam e elencam o agravo como a primeira causa entre todas as mortes ocorridas na faixa etária de 5 a 19 anos (BRASIL, 2002).

Para melhorar ou aprimorar o sistema de informação, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a fim de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes. O intuito desta ação é conhecer a magnitude desse problema de saúde pública. Os eventos violentos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) foram lesões autoprovocadas voluntariamente/tentativa de suicídio (X60-X84), agressões (X85-Y09), maus-tratos (Y05-Y07) e intervenção legal (Y35) (BRASIL, 2009 b).

Para realizar essa coleta de informações do VIVA sentinela, foi elaborado um estudo descritivo, de corte transversal, cujos dados foram coletados no período entre setembro e novembro de 2006 e 2007, em 65 serviços de emergência credenciados ao SUS, localizados em 34 municípios e no Distrito Federal, abrangendo 23 Unidades da Federação (UF), e um dos municípios selecionados foi Curitiba/PR (BRASIL, 2009 b).

A respeito dessa pesquisa do VIVA em 2006, foram registrados 46.531 atendimentos, dos quais 41.677 (89,6%) foram devidos a causas acidentais e 4.854 (10,4%) foram classificados como eventos de natureza violenta. Destes 4.854 casos de violência, 4,7 % ocorreram na faixa etária de 0 a 9 anos de idade, 4,5% dos 10

aos 14 anos, e dos 15 aos 19 anos foram registrados cerca de 15, 3% dos casos (BRASIL, 2009 b).

Em 2007 percebeu-se um aumento desses casos de violência, sendo registrados 59.544 atendimentos, dos quais 53.788 (90,3%) foram devidos a causas acidentais e 5.756 (9,7%) classificados como eventos de natureza violenta. Os eventos de natureza violenta como agressões e maus tratos correspondem a 5.159, (89,6%), seguidas das tentativas de suicídio (9%) e intervenção legal (1,4%). Na infância e adolescência representou 5,5% dos maus tratos correspondentes à faixa etária de 0 a 9 anos, 5 % dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos cerca de 14,7 % (BRASIL, 2009 b).

Em relação aos tipos de direitos, o SIPIA indica que as principais violações das crianças no Brasil ocorrem no âmbito da convivência familiar e comunitária, atingindo, em 2009, cerca de 12.680 crianças e 9.251 adolescentes, conforme indica a tabela 1 adaptada do site do órgão.

TABELA 1 – TIPOS DE DIREITOS VIOLADOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA EM 2009, NO BRASIL, SEGUNDO SIPIA, 2011

DIREITO VIOLADO		CRIANÇA	ADOLESCENTE	TOTAL
Convivência Familiar e Comunitária		12680	9251	22111
Educação/ Lazer	Cultura/ Esporte/ Lazer	8590	9463	18053
Liberdade, Dignidade	Respeito,	4387	7306	11693
Profissionalização no Trabalho	e Proteção	191	753	944
Vida e Saúde		1681	1672	3353
Total		27709	28445	56154

FONTE: SIPIA (2011), adaptado do site: <http://portal.mj.gov.br/sipia>

Desses 56.154 casos notificados ao SIPIA em 2009, o Estado do Paraná ocupou o primeiro lugar, com maior número de notificações de violência contra a criança, responsável por 43.198 casos, sendo que 21.123 crianças e 22.075 adolescentes. Ainda segundo o SIPIA, o estado que apresentou o menor número de

casos foi o Rio Grande do Norte, com três eventos no total, sendo um com criança e dois ocorridos com adolescente (SIPIA, 2010).

Além das informações do SIPIA e dados das fichas de notificação da violência aos órgãos competentes, podem reconhecer a violência os dados divulgados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade-(SIM) e as autorizações de internação em hospitais públicos disponíveis no (SIH-SUS), pois, representam importante fonte de dados e informação sobre a violência no país. Entretanto, sabe-se que existem dificuldades no uso dessas ferramentas como indicadores, visto que, tais dados expressam apenas os casos violentos fatais, cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação (BRASIL, 2009 a; COSTA *et al.*, 2007).

Estudos apontam que a mortalidade da violência expressa apenas a ponta de um iceberg, ou seja, as mortes violentas que são registradas obscurecem a extensão dos eventos não letais e uma grande proporção de casos subnotificados (MINAYO, 1999; SOUZA; LIMA, 2007). Estima-se que, para cada óbito infantil em decorrência da violência, existam 18 internações hospitalares no SUS, excluídos os atendimentos emergenciais (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Neste estudo, não foi possível obter dados epidemiológicos do município de Colombo, visto que, as informações não eram sistematizadas, e alguns conselheiros não tinham capacitação para trabalhar com o programa informatizado do SIPIA, prejudicando desta forma a realimentação do sistema.

Ao compreender que a violência é um problema complexo, expressa por dados epidemiológicos alarmantes e comprometedores aos serviços de saúde, diversos segmentos da sociedade, inclusive na dimensão da saúde pública, criam propostas para o seu enfrentamento (MINAYO, 1999). As especificidades da violência reforçam a necessidade do trabalho em rede, convocando e articulando políticas públicas para a abordagem integral da criança. A violência é multicausal, e as necessidades de intervenção não se esgotam em um único projeto ou instituição (DESLANDES, 2006).

Como forma de enfrentamento desse problema na sociedade brasileira foi criado e implantado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, legislação nacional, que determina as necessidades de crianças e adolescentes, bem como os direitos fundamentais que garantem seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, sem prejuízo desta proteção integral (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a família, a comunidade, o poder público e a sociedade em geral compartilham a responsabilidade na efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, ao lazer e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Nessa mesma perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (2002) afirma que os profissionais da área da saúde são importantes agentes a prestar atendimentos às vítimas de violência, seja no atendimento de caráter agudo ou crônico, visto que possuem capacidades técnicas singulares nestes casos, que repercutem na inserção de posição favorável na comunidade, quando os sujeitos se confrontam com a situação de violência (OMS, 2002).

De acordo com o ECA, os profissionais de saúde se tornam sujeitos fundamentais no processo de combate à violência, e têm o dever moral e ético de denunciar os maus tratos de crianças e adolescentes que identificam ou desconfiam. Essa obrigação não está sujeita a qualquer tipo de crença pessoal, relações subjetivas, apoio ou não ao uso de punição física (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

O Art.13 do ECA discute a obrigatoriedade de notificar os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos ao conselho tutelar da região, com penalidade prevista de três a vinte salários para os profissionais que deixem de fazer esta comunicação. A notificação é um dos instrumentos de garantia dos direitos de proteção social de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Há que se enfatizar que a prática da notificação possibilita que diversos atores possam vigiar e sinalizar casos de violência, e entre eles estão: profissionais de saúde, educação, assistência social, conselhos tutelares e da justiça. Com essa ferramenta podem ser adotadas medidas imediatas para interromper o ciclo de violência, melhorar encaminhamentos e sistematizar informações para um diagnóstico que subsidie a formulação de políticas de atendimento eficientes e eficazes (BRASIL, 2009 a).

Na prática cotidiana dos serviços e profissionais que prestam cuidado à criança, verificam-se subnotificações da violência, relacionadas a várias dificuldades, como a falta de conhecimento e a resistência dos profissionais de saúde em identifica-lá e notifica-lá (BRASIL, 2006).

A legislação sobre maus-tratos no Brasil têm como herança os moldes americanos, que preconizam a obrigatoriedade da notificação e o encaminhamento aos órgãos competentes de casos de violência, com repercussões punitivas para os profissionais que deixam de fazer este comunicado. No entanto, há de se considerar que a rede de serviços disponíveis ainda é deficitária, com lacunas dos mecanismos legais de proteção aos profissionais (SANTOS; FERRIANI, 2009).

Um estudo apontou que os médicos da atenção primária subestimam os casos de violência, o que pode prejudicar a interrupção do seu ciclo com graves consequências para as vítimas. Essa dificuldade na identificação dos casos se deve em parte ao tempo limitado para o atendimento da vítima, falta de formação ou qualificação, e a sensação de que o profissional pouco pode contribuir para cessar o agravo (MORIER-GENOUD *et al.*, 2006).

Somando-se aos problemas de notificação de violência, existe a própria complexidade em se enfrentar o agravo. Isto repercute na atuação dos serviços de saúde, pois estes não atuam diretamente sobre a causa objetiva da violência, às vezes por não ter clareza de sua determinação, e atuar com certa generalização da epidemia (BRASIL, 2007).

O que se observa é uma restrição de atendimentos às vítimas, com recuperação incerta, e por vezes atendimentos insatisfatórios, contrapondo a gastos econômicos cada vez mais crescentes, intensificados na atenção intensiva, leitos hospitalares e ambulatoriais e recursos materiais. Contudo, ainda que pontuais, as ações do setor saúde são fundamentais na organização na sociedade, pois a finalidade desse setor é proteger a saúde dos indivíduos e coletividade, e, assim, o tenta desempenhar (BRASIL, 2007).

No entanto, os serviços de saúde devem possuir olhar ampliado na preservação dos direitos dos indivíduos, guiando sua atuação para reparar as consequências do agravo, além de medidas de prevenção na atenção e cuidado às vítimas e suas famílias em situação de sofrimento, acolhendo, valorizando a pessoa para a construção de vínculos que favoreçam a recuperação e a instituição de sistemas de proteção da saúde e bem-estar (BRASIL, 2007).

Para tanto, os profissionais de saúde precisam atuar com enfoque na prevenção da violência, comprometer-se e informar os casos reconhecidos; com isso pode-se evitar que a violência se prolongue. Ao lado disso faz-se necessário agregar

o apoio de diferentes profissionais para estudar e enfrentar o problema (ZOTTIS; ALGERI; PORTELLA, 2006).

É preciso trabalhar a prevenção da violência no nível estrutural e de promoção da saúde, combatendo a pobreza, a desigualdade, o desemprego, propondo políticas voltadas aos fatores de risco para a violência, com ações sociais para grupos mais vulneráveis, e para prevenir vítimas das sequelas da violência envolvendo-as em uma rede de atenção ao agravo (MARTINS; JORGE, 2009).

E ainda para a prevenção, sensibilizar a população quanto à importância dos telefones e serviços para se efetivar a denúncia e o caráter sigiloso das informações. Faz-se necessário também investimento na sensibilização da comunidade, por meio da mídia, da capacitação continuada dos profissionais da Rede de Atendimento e o envolvimento das autoridades para reavaliação do funcionamento burocrático dos conselhos tutelares nos municípios (COSTA *et al.*, 2007).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A metodologia qualitativa permite analisar e interpretar dados de forma mais profunda, considerando a complexidade humana em seus diversos aspectos. O conteúdo pode ser avaliado em suas dimensões psicossociais.

A análise da pesquisa qualitativa envolve a exploração da investigação com planejamento e embasamento teórico para não perder o contexto geral (MARCONI; LAKATOS, 2004). Engloba o significado e a intencionalidade como atos das relações humanas nas organizações e estruturas sociais, pois permite abordar uma realidade subjetiva, que não poderia ser quantificada, percorrida por atores sociais que expressam sistema de valores, significados e conflitos (MINAYO; GOMES, 2008).

Em muitos casos, a pesquisa qualitativa não precisa guiar-se por informações estatísticas, sem afirmar que sejam especulativas, possuem objetividade e validade conceitual e favorecem o pensamento científico. Isso aponta para o fato de que nem todos os fenômenos possuem relações estatísticas, portanto, as hipóteses podem ser variáveis (TRIVINÕS, 2008).

O estudo de caso consiste em uma modalidade importante de pesquisa em diferentes campos do conhecimento, tais como sociologia, educação, tecnológicas, humanas, medicina, psicologia, enfermagem (VENTURA, 2007). Seu objeto de estudo é uma unidade que se analisa profundamente (TRIVINÕS, 2008; BECKER, 1999). A unidade é delimitada por duas características: natureza e abrangência, que podem ser as condições de vida de um sujeito ou comunidade, e pela complexidade que é gerada com o suporte teórico que direciona a pesquisa (BECKER, 1999).

Nesta pesquisa, elege-se como unidade caso a rede de proteção contra a violência na infância no município de Colombo/PR, pois a natureza e abrangência de seu contexto de inserção, dinâmica de organização, atuações, limites e potencialidades exigem um estudo da vida desta instituição.

Um caso é um sistema bem delimitado que possui suas partes de forma integrada; nessa concepção, nem tudo pode ser considerado um caso (VENTURA, 2007). A unidade estudada pode compreender desde um sujeito em seus aspectos socioeconômicos, até mesmo uma comunidade ou organização. Tem como finalidade obter uma compreensão abrangente do grupo em estudo, concepções teóricas e processos de estrutura social. Entretanto, há de se esperar, neste tipo de estudo, uma variedade considerável de problemas teórico-descritivos (BECKER, 1999).

Os estudos de caso com abordagem qualitativa consideram a importância da interpretação em um contexto, a busca de respostas e indagações, a descrição profunda da realidade na tentativa de generalizações, e a exposição de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo. É possível analisar características de uma unidade, delimitá-la e contextualizar não como algo à parte, mas como sua importância no todo (VENTURA, 2007). Dessa forma, no contexto da rede de proteção podem surgir questões da dinâmica organizacional dos diferentes serviços e setores que a compõem.

Assim como outros tipos de pesquisa, o estudo de caso aponta vantagens, tais como o incentivo a novas descobertas em decorrência da sua flexibilidade e planejamento, com potencial para abarcar múltiplas dimensões de um fenômeno com enfoque no todo, e relativa simplicidade nos procedimentos, que podem ser variados. Entretanto, as dificuldades podem estar nas limitações para generalizar os resultados obtidos na escolha da unidade selecionada de modo que não se torne demasiadamente atípica em relação a outras, e o ímpeto de falsas afirmações ou certezas em resultados (VENTURA, 2007).

## 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em Colombo/PR, um município da região metropolitana de Curitiba. Esta escolha ocorreu devido ao vínculo construído pelo Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com a Secretaria de Saúde desse Município, destacando-se entre as parcerias vigentes a realização desta pesquisa o Projeto de Extensão Promoção da Saúde, necessidades, organização e demandas, e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, especialização em Gestão Pública, além de aulas práticas das disciplinas da graduação e projetos de iniciação científica.

### 3.2.1 Perfil do município

O município de Colombo, distante aproximadamente 17,30 km da cidade de Curitiba, compõe a região metropolitana da capital do Paraná, e dela foi desmembrado em 1890. Possui uma área territorial de 197.805 km<sup>2</sup>, composta de 128, 300 km<sup>2</sup> de área rural e 70.400 km<sup>2</sup> de área urbana que se distribuem em 42 bairros e mais de 200 loteamentos, sendo 70% do território Área de Proteção Ambiental (IPARDES, 2010).

O IBGE estimou uma população para 2009 de 247.268 habitantes, sendo 95,44% moradores da região urbana do município. Desse total de habitantes, o município tinha uma estimativa em 2009 de 5.227 crianças menores de 1 ano, e 20.980 entre 1 e 4 anos (IPARDES, 2010).

No ano de 2007, a população era de 233.916, sendo que 3.991 se encontravam na faixa etária abaixo de 1 ano, 16.746 entre 1 e 4 anos, 22.397 entre 5 e 9 anos, 23.322 entre 10 e 14 anos, e 22.492 eram adolescentes de 15 a 19 anos (IPARDES, 2010).

De acordo com o censo de 2000, o IBGE apresentou que 86.257 era a população economicamente ativa, e entre as áreas de ocupação, em ordem decrescente, estavam: comércio, reparação de veículos automotivos, objetos

peçoais e domésticos, indústria de transformação, construção civil e serviços domésticos. Portanto, a atividade econômica que reúne o maior número de estabelecimentos de emprego é o comércio varejista, seguido pelo setor de alimentação, reparo, manutenção, radiodifusão e televisão, construção civil, administradoras de imóveis, serviços técnico-profissionais, transporte e comunicação (IPARDES, 2010).

Em 2000, registrou-se uma população de 183.329 pessoas, sendo que 8.921 famílias se encontravam em situação de pobreza; isso significa que a população tem renda *per capita* de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, com incidência de pobreza de 44,91% em 2009. A rede de abastecimento de água abrange 92,7% da população, a rede de esgoto 43,8% e a coleta do lixo um total de 97,5% (IPARDES, 2010).

O município possui como indicadores o Índice de desenvolvimento Humano que corresponde a 0,764, e é composto por indicadores como esperança de vida ao nascer, desenvolvimento na dimensão educação, frequência escolar e taxa de longevidade (IPARDES, 2010).

O índice de GINI, desenvolvido pelo estatístico Conrado Gini, coeficiente que mede o grau de concentração de distribuição e desigualdades entre a população é de 0,470, sendo que o Brasil possui índice de 0,54. Como referência, seus valores vão de zero a um em ordem crescente de desigualdade e um dos critérios avaliados neste indicador é a renda per capita (IPARDES, 2010). Portanto, o município expressa maior índice de desigualdades sociais se comparado aos dados gerais do país.

A taxa de natalidade por mil habitantes é de 15,8. Houve um total de 3.668 nascimentos em 2006, e uma taxa de natalidade de 15,8. Desses nascimentos, 22% eram de mães entre dez e dezenove anos, e 29,4% com baixo peso ao nascer (MINISTÉRIO SAÚDE, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) apresenta como indicadores: a escolaridade precária dos pais, considerada como a relação de estudo inferior a quatro anos; avaliação dos serviços de saúde quanto ao alcance na abrangência na imunização da DTP e tetravalente, e índice de gestantes acompanhadas em mais de seis consultas pré-natais; e como parâmetro na educação se avalia a porcentagem de crianças matriculadas na pré-escola. O município apresenta um IDI de 0,677 em 1994, e em 2004 o IDI progrediu para 0,736, o que superou o resultado correspondente ao estado, que foi de 0,718 (UNICEF, 2005).

Na área da educação em 2009 foram registradas 46 creches e 88 pré-escolas, com 1.887 crianças inseridas em creches municipais e outras 161 em creches particulares. Na pré-escola da rede municipal, o número de crianças foi de 6.355, e de 451 em estabelecimentos particulares (COLOMBO, 2010).

Com referência à taxa de mortalidade infantil, em 2006 foi de 14,4%: 49% das mortes por algumas afecções originadas no período perinatal, e das crianças de 1 a 4 anos, 60% devido a causas externas de morbidade e mortalidade. (MINISTÉRIO SAÚDE, 2009). Essa taxa está abaixo da apresentada pelo Brasil no mesmo ano, que foi de 20,7. Contudo, a taxa de mortalidade infantil supera a do estado do Paraná, que foi de 13,2 (DATASUS, 2011). No ano de 2009, foi observada queda nessa taxa, passando para 13,3% (COLOMBO, 2010).

O sistema de saúde conta com uma Secretaria Municipal de Saúde, dois prontos-socorros geral e público, 15 policlínicas privadas, um hospital geral e um hospital especializado filantrópico, cinco consultórios particulares, quatro clínicas de serviços especializados públicos e seis privados (MINISTÉRIO SAÚDE, 2009).

O município é uma microrregião da 2ª Regional, portanto, não conta com hospital geral regional para dar suporte. Possui oito estabelecimentos privados, dos quais cinco atendem pelo SUS para apoio diagnóstico e terapêutico, e outros 22 de caráter exclusivamente público municipal (COLOMBO, 2010).

A rede de atenção básica está composta por 22 unidades de saúde municipais. Destas, nove unidades têm Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 27 equipes ESF, representando a taxa de cobertura por esta estratégia de 39% da população, e 13 unidades básicas de saúde. Por meio do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), o município lançou em seu plano Plurianual de 2010 a 2013 o objetivo de atingir 50% da cobertura com ESF (COLOMBO, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde opera em duas sedes, e seus estabelecimentos de saúde do município são: um hospital de pequeno porte filantrópico credenciado pelo SUS (Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Rosário); um hospital maternidade que atua em cogestão com a Santa Casa da Misericórdia de Curitiba (Maternidade Alto Maracanã); dois pronto atendimentos de caráter 24 horas; uma unidade de Saúde da Mulher; um ambulatório de Saúde Mental; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II); um centro para transtornos decorrentes de uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad); um Centro de Testagem e Aconselhamento para o HIV; um Setor de Vigilância em Saúde (Epidemiológica,

Sanitária e Ambiental); um Centro de Distribuição de Medicamentos e Materiais vinculado a cinco farmácias municipais; e um Centro de Especialidades Odontológicas (COLOMBO, 2010).

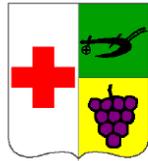
Encontra-se em fase de análise na Câmara Municipal a reforma administrativa do setor municipal de saúde, e entre as mudanças sugeridas está a divisão em três distritos sanitários *a priori* denominados Sede, Maracanã e Guaraituba (COLOMBO, 2010).

Em relação às despesas do município por função, percebe-se que de um quantitativo de R\$ 162.130.506,58. Tem-se que 20,7% desta soma foi destinada aos serviços do setor saúde no ano (COLOMBO, 2010).

### 3.2.2 A Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência

A Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência deste município é coordenada pela Secretaria Municipal de Ação Social e Trabalho. Como instituição central lotada nesta secretaria, está o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), sendo este órgão responsável pela atenção às famílias em situação de risco, inclusive no que se refere à violência, provendo o acesso a serviços de apoio e sobrevivência, e a sua inclusão em redes sociais de atendimento e de solidariedade (BRASIL, 2004).

Atualmente, os participantes citados no plano de ação técnica desta rede são os serviços das Secretarias Municipais de Saúde, da Educação, Conselho Tutelar, Justiça e Segurança Pública, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e ONGs, entre outros. Esses órgãos estão representados na Figura 2, baseada no protocolo municipal da rede de proteção de Colombo/PR (FIG 2) (COLOMBO, 2009).



## REDE MUNICIPAL DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

### 7. ESTRUTURA DA REDE MUNICIPAL DE PROTEÇÃO



35

FIGURA 2- ESTRUTURA MUNICIPAL DA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA  
 FONTE: COLOMBO, (2009 p.35)

Os objetivos desta rede são: possibilitar a visibilidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, incentivando sua notificação; capacitar os profissionais para a identificação da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial; oferecer às vítimas, aos agressores e às famílias o atendimento necessário para ajudar na superação das causas e consequências da violência; diminuir a reincidência da violência pelo acompanhamento e monitoramento dos casos; e desenvolver ações voltadas para a prevenção da violência, com o envolvimento da comunidade (COLOMBO, 2009).

Em casos de suspeita de violência, o fluxo recomendado pela Secretaria Municipal de Saúde a ser seguido depende da identificação de risco de morte para a criança, dos danos à sua integridade física e da presença de lesões aparentes. E caso haja alguma das situações mencionadas, o serviço notificador deve realizar o contato imediato com o conselho tutelar e CREAS via telefone, além de encaminhar a ficha de notificação, a fim de garantir a segurança da criança. Quando não são observados esses fatores de risco para a segurança da criança, o contato via telefone com esses órgãos não é obrigatório (COLOMBO, 2009).

Todavia, todos os casos de violência devem ser discutidos na rede local de proteção, e isso acontece pela comunicação via ficha de notificação (Anexo 1). Esta ficha, similar à disseminada pelo MS, contém três vias: a via azul, que deve ser arquivada na unidade notificadora e utilizada nas discussões da rede local, a via branca, para ser encaminhada ao conselho tutelar, e a amarela ao CREAS (COLOMBO, 2009).

O município dividiu a coordenação em seis redes locais, referenciadas aos CRAS locais e distribuídas geograficamente de forma a atender aos bairros de Colombo. Cada rede possui um conselheiro tutelar responsável e a delimitação das unidades de saúde, pronto atendimento de referência, escolas e CMEIs da área de abrangência. Essas redes são denominadas: Sede, Roça Grande, Rio Verde, Maracanã, Guaraituba e Graciosa (COLOMBO, 2009; COLOMBO, 2010).

No Plano Municipal de Saúde de Colombo para o quadriênio de 2010 a 2013, a Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município é um dos pontos indicados para fortalecimento na área da saúde da criança. Como estratégias de atuação constam a manutenção dos equipamentos de saúde na Rede Municipal de Proteção e a consolidação das notificações de violência nestes equipamentos (COLOMBO, 2010).

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra de entrevistados foi composta por 46 profissionais dos setores da saúde, educação, social, jurídico e segurança pública, conselho tutelar e do terceiro setor, que integram a Rede de Proteção Contra a Violência na Infância do município de Colombo, independente do nível de escolaridade, tempo de serviço ou outro critério, e que aceitaram participar voluntariamente do estudo.

O primeiro sujeito entrevistado foi o coordenador da Rede Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência, com base no protocolo técnico da rede de proteção do município e após diálogo com coordenadores da Secretaria de Ação Social. Por meio desta primeira entrevista, foram selecionados os próximos entrevistados e assim por diante, seguindo os critérios de indicação de parceiros envolvidos no fluxo habitual pelos próprios membros da rede, até que ocorresse a saturação teórica de informantes e dados.

O limite de entrevistados ocorreu com a saturação teórica quando as explicações, concepções e informações começaram a se repetir (MINAYO; GOMES, 2008), e quando os nomes de profissionais e serviços foram sendo repetidos, e também aqueles que possuíam a mesma natureza de função e participação na rede.

Trata-se de uma amostragem em bola de neve, que parte do pressuposto de que conhecendo alguém que possa ser informante, pode-se solicitar que ele o apresente ou recomende outras pessoas, de modo que o problema de acesso e amostra seja solucionado, e essas pessoas-chave são consideradas competentes para fornecer informações sobre esta realidade (BECKER, 1999).

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2011 a junho de 2011 por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas, visto que, permite a inserção de perguntas abertas. Este tipo de entrevista permite a inserção de perguntas abertas e fechadas com a intenção de debater amplamente o tema, ao mesmo tempo em que guia um limite de informações por meio de perguntas norteadoras (MINAYO; GOMES, 2008).

A entrevista com os profissionais que compõem a rede de proteção consistiu na linguagem falada e registrada entre duas pessoas, tendo como objetivo a obtenção de informações importantes, valorizando sua percepção, a expectativa e a experiência sobre a temática (MARCONI; LAKATOS, 2004). Com esta técnica, almejou-se conhecer a organização da rede de proteção, a dinâmica deste tipo de trabalho e as ações desenvolvidas pelos profissionais em sua prática na rede.

A entrevista semiestruturada geralmente parte de algumas questões básicas construídas por meio de teorias e hipóteses da pesquisa, todavia, possibilita a inserção de novos questionamentos à medida que surgem. Este tipo de entrevista na pesquisa qualitativa é uma das principais técnicas de coleta de dados, pois valoriza a presença do investigador com liberdade e espontaneidade de respostas dos informantes, potencializando a investigação, considerando o informante participante no processo de construção do conteúdo do estudo (TRIVINÕS, 2008).

Foi utilizado um guia para a entrevista, composto por uma identificação do entrevistado e por perguntas sobre as formas de identificação do caso de violência pelo profissional da rede, experiências anteriores, encaminhamentos e recursos aplicados e disponíveis no município, fluxos, normas e diretrizes para esses encaminhamentos, facilidades e dificuldade do trabalho na rede de proteção contra a violência na infância (Apêndice 2).

A duração destas coletas foi variável, de acordo com a temática e respeitando a vontade de diálogo do indivíduo. Todavia recomenda-se duração em torno de 30 minutos para evitar o risco de que a técnica se torne cansativa e repetitiva (TRIVINÕS, 2008).

Como procedimento anterior às entrevistas, manteve-se contato com os profissionais, explicando o objetivo do estudo e agendando local, data e horário para

realização da entrevista. As entrevistas foram individuais, realizadas em sua maioria em salas reservadas nos locais de trabalho, tais como creches, escolas, unidades de saúde, CRAS, CREAS, Hospitais, e algumas na casa e consultório dos entrevistados a pedido deles. Foram realizadas explicações prévias no de que esta pesquisa não tem correlação com as avaliações administrativas do município.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das informações foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade análise temática, descrita por Bardin (2002), que a compreende como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca os núcleos de significados, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens” (BARDIN, 2002 p. 42).

A técnica de análise temática proposta pela autora é composta por três etapas: pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos resultados. A partir da identificação dos núcleos de sentido, os dados serão trabalhados e agrupados em categorias empíricas (BARDIN, 2002).

Na pré-análise, foram escolhidos os documentos a serem analisados, tais como as entrevistas deste estudo, e são formuladas hipóteses, objetivos e a construção de indicadores, a fim de obter interpretação final. A exploração do material é a fase em que ocorre a codificação do material. A última etapa predispõe o tratamento de dados brutos ou ainda primários, de modo a torná-los significativos e sintéticos por meio de análise e inferências (BARDIN, 2002).

O tratamento do material determina um processo de codificação, em que são empregados recortes, agrupamentos e classificações que subsidiam a interpretação das entrevistas (BARDIN, 2002).

Dessa forma, a análise temática visa descobrir “núcleos de sentido” das comunicações, cuja ausência ou frequência podem expressar significados. O tema proporciona estudar significados, crenças e tendências no estudo escolhido (BARDIN, 2002).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o registro CEP/SD: 988.113.10.08 e CAAE: 3971.0.000.091-10 em 25 de agosto de 2010 (Anexos 2 e 3), após a concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Colombo e.

Os sujeitos da pesquisa participaram de forma voluntária após as explicações sobre os objetivos do estudo. Em concordância com a participação, foram solicitadas assinaturas do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), ressaltando a garantia de sigilo de suas identidades.

Houve recusas em participar da pesquisa nesta etapa de primeiro contato via telefone e também no contato pessoal.

A codificação adotada corresponde à abreviação do setor de origem do sujeito e numeração aleatória, desta forma segue: Saúde (SAÚ 1 a 10); Educação (EDU 1 a 7); Assistência Social (SOC 1 a 14); Conselho Tutelar (CT 1 a 3); Judiciário e Segurança Pública (JUD 1 a 6); Terceiro Setor (TS 1 a 6).

As fitas de gravação foram transcritas e arquivadas, juntamente com demais anotações, sendo de uso exclusivo para a pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora. Os materiais serão destruídos após o término da pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os membros da rede de proteção integram os nodos dessa estrutura e interagem de forma singular com este ambiente. Portanto, é importante a posição que o indivíduo ocupa nesta estrutura, o que expressa suas características de interação com o sistema (BORGATTI *et al.*, 2009), a exemplo de renda, gênero, nível de escolaridade, cargo, profissão, poder social e características que possuem ou não.

Foram entrevistados 46 profissionais dos diferentes setores que compõem a rede de proteção contra a violência na infância no município de Colombo. Destes sujeitos 10 estão lotados nos setores de saúde, 6 no setor de judiciário e segurança pública, 14 no setor de assistência social, 7 no setor de educação, 3 no conselho tutelar e terceiro setor, conforme a Figura 3, a seguir:

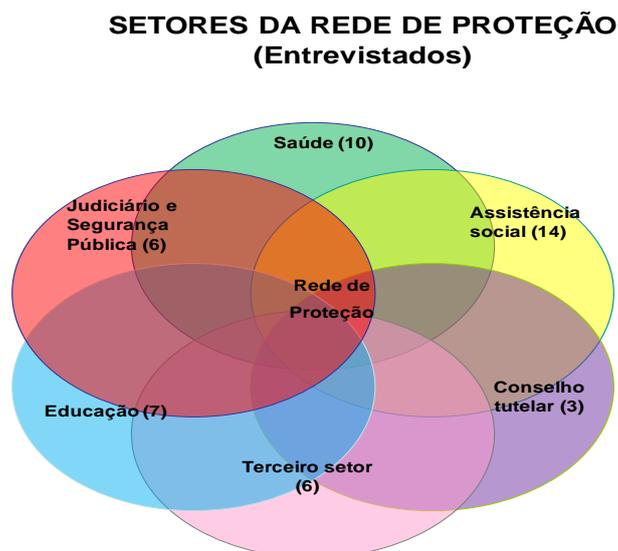


FIGURA 3- DIAGRAMA DOS SETORES INTEGRANTES DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011.  
Fonte: O autor (2011)

Do total dos entrevistados, 38 profissionais são do sexo feminino e 8 do masculino, indicando que existem correlações de gênero nas características dos serviços integrantes da rede de proteção, citados neste estudo. Entretanto, essas questões devem ser avaliadas com maior profundidade em outros estudos que abordem o processo sócio-histórico da rede.

Em relação ao nível de escolaridade dos sujeitos, aponta-se que 37 possuem formação superior, três possuem curso técnico, quatro o ensino médio completo, e dois o ensino fundamental incompleto.

Dos 40 profissionais que possuem formação profissional, percebe-se que a conclusão se deu em cursos de diferentes áreas de atuação como saúde, ciências jurídicas, educação, administração e teologia de acordo com a tabela a seguir:

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011, SEGUNDO A FORMAÇÃO

<b>Formação Profissional</b>	<b>Número absoluto</b>
Serviço social	10
Enfermagem	6
Pedagogia	6
Direito	5
Psicologia	4
Letras português/inglês	2
Magistério	2
Comunicação social	1
Educação física	1
Medicina	1
Técnico em administração	1
Teologia	1
Sem Formação Técnica/Acadêmica	6
<b>Total</b>	<b>46</b>

FONTE: O autor (2011)

Essa diversidade de formação profissional se justifica pela necessidade de diferentes áreas de conhecimento para a atuação em rede contra um fenômeno tão complexo como a violência, a fim de que diferentes disciplinas possam contribuir com seus olhares na construção de novos conhecimentos sobre o mesmo problema.

No que se refere ao tempo de formação profissional, verifica-se que a média foi de 10 anos para os sujeitos da pesquisa, sendo que o profissional que estava formado em um menor período correspondia a um ano e o maior tempo referido foi de 27 anos.

Das 46 pessoas-chave indicadas para o estudo, 36 possuem similaridades nos cargos relacionados à gestão do serviço, e representatividade em diversos aspectos nas instituições, seja no nível central, seja na esfera local da administração municipal. Isto ocorreu devido aos critérios de indicação dos sujeitos da pesquisa, ao considerar um membro da rede citaram profissionais regularmente em contato neste trabalho, quer seja pela participação nas reuniões, ou por desempenhar funções que conectam o serviço/instituição à rede resultando em ações para o combate a violência.

No que se refere ao tempo de atuação dos sujeitos nos cargos citados, a média foi de quatro anos, sendo que o profissional que estava em um período menor referiu seis meses de atuação no cargo e o tempo máximo encontrado foi de 19 anos, tendo maior concentração de pessoas (21) no intervalo de dois a cinco anos, conforme o gráfico a seguir:

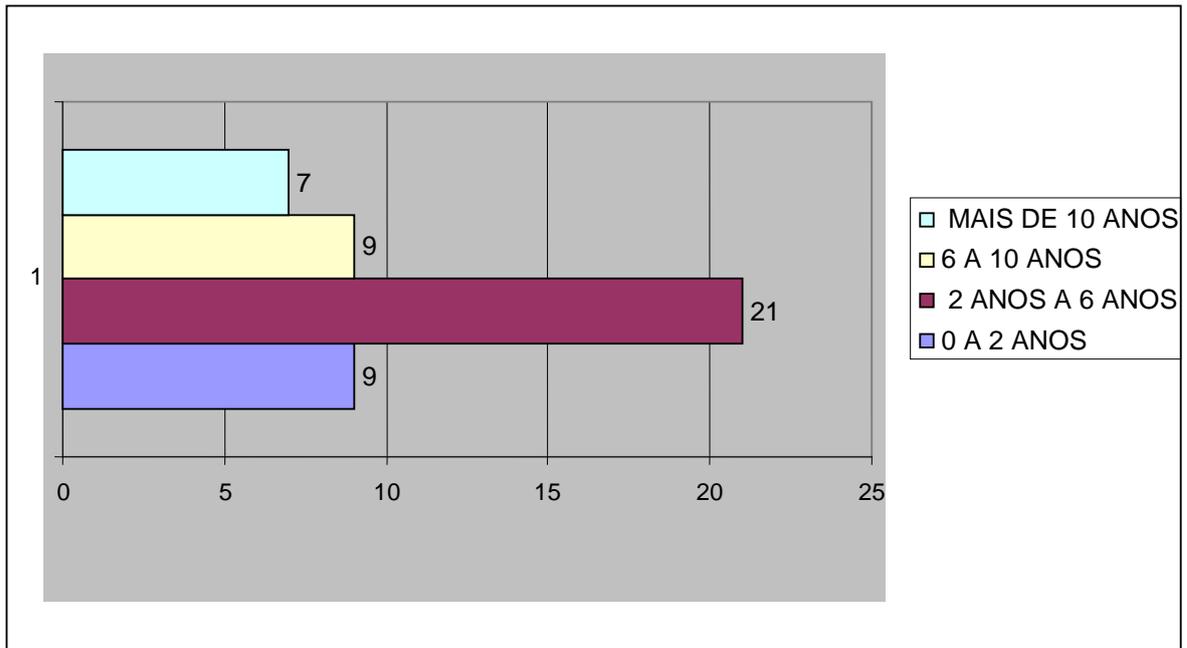


GRÁFICO 1- TEMPO DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011

FONTE: O autor (2011)

## 4.2 ESTRUTURA DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA

A rede de proteção tem um aspecto formal, e pode ser representada por um conjunto de pontos interligados. Assim, apresenta-se um agrupamento de pontos (ou nós) que se ligam às linhas. Estas permitem a interpretação das conexões entre seus membros e a visualização de uma teia que representa sua estrutura de articulações (MARTINHO, 2003).

As linhas são mais importantes do que os pontos num desenho de rede, isso porque são as conexões a consolidam. Um conjunto de elementos dispersos no espaço, pontos sem linhas, e não representa nada se não houver alguma conexão entre eles. É o relacionamento entre os pontos que dá qualidade de rede ao conjunto. Não se tem um diagrama de redes só com pontos (MARTINHO, 2003).

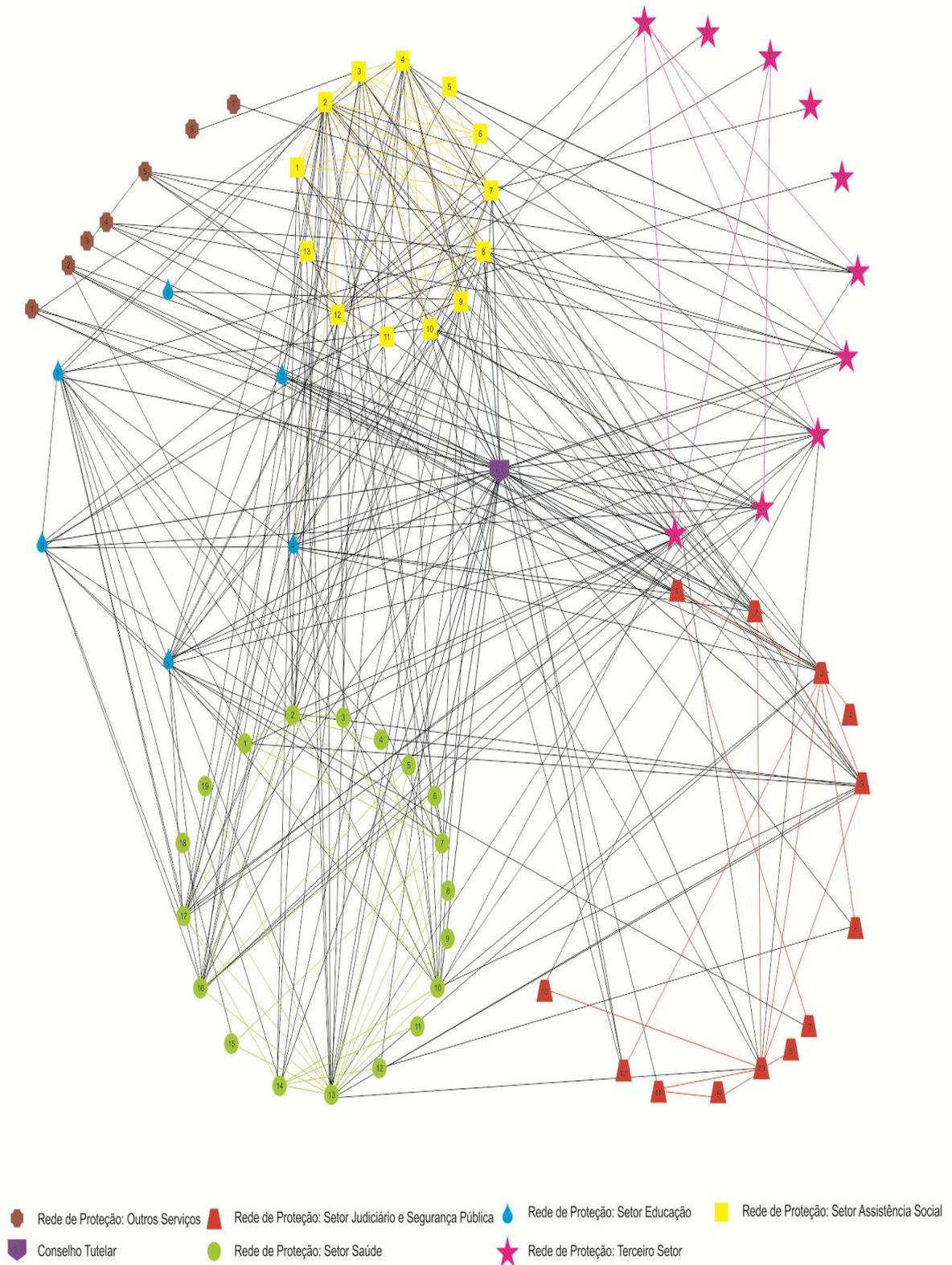
Os nodos são elementos, com pessoas interconectadas a coisas, ideias, e a outras pessoas. As linhas representadas no diagrama das redes expressam as conexões com os nodos, que podem ser simples ou complexas de acordo com o tipo de rede. Nas redes sociais, as conexões dão conta de relacionamentos ou vínculos sociais de qualquer tipo existentes entre as pessoas. A depender do tipo de rede (ou do tipo de nodo que a caracteriza), as conexões podem ser simples ou muito complexas (MARTINHO; FELIX, 2011).

Em uma rede social, as conexões entre os nodos-pessoas são regidas por um enorme conjunto de variáveis, que confere a rede um grau de complexidade ainda maior. Os diagramas de rede tentam mostrar a presença da relação e muitas vezes não específica a natureza em que elas ocorrem. Na rede, tudo é social: os nodos são as pessoas, as conexões são as relações sociais, e os fluxos são os produtos sociais resultantes dessas relações (MARTINHO; FELIX, 2011).

Para construir uma figura das interconexões da rede de proteção, utilizou-se um quadro com uma representação numérica das conexões referidas entre os sujeitos entrevistados (Apêndice 3).

A figura 4, apresentada a seguir, também encontra-se ampliada no (Apêndice 4) e apresenta a Interconectividade da Rede de Proteção Contra a Violência na Infância de Colombo referida nas entrevistas realizadas. Esta representação gráfica apresenta um emaranhado complexo entre os setores de assistência social, saúde, educação, judiciário e segurança pública, terceiro setor,

conselho tutelar e outros serviços da sociedade civil e da administração pública. Este esquema pode auxiliar o município a reconhecer a sua organização para a proteção da criança, pois possui articulações padrões da rede, mas também conexões criativas ou pouco percebidas por seus membros.



**FIGURA 4 – INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011**  
 FONTE: O autor

**LEGENDA DOS SERVIÇOS DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA  
A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DE COLOMBO-PR, 2011.**

FONTE: O autor

<b>OUTROS SERVIÇOS</b>		
Cor /fig.	n.º	Serviço
	1	Comunidade (vizinhos, amigos)
	2	Familiares
	3	Ministério da Fazenda/Receita Federal/ Financiamento para a Infância e Adolescência (FIA)
	4	Segundo setor
	5	Recursos Municipais da Administração Pública
	6	Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em risco para Violência em Curitiba
	7	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)

<b>SETOR DE EDUCAÇÃO</b>		
Cor e fig.	n.º	Serviço
	1	Centro de Atendimento Especializado à Criança (CAEC) *
	2	Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEBJA) *
	3	Centro Municipal de Educação Infantil (CMEIs) *
	4	Escolas Municipais*
	5	Escolas Estaduais*
	6	Secretaria Municipal de Educação (SME) *
	7	Assistente Social da SME

<b>SETOR DE JUDICIÁRIO E SEGURANÇA PÚBLICA</b>		
Cor e fig.	n.º	Serviço
	1	Batalhão da Patrulha Escolar (BPE)/ Polícia Militar*
	2	Defensoria Pública*
	3	Delegacia de Polícia*
	4	Delegacia do Adolescente em Curitiba
	5	Ministério Público*
	6	Núcleo de Proteção à criança e ao adolescente (NUCRÍA) em Curitiba
	7	Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) / Polícia Militar*
	8	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAM)
	9	Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) / Comissão da Infância e Adolescência
	10	Vara da Infância, Adolescência e Família*
	11	Vara de crimes contra a criança em Curitiba
	12	Instituto Médico Legal (IML) em Curitiba
	13	Serviço Auxiliar para a Infância (SAI) *

<b>TERCEIRO SETOR</b>		
Cor e fig.	n.º	Serviço
	1	Serviços de Acolhimento Institucional*
	2	Pastoral da Criança*
	3	Organização Não Governamental (ONG) com atendimento psicológico*
	4	Organizações Não Governamentais (ONG) com projeto contraturno*
	5	Organizações Não Governamentais (ONG) com cursos profissionalizantes*
	6	Organização Não Governamental (ONG) com diversas finalidades não identificadas
	7	Associação de moradores*
	8	Instituições religiosas*
	9	Programa do Voluntariado Paranaense (PROVOPAR) *

<b>SETOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>		
Cor e fig.	n.º	Serviço
	1	Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) /Proteção Básica*
	2	Centros de Referência em Assistência Social Locais *
	3	Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) /Área da Saúde da Criança *
	4	Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) /Proteção Especial*
	5	Centros de Convivência *
	6	Estação de Ofícios*
	7	Projeto Social Projovem Adolescente e Atitude*
	8	Projetos contraturno (PROCRIANDO) *
	9	Programa Especializado Socioeducativas (PEMSE) *
	10	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*
	11	Projeto Bombeiro Aprendiz*
	12	Projeto Social Clínica da Família*
	13	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente*

<b>SETOR DE SAÚDE</b>		
Cor e fig.	n.º	Serviço
	1	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD) *
	2	Centro de Atenção Psicossocial II/ CAPS II*
	3	Centro de Atenção Psicossocial Infantil em Curitiba/PR (CAPS i)
	4	Centro de Psiquiatria Metropolitana em Curitiba/PR (CPM)
	5	Hospital Universitário de Ensino Público em Curitiba
	6	Hospitais Infantis em Curitiba
	7	Hospital em Colombo/PR*
	8	Maternidade em Colombo/PR*
	9	Programa contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) *
	10	Pronto Atendimento em Colombo (PA) *
	11	Serviço de Psicologia lotado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) *
	12	Serviço de Psicologia de referência para a Estratégia Saúde da Família (ESF) *
	13	Secretaria Municipal de Saúde/Saúde da Criança *
	14	Secretaria Municipal de Saúde/Estratégia Saúde da Família *
	15	Secretaria Municipal de Saúde/ Vigilância Epidemiológica *
	16	Unidades Básicas de Saúde *
	17	Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família*
	18	Conselho Municipal de Saúde*
	19	Comitê de Mortalidade Infantil*

<b>CONSELHO TUTELAR</b>		
Cor e fig.	n.º	Serviço
		Conselho Tutelar*

\*Serviços Localizados no município de Colombo/PR

Neste estudo, os nodos em diferentes figuras representam os serviços referidos como componentes dos diferentes setores da rede de proteção, e as linhas são as ligações, as conexões, as inter-relações entre seus membros. Quando expressas na mesma cor de seu grupo de origem, significam o alto grau de interdependência com o mesmo setor. Ressalta-se que as conexões aqui representadas foram expressas pelos sujeitos, porém, como as redes são temporais podem ser realizados rearranjos no trabalho em rede e o traçado desta teia se modificar ao longo do tempo.

A representação gráfica da interconectividade da rede de proteção apresenta os serviços dos setores assistência social, saúde, judiciário e segurança pública, com maior número de conexões, o que leva a refletir sobre a necessidade de articular instituições com diferentes enfoques para suprir essas necessidades.

A interconectividade interna entre o próprio setor é mais referida no setor saúde e de assistência social, mas também se percebe a amplitude das conexões com serviços intra e extramunicipal e com órgãos que norteiam a política nacional de direitos da criança e do adolescente como o CONANDA.

No setor de assistência social (Apêndice 5) existe um emaranhado extenso entre os serviços de todos os setores da rede, em especial com o setor saúde, e uma intensa interação entre os membros do próprio setor. Neste, a centralidade de ações se deve a uma questão normativa, pois o protocolo municipal define que a coordenação da rede é de responsabilidade do Centro de Referência Especializada em Assistência Social, que pertence a este setor. Destacam-se com maior grau de conexões os nodos (2, 3, 4, 8 e 9 da figura) deste grupo, que correspondem aos diferentes serviços dos Centros de Referência em Assistência Social, Centro de Referência Especializado em Assistência Social, projeto de contraturno Procriando, e o Programa Especializado em Medidas Socioeducativas (PEMSE).

O conselho tutelar (Apêndice 6) apresenta interconexões com todos os serviços do setor de educação, com as instituições do setor de assistência social como o CRAS (1 e 2 da figura), e o CREAS (4 da figura), e os projetos sociais para a criança. A articulação com os serviços que prestam assistência direta às crianças se repete com o setor de saúde junto às unidades de saúde (16 e 17 da figura), o pronto atendimento (10 da figura) e os hospitais (5, 6 e 7 da figura). Mas também

esta conectividade entre o conselho tutelar acontece com as áreas de coordenação das secretarias de saúde.

O conselho tutelar apresenta poucos vínculos com as instituições do terceiro setor e outros serviços da sociedade civil, o que propõe uma maior interação entre estes, explorando potencialidades a exemplo da inserção das crianças em projetos de contra turno escolar, e a inclusão das famílias em projetos para geração de renda.

No setor saúde, como pode-se verificar no Apêndice 7, as conexões são mais intensas entre os setores da educação, assistência, social, conselho tutelar e judiciário e segurança pública, o que indica que as suas relações na rede são aquelas com os órgãos institucionais para atender às necessidades de garantia dos direitos de crianças e adolescentes. A exemplo dessas ligações, podem se visualizar as conexões com a Educação com (1,4, e 5 da figura) que são, respectivamente, o CAEC, a Secretaria de Educação e as escolas estaduais, no Social o (2, 3 e 4 da figura) que são os CRAS e o CREAS, e no judiciário o (3 e 5 da figura) que são a delegacia de polícia e o Ministério Público.

Essas articulações interinstitucionais do setor saúde representam, por um lado, que a construção da saúde depende destes diferentes serviços, entretanto, fazem pensar que ainda existem barreiras na organização deste setor em integrar instituições do terceiro setor e outros da sociedade civil e administração pública nas suas ações da rede de proteção.

Nas articulações do setor saúde, podem-se destacar os nodos (10, 13, 16 e 17 da figura) que possuem intensas conexões. A Unidade de Saúde (US) básica (16 da figura), US com ESF (17 da fig.) e o Pronto Atendimento (10 da figura) fazem interações com vários elementos externos, o nodo (13 da figura) da Secretaria Municipal de Saúde, departamento de saúde da criança tem grande interconectividade interna no setor e externa.

O setor judiciário e segurança pública (Apêndice 8) apresentam conexões com todos os outros setores, no entanto, a interconexão mais frequente está nas articulações com a saúde, educação assistência social e conselho tutelar. Isso se deve à necessidade destes serviços em atender as medidas protetivas promulgadas pelo judiciário. Entre os serviços que possuem maior intensidade de conexão interna e com outros setores, destacam-se os nodos (3, 5, e 10 da figura), que

correspondem, respectivamente, à delegacia de polícia, Ministério Público e Vara da Infância e Família.

Nas articulações do judiciário e segurança pública com a educação se destacam as escolas estaduais, municipais e CMEIs. A interdependência da assistência social se dá com o CRAS, CREAS e projetos sociais para a criança e a família, e no setor saúde com os serviços que realizam a assistência à saúde física e psicológica. As instituições do terceiro setor que surgiram articuladas com este setor foram as ONGs com atendimento psicológico para crianças e as instituições de acolhimento institucional.

O setor de educação (Apêndice 9) tem maior conectividade com o de assistência social e da saúde pelos serviços de atenção direta à criança. Todas as instituições deste setor se conectam ao conselho tutelar, porém, diminuem as conexões com o terceiro setor e do judiciário. No terceiro setor a relação ocorre com projetos de contraturno escolar e atendimento psicológico. No judiciário e segurança pública destaca-se a intensidade de conexões com o Batalhão da Patrulha Escolar.

O terceiro setor (Apêndice 10) realiza interconexões com todos os setores, sendo menos intensa com o setor saúde e o judiciário. Entretanto, no setor saúde as vinculações referidas foram com as unidades de saúde, pronto atendimento e hospitais, responsáveis por grande parte da identificação da violência neste setor. No judiciário evidenciam-se conexões com a vara da infância e família e com a defensoria pública.

Os serviços do terceiro setor com maior grau de conexão na rede são as ONGs com atendimento psicológico e as ONG's com projeto contraturno, o que aponta a necessidade de articulação com estes serviços para suprir lacunas governamentais para a proteção infantil.

### 4.3 PERCEPÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO

Os sistemas sociais são redes de comunicações, e a comunicação se dá porque os seres humanos processam as informações do seu mundo exterior, da mesma forma que interagem com o meio ambiente, modulando continuamente sua estrutura. A comunicação entre organismos vivos é constituída pela interação de comportamentos, concepções, linguagem simbólica, imagens mentais, pensamentos e significados desta rede (CAPRA, 2006).

A percepção da rede de proteção que os sujeitos desta pesquisa expressaram, permite compreender as ideias e os comportamentos diante das questões que permeiam a rede de proteção e seus limites, tais como: os conceitos de violência, proteção integral, direitos na infância, conexões, interconexões e a própria identidade de seu papel no trabalho em rede. Intrínseco a esta percepção, estão inseridos contextos próprios de comunicação, cultura e poder que se estabelecem na rede.

Em relação ao advento da organização do trabalho em rede no município, os entrevistados destacaram que esta estratégia direcionou a articulação de vários serviços em diferentes táticas, e consideraram ser fundamental para combater o problema da dificuldade de atendimento de um fenômeno tão complexo como a violência.

Na percepção de rede dos entrevistados, faz-se necessário desenvolver formas de trabalho, que articulem os saberes profissionais de diferentes áreas de conhecimento, caracterizando o trabalho como multiprofissional e multidisciplinar. Ressaltaram que o trabalho em rede depende da efetivação das políticas públicas para fortalecer a integração entre os diferentes setores da sociedade, recursos para sua atuação e delineamento de um conjunto de políticas públicas que assegurem a operacionalização das redes de proteção, como exposto a seguir:

*Eu percebo que é algo de extrema importância, que é algo que tem acontecido, e é fato se tem a rede é porque a gente identificou a dificuldade de atendimento, porque se não houvesse essa dificuldade para que a rede? Não haveria necessidade, tem que ser realmente efetivada (SOC 13).*

*Eu acho que o trabalho em rede é o que pode viabilizar, não facilitar, porque nada é fácil, mas que pode viabilizar. Só o trabalho em rede, não tem como dizer assim o prefeito resolve, o Lula resolve, a Dilma resolve,*

*ninguém resolve nada sozinho. Você vai precisar do secretário do estado da educação, do secretário de estado do trabalho, do secretário de promoção social, é uma rede muito grande [...] (JUD 3).*

*A rede de proteção é essencial que tenha no município, em todo lugar tinha que ter rede de proteção, mas com condições de atuar, com uma retaguarda, com um suporte das políticas públicas. Se não, a rede não tem para onde ir (EDU 3).*

*Eu percebo um trabalho de extrema necessidade, não consigo imaginar a sociedade no Brasil hoje sem o trabalho de rede, porém há a fragilidade do espaço público, políticas que não avançam, e acaba por deixar a rede bem fragilizada, com alguns tipos de furos. Então acaba passando e passando, e quando você vê [...] (SAÚ 2).*

Para o sujeito SAÚ 2 a forma de organização social, em especial no Brasil, impõe a efetivação do trabalho em redes. No entanto, essa forma de organização do trabalho apresenta fragilidades das políticas públicas que compõem o sistema, e são consideradas ultrapassadas, comprometendo o trabalho de todos os integrantes, pois remete à percepção de inefetividade do espaço público, com falhas para a proteção integral das crianças e inadequações de estruturas da rede. Entretanto, os membros da rede nem sempre conseguem pontuar as necessidades de reestruturação destas políticas e estratégias para avanços nesta área.

Atender aos direitos das crianças é uma tarefa árdua, pois depende de mudanças mais profundas relacionadas à adoção de padrões de equidade e justiça social nas políticas públicas para a criança e o adolescente. É preciso avançar no sistema de garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, que só ganha dinamicidade pela ação concreta de sujeitos imersos no sistema e representantes nas discussões no campo da cidadania (HECHLER, 2009).

Nos termos a seguir do sujeito JUD 3, os profissionais não são formados para o trabalho em redes, e isto pode comprometer a articulação intersetorial e a efetividade deste trabalho. Esta inexperiência do trabalho em rede pode ser reflexo do processo histórico na introdução dessa estratégia, que ocorreu inicialmente na esfera das necessidades percebidas pela organização de movimentos sociais, e que ainda precisa de maiores estudos para seu aprofundamento teórico.

Algumas dificuldades referidas no trabalho em rede são justificadas por um processo histórico, que está sendo lentamente construído. Ademais, para os entrevistados as políticas públicas vêm sendo reestruturadas, o próprio ECA, não é assegurado como deveria na prática, porque existe um idealismo de proteção em

sua concepção, que encontra embates face à realidade brasileira. A esse respeito os sujeitos afirmaram:

*Agora se você pegar da época do estatuto, as pessoas falam nos congressos ninguém cumpre o estatuto, é obvio que não cumprem do jeito que tem que ser, o estatuto foi redigido num plano ideal como se fosse na Suíça, na Noruega, e a gente vai chegar um dia lá, mas nós estamos caminhando. (JUD 3).*

*Aí a partir de 2005 com os avanços que foram alcançados aqui no município, nós conseguimos fazer engrenar. Eu acredito que está se desenvolvendo esta rede, não esta redondinha, começou há pouco tempo a ter uma forma, está em fase de estruturação. Ainda falta bastante a adesão dos profissionais, para ter um maior comprometimento (SAÚ 5).*

*[...] ainda está devagar [o trabalho em rede], porque a rede na verdade começou agora né, não faz muito tempo, mas está indo, aos poucos está chegando aos objetivos (CT 1).*

*Então eu vejo, como é um processo histórico vai levar tempo ainda, vai depender do amadurecimento das pessoas, vai depender de vontade política, nós já passamos pra frente essas informações, mas depende de vontade política (SAÚ 8).*

*A dificuldade da rede eu acho, na minha opinião, é quase uma questão cultural, nenhum profissional é treinado de maneira suficiente pra entender o que é trabalhar em rede. Nenhuma faculdade, nenhum curso, ninguém sabe fazer isso, todas as pessoas que chegam em congresso e dizem eu sei trabalhar em rede, eu vejo com muita reserva quem fala assim, independente de qual carreira seja (JUD 3).*

O ECA traz determinações claras e inovadoras a respeito da proteção infantil integral, mediada por movimentos de discussão e mudança de paradigmas, tentando substituir algumas medidas puramente assistencialistas, voltadas ao menor por propostas emancipatórias, considerando a criança como ser dotado de especificidades e direitos. No entanto, ainda não se oferecem garantias concretas no cotidiano, percebendo-se falhas na sua operacionalização (CARVALHO *et al.*, 2008).

De acordo com SAÚ 5, no município do estudo houve importantes avanços na rede após a sua implantação, como a maior articulação entre os serviços, mas ainda está em um processo de construção.

Um estudo realizado na Rede de Proteção no município de Carazinho/RS apontou que no processo histórico de trabalho existiam contradições, avanços, estagnações e retrocessos. Os avanços consistiam na busca contínua pelo acolhimento e atendimento qualificado, a construção de concepções sobre direitos fundamentais de crianças e adolescentes e a perspectiva em rede de proteção na

integração de políticas públicas, programas e serviços em torno desse objetivo (HECHLER, 2009).

Para os entrevistados, os conceitos e o conhecimento sobre a forma de atuar em rede surgem na experiência dos sujeitos com esta forma de trabalho, por meio da inserção nos espaços de discussão como as reuniões e os encaminhamentos para outros serviços e setores, como nas falas a seguir de SOC 1, CT 2 e SOC 7:

*Agora o conhecimento da rede, você aprende na prática, porque você precisa encaminhar para o social, para a saúde, para o ministério público, para delegacia. E aí você passa a entender o que é a rede, na verdade você utiliza a rede todo o dia, toda a hora. É a rede que faz, você precisa encaminhar, precisa para dar conta (SOC 1).*

*Eu vejo dificuldade das pessoas entenderem o que é rede, na compreensão do que é isso na verdade, porque por mais que as pessoas falem a que rede que nada, ou a rede não funciona, mas a pessoa não participa, não funciona se a pessoa participa não vai lá, não puxa também (SOC 1).*

*[...] na verdade a rede de proteção que tem que ser de todos os órgãos de todas as instituições, a saúde, dentro da educação, do posto de saúde, a secretaria de ação social, então tem que ter todos esses segmentos para que se gera (CT 2).*

*O que dava a impressão que a unidade de saúde, conselho tutelar, nas escolas, os projetos vinham trazer os problemas para que o CRAS resolvesse, nunca queriam resolver em conjunto (SOC 7).*

Segundo citado pelos profissionais EDU 7 e SOC 7, este aprendizado do trabalho em rede emerge com a compreensão da ideia de compartilhamento de deveres e direitos no trabalho em rede. Na fala: “a rede de proteção tem que ser de todos os órgãos”, verifica-se a concepção de corresponsabilidade de todas as esferas da sociedade, e isso se contrapõe à prática de alguns profissionais que integram os espaços de discussão da rede com o intuito de que apenas um serviço responda às necessidades do caso de violência, quando na verdade esta resolutividade só é possível com a interação, com a interconectividade dos serviços.

De acordo com EDU 7, esse aprendizado da rede está condicionado ao reconhecimento dos serviços e suas potencialidades para a proteção infantil, que acontece de forma conjunta com seus membros. Acrescenta-se a este reconhecimento, a necessidade de olhar as fragilidades e pontos comuns de atuação da rede, e ainda delimitar competências exclusivas de determinados atores.

A dificuldade é que alguns setores acabam entendendo que a rede é lá na frente e empurra, não é comigo, com falta de comprometimento (SAÚ 2).

*[a reunião da rede] Foi interessante para colocar para os demais equipamentos o que tem de serviços no município, isso é dentro da rede que se descobriu isso (EDU 7).*

Não existe uma receita para a criação de uma rede de trabalho, trata-se de uma coconstrução entre seus parceiros, que ressalta as facilidades e dificuldades, e atualizações regulares para seu processo de evolução nas articulações. Neste processo, profissionais aprendem uns com os outros, em uma cultura compartilhada de comunicação, que deve superar as disparidades estabelecidas por diferentes filosofias de trabalho (MOTTINT, 2008).

Na palavra dos entrevistados a seguir, algumas pessoas não compreendem os objetivos da rede e a forma de trabalho desta organização. Outros entrevistados relacionam a rede de proteção como um novo serviço para atuar contra a violência. E, outros citaram experiências isoladas e sem apoio de outros órgãos e, portanto, percebem que a rede não existe ou está aquém de suas expectativas, tendo um potencial maior em suas diretrizes documentais do que na efetiva operacionalização. No entanto, é preciso uma coordenação para garantir a efetividade de determinadas ações.

*[...] não tenho muito conhecimento da rede, não estou bem interada (SOC 10). [...] eu sei que está se formando uma rede, que ainda não está estruturada (SAÚ 6). Então a gente não tem nada assim, ah! houve um caso a gente tem uma equipe para ir lá resolver. Não a gente não tem por enquanto, está sendo formada essa rede (SAÚ 6).*

*É porque como não existe uma rede formada, nós não temos rede em Colombo, nós temos fios de atendimento às crianças, que às vezes estrangulam as crianças, de tão precário que é, de tão isolado que é ao invés de proteger ele estrangula a criança, porque é um fio de atendimento (SAÚ 9).*

*[...] ainda não há uma boa ação da rede, enquanto rede, não tá uma rede na verdade, No município ainda não existe esta rede. Existe a rede no papel, somente (CT 2).*

*Olha, se facilitou alguma coisa, eu acho que não, eu não enxergo. É porque eu já tinha uma conduta muito ativa em relação a isso. Então para mim a rede não somou, eu estou esperando alguma contribuição da rede, por enquanto ainda não somou. Mas não existe uma coordenação geral que se envolva, que abrace a causa, que fale não isso aqui é muito importante eu vou fazer, não existe (SAÚ 9).*

As redes de proteção trazem uma nova concepção de trabalho integrado e intersetorial em constante construção, e não um novo serviço para o atendimento destas crianças. Portanto, requer a mudança de paradigma dos profissionais, que pode ser reconstruído por meio de capacitação e campanhas de estímulo para que os profissionais tenham vontade de participar da rede, viabilizar os equipamentos estatais na comunidade para integrar a proteção infantil, além de mecanismos de avaliação da rede (NJAINÉ *et al.*, 2007).

Experiências frustradas de articulação com alguns membros da rede podem contribuir para uma falsa compreensão da inexistência deste trabalho. Entre as dificuldades referidas que geram insatisfação e descrédito no trabalho da rede de proteção, está a percepção de ação pontual, sem acompanhamento de longo prazo, com foco na criança vítima de violência, e não na família, e a falta de recursos para as instituições que compõem esta a rede, o que resulta em estruturas inadequadas e recursos humanos insuficientes, como se observa nas falas a seguir:

*A dificuldade é normal né, a estrutura às vezes falta um pouco, mas pela competência de muitos que estão trabalhando a gente consegue suprir essa deficiência, e a gente sabe que nunca vai suprir totalmente, mas a gente tenta suprir o máximo possível (JUD 5).*

*[...] eu percebo que ela fica muito pontual, e a rede o que a gente entende, não tem não pode ser pontual, não é só um que trabalha, não é só o indivíduo que foi violentado, é toda a família que você tem que trabalhar todas as questões do indivíduo. Todas as secretarias têm que trabalhar em conjunto, e ele ainda continua muito pontual (SOC 8).*

*[...] agora a dificuldade é sempre os profissionais. Tanto na rede pública, como para nós ONGS, porque para nós são voluntários. A rede pública eu não sei por que não tem, não sei qual a explicação deles. Porque você tem que ter dinheiro para isso, tira daqui, e coloca ali. Esses dias eu estava revoltada aqui e disse assim, a maior dificuldade nossa é com profissionais, se a gente vai pedir para órgãos públicos, para pagar um profissional para gente, não pode, mas eles também não estão contratando (TS 1).*

Para JUD 5, os membros da rede de proteção tentam enfrentar as dificuldades decorrentes da falta de estrutura nas instituições, e isso mostra que a percepção sobre a proteção infantil caminha ao encontro das definições de direitos da criança e da responsabilidade compartilhada de toda a sociedade, e ainda que a estrutura da rede e seu padrão de organização são constantemente regulados por este processo de cognição.

Percebe-se que as dificuldades das políticas públicas municipais, podem comprometer a efetivação de programas, projetos e serviços da política de proteção da criança e do adolescente. É preciso priorizar as necessidades dos serviços e profissionais para minimizar tais fragilidades operacionais para as práticas de proteção à infância (HECHLER, 2009).

#### 4.4 A REALIMENTAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO

Os laços de realimentação constituem-se padrão das redes, de maneira que os processos iniciados se propagam de forma a alimentar todo o sistema. As informações e a comunicação impulsionam a propagação de energia, seja ela material ou não, de maneira a sustentar as articulações, e a produzir um efeito sobre todos os elementos da rede, e a isso denomina-se *feedback*. As informações disparadas por um sujeito da rede passam por toda a sua estrutura, de modo a retornar ao sujeito inicial. A realimentação significa o desempenho efetivo na interação deste sistema, e não o desempenho previsto em uma ação pontual, individual (CAPRA, 2006).

Nesta pesquisa consideram-se como fontes de realimentação, laços de informações entre os membros, que permeiam as ações realizadas pelos sujeitos individualmente ou em grupo, e proporcionam a integração do sistema da rede de proteção contra violência.

Consideram-se como elementos iniciais da realimentação desta rede as informações fornecidas com a identificação e a notificação dos casos de violência contra criança, que disparam uma série de eventos necessários para a atuação em rede; as outras ações identificadas que também realimentam este sistema foram: visita domiciliar, assistência à saúde, prevenção da violência, processos jurídicos, acolhimento institucional e representação política. Tais ações podem apresentar caráter pontual, no entanto, possuem potencial para novas articulações entre os membros da rede no reconhecimento das necessidades das crianças vítimas de violência e suas famílias.

As redes sociais podem adquirir a capacidade de regular a si mesma por meio de seus laços de realimentação. Nesse sentido, Capra (2006) cita o exemplo de uma comunidade cujo fluxo de comunicação permite o aprendizado dos seus membros com os próprios erros e este aprendizado também realimenta a rede. Esta comunidade pode corrigir seus erros, regular a si mesma, devido à organização própria destes sistemas.

Essa propriedade de auto-organização da rede pode acontecer de duas formas: uma reforçando o efeito por meio da **autoamplificação**, e a outra no contraponto, de forma a buscar o **autoequilíbrio**. Em sistemas não lineares como as

redes, pequenas mudanças podem ter efeitos dramáticos em decorrência da autoamplificação no sistema de realimentação e causar instabilidades (CAPRA, 2006).

A instabilidade das redes pode converter-se em pontos críticos, denominados “**pontos de bifurcação**”, pontos na evolução do sistema que podem culminar em um forqueamento e ramificar em novas direções. Tais pontos de bifurcação podem registrar mudanças súbitas, responsáveis por novas ordens de organização do sistema (CAPRA, 2005 b; CAPRA, 2006).

Portanto, nesta categoria de realimentação serão abordados os conceitos de Capra de autoamplificação, autoequilíbrio e pontos de bifurcação.

#### 4.4.1 Identificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

A identificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente não se apoia somente em um diagnóstico, mas principalmente em uma série de eventos e situações que podem levar a suspeita, e, ou sua confirmação, realimentando informações e sinalizando o caso em algum ponto da rede para os demais membros, articulando-os para o seu enfrentamento.

Para a dissipação da informação é preciso estar atento para diferentes situações em que a violência pode ocorrer, e contar com o apoio de diversos atores em espaços distintos, tais como a comunidade, família, instituições religiosas e equipamentos institucionais ou não que prestam assistência à criança. Esses atores que possuem proximidade das crianças podem permitir a visualização da violência oculta muitas vezes no espaço privado. Nos termos dos entrevistados:

*Então como a comunidade as pessoas que estão próximas são as que mais conseguem identificar o que esta acontecendo com a criança e o adolescente, é um vizinho, um parente, é a escola, igreja, os espaços comunitários tem que estar atento para estar identificando a violação dos direitos, porque muito do que acontece de violência contra a criança acontece às vezes dentro de casa, às portas fechadas, é difícil notificar (EDU 7).*

*Na prática a gente atende muitos casos, e é assim, o atendimento, você atende casos de violência conforme você quer enxergar as coisas. É só enxergar que você atende muito caso [...] e tem a observação durante uma consulta corriqueira, a gente observa certas coisas (SAÚ 9).*

*Sempre através da pediatria, tem reclame da mãe, do cuidador ou da vizinha, Vem por alguma queixa, ou já vem por isso mesmo, e a gente pega isso na puericultura, na vacina, ou a criança não ta boa, daí eles pedem para eu ir lá avaliar essa criança (SAÚ 7).*

*O nosso cotidiano pedagógico nos permite conversar muito com essa criança, e sempre nas entrelinhas do conteúdo a gente vai fazer o levantamento da vida delas, e é ali que a gente apura (EDU 6).*

Aponta-se também a importância da comunidade na realimentação de informações sobre casos de violência que ocorrem no domínio privado. Um estudo realizado em conselhos tutelares em Feira de Santana/ Bahia também apontou a participação da comunidade na identificação da violência. A principal forma de denúncia da violência contra crianças adolescentes nesse estudo foi anônima (30,8% do total), o que levou a inferir que há uma forte participação dos indivíduos neste processo, potencial para a mobilização da Rede de Atendimento e Proteção à Criança por meio do “Disque Denúncia” (COSTA *et al.*, 2007).

Esta visão de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado à criança vai ao encontro do exposto no art. 4º do ECA, que define como dever da família, comunidade, sociedade em geral e do Poder Público, assegurar às crianças e aos adolescentes seus direitos à saúde, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, a violência precisa ser identificada e relatada por toda a sociedade.

Compreende-se que as redes de proteção articulam diferentes indivíduos em seu sistema organizacional que compactuam objetivos e temáticas em comum, de forma democrática e participativa (OPAS, 2008). Cabe destacar, que os espaços de convivência da criança que integram a rede de proteção precisam compartilhar concepções e definições sobre violência e proteção, para capacitar pessoas que detectem a violência infantil na sociedade.

Nesta trama de conexões é preciso estabelecer vínculo com as famílias como um dos nodos, para obter informações e disseminar a comunicação entre os demais elementos da rede. As redes podem construir relações confiáveis entre seus membros embasadas na troca de informação e conhecimento (OPAS, 2008).

O relato de violência familiar está condicionado a fatores como o medo e a dependência social, cultural e econômica do agressor no contexto familiar, e, portanto, precisam ser trabalhados na rede, como apontam as falas a seguir:

*[...] denúncias, quando a mãe vem procurar, às vezes a mãe vem tímida para dentro do CRAS e não quer abrir o que aconteceu, mas você vai conversando até fazer um vínculo, e ela acaba mencionando o que acontece nessa violência (SOC 8).*

*Então a família chega foi o padrasto, o pai, a mãe já está com medo que a polícia pegue o pai, e como que vai sustentar a família (SAÚ 10).*

Assim, as crianças com risco para violência e suas famílias atendidas pelos serviços, necessitam de avaliações amplas e mais cuidadosas para identificar problemas encobertos por outras queixas que são apresentadas como motivo principal pela procura aos serviços (LIMA *et al.*, 2010).

Para a identificação dos casos, os entrevistados apontaram desde manifestações físicas como lesões e hematomas entre outros, alterações psicológicas e comportamentais relacionados à interação da criança com outras pessoas, e em relação ao aprendizado, e também a verbalização da violência sofrida pela própria criança. A investigação dos indícios da violência pode ser realizada rotineiramente de acordo com falas a seguir:

*Porque a gente tem que fazer essa rotina, qualquer coisa que acontece com a criança. Principalmente violência sexual, a gente na prática da gente nunca aconteceu, mas tem que ver a calcinha, a fralda, se a fralda está suja. Então esses cuidados a gente tem uma rotina mesmo da gente (EDU 2).*

*Porque a criança ela é muito natural, ela não aprendeu como a gente que está com o coração dolorido e disfarça. Mas a criança ela apresenta apatia, o vocabulário, ela fica ausente, até agressão verbal (EDU 6).*

*Mas assim, a situação da violência sexual, tem a avaliação da gente pela própria conduta da criança, timidez, retraída, ou então até o contrário, a criança não se importa que você toque, que você abra, que você tire a roupa dela, então isso são situações inversas né (SAÚ 7).*

*O comportamento atípico do aluno na sala de aula, no intervalo, então há um momento que nós acabamos observando que o comportamento da criança não está normal, alguma coisa de errado está acontecendo em casa ou em sala de aula (EDU 1). Pelo déficit de aprendizagem, déficit de atenção, pelo desinteresse do aluno, por alguma atividade, pelo boletim, as aulas de educação física e até mesmo no intervalo. A falta de segurança desses alunos, diante de alguma situação que exige deles uma autonomia (EDU 1).*

*O vocabulário da criança é um indicador excelente se você deixar a criança se expressar ela vai se expressar, ela vai mostrar a sua cultura, e ali a agente sabe nas entrelinhas também de um texto de uma conversa com a professora (EDU 6). Tem professora que às vezes vai tocar na criança e a criança quase se coloca embaixo da carteira, então é um indicador de quando a criança foi tocada não foi prazeroso (EDU 6).*

*Então, aquela criança que fica meio restrita, num canto, acanhada, nunca está a fim de participar das atividades, meio manhosa, quieta, meio chorosa, ou com cheiro de urina muito forte. E também aquela que quer sentir carinho, sempre quer ficar agarrada com você, te abraçando, te beijando, é uma forma de expressar. Ou aquela criança que extravasa que briga, que chuta, que agride o colega por qualquer motivo, também é uma forma deles estarem pedindo socorro, de que está acontecendo alguma coisa com elas (SOC 6).*

As instituições escolares citadas pelo sujeito EDU2 podem estabelecer práticas de investigação rotineiras, por meio de inspeção ou instrumentos sistematizados que facilitem a identificação de diferentes tipos de violência, e comprometimento destas agressões para o desenvolvimento infantil. Para tanto, esta ação deve pautar-se no paradigma da interdisciplinaridade, na qual a construção deste conhecimento não deve ser específica da área da saúde, configurando-se em saber comum às diferentes áreas que prestam atenção na infância e adolescência no que se refere à violência.

As evidências da violência podem ser constatadas em crianças em decorrência de particularidades no seu desenvolvimento e socialização, tendo como identidade neste processo a família. As consequências das agressões podem ser tão amplas acarretando danos à saúde física, mental e para o desenvolvimento das vítimas observadas de imediato ou tardiamente (WHO, 2006).

Entre os indícios da violência que podem auxiliar os profissionais na identificação da violência contra a criança incluem-se: lesões do tipo equimoses, lacerações, hematomas, fraturas, queimaduras, mordeduras em áreas incomuns e geralmente cobertas, com diferentes níveis de evolução, que não condizem ao tipo de acidente relatado e à idade da criança (ex: fratura de crânio por bater a cabeça no berço, fratura de perna em crianças com idade inferior a um ano); demora a procurar atendimento médico após o acidente; e crianças em situação de higiene precária, como vestuário sujo e inapropriado ao clima local. É preciso descartar patologias que possam estar associadas às lesões. E também a ausência de lesões ou evidências não descarta a violência, sendo importante avaliar o desenvolvimento infantil (COMITÉS DE LA SAP, 2003).

Acrescenta-se que neste estudo todos os setores envolvidos na rede de proteção mencionaram identificar de alguma forma a violência contra a criança, inclusive os serviços do terceiro setor que possuem interface com o voluntariado. O que leva a refletir que estes requerem, portanto, capacitação e orientações sobre a

identificação e abordagem do problema e possibilidades de articulação com os demais serviços da rede de proteção. Compreende-se que a identificação das situações de violência requer capacitação profissional, exigindo conhecimento e desenvolvimento de habilidades de escuta, olhar treinado mediando intervenções (LIMA *et al.*, 2009).

A capacitação dos profissionais para atuarem contra a violência na infância foi citada como uma ação fundamental para a manutenção da realimentação da rede de proteção em todos os setores que a compõem, e podem oferecer mecanismos de suporte aos seus membros. Essa capacitação na percepção dos sujeitos extrapola os temas da identificação e notificação dos casos, esboçando uma preocupação com as ações, e com possíveis dúvidas que possam surgir na operacionalização da rede.

Os sujeitos apontam que a capacitação deve ser permanente e com especial atenção para os novos integrantes, que podem não compreender as ferramentas disponíveis no município para o enfrentamento da violência, não ter experiência anterior com a problemática, mas também desconhecer a prática do trabalho em rede. Dessa forma, destaca-se a necessidade de planejamento desta capacitação profissional pelos órgãos responsáveis, como referido nas falas a seguir:

*Então essa mudança [entrada de novos conselheiros tutelares] é uma coisa diferente e isso é bom em um ponto e em outro ponto é ruim porque desestrutura o colegiado, porque no começo você entra sem saber nem direito o que é o conselho, e infelizmente não estudam a lei municipal do estatuto, ela cria o conselho (SOC 1).*

*Então eu acho que precisaria de um modo geral, a capacitação permanente, isso não é a secretaria de ação social, eu acho que é um conjunto, então precisaria uma capacitação permanente de todas as pessoas para estar a par do funcionamento, o que é essa rede, o que significa rede, para que serve isso (SOC 5). Porque eu passo num concurso lá, o agente comunitário de saúde, daí até engrenar na coisa, a pessoa é nova, então precisa de uma capacitação mesmo (SOC 5).*

*Então essa criança chegou violentada, agredida, o que eu tenho que fazer? É isso que eu tenho trabalhado com os enfermeiros e com os médicos pediatras (SAÚ 8). Porque quando nós montamos a rede, a gente se preocupava muito com a notificação, tem que ter notificação, tem que preencher papéis, tem que mandar a notificação por malote. E a gente acabou não dando muita ênfase na questão do atendimento (SAÚ 8).*

Essa reivindicação por uma capacitação permanente para o enfrentamento da violência também foi apontada em outro estudo, em que os profissionais de

saúde de uma rede de proteção relataram que as capacitações ocorreram na fase de implantação da ficha de notificação individual de violência, contrapondo o foco permanente desta ação. No entanto, os autores apontaram que o suporte educacional sistemático desses profissionais, poderia minimizar riscos de exposição das vítimas à violência a condutas e encaminhamentos inadequados (DESLANDES *et al.*, 2011).

Entre os conhecimentos imprescindíveis para o enfrentamento deste fenômeno estão os relacionados ao diagnóstico, bases legais como a obrigatoriedade da notificação, as políticas públicas de saúde, dados epidemiológicos, fatores de risco e consequências do problema (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Na perspectiva dos membros da rede deste estudo sobre o conhecimento do fenômeno da violência e do trabalho em rede, a mudança constante de profissionais é um ponto crítico, que pode prejudicar a atuação pontual dos profissionais, e podem ser amplificadas tais dificuldades por todo o sistema. O equilíbrio deste ponto pode ser realizado mediante políticas públicas eficientes de capacitação, e organização de mecanismos de suporte, como fluxos bem estabelecidos ou serviços de consultoria a serem utilizados por novos integrantes da rede.

De acordo com os entrevistados, os profissionais podem ter dificuldades para identificar os casos ocasionando um ponto crítico na rede. A comunicação com a criança pode ser prejudicada pelo rompimento da confiança com outros adultos, visto que a agressão sofrida pode ser também realizada por pessoas com quem a criança possui fortes vínculos emocionais.

No que se refere a abordagem da criança para auxiliar a identificação da violência, os entrevistados demonstram um ponto crítico na forma de interrogar a criança e de explorar os fatos ocorridos, evidenciando que existe a necessidade de preparo profissional para uma abordagem diferenciada, como esclarecem nas falas a seguir:

*As respostas, e os estímulos que a gente tenta obter dessa criança é muito difícil. A criança se fecha, a criança se tranca. Para gente conseguir uma abertura e fazer com que essa criança confie na gente é muito complicado, e isso a compromete intelectualmente, porque todas as informações que a gente passa fica no descrédito, vindo do adulto toda a informação é ruim porque ela já foi violentada (EDU 6).*

*Então, quando acontece isso eu vou conversar com a criança, e daí a mãe acompanha toda a declaração do filho, mas daí a gente vai de uma forma mais calma e tranquila, conversando até de outra forma, não diretamente perguntando. Então, como você aborda a criança: ah você gosta daquela pessoa? E como que é ele trata você bem? Brinca bastante com você? (JUD 1).*

*Hoje o que se discute muito no âmbito biológico do poder judiciário é qual a melhor dinâmica para se colher o depoimento de uma criança e adolescente que foi submetido à violência. Então a criança não se sente em julgamento, não tem gravatas, as formalidades de uma audiência (JUD 3).*

*[...] A delegacia aqui tem um cartório específico para o atendimento da criança, nós damos prioridade a esses casos, e verificamos toda e qualquer notícia enfim cuja vítima seja criança e adolescente (JUD 2).*

*Geralmente eu perco uma hora, duas horas aqui na sala conversando, levando até que a criança conte, porque eu não posso induzi-la diretamente para dizer o que eu quero, eu tenho que fazer com que ela me conte sozinha, com as palavras delas inclusive, eu não posso induzir, eu tenho que fazer com que ela confie em mim para ajudar ela, explicar que eu não vou fazer nada de errado, não vou fazer nada com os pais, porque às vezes a criança tem medo disso (JUD 1).*

*Existem várias propostas, uma, por exemplo, é que você colha o depoimento nessa fase policial ainda, um único depoimento e que ele já valeria para o processo, porque infelizmente a nossa lei ela prevê que você ouça a pessoa várias vezes, na fase policial, na fase judicial, e em todas as fases você está fazendo, e para evitar que você martirize a criança, cause mais transtornos, hoje se discute isso, que não se deve ficar colhendo 3, 4 depoimentos de uma criança (JUD 3).*

De acordo com os entrevistados deste estudo na abordagem à criança vítima de violência, é necessária a reestruturação no sistema de composição de provas por meio de depoimentos na esfera judicial, pois o relato da violência pode ser explorado em vários momentos, expondo desta forma a criança. Acrescenta-se a formalidade exigida nestes ambientes pode constranger ainda mais a vítima. No entanto, os membros da rede encontraram um ponto de bifurcação ao criar um cartório específico para a coleta de depoimento de crianças e adolescentes vítimas de violência no município, reconhecendo que existem particularidades nesta faixa etária, e que a ação dos sujeitos no momento da investigação pode influenciar negativamente o bem-estar da criança.

O entrevistado JUD 3 afirmou que no município existem movimentos impulsionadores em nível de comissões, e em encontros de magistrados com outros profissionais para modificar o processo de depoimento das crianças vítimas de violência. Em suma, os componentes da rede também se articulam para transformar,

regular a realimentação desta rede e seus mecanismos de informação, e podem construir novos pontos de bifurcação para a questão dos depoimentos da criança no processo judiciário.

Existe no Brasil um corrente denominado depoimento sem dano, cujo objetivo é o de reduzir prejuízos possíveis de serem causados no decorrer do processo, de natureza criminal ou civil, em que o adolescente/criança é testemunha ou vítima do acontecimento, além de promover a garantia de seus direitos e o devido reconhecimento ao seu depoimento. Um dos projetos para esta dinâmica de depoimento sem dano foi instituída em Porto Alegre/RS em 2003, constituída das seguintes etapas: acolhimento inicial, depoimento ou inquirição, e acolhimento final com realização de encaminhamentos (FIGUERÊDO, 2009).

Na perspectiva do depoimento sem dano, pode-se contar com uma rede de profissionais, a exemplo dos técnicos de depoimento, que podem facilitar a coleta de informações e os objetivos do projeto, habitualmente são indicados assistentes sociais ou psicólogos na coleta do depoimento. Desta forma, são requeridas habilidade em ouvir, empatia, paciência e proporcionar um ambiente ameno para o depoente (FIGUERÊDO, 2009).

#### 4.4.2 Notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

Ao identificarem casos de violência nos diferentes espaços como unidades de saúde, hospitais, delegacia etc., os membros da rede de proteção devem realizar a notificação por meio verbal, e por um registro específico ao conselho tutelar do município, que possibilita a construção de processos investigativos, sendo a notificação uma forma de comunicação entre os membros da rede.

A ficha de notificação é composta por três vias, uma é encaminhada para o CREAS, outra para o conselho tutelar, e a outra fica na unidade que notificou o caso, como apresentado a seguir:

*Então esta ficha [notificação], esta ficha vem das Unidades de Saúde, hospitais, delegacias e o próprio CRAS encaminham para nós do CREAS. Porque o setor que fica com 1 via para controle é o CREAS, encaminha 1*

*pro conselho tutelar, e 1 via fica na unidade de atendimento, são 3 vias. Encaminha para o conselho tutelar para que se acontecer algum fato, seja acompanhado, e verificado (SOC 1).*

*[...] eu acho que facilidade agora está tendo, justamente as pessoas estarem preenchendo a ficha de notificação e mandarem para facilitar o trabalho e trabalhar integrado (SOC 1).*

*Na saúde é diferente, na saúde nós temos trabalhado com a notificação do SINAN NET, isso ficou acertado em uma reunião administrativa com o social e a educação que a Secretaria Municipal de Saúde cumprindo uma determinação do Ministério da Saúde não iria mais utilizar a notificação de três vias (SAÚ 8). Foi uma exigência, por ser setor saúde nós optamos, e para melhorar a questão epidemiológica, tem sido um apelo do Ministério da Saúde (SAÚ 8).*

Na fala do entrevistado SAÚ 8, nota-se que existe diferença na ficha de notificação utilizada pelo setor saúde. Essa modificação foi uma exigência do Ministério da Saúde para sistematizar dados epidemiológicos sobre a violência. É importante que os profissionais reconheçam as diferenças entre as informações contidas nas fichas para realimentar esses dados.

A notificação dos casos de violência é a comunicação da suspeita ou do caso confirmado a um órgão competente, que no protocolo da rede de proteção do município de Colombo são o conselho tutelar e o CREAS (COLOMBO, 2009). A notificação de maus-tratos contra criança e o adolescente tem o intuito de interromper atitudes e comportamentos violentos que prejudicam o bem-estar da criança, e pode iniciar um conjunto de cuidados socio sanitários para a proteção desses indivíduos vitimizados e suas famílias (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; DESLANDES *et al.*, 2011).

Essa adesão a um padrão de notificação pelos serviços de saúde se deve ao fato de este gerar um perfil dos problemas e das demandas, e, assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Em relação à notificação ao conselho tutelar, observa-se um nó crítico nesta ação de realimentação da rede de proteção, pois alguns sujeitos referem encaminhar apenas casos extremos de violência, uma vez que acreditam que este serviço tem uma demanda excessiva de trabalho, e também afirmaram que não conseguem obter retorno de alguns casos, resultando em subnotificações. No entanto, como pontos de bifurcação buscam integrar outros serviços que percebem serem necessários para o atendimento do caso, bem como também intensificam o

atendimento, marcando, por exemplo, várias consultas de retorno com o profissional. A esse respeito os entrevistados apontam:

*Dizer que eu passo para o conselho tutelar, só se for um caso muito extremo, e eu puder ficar em cima. Eu troco com a responsável pelo CREAS, a gente conversa muito. Tento trazer para dentro do CRAS, tanto o homem quanto a mulher para os cursos aqui, as crianças nas atividades, oficinas do ATITUDE (SOC 7).*

*Embora ele só é acionado nos casos graves, nós só acionamos quando é agressão física, sexual ou ameaça de morte. Outro tipo de violência, a violência crônica nós não acionamos, nós só encaminhamos a ficha de notificação e daí a responsabilidade é deles, em fazer a visita ou não (SAÚ 8).*

*Porque eu acho que o conselho tutelar fica em terceiro lugar, é feito tudo o possível e inimaginável para atender antes de mandar pro conselho tutelar. Até pelo volume de trabalho que tem o conselho, então a gente tenta filtrar ao máximo, e a gente realmente só esta encaminhando casos de violação dos direitos. Porque o conselho pelo volume de trabalho que tem, ele não consegue trabalhar nenhum tipo de prevenção (EDU 7).*

*Que é o conselho tutelar que atende como fio, a gente às vezes a gente fica bem na dúvida se notifica ou não notifica alguns casos mais leves, é claro que os graves a gente notifica todos, porque a gente vai expor a criança, vai expor a família e sabe que não vai ser dado um retorno adequado para aquele caso (SAÚ 9).*

*Então às vezes é melhor você levar, eu às vezes faço assim marco atendimento comigo várias vezes, repetidamente, vejo até eu ficar mais aliviada, vejo ah não eu acho que não é mesmo, já que eu não tenho apoio (SAÚ 9). Então se você denuncia uma coisa que não é grave, você pode piorar a situação dessa criança na casa (SAÚ 9).*

A notificação da violência expõe o problema detectado em um determinado serviço para a ação interdisciplinar de forma coordenada, convocando parcerias de atuação na área (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). Porém, autores apontam que entre as denúncias investigadas em conselhos tutelares, nota-se, ainda, pouca participação das escolas e dos serviços de saúde, a exemplo de um estudo realizado em Feira de Santana/ Bahia (COSTA *et al.*, 2007).

Outros estudos indicam que essa prática pode ser intensificada com filtros estabelecidos pelo próprio conselho tutelar, que, diante do volume crescente de ocorrências determina o que registra, agravando assim, a situação de subnotificação (BAZON, 2008).

A fala dos sujeitos apresenta outros encaminhamentos para serviços diferentes do conselho tutelar, considerados nesta pesquisa como ponto de bifurcação para este ponto crítico. No entanto, a não comunicação ao conselho

tutelar deve ser vista com cautela, pois os casos não informados a este órgão podem não realimentar o sistema, e amplificar prejuízos no atendimento às vítimas e suas famílias, além de não expressar a magnitude do problema.

Em relação à subnotificação dos casos ao conselho tutelar, os membros da rede mencionam como outras causas o sentimento de insegurança e medo dos profissionais de sofrer represálias dos agressores, e de sua exposição, pois atuam diretamente com populações residentes em áreas de risco, como relatado a seguir:

*Então eu nunca esqueço um médico uma vez falou assim, ainda nós não tínhamos criado a nossa rede de proteção: olha, eu não sou louco, de denunciar, por exemplo, chegou ali no pronto socorro uma menininha abusada, e foi à avó que trouxe, eu não vou denunciar que foi o avô depois amanhã eu vou aparecer morto. Então ele não entendia essa obrigação de estar notificando, então eu digo não, mas no estatuto diz lá no artigo 245, que qualquer caso de suspeita, mesmo que seja suspeita tem que notificar, porque daí vai providenciar ou não, vai se encaminhar (SOC 1).*

*Você pega uma unidade de saúde como a X e a Y, são duas unidades que estão dentro de área de ocupação, de favela. Como os enfermeiros, os colegas eles vão se expor, o nome delas que foram elas que denunciaram. As coitadas chegam para trabalhar, elas têm família (SAÚ 8).*

Todavia, de acordo com a fala dos sujeitos, mesmo com o advento das redes e do ECA, ainda existem dificuldades operacionais para promover a segurança pública desses profissionais que precisam realizar as notificações, corroborando ainda mais para a evidência do problema. E este aspecto configura-se como um desafio a ser enfrentado pelo sistema.

O medo em notificar também foi apontado em um estudo com equipe multiprofissional da ESF por 53,8% dos sujeitos, levando a refletir sobre a deficiência de suporte institucional para a realização da notificação de casos de maus-tratos infantis, tais como a inadequação dos serviços responsáveis, carência de recursos, e má organização de sistemas importantes para esta ação (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Essas subnotificações expressam que nem sempre são seguidas as normas legais sobre maus-tratos no Brasil, que são espelhadas no modelo americano de obrigatoriedade na notificação de casos de violência para profissionais, a necessidade de encaminhamento dos casos a um organismo designado em lei, e a consequente punição para o profissional que não a notifica (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). De igual modo, o ECA determina ato infracional profissionais e responsáveis por serviços de saúde e educação não comunicarem às autoridades

competentes os casos suspeitos ou confirmados de violência, sujeito à multa (BRASIL, 1990).

Outra causa do ponto crítico da subnotificação diz respeito ao descrédito e à desvalorização da atuação do conselho tutelar, pois as ações desta instituição nem sempre são vistas como efetivas e adequadas. De acordo com a fala dos sujeitos situações como o vazamento de informações que deveriam ser sigilosas sobre os denunciantes dos casos de violência comprometem ainda mais a articulação entre o CT e outros serviços, sendo estas situações autoamplificadas na rede, podendo gerar sensações como o medo e a insegurança para os demais elementos da rede, nota-se nas falas a seguir:

*Teve um caso a unidade fez a notificação, também entra a falta de crença. A unidade fez a notificação, o médico examinou a criança, a mesma unidade, olha que azar do município, a unidade fez a notificação e quando chegou a cópia na mão do conselho tutelar, o conselho tutelar foi fazer a visita, e a conselheira contou para o agressor que foi a unidade tal que tinha denunciado. E esse cidadão foi até lá com uma arma na cintura, querendo saber quem tinha denunciado ele para polícia, que ele ia acertar as contas com essa pessoa (SAÚ, 8).*

*Que é o conselho tutelar que atende como fio, às vezes a gente fica bem na dúvida se notifica ou não notifica alguns casos mais leves, é claro que os graves a gente notifica todos, porque a gente vai expor a criança, vai expor a família, e sabe que não vai ser dado um retorno adequado para aquele caso (SAÚ 9).*

*Eu acho assim que o conselho tutelar é uma dificuldade, porque assim a partir do momento que eles identificam que tem uma criança de risco, que tem que fazer um acompanhamento, eu acho que eles têm que continuar o trabalho deles, porque assim, eles encaminham para o projeto, mas não é só encaminhar para o projeto, mas sim estar investigando essa criança, se realmente está rendendo alguma coisa, acompanhamento com o psicólogo, eu acho que falta essa atitude deles (SOC 6).*

Outro fator que realimenta a subnotificação é a referida falta de acompanhamento dos casos pelo CT, de acordo com o referido pelos sujeitos SAÚ 9 e SOC 6 acima. O que indica a necessidade de um acompanhamento compartilhado dos atores envolvidos para atender às necessidades do caso de violência com retorno das informações e dos encaminhamentos.

Em um estudo realizado para conhecer as condições de famílias com casos de violência doméstica após a aplicação de medidas do conselho tutelar, observou-se que as ações tiveram um aspecto pontual, de atendimento inicial decorrente da

denúncia ou notificação, e que eram insuficientes para o enfrentamento global da violência. Destaca-se no estudo a necessidade de maior atenção para medidas de prevenção e acompanhamento das crianças e famílias (MILANI; LOUREIRO, 2008).

Ainda no estudo de Milani e Loureiro (2008), não existiam dados suficientes sobre os encaminhamentos dados pelos serviços, indicando que pesquisas em conselhos tutelares e programas de intervenção que realizam encaminhamentos precisam ser exploradas para melhor compreender a efetividade dessas ações em médio e longo prazo, tanto para as crianças como para as famílias.

#### 4.4.3 A visita domiciliar como ferramenta para o enfrentamento da violência

A visita domiciliar (VD) surge como uma ação importante para realimentar o processo de investigação do caso de violência, e pode realimentar as informações na rede. Os sujeitos deste estudo apontam que quando existe uma suspeita de violência contra a criança, é preciso apurar dados que possam subsidiar as condutas dos profissionais na identificação e notificação, e para reconhecer necessidades e poder articular conexões com outros atores para compor a teia de proteção contra a violência.

Esta é uma ferramenta ampla, citada como recurso utilizado por diferentes setores. No setor saúde, pelos serviços de pronto atendimento, unidades de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde e enfermeiros, no setor da educação pela equipe de assistente social e psicopedagogos da SME, e em alguns casos a escola com auxílio da patrulha escolar, no setor de assistência social por meio dos assistentes sociais e psicólogos dos CRAS e do CREAS, pelo conselho tutelar que dependendo da situação pode solicitar acompanhamento da delegacia de polícia.

A visita domiciliar integra a assistência domiciliar à saúde, com o objetivo de aprimorar as práticas em especial na saúde, por meio da inserção dos profissionais na comunidade e nos domicílios, atentando para o contexto familiar, as condições socioeconômicas e suas correlações no processo de saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Trata-se de uma ferramenta dinâmica, que possibilita a sua implantação na população-alvo, contribuindo para a organização dos serviços e

resolução de problemas de acordo com as necessidades das famílias (DRULLA et al., 2009).

Segundo as falas dos sujeitos a seguir, a VD deve ser realizada por profissional capacitado, pois há uma complexidade no uso desta ferramenta decorrente da própria suspeita da violência; para tanto, esta ação deve ser cautelosa para não expor a vítima no ambiente doméstico.

A visita domiciliar, auxilia no esclarecimento de dúvidas e em melhorar as informações sobre o caso. Esses dados permitem desencadear uma série de outras ações que incluem a notificação da violência, a consulta médica, atividades no CRAS, inserção da família em projetos sociais, outras visitas do conselho tutelar e assistentes sociais ou encaminhamento para outros profissionais de acordo com as necessidades percebidas, conforme expresso nas falas a seguir:

*A criança ou sofre abuso ou tem a suspeita não é nada confirmado, quando não tem nada confirmado e é um assunto muito delicado você expor ou apontar uma pessoa. Então o que a gente faz? Pega a assistente social para fazer uma visita domiciliar, todo um levantamento, ver quem mora e fazer toda uma investigação (EDU 5).*

*Chegam casos, denúncias de todas as espécies, mas o que a gente faz primeiro, o primeiro contato é averiguar a situação, e quando chega a denúncia por telefone ir até a residência ver se a denúncia procede (CT 3).*

*[...] A gente já procura o endereço para fazer uma visita, geralmente o enfermeiro já vai à visita, ou a gente convida o responsável da criança a vir na unidade de saúde por outro motivo. Ou a gente vai até a casa, uma situação mais delicada, para ver o ambiente, depois a gente busca suporte médico, a gente faz a notificação se ela ainda não foi feita (SAÚ 1).*

*Daí nos entramos em contato com a unidade de saúde através do agente comunitário de saúde, que também fez algumas visitas, foi por causa da visita da pastoral que nós acionamos a unidade de saúde e a assistência social para fazer as visitas. Daí houve um amparo à escola, a unidade de saúde, o CRAS e a pastoral (EDU 6).*

*[...] é feito os encaminhamentos que a gente consegue fazer, quando precisa de psicólogo, ou precisa encaminhar para o CRAS, é comunicado o conselho tutelar, e a gente faz visitas quase que semanal, até tentar resolver o problema (SAÚ 3).*

O trabalho realizado no ambiente domiciliar permite ao profissional conhecer a realidade e compreender subjetividades do indivíduo, tendo como enfoque a dimensão do cuidado familiar, nas relações socioculturais existentes entre seus membros, e evidenciar questões deste espaço que podem potencializar a saúde ou

contribuir para o processo de adoecimento e desgaste dos indivíduos. Para a VD, é preciso habilidades profissionais, principalmente no que se refere à escuta e à comunicação, a fim de estabelecer vínculos de confiança, e facilitar o relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional às famílias, propiciando o diálogo, que é essencial entre os serviços e a população (DRULLA *et al.*, 2009).

Portanto, a VD tem potencial para elaborar estratégias de enfrentamento da violência, que considerem a realidade socioeconômica e cultural das famílias com crianças vítimas de violência e as particularidades das famílias para a articulação de serviços e profissionais que possam atender às necessidades para fortalecer o desenvolvimento infantil saudável e seguro.

Para isso, faz-se necessário o planejamento das ações de atenção às pessoas de risco e a elaboração de objetivos. Outras atividades que podem ser realizadas com esta ferramenta incluem reconhecimento da área de abrangência, ações educativas, encaminhamentos, acompanhamentos, e a convocação de elementos das redes de apoio, reconhecendo as necessidades comunitárias e familiares (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Na realimentação da visita domiciliar na rede existe um ponto crítico que é a sensação de insegurança no momento da VD. De acordo com os entrevistados, isso ocorre pela inserção dos profissionais em áreas consideradas de maior risco para a violência dentro do município. Um ponto de bifurcação para isso é a articulação com serviços da segurança pública, em determinados casos o conselho tutelar costuma solicitar escolta policial, e a escola geralmente recorre ao serviço de patrulha escolar, que também realiza a vigilância no ambiente escolar, conforme falas a seguir:

*[...] caso o conselho precise, porque às vezes vai num local que é perigoso, aí eles pedem apoio policial, aí pedem auxílio policial e nós vamos até o local juntamente com o conselho tutelar. Mas geralmente, quem faz a visita na casa, primeiramente é o conselho, quando se trata de criança (JUD 1).*

*[...] Hoje você vê, diretor indo até a casa de aluno, procurando aluno, algumas vezes nos [patrulha escolar] somos chamados porque eles têm medo de entrar em certas comunidades, e nós acompanhamos por que o aluno sumiu, e eles têm essa preocupação bem maior.*

A insegurança e o medo também são dificuldades referidas em outros trabalhos que mencionam aspectos da visita domiciliar, e surgem principalmente no cotidiano do trabalho com os indivíduos vítimas de violência e seus agressores.

Observa-se que presentes esses riscos, alguns limites devem ser conhecidos e respeitados pela equipe, entretanto, estes nem sempre são bem reconhecidos em função dos riscos aos quais estão expostos (LIMA *et al.*, 2009).

É importante destacar que não existe legislação específica em relação à segurança dos profissionais que atuam nesta área. No entanto, na organização da rede os próprios sujeitos percebem esta necessidade, e citaram os pontos de bifurcação acima como possibilidades para fortalecer as práticas dos profissionais que buscam a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

#### 4.4.4 Assistência à saúde e intervenções contra a violência

Na assistência à saúde reúnem-se ações apontadas pelos sujeitos como competência da rede saúde, sendo responsável por realimentar informações e articulações no atendimento clínico emergencial dos casos, em destaque o pronto atendimento como porta de entrada, e no acompanhamento dos casos que ocorrem na maioria das vezes nas unidades de saúde e serviços de referência especializados. As assistências psicológicas e psiquiátricas compõem esta rede para atenção às necessidades de saúde das crianças vítimas de violência e de suas famílias

O município não possui atendimento clínico hospitalar especializado em pediatria, atendimento psiquiátrico pediátrico e recursos de alta complexidade. Nesse aspecto, a forma de organização da rede de proteção extrapola suas conexões para além dos dispositivos municipais por meio de convênios do SUS, como hospitais em Curitiba/PR, para suprir as necessidades de realimentação dos atendimentos específicos e com maior grau de gravidade.

Para a atenção psiquiátrica, a rede estabeleceu a parceria com o Centro de Psiquiatria Metropolitano (CPM) em Curitiba/PR, e o acolhimento dessas crianças no CAPSII do próprio município, mas já existem propostas da secretaria municipal de saúde para a construção de um CAPS infantil no município. Dessa forma os entrevistados declararam:

*A porta de entrada é pelo pronto atendimento. E depois disso a criança tem que ser acompanhada. Se ela teve violência sexual, ela tem que ser acompanhada pela unidade básica de saúde, solicitação de exames; o hospital só vai fazer o atendimento emergencial. Quem vai acompanhar a saúde, se houve realmente conjugação carnal encaminha-se para o DST AIDS. Nós temos o acompanhamento com o infectologista lá no município (SAÚ 8).*

*Agora quando envolve violência sexual se for até 11 anos 11 meses e 29 dias, é encaminhado para o Hospital Pequeno Príncipe, [...] e se for acima dessa idade que eu te citei vai para o Hospital de clínicas onde é feito todo o atendimento, com 12 anos completos vai para o HC (SAÚ 8).*

*Todo o paciente com transtorno abaixo de 18 anos Curitiba absorve lá no com. No CPM tem o CAPS infantil. Mas a fulana que é assistente social, minha colega, ela trabalha no CAPS II, e como esta vindo esse projeto de implantação do CAPS infantil no município, ela me pediu para fazer o protocolo. Assim, pegou criança e adolescente que precisa de um atendimento psicológico, psiquiátrico, encaminha para ela, e ela tenta absorver essa demanda lá, o que ela não pode encaminha para Curitiba (SAÚ 2).*

*[...] o município ainda não dispõe de um CAPS infanto-juvenil, está na fase de implantação, com previsão de implantação até o ano de 2012 (SAÚ 4).*

Em decorrência da necessidade de ações intersetoriais contra a violência, torna-se essencial a integração dos serviços e profissionais do setor saúde na rede de proteção, percebendo-se como mediadores e articuladores de intervenções e projetos para a proteção infantil. Em especial, aqueles que atuam na atenção básica, que é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde para diversos campos de atuação (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). Estas abordagens no setor saúde requerem uma rede de serviços destinada à promoção e recuperação da saúde, contrapondo a visão independente e isolada de ações com a integralidade e interdisciplinaridade das instituições (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

A assistência psicológica compõe a assistência clínica à saúde, e todos os profissionais que integram a rede de proteção devem estar atentos à dimensão psicológica das vítimas de violência e suas famílias. Entretanto, o psicólogo é o profissional que possui formação para abordar estas questões. No município deste estudo, os psicólogos que realizam o atendimento específico contra a violência estão lotados nos CRAS locais e no CREAS.

Em relação à assistência psicológica, existe um ponto crítico que é a insuficiente oferta deste atendimento, referido a seguir por SOC 1. Durante a coleta

de dados para este estudo, o município encerrou o contrato com alguns psicólogos e assistentes sociais lotados no setor de assistência social, repercutindo em certa insatisfação dos profissionais com a morosidade nos atendimentos psicológicos em decorrência desta redução nos recursos humanos para este fim.

*[...] a partir de então o conselho tutelar tem que aplicar as medidas protetivas, ou seja, a criança foi violentada, tem o procedimento, o que tem que fazer se encaminha seja violentada física ou sexual pro órgão que seria o CREAS, que é uma instituição de aplicação de atendimento psicológico (CT 2).*

*Em cada CRAS tem que ter o psicólogo e o assistente social, sem psicólogo não dá. E hoje há essa falta, está bem parada a rede, porque não tem nenhum psicólogo para atender ali (SOC 1).*

Observa-se como pontos de bifurcação para este ponto crítico a articulação com outros serviços que dispõem do profissional psicólogo para outras finalidades, e acabam realizando o atendimento das crianças vítimas de violência e suas famílias, na tentativa de suprir as necessidades mediante esta instabilidade na rede. Estes serviços são instituições governamentais como o Centro de Atendimento Especializado à Criança (CAEC), que faz o acompanhamento do aprendizado e comportamento infantil nas escolas municipais, e um psicólogo de referência para as unidades de saúde com ESF, e as organizações não governamentais da comunidade como as instituições do terceiro setor. Como se observa nas falas a seguir:

*Aqui no CAEC nós temos psicoterapeutas, psicopedagogos, fonoaudiólogos e pedagogos, psicólogos. Então a nossa demanda é mais essa de dificuldade de aprendizado. Mas nada impede que tenha aí abuso sexual envolvido no meio [...], então ela é encaminhada para cá. Às vezes o CREAS encaminha crianças vítimas de violência para cá (EDU 5).*

*[...] olha tem quatro psicólogos, todos voluntários, na verdade são seis psicólogos, porque duas trabalham só com terapia de grupo. E dessas quatro, duas delas vem duas vezes por semana. Tem crianças que chegam com suspeita, e quando se confirma, ou quando já vem do conselho tutelar que a criança foi abusada e precisa de um acompanhamento (TS 1).*

*E daí também a gente tem a psicóloga da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atende só as famílias da estratégia (SAÚ 6).*

Esses pontos de bifurcação expressam um rearranjo para o atendimento psicológico estabelecido em protocolo, pois a partir do momento que os profissionais

reconhecem dificuldades, recriam articulações com outros elementos numa postura proativa.

Permanecer em uma postura de conceitos, e atuações pode proporcionar uma sensação tranquilizadora, entretanto, recriar novos caminhos e intervenções por meio de pontos de bifurcação que evitam a repetição das ações. É abrir-se a incerteza das verdades (ALMEIDA, 2004). Essa busca por novos caminhos pode construir novos conhecimentos para o trabalho em redes.

#### 4.4.5 Prevenção da violência junto às famílias

No que se refere às ações de prevenção à violência em seus diferentes níveis, destaca-se que esta é uma preocupação que permeia todos os setores da rede de proteção, e é realimentada por diferentes atores. Nesse aspecto, percebem-se a atenção ao vínculo familiar na inserção das crianças e suas famílias em projetos sociais de geração de renda e contraturno escolar, projetos desenvolvidos nas escolas envolvendo os profissionais em palestras e atividades para orientação dos pais e alunos sobre a violência, e a participação de ONGs do terceiro setor na disponibilidade de atividades do contraturno escolar e atendimento psicológico, conforme as falas a seguir:

*[...] então na verdade é assim, dentro da política da assistência social a gente classifica como proteção básica e especial, o CRAS; ele participa da proteção básica que seria o fortalecimento de vínculos, a prevenção da violação dos direitos [...] (SOC 2).*

*[...] a família em situação de risco né, não só vulnerabilidade, mas em situação de risco também, é realizado um acompanhamento. Seja inserindo a mãe da criança ou adolescente em uma oficina aqui dentro de geração de renda, em um grupo com a psicóloga, em alguma coisa assim (SOC 5).*

*[...] inserir a criança no PROCRIANDO, porque muitas vezes as crianças estão vulneráveis porque estão sozinhas em casa. Algumas aqui no ATITUDE, as mães tem vindo trazer e buscar. A gente está trazendo para não deixar na rua. Então PROCRIANDO, ATITUDE, PROJovem, igual eu tenho alunos que vêm todos os dias, 3 dias no Projovem e 2 dias no Atitude (SOC 7).*

*Nessa escola de pais eu chamei um patrulheiro para fazer uma palestra, foi muito bacana, acho que esse trabalho ele tem que ir a todas as escolas. Ele*

*veio fazer uma fala sobre o ECA, ele é um policial militar, e ele veio fazer uma fala sobre o ECA. Desmistificar essa história de pais e mães chegarem falando que o ECA acabou com as família, e que você não pode mais repreender os filhos (EDU 3).*

*[...] a gente cria treinamentos específicos de acordo com a realidade daquela escola, se, por exemplo, dentro da escola se tiver alguma coisa que a gente possa orientar em relação à sexualidade, à droga [...] (SOC 14).*

*E nunca esquecer o conhecimento, a parte principal da escola é trabalhar o conhecimento só que hoje em dia nós temos que pegar tudo, valores, formação, a questão de drogas, alcoolismo, abuso, violência, maternidade precoce, dos adolescentes se valorizarem, valor da família (EDU 4).*

*[...] é gratuito [ONG com projeto contraturno], não a gente não tem esses critérios, a gente vê que precisa e inclui. A gente sabe por que as funcionárias e a população indicam [...] também para crianças, lá eles desenvolvem várias atividades, dança, capoeira, Karatê no horário fora da escola, também para tirar essas crianças de risco. Lá eles atendem mais crianças de baixa renda mesmo (SOC 6).*

Pode-se, então, observar que o peso dos papéis que cabe à família é bastante significativo no desenvolvimento de seus membros, e que dependendo do modo como se constitui e se relaciona, pode-se promover maior e melhor desenvolvimento de seus membros, ou mesmo não potencializar as suas capacidades (ROQUE; FERRIANI; SILVA, 2008). Entretanto, é preciso considerar a proteção infantil como tarefa compartilhada entre a família e outras instituições sociais, não podendo a avaliação do manejo de tal situação ficar somente sob a responsabilidade parental (BAZON, 2008).

Nesse contexto, o setor de assistência social realimenta ações e informações de prevenção da violência com projetos de geração de renda e qualificação dos pais direcionada às famílias por meio dos CRAS e do CREAS. Nos CRAS também é possível a inserção das crianças em projetos contraturno denominados PROCRIANDO, e os projetos sociais para atividades socioeducativas denominados PROJOVEM e ATITUDE, estes foram citados como potenciais para realimentar a rede, minimizando o período em que as crianças ficariam expostas aos riscos de violência na comunidade.

A prevenção da violência envolve práticas de atenção nas dimensões pessoais, processuais e do contexto, e, portanto, famílias cada vez mais vulneráveis não conseguem romper com práticas hereditárias relacionadas à violência (ROQUE, SANTOS; FERRIANI, 2008). Portanto, os projetos sociais são importantes para realimentar a prevenção da violência.

Em relação à prevenção no ambiente escolar, surge nas falas de EDU 3, SOC 14 e EDU 4 a preocupação com questões que impedem a proteção das crianças, tais como: a gravidez precoce, uso de drogas, convívio familiar e a violência. As escolas além de serem espaços de socialização, são mediadoras do conhecimento, e realimentam a prevenção da violência na rede por meio de campanhas de orientação sobre o ECA e a educação de filhos para as famílias, articulando forças com a patrulha escolar e com um serviço específico do setor de assistência social, com enfoque na família e que faz articulações com projetos intersetoriais.

Há tempos escola e família compartilham funções sociais, políticas e educacionais, na medida em que contribuem e influenciam a formação da criança, compactuando a construção do conhecimento e a cultura de uma determinada população, com influências psicológicas podendo fortalecer o crescimento físico, intelectual e emocional dos indivíduos e a proteção infantil. A escola tem uma preocupação com o processo de ensino-aprendizagem, e a família torna-se responsável pela socialização e pelas condições básicas de sobrevivência e desenvolvimento de seus membros (DESSEN; POLONIA, 2007).

Na atuação da prevenção, é importante direcionar ações com as famílias, por meio de projetos de orientação sobre a violência nas escolas, comunidades, grupos e sociedade em geral, a partir da conscientização e melhora nas relações interpessoais, considerando a importância da família para os indivíduos (MARTINS; JORGE, 2009).

A participação do terceiro setor na realimentação da prevenção da violência busca a valorização de crianças, adolescentes e famílias de baixa renda, em áreas de vulnerabilidades e com risco para a violência, por meio de atividades esportivas e culturais, e oficinas profissionalizantes no contraturno escolar, expressa pela importância dada a esses projetos na rede de proteção.

As organizações do terceiro setor não são nem públicas e nem privadas, são estruturas do direito privado, com finalidades públicas, mas requerem a prestação de contas periodicamente. Elas vêm crescendo na sociedade como uma das decorrências da crise denominada “Estado mínimo”, a qual reafirma a indisponibilidade do governo para prover o bem-estar social, permitindo que os serviços do terceiro setor tenham autonomia para lidar com a causa pública (CRUZ, et al., 2009).

Na prevenção da violência surge um ponto crítico em relação ao projeto social ATITUDE, que teve a duração de um ano e após esse período teve encerrado o financiamento e a verba para pagamento dos bolsistas. O município continuou atendendo à demanda deste projeto mesmo com algumas limitações orçamentárias. A limitação de recursos financeiros para as atividades de prevenção também é percebida por serviços do terceiro setor, conforme a fala a seguir dos sujeitos:

*O ATITUDE esse ano acabou, o estado não manteve mais o projeto, e o município continua com os bolsistas no CRAS, para não jogar esses adolescentes, eles recebem a bolsa do estado para os oficinairos, mas o pessoal do CRAS tem que fazer os relatórios e mandar (EDU 3).*

*[...] então o município vai ter que contratar os profissionais para fazer este programa [ATITUDE], mas municipal daí. A demanda não pode deixar de ser atendida, de acordo com o convênio e estamos atendendo (SOC 2).*

*[...] agora a dificuldade é sempre os profissionais. Tanto na rede pública, como para nós ONGS [...] E daí claro que a gente queria ter projetos também para remunerar as pessoas, mas agora no momento a gente não tem a gente já teve [...] Mas vamos ver, tudo devagar, não sei se para esse ano vai dar, porque é tudo muito gasto, e agente não quer se vincular muito com políticos, e a gente quer fazer menos e aos poucos (TS 1).*

*A gente não conseguia pagar algumas despesas. Tem que ter planejado e bem planejado (TS 1).*

*[...] precisava mais projetos, porque os 9 projetos (PROCRIANDO) que tem não está dando conta do município. Claro que nunca vai ser suficiente, eu tenho essa convicção, quanto mais instituições tiverem, mais crianças a gente vai ter. Não supre a demanda do município, mas a gente tenta fazer o melhor que pode (SOC 6).*

Outro ponto crítico para a prevenção da violência foi referido pelo número insuficiente de vagas nos projetos de contraturno escolar (PROCRIANDO); no entanto, de acordo com SOC 6, esta é uma relação de oferta e demanda que esta longe de ser equilibrada, em decorrência do número real destas instituições frente ao número crescente de mulheres inseridas no mercado de trabalho que necessitam de espaços seguros para deixar os filhos neste período.

Mesmo com o dinamismo de muitas das propostas vigentes, há pouca atenção e sistematização das ações das instituições públicas, privadas e das ONGs voltadas para a prevenção da violência, no Brasil os investimentos têm sido antes direcionados a atenção às vítimas de agravos do que aspectos que inibem o problema (GOMES *et al.*, 2005).

Para mudar o foco da prevenção, é preciso conhecer melhor o sentido das ações já desenvolvidas, a dinâmica das relações entre os diferentes setores, e os resultados das atividades, para que passos futuros possam ser mais bem orientados, tanto pelas próprias instituições como pelos gestores públicos que precisam de instrumentos de inteligência para alocação de recursos (GOMES *et al.*, 2007).

Esses pontos críticos sugerem que os investimentos públicos para a prevenção da violência são insuficientes, e podem prejudicar as informações e ações de toda a rede. Esta pode recriar conexões para suprir tais necessidades, a exemplo da ação voluntária entre comunidade e escola, no entanto, faz-se necessária a coparticipação do Estado para prover tais direitos à população, por meio de políticas públicas contínuas para esta área, e assim, autoequilibrar as dificuldades estruturais, a fim de realimentar a prevenção da violência nesta rede.

#### 4.4.6 Ações do setor judiciário na assistência à criança e adolescente vítima de violência

No setor judiciário e segurança pública são realimentadas as informações no âmbito dos processos criminais e de medidas protetivas para as crianças vítimas de violência. Para disparar as ações neste setor, existe a necessidade de composição de provas, tais como laudo do IML, boletim de ocorrência e interrogatórios. Os trâmites geralmente se iniciam com um atendimento pela delegacia de polícia ou pelo conselho tutelar, comum inquérito que será destinado ao Ministério Público, e este último vão deferir medidas, caso já não tenham sido tomadas, e encaminhar o processo para o juizado da infância e adolescência. Como se percebe nos termos dos sujeitos a seguir:

*[...] para chegar ao Juiz, o processo já passou necessariamente pela polícia, então a delegacia de polícia faz aquela primeira coleta de informações, se eles entendem que tem algo a ser apurado, eles vão fazer um inquérito, vão fazer uma investigação sobre o ocorrido, e com base nesses elementos eles mandam para o ministério público. Então a promotora de justiça, ela vai receber esse comunicado da polícia, e ela vai fazer um pedido, que a gente costuma chamar de pedido de providências, ela vai provocar o Juiz (JUD 3).*

*A primeira coisa é o boletim de ocorrência, é relatado o fato e relatado todos os dados, se possível até do agressor, e a criança é imediatamente ouvida em cartório, relatando esses fatos em declaração, e na mesma hora, no mesmo dia, a gente encaminha para o IML, porque o laudo é a coisa mais importante para se constatar o ato (JUD 1).*

*[...] porque hoje a delegacia trabalha com o boletim integrado, então se uma criança é violentada e é feito o boletim de ocorrência em Colombo vai automaticamente para a delegacia da criança e do adolescente, crimes contra a criança, que é ligada a vara da infância aqui de Curitiba, tem até o Ministério Público também (SAÚ 8).*

A falta de provas físicas e materiais faz com que os relatos da criança sejam desacreditados, e em determinados casos, o processo judicial não é aberto, pois, considera-se insuficiente apenas o seu relato. Soma-se a esta dificuldade a compreensão equivocada do senso comum de que os prejuízos no desenvolvimento da criança ou do adolescente só ocorrem quando existem danos físicos capazes de se observar (COSTA *et al.*, 2008).

O boletim de ocorrência é um instrumento de comunicação para realimentar informações entre o setor de segurança pública e o judiciário, e de acordo com a fala de SAÚ 8, o boletim integrado pode facilitar a comunicação entre as delegacias de diferentes municípios, a Vara da Infância e da Juventude e Ministério Público, podendo abranger a área de atuação e compartilhar as mesmas informações.

Essa integração dos serviços de segurança pública e do judiciário guia-se pelo conceito de prioridade absoluta, da qual crianças e adolescentes são destinatários. Isso deve ocorrer em todos os serviços da rede que têm o dever de fazer cessar a violação dos direitos, e sanar as falhas das políticas sociais básicas para a defesa dos direitos, e pode ser mediado pelos juizados especiais e conselhos tutelares (HECHLER, 2009).

Para a efetiva garantia dos direitos de crianças e adolescentes, torna-se necessário também considerá-los inseridos num contexto familiar e social favorável à materialização dessa condição. Ademais, sempre que um direito estiver sendo violado, o Ministério Público pode intervir, solicitando as medidas necessárias para o seu efetivo atendimento (HECHLER, 2009).

Após a inicialização do processo judicial, existe uma série de atividades que decidirão sobre os direitos da criança e a possível punição dos agressores. Existe um ponto crítico destes processos na rede relacionado à percepção de morosidade na resolução judicial dos casos de violência contra crianças, que por vezes gera

uma sensação de descrédito e impunidade neste sistema. Conforme as falas a seguir:

*Não tem como fazer este processo de destituição fácil, às vezes tem que localizar pai e mãe, precisa localizar outro parente, depois de esgotado todas as possibilidades de núcleo familiar, de parentes é que vai para adoção, daí que vem aquela coisa do prazo legal, e as pessoas não entendem acham que o juiz está demorando, que fica três anos no fórum, mas tem que localizar a mãe, pai, avós maternos, avós paternos, depois que a criança já está com barba no abrigo (SOC 1).*

*[...] isso que é pouco difundido para população, vai ter que ser feita uma divisão, pode parecer estranho o raciocínio, mas o judiciário trabalha de maneira dividida, de um lado é área criminal que vai ver se pune ou não o agressor, e do outro lado a área da infância e da juventude que protege o agredido, mas isso divide um pouco o trabalho, quem está na ponta fazendo o primeiro atendimento tem que saber disso que o trabalho que você vai fazer lá, vai gerar um B.O [Boletim de Ocorrência], que vai gerar um inquérito, e eventualmente vai gerar uma ação penal contra o agressor (JUD 3).*

De acordo com SOC1, um dos motivos dessa morosidade é a complexidade dos processos, e em particular quando se trata da destituição do pátrio poder de uma criança, é preciso esgotar as chances dos membros da família, quer seja nuclear ou estendida, de ficar com a criança, o que pode demandar um longo tempo de avaliação das possibilidades.

Uma pesquisa realizada com famílias abordou a percepção das intervenções judiciais como ineficazes, lentas e por vezes arbitrárias, com distanciamento das medidas de proteção consideradas necessárias pelas famílias, gerando uma não resolubilidade dos casos (ROQUE; FERRIANI; SILVA, 2008). Outro estudo com objetivo de conhecer desfechos judiciais de casos de violência contra a criança identificou que uma parte considerável dos processos continuava em andamento (MARTINS; JORGE, 2009).

Corroborando para esse ponto crítico o desconhecimento dos profissionais e da população de um modo geral sobre o percurso dos trâmites judiciais. Para o sujeito JUD 3, os profissionais que enfrentam a violência, precisam compreender a diferença que se dá entre as medidas que envolvem a proteção da vítima que são da competência das varas da infância e adolescência, da área criminal que realizará a punição ao agressor. Esse fato leva a pensar que os membros da rede têm dificuldades de perceber o todo que engloba as ações da rede, o que pode gerar ansiedade e frustrações, e uma falsa impressão de solidão no combate à violência,

bem como a falsa impressão de que não há realimentação das informações do judiciário.

Para esse ponto crítico que se dá pela morosidade de resolução judicial dos crimes, os sujeitos apontam que existem pontos de bifurcação, e um deles se dá na priorização absoluta de atendimentos na área da infância e juventude, perante aos demais julgamentos, pois se entende que as decisões que se referem à proteção dos direitos da criança requerem definições urgentes.

Outro ponto de bifurcação está no encaminhamento das famílias que aguardam decisão judicial ao serviço de defensoria pública no município, este oferece assistência jurídica gratuita, e pode também deferir algumas medidas de proteção à criança, tais como: a separação de corpos, que seria o afastamento do agressor do domicílio, a guarda provisória da criança, e o pedido de pensão alimentícia, entre outras questões que podem favorecer os menores de idade.

*Então além dos prazos que a lei coloca, a possibilidade de vários recursos, o número excessivo de processos e um monte de coisas que a gente tem, existe uma escala de prioridade. Então por exemplo, os processos de infância e juventude a lei diz que eles têm que ser prioridade absoluta, então eles andam mais rápido (JUD 3).*

*Eles são urgentes todo o processo de separação de corpos e guarda eles são urgentes. Então nós temos a nossa agenda, e se abre, se encaixa, em situação de risco a gente tem que priorizar, independente de já ter outros casos (JUD 5).*

*[...] na Defensoria Pública se faz a questão de guarda, inicialmente quando tem a mãe, ou pai ou os avós, também a gente faz o encaminhamento para o conselho tutelar quando a medida é de extrema urgência, e o conselho tutelar já atua [...]. E se faz um procedimento que chama separação de corpos para retirar o cidadão da residência, a questão da pensão alimentícia (JUD 5).*

É preciso preocupar-se com a responsabilização do abusador, entretanto, também é fundamental atender às necessidades com foco na definição de fluxo de atendimento e não restringir o debate aos trâmites judiciais que exigem determinadas provas, sendo os dois focos complementares para a prática de proteção integral à criança (ARANTES, 2009).

A ação antecipada do conselho tutelar também foi citada como ponto de bifurcação para aplicação de medidas protetivas diante da morosidade dos processos judiciais. O CT é um órgão autônomo, e permanente do município, que

é citado pelos sujeitos do estudo, como parceiro do sistema judiciário para o enfrentamento da violência, de acordo com as falas a seguir:

*[...] é até mais comum que a denúncia seja pelo conselho do que a própria delegacia, porque infelizmente quando vai para delegacia também existe uma burocracia, existe a necessidade de provas, o processo é lento, então às vezes a informação do conselho é muito mais rápida, o conselho já recebe a informação e já manda para o promotor. Então o que a gente recebe na maioria dos casos é uma informação do conselho, um relato, e o promotor vem dizendo com base nesse relato solicito providências, e eu coloco defiro as providências solicitadas, e o processo começam judicialmente (JUD 3).*

*[...] o conselho tutelar é um órgão eletivo, baseado no princípio democrático, que as pessoas são eleitas, e são pessoas que não precisam ter formação técnica, o que eu acho uma lástima [...] (JUD 3).*

Conforme citado por JUD 3, a intermediação do conselho tutelar nos processos judiciais possibilita agilidade nas ações judiciais, requisitando a atuação de outros parceiros, e também na composição de provas que estão disponíveis para o processo, diminuindo uma burocracia que existe para isto. No entanto, existem preocupações relativas ao nível de qualificação e formação técnica dos conselheiros tutelares para realizar esta tarefa, pois são eleitos pela população, e nem sempre compreendem as atribuições requeridas para a função.

Estudos apontam que o atendimento que os conselhos tutelares têm oferecido não é o desejado, pois consiste em encaminhamentos que não representam capacidades para reverter os direitos violados. Com estas práticas, as ações permeiam por falsas percepções de dependência de esforço individual dos conselheiros, destinado às pessoas que chegam destituídas de suas conexões sociais e políticas públicas para o cuidado infantil. Com isso, este atendimento pode ser realizado de forma pontual e por vezes com crenças filantrópicas e moralistas (NASCIMENTO; SCHEINVAR, 2007).

O conselho tutelar é um órgão municipal público e autônomo proposto pela Lei 8069 de 1990 (ECA), deve ser formado por cinco conselheiros indicados pela sociedade civil organizada e eleitos pelo voto popular. É um órgão estruturado para vincular os movimentos sociais que participam da luta pelos direitos da criança e do adolescente, e, portanto, juridicamente não é subordinado ao Poder Executivo ou Judiciário. Destarte, é um serviço em potencial na rede, que deve ser explorado com relação aos seus objetivos, campo de atuação na articulação entre os demais

serviços, e as dificuldades a serem enfrentadas para isso (NASCIMENTO; SCHEIVAR, 2007).

#### 4.4.7 Acolhimento Institucional

Em relação ao acolhimento institucional, os sujeitos mencionam que esta é uma ação necessária em determinados casos, e que pode ser articulada por assistentes sociais, conselho tutelar e pelo Poder Judiciário por meio do Ministério Público e Vara da Infância e Adolescência do município, realimentando informações importantes entre os membros da rede no que se refere à proteção da criança vítima de violência que precisa ser afastada do convívio familiar.

O acolhimento institucional pode privar a criança de seus direitos, principalmente ao convívio familiar, e é uma medida considerada extrema para os profissionais da rede. Os sujeitos apontam que as casas de acolhimento no município têm sua criação e gerenciamento com as ONGs, e recebem contribuições de recursos da prefeitura e doações.

*Fazendo todas essas situações de encaminhamento não surtindo efeito, e a criança prevalecendo em situação de risco, aí tem que se aplicar a última medida, que é a medida do acolhimento institucional, que a criança vai para o abrigo, mas só após ser aplicadas todas essas medidas (CT 2).*

*O ideal seria que fosse resolvido imediatamente, porque a instituição não substitui a família (TS 5).*

*[...] Mas o acolhimento, antigo abrigo, é a medida mais excepcional para esses casos, é para ser o último caso, infelizmente às vezes ele se torna regra, porque você ainda não tem no poder público um funcionamento ainda razoável desta rede que a gente pretende que ocorra. Então o que o estatuto prevê, a gente imagina que quando essa criança sofrer essa violência vão existir programas, organismos, organizações, entidades que vão fazer todo esse trabalho com a criança e até com a família, para só em último caso a criança ficar acolhida em instituição de acolhimento (JUD 3).*

*E aqui a gente tem a parceria com o município, o município paga o aluguel, a água, a luz, telefone, também a comida, o gás né (TS 3). [...] Não, na verdade isso vem de doação voluntária de pessoas, empresas e alternativas, que vem do ministério público que faz aquelas multas, e também dinheiro de bazar, de shows de prêmios que a gente fez, bazar da receita federal que ajuda muito (TS 3).*

*E esse dinheiro [manutenção da casa] vem por doação, nós pedimos para o grupo de padrinhos que ajudam, tem os profissionais voluntários (TS 5).*

De acordo com as falas de CT2 e JUD 3, esta medida pode tornar-se incidente devido à desarticulação de alguns serviços da rede de proteção para as crianças vítimas de violência. Para o entrevistado TS5, outros recursos devem tentar evitar a inclusão das crianças vítimas de violência nestas casas, tais como o afastamento do agressor, a seleção de outro familiar para guardar a criança até que o processo judicial seja finalizado. Isso porque, na concepção dos sujeitos, a inserção das crianças em tais casas não substitui o convívio familiar.

De acordo com a fala de TS3 acima, os investimentos públicos para as instituições de acolhimento não são suficientes para a manutenção de sua estrutura, sendo este um ponto crítico na rede. No entanto, pontos de bifurcação são gerados quando os demais elementos da rede são acionados para suprir as deficiências. Na fala de TS3, destacam-se verbas de impostos, voluntários para a doação de valores na comunidade, empresas e colaboração profissional de médicos, psicólogos.

Essa visão das casas de acolhimento foi construída historicamente, e essas instituições remetiam à ideia de estruturas precárias, constituindo-se abrigos, asilos, esconderijos, albergues, refúgios, moradias para crianças, numa espécie de confinamento, para afastar do olhar da sociedade situações que atentem contra a ordem social e a dignidade humana, a exemplo do abandono e questões de maus tratos no ambiente familiar (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2007).

Atualmente, pesquisadores afirmam que essas instituições devem prestar cuidado por tempo provisório e excepcional para crianças e adolescentes privados da convivência familiar, devido a situações de risco pessoal ou social, ou que tiveram seus direitos violados (BRASIL, 2009 c).

Um ponto crítico surge nas falas dos sujeitos referente à insuficiência de casas de acolhimento e equipe capacitada para atuar neste serviço, conforme falas a seguir:

*[...] aqui no município precisava de mais casas de acolhimento e pessoas capacitadas, porque tem muitos que não tem preparo profissional nestes lares (SOC 3).*

*Mas eu tenho visto por que a criança acaba tendo esse primeiro atendimento e acaba retornando pro lar, acaba retornando pra perto dessa pessoa que o agrediu, que vem agredindo (JUD 6).*

*Uma criança está sofrendo risco em casa, não tem aonde por, não tem aonde abrigar (SAÚ 3).*

Este relato sobre o número insuficiente de casas de acolhimento pode ser reforçado pela necessidade destas instituições em trabalhar com um número restrito de crianças, em torno de 12 a 20 para proporcionar melhor atenção. No entanto, no Brasil, percebem-se avanços na gestão das políticas públicas de proteção especial, e, portanto, existe uma preocupação crescente com os aspectos arquitetônicos destas casas de acolhimento, sua disponibilidade de equipamentos, aperfeiçoamento de medidas para a organização destes arranjos espaciais, e os recursos tecnológicos para assegurar conforto, segurança e bem-estar às crianças (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2007).

Esse ponto leva a refletir que os recursos destinados à área ainda são insuficientes, e ficam sob a responsabilidade dos atores articulados a esta ação, cabendo-lhes elaborar estratégias para prover estes direitos às vítimas de violência.

Como ponto de bifurcação para a insuficiência de casas de acolhimento institucional infantil os sujeitos referem mudanças organizacionais que buscam minimizar o impacto desta medida para as crianças. Entre as reestruturações obtidas percebe-se a delimitação de faixa etária e sexo nas instituições; No município existem instituições específicas para meninos e meninas, e com divisão por faixa etária de zero aos cinco anos, e dos seis aos 18 anos.

Outro ponto de bifurcação é a articulação de diferentes serviços, em especial os do judiciário, por meio de audiências concentradas para diminuir o número de crianças abrigadas, e o tempo de permanência nessas instituições, decorrentes de morosidade nos processos judiciais brasileiros. Existem articulações para que a permanência não extrapole o prazo de dois anos nessas instituições. Conforme referido pelos sujeitos a seguir:

*O que existe é a casa de acolhimento; existe a casa de passagem, e casas de acolhimento que são os antigos abrigos divididos pela faixa etária, e hoje graças a Deus pela divisão por sexo (JUD 3).*

*E agora a gente já mudou porque antes era de 0 a 10 anos de ambos os sexos, agora não, a gente só tem menina de 6 a 17 anos, a gente mudou o estatuto da casa (TS 3).*

*Até teve uma questão no ano passado que a gente deu como prioridade a questão de desabrigamento de crianças, foi um projeto do Dr. X, então a rede foi trabalhada muito bem. Para poder fazer isso, tinham que estar todos trabalhando juntos, eram situações que todos se reuniam no mesmo ambiente para poder resolver (JUD 5).*

*[...] olha a lei manda que a criança pode ficar até dois anos na casa, e as nossas crianças eles estão cumprindo. No ano passado nós tivemos duas audiências concentradas aqui e foram muitas crianças desabrigadas. Então as nossas crianças não estão ficando muito tempo, elas estão ficando menos que 2 anos (TS 5).*

Essa mobilização da rede para minimizar a estada das crianças vítimas de violência nestas instituições consiste na concepção de proteção ao direito de convívio familiar, a fim de potencializar o desenvolvimento infantil, ou mediante a colocação em família estendida, substituta e somente em última instância nas casas de acolhimento (SANTOS; COSTA; GRANJEIRO, 2009). Entende-se que afastar a criança do seu agressor ou puni-lo nem sempre resolve o problema, visto que o cuidado à criança vítima de violência deve ser destinado à família também, para que diminuam as brechas para que indivíduos continuem sendo um agressor em potencial (ZOTTIS; ALGERI; PORTELA, 2006).

#### 4.4.8 A participação política na Rede de Proteção

A participação política dos membros da rede permite articular a realimentação das informações em comissões ou organizações, de modo a proporcionar o fluxo de conhecimento, e evidenciar ações e necessidades específicas para este trabalho. Portanto, a participação em diferentes instâncias auxilia na elaboração de políticas públicas mais efetivas e nas respostas ao problema, pois, na concepção dos sujeitos deste estudo tais articulações podem trazer benefícios para a proteção infantil.

A participação política tem benefícios com a descentralização político-administrativa, que amplia a possibilidade de autonomia dos estados e municípios, com a maior participação popular nas decisões políticas, e o fortalecimento de espaços públicos democráticos. Isso expressa a possibilidade de transformação dos atores sociais nas decisões para atender às necessidades de crianças e adolescentes (HECHLER, 2009).

Os sujeitos do estudo afirmam que, em decorrência da estrutura do município ser de pequeno porte, os mesmos profissionais que atuam no atendimento

às vítimas de violência são os que participam da reunião da rede de proteção, e representam os serviços em comissões de direitos da criança, conselho municipal de saúde e outras organizações que integram a rede de proteção. De acordo com as falas a seguir, esse acúmulo de atribuições pode facilitar a discussão de temas essenciais para a proteção da criança, e que requerem mudanças para a dinâmica de trabalho em rede.

*E como o município é pequeno, a mesma pessoa que participa da rede, do conselho de direitos, conselho de assistência, conselho do idoso, então às vezes questões que eram levantadas na rede [reunião] eram levadas pela mesma pessoa que participava desse conselho como uma proposta (EDU 7).*

*Porque eu tenho que participar toda hora de congressos, de palestras, eu tenho até que fazer uma articulação política, porque a gente tem que estar em contato com o Ministério Público, com representantes dos Poder Executivo para que os órgãos se articulem. Mas articulação no melhor sentido possível, nunca de interesses escusos, de proteger as crianças e adolescentes, então a gente esta sempre em reuniões (JUD 3).*

*É assim ah porque eu tenho que participar do conselho dos direitos, do conselho tutelar, da rede, da reunião do CRAS, da reunião do não sei o que, então a gente vê mais dificuldade, a pessoa sempre achando uma desculpa, ou sei lá uma brecha, ou não é desculpa realmente, é muita coisa para um só. Ah eu não posso ir lá [reunião da rede] porque eu estou no comitê de alguma coisa (SOC 1).*

Na fala de SOC 1, há que se pensar também que este acúmulo de atividades pode sobrecarregar os profissionais, em decorrência do tempo disponível para desempenhar suas tarefas. Entretanto, o município precisa dispor dessas ações conjuntas e integradas para o enfrentamento da violência, revelando particularidades territoriais, planejando ações para os diversos serviços de atendimento contra a violência na infância. Essas comissões são essenciais para a consolidação de redes de proteção, pois propiciam o diálogo, a socialização de informações e o alinhamento de objetivos e metas comuns aos seus integrantes em sintonia com a realidade local (CURITIBA, 2010).

Assim, é primordial que os membros da rede façam a representação em comissões centrais, espaços de decisão e discussão na dimensão política para integrar e dar visibilidade às questões operacionais do nível local. Os espaços organizados integrantes da rede de proteção permitem distribuir o poder entre diferentes atores desta teia, de modo a fortalecer cada elemento.

De acordo com os entrevistados, a reunião da rede de proteção é um importante espaço para discussões políticas em nível local, e para comunicação entre os parceiros. Nesse espaço, há construção do conhecimento para o trabalho, troca de informações e experiências, são delineados seus objetivos, identificam-se diferentes formas de violência, com vistas a atender à criança em suas diferentes necessidades para a proteção integral.

Dessa forma, mecanismos de comunicação, a exemplo das reuniões da rede, favorecem a democracia, a descentralização do poder, o respeito e autonomia dos diferentes atores (MARTINHO, 2003).

A reunião da rede de proteção foi citada como de responsabilidade de todos os seus membros, entretanto, apontaram que a atribuição de coordená-las é do CRAS. Ocorrem de acordo com a divisão territorial dos seis CRAS do município. Dentro desses CRAS foram selecionados técnicos contratados pela secretaria de ação social, com formação em psicologia ou serviço social que são articuladores das reuniões locais. Existe também uma reunião mensal no âmbito municipal que articula diferentes gestores.

Para os entrevistados, as reuniões da rede possuem um caráter de resposta social dos serviços e dos profissionais ao fenômeno da violência, visto que é neste espaço que eles se expõem e se comprometem a resolver coletivamente os problemas de violência identificados, conforme falas a seguir:

*O CREAS é que faz toda a política especial, então a gente combinou assim a gente faz uma reunião municipal com toda a rede e as reuniões locais nos CRAS, todo o mês tem uma reunião local em cada CRAS (SOC 1). [...] a gente já deixou com uma técnica do próprio CRAS que articula as reuniões, então na verdade assim, tem já um cronograma, e a gente faz a reunião municipal na reunião grande, e já define o cronograma, por exemplo, tal dia, segunda, quarta, em tal CRAS, na sexta feira em tal CRAS em todo mês (SOC 1).*

*Às vezes o pessoal vai pela primeira vez e fica meio assim, não sabia se dava para expor de que forma. Então a partir do momento que as pessoas começaram a entender o que é rede começaram a participar. Às vezes o pessoal procurava diretamente um serviço e poderia procurar outro antes para resolver, então as reuniões são espaços para resolver mesmo as situações para melhorar o funcionamento da rede. Porque é dentro das reuniões que vão aparecendo às dificuldades, alguns problemas, como resolver e como melhorar a própria rede (EDU 7).*

*Isso dava certo [reuniões], isso a gente tinha um retorno. E o retorno era muito importante, então eu sabia que na próxima reunião da rede, aqueles*

*casos que foram levados aquele dia, na próxima reunião haveria já uma movimentação (EDU 3).*

Para o sujeito EDU 3, as reuniões permitem a visualização do retorno do que foi realizado pelos serviços e profissionais que se comprometeram. Portanto, essas reuniões podem Para o sujeito EDU 3, as reuniões permitem a visualização do retorno do que foi realizado pelos serviços e profissionais que se comprometeram. Portanto, essas reuniões podem permitir o planejamento e a colaboração coletiva de planos de ação adotados caso a caso.

As redes são mecanismos estratégicos para a troca de informações e experiências, proporcionam diferentes conhecimentos e a cooperação técnica para diferentes temas (OPAS, 2008). Os sujeitos apontam as reuniões da rede como um espaço propício para o conhecimento deste trabalho, seus de compartilhar conceitos e objetivos, além de ser feita uma retomada de orientações na inserção de novos atores.

A compreensão dos recursos disponíveis para o enfrentamento da violência pode fazer com que haja maior envolvimento e melhor forma de comunicação dos integrantes da rede, e possibilitar momentos para a liberdade e autonomia dos indivíduos na resolução dos casos que surgem na base do atendimento.

Compreende-se que o trabalho em rede pode ser eficaz, porém, a sua operacionalização é difícil e complexa. Isso pressupõe a articulação de diferentes instituições, o que prevê a sociabilidade e integração interinstitucional e um constante fluxo de comunicação, incluindo processos de referência e contrarreferência (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

Ao abordar as reuniões da rede de proteção, os sujeitos referem um ponto crítico que seria a interrupção dessa prática, em decorrência da escassez de funcionários no CRAS e no CREAS. No momento da coleta de dados desta pesquisa, o município sofria mudanças estruturais, e os contratos de alguns assistentes sociais e psicólogos do programa ATITUDE foram encerrados, e aguardavam-se novas contratações. De acordo com as falas, essas pessoas eram referência na rede, e responsáveis por articular esta reunião entre os serviços e profissionais. Como apresentado nas falas a seguir:

*[...] isso saíram [profissionais dos CRAS e CREAS], o que acontece estava muito bom, estava integrada a rede, acontecia rigorosamente as reuniões, então a agente estava com o pessoal do ATITUDE também participando muito na rede; isso ajudou bastante na rede, inclusive a gente teve fórum dos adolescentes, de violação dos direitos, agora deu uma parada nas reuniões da rede por causa do efetivo. Então a gente tá lutando para que volte (SOC 1).*

*E o que eu estava sentindo que meio que morreu essa coisa da rede, o que aconteceu que os locais que aconteciam as reuniões da rede eram os CRAS principalmente, e teve mudança na secretaria de assistência do município. Isso morreu, porque era o espaço onde aconteciam as reuniões (EDU 7).*

*[...] eu acho que tinha que ser retomado (SAÚ 3). A psicóloga tinha toda a disposição do mundo, era uma grande aliada, e ela queria que essa rede ocorresse, ela insistiu muito para que os profissionais fossem, ela saindo não teve mais nada, não teve reunião (SAÚ 3).*

Há que se considerar que as estratégias inovadoras, a exemplo das redes de proteção, reúnem serviços dependentes das políticas governamentais, em especial os serviços públicos, e esses são influenciados por reestruturações na gestão. Desta forma, os atendimentos, atividades, serviços das redes podem ser comprometidos, pois a determinação de investimentos e a integração de objetivos na área ficam condicionadas aos momentos políticos da gestão municipal (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

A saída dos profissionais gera uma sobrecarga de trabalho, o que culmina em acúmulo de atribuições, dificuldades nas agendas para atividades da rede, inclusive para organizar as reuniões. Essa demanda de trabalho também prejudica a participação assídua destes no espaço das reuniões da rede de proteção, como se observa nas falas que prosseguem:

*Acho que a dificuldade seria mais de como reunir essa rede para discussão, porque o técnico tem o comprometimento dele e as suas atividades no CRAS, a saúde tem a sua equipe também que tem os seus atendimentos, e às vezes, a gente tem tal dia para uma reunião, mas o colega da saúde que também faz parte dessa rede, o professor ou a pessoa identificada da educação para participar dessa rede também tem outro compromisso (SOC 13).*

*Estou como coordenadora, assistente social responsável pelo PROJOVEM, pelo ATITUDE, tenho uma estagiária de serviço social e a nossa demanda é bem grande. E tem uma assistente social que está de férias acaba sendo só eu. Por isso eu não pude continuar com a rede, a demanda é muito grande (SOC 7).*

Nessa perspectiva, as reuniões da rede permitem a sociabilidade, os fluxos de comunicação, o conhecimento dos diferentes serviços que compõem a rede em busca da inclusão de estratégias de capacitação permanente, direcionando as ações que podem ser realizadas com enfoque multissetorial em situações de violência contra a criança, inclusive as mais complexas. Ademais, as dificuldades encontradas na organização da rede de proteção também podem ser discutidas neste espaço, a fim de buscar soluções que contemplem as necessidades de vários pontos desta rede.

#### 4.5 CONEXÕES NÃO LINEARES DA REDE DE PROTEÇÃO

O padrão de não linearidade na rede de proteção contra a violência na infância pode ser percebida nas conexões da rede para a identificação, denúncia, notificação, atendimento e encaminhamento para os serviços da rede de proteção dos casos de violência contra a criança.

Capra afirma que os sistemas vivos, como é o caso das redes, são não lineares. Isso significa que as conexões se estendem em todas as direções, formando um padrão de rede, na qual uma mensagem pode passar ao longo de um caminho cíclico, o que culminará em laços de realimentação (CAPRA, 2006).

Nesta pesquisa a organização no processo de comunicação para disseminar denúncias e notificação dos casos de violência contra a criança permite uma circulação de informações de diferentes formas e fontes, apontando que não existe um controle das informações que irão permear esta rede, pois esta denúncia pode ser ora formal, iniciada pelos mecanismos de notificação nos espaços institucionais de saúde, educação e ação social que realizam o atendimento direto à criança e o adolescente, e ora informal proveniente de familiares e da comunidade em geral. A esse respeito os sujeitos afirmaram:

*Chega [informação/denúncia da violência] por diversas fontes, o conselho tutelar é uma delas, denúncia anônima outra, familiares, são diversas fontes, e a gente pode destacar isso (JUD 2).*

*Então esta ficha [notificação], esta ficha vem das unidades de saúde, hospitais, delegacias, escolas, creches e o próprio CRAS encaminham para nós do CREAS (SOC 2).*

A circulação de informações nestas redes é aleatória, e não pode ser controlada, pois é mediada por processos de aprendizagem crescente, e busca a reorganização do sistema por meio de suas conexões de maneira imprevisível (MARTINHO, 2003).

O atendimento e os encaminhamentos subsequentes dos casos de violência contra a criança também acompanham esse padrão não linear, tendo como característica necessária a flexibilidade das ações para o enfrentamento de um problema complexo e multifatorial como é a violência. Entre os elementos responsáveis por esse padrão não linear nos atendimentos, incluem-se as diferentes

formas de violência e a gravidade dos casos, as necessidades específicas das vítimas e famílias, e a disposição de serviços no município. Tais características levam a refletir que a rede possui uma dinâmica peculiar e temporal de organização. Como se percebe nas falas a seguir:

*Então quando você só envolve violência física e sexual você encaminha para a delegacia, e a delegacia encaminha para o IML em Curitiba. O ideal tem a delegacia da criança e do adolescente em Curitiba encaminhamos para eles em horário comercial, quando é fora do horário comercial, geralmente eles querem que faça o BO [Boletim de Ocorrência] na delegacia próxima da casa [...] (SAÚ 8).*

*Quando são violências geradas por trauma, agressão física, propriamente dita, acontece o atendimento conforme a gravidade do caso (SAÚ 5).*

*Há situações que precisam ser encaminhadas para um hospital de grande porte, às vezes requer outros exames, uma tomografia crânio-encefálica, ou atendimentos complexos em caso de fraturas (SAÚ 5).*

*Se eu ligar para uma assistente social do Pequeno Príncipe e explicar a situação ela logo consegue a vaga, sabe, então eu acho que isso é uma ferramenta, a comunicação entre os profissionais (SAÚ 10).*

*[...] e de uma forma geral é exatamente esse caminho, isso a gente busca os parceiros aqui da comunidade que nós estamos (EDU 3).*

*O encaminhamento acontece de forma natural, se é um caso muito grave eu levo a pessoa diretamente para poder falar com a fulana a assistente social ou com os demais da equipe (JUD 5).*

*[...] eu vejo que cada programa tem a sua importância dentro do seu território (SOC 13).*

*Tem no caso encaminhar se a família precisa de um atendimento, daí no caso se encaminha ao CRAS que abrange aquela região (CT 2).*

*[...] Tem coisas da educação que nós resolvemos a educação e a saúde, não envolvemos o social por esta situação que eu te coloquei (SAÚ 8). Que também eu vejo como uma opção da rede, a rede não é obrigado todo mundo passar pelo mesmo lugar, você pode divulgar para um e passar para outro (SAÚ 8).*

*Então nem tudo é Governamental nessa área, muitas coisas são não governamentais, e muitas vezes até a maioria é muito melhor do que o governamental [...] (JUD 3).*

De acordo com os integrantes da rede, as necessidades das vítimas e famílias gera uma série de fluxos, procedimentos e encaminhamentos para outros profissionais e serviços que não têm um padrão linear. Isso porque não seguem necessariamente as determinações institucionais estabelecidas em documentos e

sim às experiências de aprendizado nas articulações entre os elementos da rede, e as disposições individuais e coletivas para resolução do problema, permeando a dimensão singular para o enfrentamento da violência.

A hierarquia existe nas sociedades humanas, e que pode ser percebida pelos desenhos institucionais em forma de pirâmides. No entanto, a capacidade de organização sem hierarquias pode ser vista nas redes, em especial naquelas com caráter informal ou não institucional (MARTINHO, 2003).

O exemplo de um fluxo que pode ter direções variadas, os sujeitos do estudo referem os encaminhamentos nos casos de violência física e sexual que podem seguir o fluxo delimitado no protocolo técnico da rede. No entanto, a forma de organização dos serviços pode influenciar na decisão de suas práticas. Esses casos podem ser enviados para a delegacia da criança e do adolescente em Curitiba, que é específica para este atendimento e posteriormente para a comprovação por perícia no IML. Entretanto, essa delegacia funciona em horário comercial, e fora deste horário os casos podem ser registrados na delegacia do próprio município do estudo para posteriormente ser encaminhados ao IML.

No entanto, percebe-se que para cada encaminhamento os sujeitos precisam conhecer alguns critérios da organização interna dos serviços, por exemplo, faixa etária, número de atendimento, horário de funcionamento dos serviços, área de abrangência do serviço e proximidade da residência dos indivíduos, para realimentar a rede.

Para o estabelecimento dessas articulações na rede, os sujeitos consideram, além da especificidade do serviço para classificar o atendimento estabelecido pelo fluxo de atendimento e o conhecimento dos profissionais em sua atuação, a fácil comunicação entre seus membros. Para SAÚ 10, a facilidade para a comunicação e a relação estabelecida entre os profissionais destes serviços também interferem na operacionalização destes encaminhamentos, podendo ser acionadas parcerias que excedem as propostas protocolares ou governamentais e que estão disponíveis na comunidade, de acordo com (EDU3).

A rede de proteção possui conexões na esfera da organização formal e informal da sociedade e estabelecem relações não lineares e não verticalizadas. Na fala dos entrevistados emerge a percepção de que todos os programas e serviços que compõem a rede têm sua importância. O caso de violência que é acolhido pela rede de proteção pode conter diferentes articulações dos serviços e setores,

configurando abordagens variadas, criativas que proporcionam autonomia dos indivíduos.

Aponta-se neste estudo que a ação governamental tem fortes influências na rede de proteção, pois programas são considerados de qualidade permitindo o estabelecimento de vínculos aos demais serviços governamentais. As ONGs são, portanto, nodos com possibilidades para conexões não lineares.

A concepção de não linearidade do sistema relaciona-se ao fato de a estrutura da rede ser aberta e permitir inúmeras formas de conexão, incluindo novos elementos. Os sistemas abertos requerem um fluxo contínuo de matéria e energia oriundos do meio ambiente e contribuem para a sua sobrevivência (CAPRA, 2006). E reforçam que a magnitude da violência e suas propostas de enfrentamento não podem se limitar às ações isoladas e lineares em apenas um setor, instituição ou profissional que não são suficientes para a complexidade do problema (GOMES *et al.*, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo propiciou conhecer a dinâmica organizacional de uma Rede de Proteção contra a Violência na Infância em uma perspectiva interativa e interdependente entre os diferentes setores e serviços, e reconhecer as potencialidades e fragilidades deste trabalho, que nem sempre é percebido por seus integrantes.

O trabalho em rede constitui uma importante estratégia de enfrentamento da violência, possibilita diferentes arranjos dos segmentos organizados da sociedade, e o olhar de diferentes atores, com vistas, a assegurar os direitos de crianças e adolescentes. Independente de serem serviços institucionais ou comunitários trata-se de uma rede aberta à inserção de novos atores que contribuam para proteção infantil, com fluidez de ações e projetos de intervenção criativos e construídos coletivamente.

A percepção dos indivíduos sobre a rede e os conceitos que a integram é importante para expressar a sua relação com este sistema, e também, como são influenciados por este. Neste estudo apontou-se o trabalho em rede como fundamental para as práticas de proteção integral à criança, com vista à mudança do paradigma reducionista de ações pontuais para práticas integrativas e criativas. No entanto, tal estratégia no município ainda está em processo de construção gerando aprendizado constante entre seus membros.

A concepção da rede de proteção como um sistema vivo, que se cria e autorrecria em uma autopoiese própria com base nos conceitos de Capra, reforça a ideia de constante mudança e construção de respostas para atender ao problema. Isto permite ampliar o olhar sobre o fenômeno da violência, e a atuação da rede de proteção de uma forma sistêmica e interativa. Neste estudo foram abordados os conceitos de padrão não linear, realimentação, autoamplificação, autoregulação e pontos de bifurcação.

O padrão não linear da rede é identificado nos processos de comunicação, principalmente na identificação e notificação dos casos, e aponta a necessidade de ampliar as conexões para o reconhecimento da violência. Esta propriedade da rede permite compreender que há certa imprevisibilidade para o fluxo de determinadas

informações e conexões, o que pode ser potencial para o enfrentamento de um problema complexo como a violência.

Em relação à realimentação da rede, percebe-se que esta possui várias ações que disparam uma série de eventos que geram informações para alimentar este sistema. Entre as ações, destacam-se: a identificação e notificação dos casos de violência, a visita domiciliar, a assistência à saúde, a prevenção da violência, as ações do judiciário, o acolhimento institucional e a participação política. Com a realimentação na organização da rede, surgem as propriedades de autoamplificação, autorregulação, auto equilíbrio e pontos de bifurcação.

A autoamplificação pode ocorrer com aspectos favoráveis ou desfavoráveis para a proteção infantil. Neste estudo, apontou-se a subnotificação dos casos de violência ao conselho tutelar como um dos pontos de instabilidade, denominados pontos críticos, que pode ser amplificado de modo gerar prejuízos a todos os membros, devido à redução dos números que evidenciam o problema.

Neste estudo, os pontos de bifurcação são as estruturas que aparecem mais frequentemente para a realimentação da rede, com propostas de novas conexões, e, portanto, indicam que a rede de proteção estudada é dinâmica e criativa em busca de parcerias que atendam às necessidades de proteção à infância.

Os pontos de bifurcação são criados a partir dos pontos críticos que surgem no trabalho contra a violência, e ultrapassam determinações normativas, por meio da mobilização dos diferentes atores da rede para enfrentar tais situações.

O autoequilíbrio da rede é uma propriedade que pode ocorrer no interior desta, a partir do surgimento de pontos de bifurcação, e estes pode fortalecer a capacidade desta. Para tanto, é preciso elaborar políticas públicas de proteção à infância, para que não seja apenas um rearranjo interno, e sim uma reorganização no padrão de rede. Desta forma, a reorganização das políticas públicas pode ser um ponto de equilíbrio para a prevenção da violência, desde que detenham continuidade e investimentos suficientes para a garantia destes serviços.

No plano macroestrutural na atualidade as políticas públicas de prevenção à infância são apontadas como deficientes para subsidiar as práticas da rede de proteção, e devem ser ampliadas e reorganizadas de forma a fortalecer o trabalho em conjunto.

A potencialidade do trabalho em rede de proteção para a prática do enfermeiro compreende este poder compartilhado, rompendo antigas práticas

reducionistas, e, qualificando sua atuação com um olhar sistêmico e autopoietico. Com isso, o enfermeiro pode reconhecer ações e serviços disponíveis para o enfrentamento da violência, confrontando a percepção de solidão na sua atuação, em um aprendizado contínuo em interação com este sistema. Ademais, a interação entre os diferentes atores da rede acontece em um plano operacional proporcionando respostas criativas e rápidas, e requer a postura de um profissional corresponsável e mediador destas conexões.

A dualidade entre a autonomia e o poder compartilhado dos membros da rede, é uma das fragilidades desta forma de trabalho. Tecer o projeto coletivamente traz a angústia de compartilhar ações que envolvem a responsabilidade e o poder entre diferentes atores, e traz a sensação de inacabado, de não resolutividade. Neste aspecto, é preciso repensar em um processo de trabalho que permita avançar nas relações de autonomia e poder e também na formação dos profissionais para esta atuação, com o objetivo de construir habilidades do trabalho articulado com diferentes profissionais e setores, e em conjunto e para a elaboração de projetos de intervenção que atendam às necessidades das famílias que vivenciam este fenômeno.

Para avançar nesta relação entre os profissionais da rede faz-se necessário que os membros reconheçam seus papéis, limitações e potencialidades, e ainda, perceber que essas especificidades na atuação de diversos profissionais, serviços e setores geram ações diversificadas e com tempos diferentes de respostas à sociedade.

Outro ponto a ser repensado para qualificar a relação entre os profissionais da rede são os mecanismos de comunicação entre sujeitos. Uma comunicação efetiva e em tempo hábil, pode ampliar as respostas para o trabalho em rede, e permitir a clareza das ações adotadas em conjunto.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, por ser um estudo de caso, foi dada atenção às questões locais e temporais. No entanto, aspectos como o número insuficiente de funcionários e a insatisfatória destinação de recursos financeiros para a área podem ser encontradas em outras regiões. Portanto, o estudo pode ser replicado em outras localidades, com olhar sobre a sua forma de organização específica, e ainda com bases nos conceitos de Capra.

Outras pesquisas podem explorar as interconexões da rede com instituições e órgãos extramunicipais, visto que, nesta pesquisa, foi considerado como unidade

de estudo a rede no contexto do município. No entanto, compreende-se que esta em sua organização ultrapasse limites municipais da divisão política, abrangendo vários atores.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C. A ciência como bifurcação: uma homenagem a Ilya Prigogyne. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 23, 2004.

ALVES, C. R. L.; VIANA, M.R.A. **Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte, 2003. p.247-61.

AMARAL, V.A. Redes: uma nova forma de atuar. Disponível em: [www.redesdesenvolvimento.org.br/.../Redes-uma\\_nova\\_forma](http://www.redesdesenvolvimento.org.br/.../Redes-uma_nova_forma) .Acesso em: 10/12/2011.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Temas de Filosofia**. 3 ed. São Paulo: moderna, p.280-98, 2005.

ARANTES, E.M.M. Proteção integral à criança e ao adolescente: proteção versus autonomia?. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.21,n.2, p. 431 – 450, 2009.

AYRES, L. S. M.; CARDOSO, A. P.; PEREIRA, L. C. O Abrigamento e as Redes de Proteção para a Infância e a Juventude. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 125-136, Jan./Abr., 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BASSANI, D. G.; PALAZZO, L. S.; BÉRIA, J. U.; *et. al.* Child Sexual Abuse in Southern Brazil and Associated Factors: A Population-based Study. **BMC Public Health**. v.9, n.133, 2009. Disponível em: <<http://H:\Artigos de Violência\Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors a population-based study.mht>>. Acesso em: 22/02/2011.

BAZON, M. R. Violências Contra Crianças e Adolescentes: Análise de Quatro Anos de Notificações Feitas ao Conselho Tutelar na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 323-332, fev, 2008.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Trad. Marco Estevão & Renato Aguiar. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 199. p. 117-133.

BORGATTI, S. P.; MEHRA, A.; BRASS, D. J.; LABIANCA, J. Network Analysis in the Social Sciences. **Science** **323**, p. 892-5, 2009. Disponível em: <http://www.sciencemag.org>. Acesso em: 02/10/2011.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, D.F., 1990.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.gov.br/conselho/conanda/arqcon/arqcon/75resol.pdf>. Acesso em 10/11/2011.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares**. Brasília, D.F., 2001. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.gov.br/conselho/conanda/arqcon/arqcon/75resol.pdf>>. Acesso em 10/11/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: Um Passo a Mais na Cidadania em Saúde**. Brasília, D.F., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Res. CNS n. 196/96: Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, D.F., 2003. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0559\\_MP.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf)>. Acesso em 15/10/2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Violência: uma epidemia silenciosa**. Brasília, D.F., 2007. 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, D.F., 2009 (a). 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**/ Ministério da Saúde, secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da

Saúde, 2009 (b). 1154 p BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007**. Brasília, D.F., 2009 (b). 1154 p.

BRASIL. Ministério Público do Estado de Rondônia. Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude e Educação. **Cartilha Orientações sobre Acolhimento Institucional**. Rondônia, 2009 (c). 24 p.

BRITO, A. M. *et al.* Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: Estudo de um Programa de Intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.143-149, 2005.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**: ciência para uma vida sustentável. Trad: CIPOLA, M. B. São Paulo: Cultrix, 2005 (a). p. 21-138.

CAPRA, F. Complexity and Life. **Theory, Culture & Society**, v. 22, n. 5, p.33-44, 2005 (b). Disponível em: <http://www.hugoperezidiart.com.ar/epistemologia-pdf/capra-complexity.pdf>. Acesso em: 10/10/2011.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos seres vivos. Trad: EICHEMBERG, N.R. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, Q.C.M. *et.* Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre Políticas Públicas. **Rev. RENE**, Fortaleza. v.9, n. 2, p. 157-64, 2008.

CASTELLS, M. M. **A sociedade em rede**. 11°.ed. Trad: MAJER, R. V. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 565-574.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHÃES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Abrigo para crianças de 0 a 6 anos: um olhar sobre as diferentes concepções e suas interfaces. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n.2, p. 329-352, set, 2007.

COLOMBO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Colombo. Rede Municipal de Proteção à criança em situação de risco para a violência. **Ações técnicas da rede municipal de proteção à criança e adolescente em situação de risco para a violência**. Colombo, 2009. 11p.

COLOMBO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Colombo. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Colombo, 2010. 69 p.

COMITÉS DE LA SAP. Maltrato físico: um problema de salud: que nos involucra. **Arch. Arg. Pediatr**, v.101, n.1, p. 64-72, 2003. Disponível em: [http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03\\_1/64.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03_1/64.pdf). Acesso em 20/11/2011.

COSTA, L.F. *et al.* A justiça é demorosa, burra e cega. Percepções de famílias sobre a dimensão jurídica dos crimes de abuso sexual. **Boletim de Psicologia**, v. LVII, n. 128, p. 85-102, 2008.

COSTA, M. C. O.; BRIGAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1101-1109, 2007.

COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, outubro, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413232007000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413232007000500010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10/10/2010.

CRUZ, J. A. W. *et al.* Avaliação de desempenho no terceiro setor: uma abordagem teórica de *strategic accounts*. **Revista Brasileira de Estratégia**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 11-26, jan./abr., 2009.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em Situação de Risco para a Violência**. Org.: MURARO, H. M. S. 3. ed. Curitiba, 2008. 160 p.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. **Orientação para implementação de redes**. Org: OLIVEIRA, T. A. Curitiba, 2010. 58 p.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violence: a global public health problem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, suppl, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10/07/2010.

DATASUS. **Indicadores de Mortalidade/ Taxa de Mortalidade Infantil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c01b.htm>>. Acesso em: 01/11/2011.

DAY, V. P. *et. al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.15, n. 1 (suppl), Porto Alegre, Abril, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400003&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 20/09/2010.

DESLANDES, S. Redes de proteção e redes sociais: uma *práxis* integradora. *In: Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006, p. 135-141.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil – um plural estruturado e estruturante. *In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2005, 2. reimp., p. 43-77.

DESLANDES, S.; MENDES, C. H. F.; LIMA, J. S. *et. al.* Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p.1633-1645, 2011.

DESSEN, M.A.; POLONIA, A.C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Vv. 17, n. 4, p. 21-32, 2007.

DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I.; MAZZA, V. A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p. 667-74, 2009.

FERNANDES, A.P.P.F.; LENARDT, M.H.; MAZZA, V.A. Entrelaçando a Rede de Proteção contra a Violência na Infância à Concepção de Capra.Trabalho desenvolvido na disciplina de Concepções Filosóficas do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPR , 2012. Submetido à publicação.

FIGUÊREDO, A.L. **Depoimento sem Dano**. Distrito Federal, 19 p. (Pós Graduação Lato Senso em Gestão Policial Judiciária). Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação Continuada e Pós- Graduação da Faculdade FORTIUM, Brasília, 2009.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, 2006.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; *et. al.* Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, Suppl, p. 1291-1302, 2007.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; FILHO, C. C. da S.; SANTOS, J. N. B. Enfrentamento da Violência doméstica contra a mulher a partir da Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.14-7, jan/mar, 2009.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S.; **Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário.** Fazendo gênero 8: Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 2008. Disponível em: <[http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST34/Gutierrez-Minayo\\_34.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf)>. Acesso em 07/05/2009.

HABIGZANG, L. F.; AZEVEDO, G. A.; KOLLER, S. H. *et. al.* Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.3, p. 379-386, 2006.

HECHLER, A. D. **Tecendo Redes de Proteção Para Crianças e Adolescentes: caminhos e descaminhos na construção da condição de sujeitos de direitos.** Porto Alegre, 226 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

IBGE. **Síntese de Indicadores sociais, 2006.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=987](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987)>. Acesso em: 29/08/2009.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico, 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>> Acesso em: 11/11/2011.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno estatístico do Município de Colombo.** Colombo, 2010. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=83400&btOk=ok>>. Acesso em: 02/09/2010.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilities of a cross-sector assistance network for women subjected to violence. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.485-501, 2007.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 4.º Ed. São Paulo: Atlas, 2004. P. 44-98.

MARTINHO, C. *et al.* **Redes uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização**. 1º ed. Brasília-DF: WWF-Brasil, 2003. Disponível em: <<http://www.wwf.org.br>>. Acesso em: 10/06/2010.

MARTINS, C. B. de G.; JORGE, M. H. P. de M. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 6, p. 800-7, 2009.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. 2. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e Violência Doméstica: Condições Psicossociais Pós Ações do Conselho Tutelar. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 1, p.50-67, 2008.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, suppl, p. 1259-1267, 2007.

MOCK, C.; PEDEN, M.; HYDER, A. A. *et al.* Child injuries and violence: responding to a global challenge. **Bull World Health Organ**, v.87, p. 326, 2009.

MORIER-GENOUD, C.; BODENMANN, P.; FAVRAT, B.; *et al.* Violence in primary care: Prevalence and follow-up of victims. **BMC Fam Pract**, v.7, n.15, 2006. Disponível em: <<http://H:\Artigos de Violência\Violence in primary care Prevalence and follow-up of victims.mht>>. Acesso em: 22/02/2011.

MOTTINT, J. **Le travail en réseau: travail ler ensemble pour optimal iser les pratiques au profit de tous**. Centre d'expertise et de ressources por l'anfance. Disponível em: [www.cere-asbl.be/spip.php?article62](http://www.cere-asbl.be/spip.php?article62). Acesso em 20/09/2011.

NASCIMENTO, M.L.; SCEINVAR, E. De como as práticas do conselho tutelar vêm se tornando jurisdicionais. **Aletheia**, v. (?), n.25, p.152-162, 2007.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; GOMES, R. *et al.* Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.(supl), p.1313-22, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10/07/2010.

OLIVEIRA, V.L. A *et al.* **Redes de Proteção: Novo Paradigma de Atuação – Experiência de Curitiba**. In: **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 143-150.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Ed. KRUG, E. G. *et al.* Genebra, 2002, 380 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Violência Y Salud**. Resolución nº XIX. Washington D.C.: OPAS, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: Conceptos, Prácticas y Lecciones Aprendidas**. Brasilia, 2008, 182 p.

PARANÁ. Comissão Estadual Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes – PR. **Plano Estadual de Enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes (Plurianual - 2004 - 2007)**. Curitiba, 2006, 40p.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. **Arq Ciência Saúde**, v. 12, n.1, p. 42-49, 2005.

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

ROQUE, E. M.S.T.; FERRINANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. A Violência Intrafamiliar e a Justiça. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, setembro-outubro, 2008.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n.3, 2009.

SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, Out., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10/07/2010.

SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. A violência institucional em creches e pré-escolas sob a ótica das mães. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.1, p. 45-50, 2009.

SANTOS, V. A.; COSTA, L. F.; GRANJEIRO, I. A. C. L. Intervenção no abuso sexual intrafamiliar: ingerência invasiva ou proteção devida?. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 516-524, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes**. Coord. de Desenvolvimento de Programas e políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 60p.

SIPIA - Sistema de Informação para a Infância e Adolescência: Presidência da República. **Dados Epidemiológicos da Violência**. Brasil. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sipia/>>. Acesso em 01/11/2011.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, Suppl, p. 1211-1222, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008. p.133-39.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O município e a criança de até 6 anos: Direitos cumpridos, respeitados e protegidos**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/municipio.pdf>>. Acesso em 30/09/09.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância Brasileira: Acidentes e agressões são a principal causa de morte de crianças de 1 a 6 anos no Brasil**. Brasília, DF, 2006, p. 21-39.

VENDRUSCOLO, T. S.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Public Care Policies For Child and Adolescent Victims of Domestic Violence. **Rev Latino-am**

**Enfermagem**, v. 15, n. esp., p.812-9, set./out., 2007. Disponível em:  
<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15/08/2010.

VENTURA, M. M. Estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ**, v. 20, n. 5. p. 383-386, 2007. Disponível em:  
<[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)>  
Acesso em 20/08/2010.

ZOTTIS, G. A.; ALGERI, S.; PORTELLA, V. C. C. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. **Fam. Saúde Desenv**, v. 8, n. 2, p. 146-153, maio/ago, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Gênova, 2003., disponível em <<http://www.who.int/gb.htm>>. Acesso em: 02/2011.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-ENTREVISTA.....	121
-		
APÊNDICE 2-	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	122
APÊNDICE 3	REPRESENTAÇÃO NÚMERICA DAS CONEXÕES DA REDE DE PROTEÇÃO REFERIDAS PELOS SUJEITOS.....	123
-		
APÊNDICE 4	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011 (VERSÃO AMPLIADA).....	125
-		
APÊNDICE 5 –	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	126
APÊNDICE 6 –	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011 /CONSELHO TUTELAR.....	127
APÊNDICE 7 –	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011 / SETOR SAÚDE.....	128
APÊNDICE 8 –	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011 / JUDICIÁRIO E SEGURANÇA PÚBLICA.....	129
APÊNDICE 9 –	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011 /SETOR EDUCAÇÃO.....	130
APÊNDICE 10	INTERCONNECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011 / TERCEIRO SETOR.....	131
-		

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- ENTREVISTA

Você, profissional que atua no município de Colombo e que integra a Rede de Proteção Contra a Violência na infância, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Rede de proteção contra a violência na infância: limites e potencialidades”. É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é identificar a dinâmica de organização da rede de proteção contra a violência na infância, seus limites e potencialidades. Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a esta entrevista semi-estruturada. As pesquisadoras Verônica de Azevedo Mazza, enfermeira COREN nº 30331, telefone: (41) 96199723 e Ana Paula Pereira Fernandes, enfermeira, mestranda em enfermagem pela UFPR. Endereço: Rua Padre Camargo, 280, 8º andar, CEP: 80060-240, Bairro: Alto da Glória. telefones: (41) 84904722, 32301077 poderão ser contactadas para esclarecimento de dúvidas a respeito desta pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária e você não receberá qualquer espécie de dinheiro para isto. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.

A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, as fitas serão desgravadas. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

\_\_\_\_\_  
Profª Drª. Verônica de Azevedo Mazza

\_\_\_\_\_  
Ana Paula Pereira Fernandes  
Mestranda em Enfermagem

## APÊNDICE 2

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### 1.1 ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Identificação do entrevistado

Iniciais do Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Setor de Atuação: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Tempo de Atuação: \_\_\_\_\_

1. Qual a sua experiência no atendimento de casos de violência na infância? Conte sobre ela.
2. Como ou/ De que forma você identifica casos de violência na infância?
3. Em caso de violência na infância, quais são os procedimentos que você realiza? Existem fluxos, normas e diretrizes para estes procedimentos?
4. Quais os recursos/projetos disponíveis no seu município para auxiliar no atendimento em caso de violência? Cite três principais órgãos/serviços que mais vocês utilizam na proteção em caso de violência.
5. Quais as facilidades e dificuldades para a atuação da rede de proteção contra a violência na infância?
6. Como você percebe o trabalho da rede?
7. Na sua opinião o que pode ser alterado para contribuir com um melhor desempenho do seu papel na rede?

### APÊNDICE 3

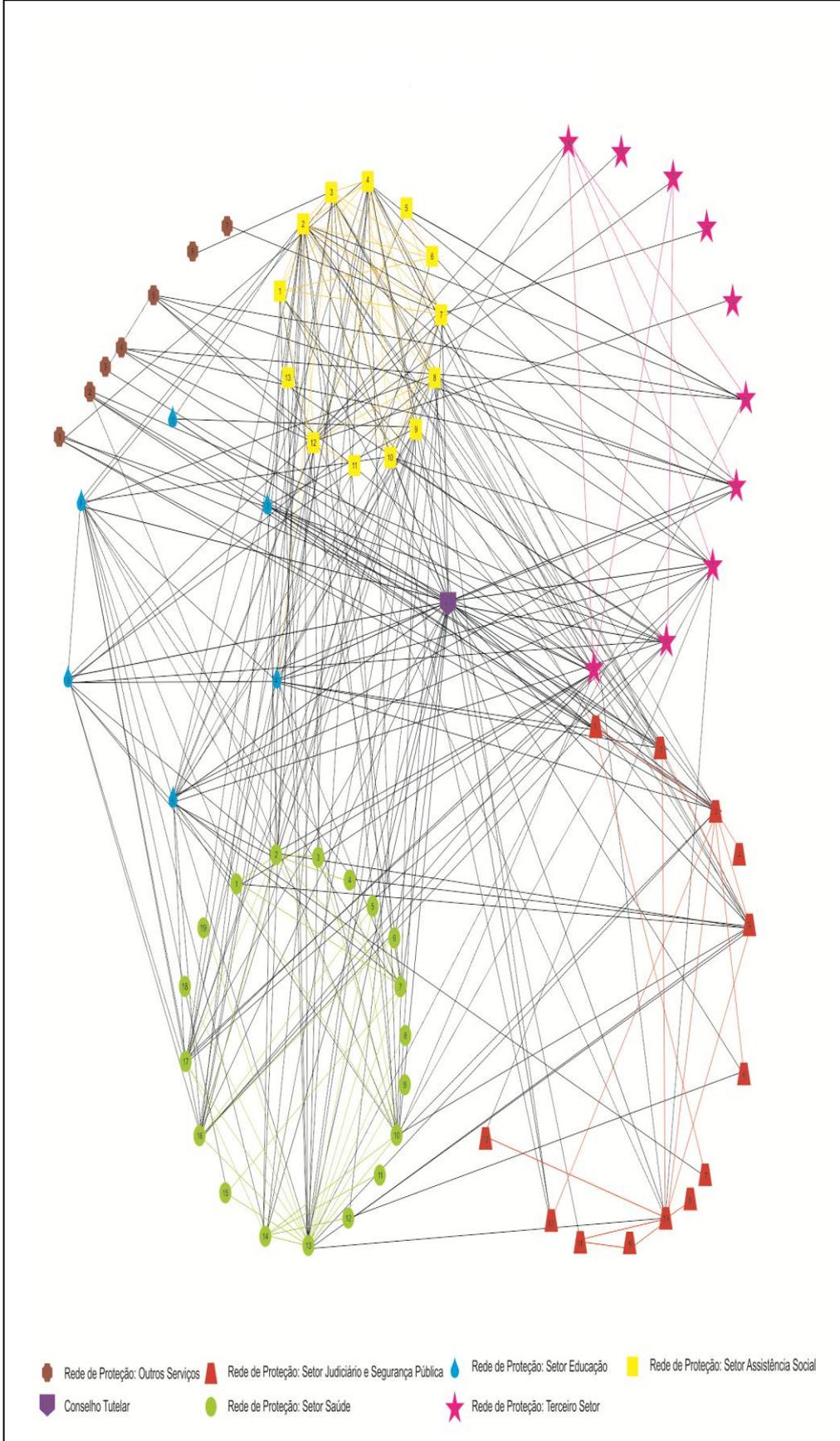
#### REPRESENTAÇÃO NÚMERICA DAS CONEXÕES REFERIDAS PELOS SUJEITOS DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011

Cód. serviços	Assistência Social	Consel Tutelar	Judiciário Seg. Pública	Setor Saúde	Terceiro Setor	Setor Educ.	Outros
1	2,3,4,6,7,10,12	ct	2,5	7,13,14			
2	3,4,6,7,8,9,10,12	ct	2,3,5	2,7,10,13,14,16,17	1, 3, 4,11	1, 2, 3, 4,5	
3	4,6,7,8,9,10		2,5,12	5,6,10,13,16,17	1	1,4,	6
4	7,8,9,10	ct	2,3,5,10	10,13,15,16,17	1,3,4	4,5	1
5	7,6,12					5	
6				16	5,11		
7	10	ct		2,10,17	7	5,6	7
8	10,12	ct	12	2,13	1,2,3,4	1,4,5,6	
9			3,1	10,13,14,16,17		2,3,4,5	
10		ct			2,3	1	
11	12					6	
12				2,3	6,8,9,10	4,5	4,5
13			10	13			
1		ct	2,10,5	1,2,3,10,16,17	10,8	3	4,5
2		ct		16,17	8	4,5	1,2,5
3		ct	10,13	10,16,17	10	4,5	
4		ct	10	1,2,13	10	4,5	4,5
5				13			
6							
7							
8							
9							
10						4	
11					10		4,5
12							
13							
1		ct	7,3			4,5	1
2		ct	10,5				2
3		ct	5,6,10,12	10,13		4,5	1,2
4							
5		ct	10	1,2,4,10,12,13			
6		ct					
7						5	
8			10				

9			10				
10		ct	11,13	13			
11							
12		ct		5,6			
13							
1				2,7,10		1,5,6	
2				3,4,7,10,16,17		1,3,4,5,6	
3							
4						1	
5		ct					
6		ct					
7		ct		5,6,15,13		1,4,5	
8							
9							
10		ct		3,4,5,6,13,14		4,5	2
11							
12							
13		ct		5,6,8,9,14,15,18,19		5	
14		ct		11,12,13		1	
15						1	
16		ct		5,6,13		1,4,5,6	
17		ct		13,14		1,4,5,6	
18							
19							
1		ct				4,5,6	
2		ct					
3		ct					
4		ct				6	
5		ct				6	
6		ct					
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
ct							1,2

## APÊNDICE 4

# INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011



Setor	n.	Serviço
■	1	Serviço Comunidade (vizinhos, amigos)
	2	Familiares
	3	Ministério da Fazenda/Receita Federal/ Financiamento para a Infância e Adolescência (FIA)
	4	Segundo setor
	5	Recursos Municipais da Administração Pública
	6	Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em risco para Violência em Curitiba
	7	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)

Setor	n.º	Serviço
●	1	Centro de Atendimento Especializado à Criança (CAEC)
	2	Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEJA)*
	3	Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI's)*
	4	Escolas Municipais*
	5	Escolas Estaduais*
	6	Secretaria Municipal de Educação (SME)*
	7	Assistente Social da SME *

Setor	n.º	Serviço
▲	1	Batalhão da Polícia Escolar (BPE)/ Polícia Militar*
	2	Defensoria Pública*
	3	Delegacia de Polícia*
	4	Delegacia do Adolescente em Curitiba
	5	Ministério Público*
	6	Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente (NUCCA) em Curitiba
	7	Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) Polícia Militar*
	8	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAM)
	9	Ordem dos Advogados do Brasil (OAB): Comissão da Infância e Adolescência
	10	Vara de crimes contra a criança em Curitiba
	11	Instituto Médico Legal (IML) em Curitiba
	12	Serviço Auxiliar para a Infância (SAI)*
	13	

Setor	n.º	Serviço
★	1	Serviços de Acolhimento Institucional
	2	Pastoral da Criança
	3	Organização Não-Governamental (ONG) com atendimento psicológico
	4	Organizações Não-Governamentais (ONG) com projeto contínuo
	5	Organizações Não-Governamentais (ONG) com cursos profissionalizantes
	6	Organização Não-Governamental (ONG) com diversas finalidades não identificadas
	7	Associação de moradores
	8	Instituições religiosas
	9	Programa do Voluntariado Paranaense (PROVOLPAR)
	10	Voluntários pessoa física (Profissionais e Legos)

Setor	n.º	Serviço
■	1	Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)/Proteção Básica*
	2	Centros de Referência em Assistência Social Locais*
	3	Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREA)/Viva da Saúde da Criança*
	4	Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)/Proteção Especial*
	5	Centros de Convivência*
	6	Estação de Ofícios
	7	Projeto Social Projovem Adolescente e Adulto*
	8	Projetos contra-tumo (PROCRANDO)*
	9	Programa Especializado Socio Educacionais (PESEI)*
	10	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*
	11	Projeto Bombeiro Aprendiz*
	12	Projeto Social Crítica da Família*
	13	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente*

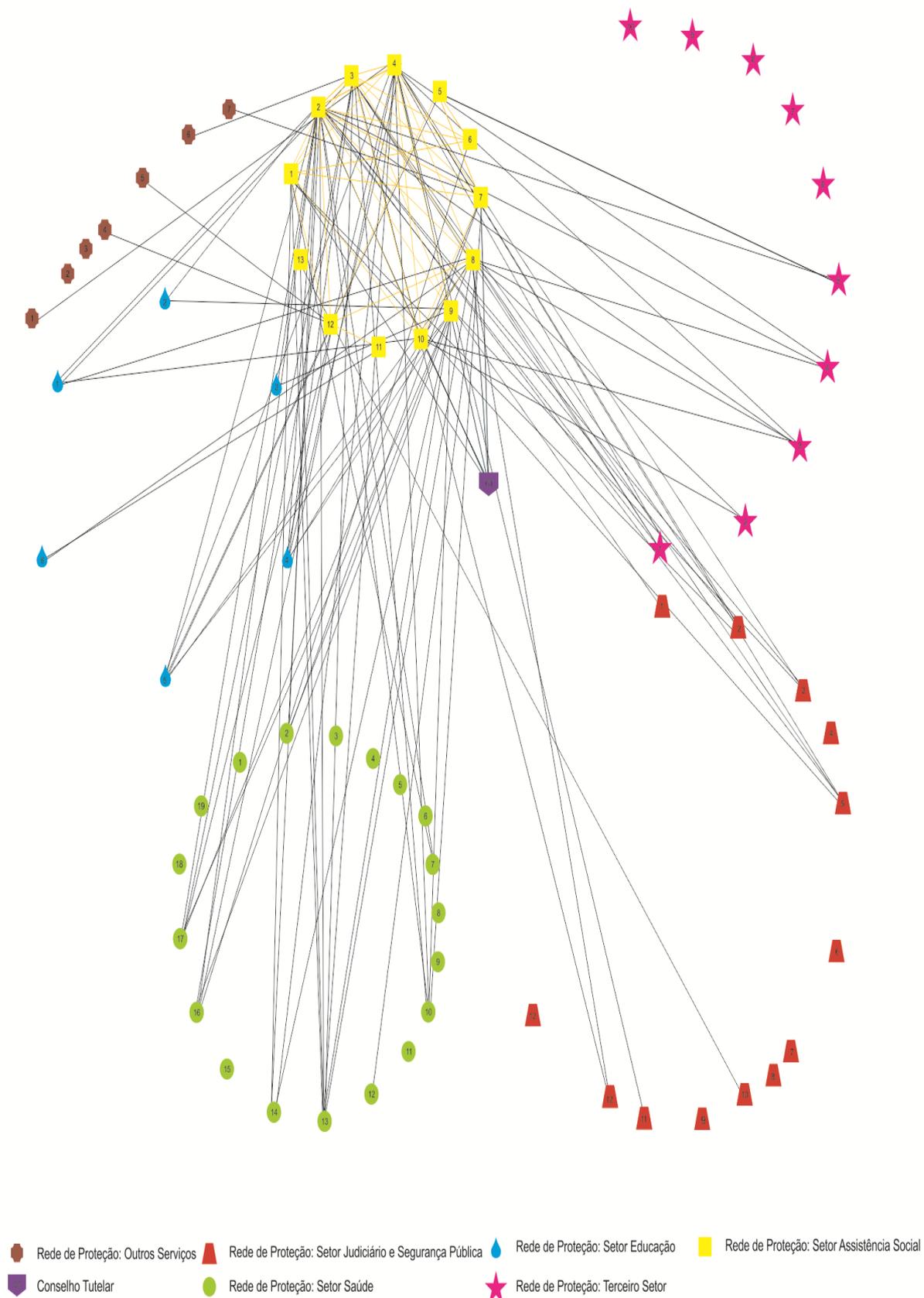
Setor	n.º	Serviço
●	1	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD)*
	2	Centro de Atenção Psicossocial III CAPS III*
	3	Centro de Atenção Psicossocial Infantil em Curitiba/PR (CAPS I)
	4	Centro de Pesquisas Metropolitanas em Curitiba/PR (CPM)
	5	Hospital Universitário de Ensino Público em Curitiba
	6	Hospitais em Colombo/PR
	7	Hospital Infantil em Curitiba
	8	Maternidade em Colombo/PR*
	9	Programa contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DS/TA/DS)
	10	Pronto Atendimento em Colombo (PA)
	11	Serviço de Psicologia lotado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
	12	Serviço de Psicologia de Referência para a Estratégia Saúde da Família (ESF)*
	13	Secretaria Municipal de Saúde/Saúde da Criança*
	14	Secretaria Municipal de Saúde/Estratégia Saúde da Família*
	15	Secretaria Municipal de Saúde/ Vigilância Epidemiológica*
	16	Unidades Básicas de Saúde*
	17	Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família*
	18	Conselho Municipal de Saúde*
	19	Comitê de Mortalidade Infantil*

Setor	n.º	Serviço
■		Conselho Tutelar*

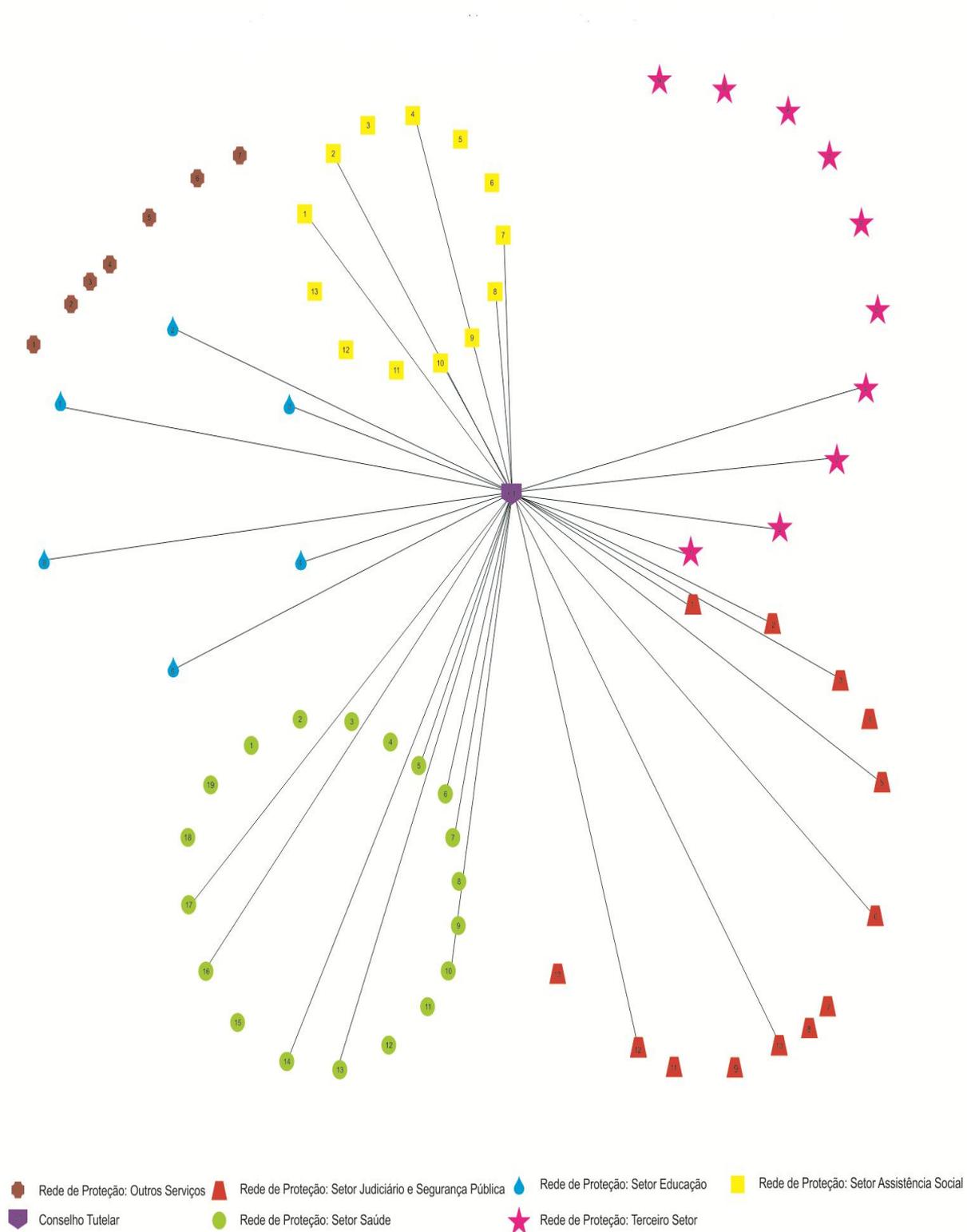
\*Serviços Localizados no município de Colombo/PR

## APÊNDICE 5

### INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ ASSISTÊNCIA SOCIAL

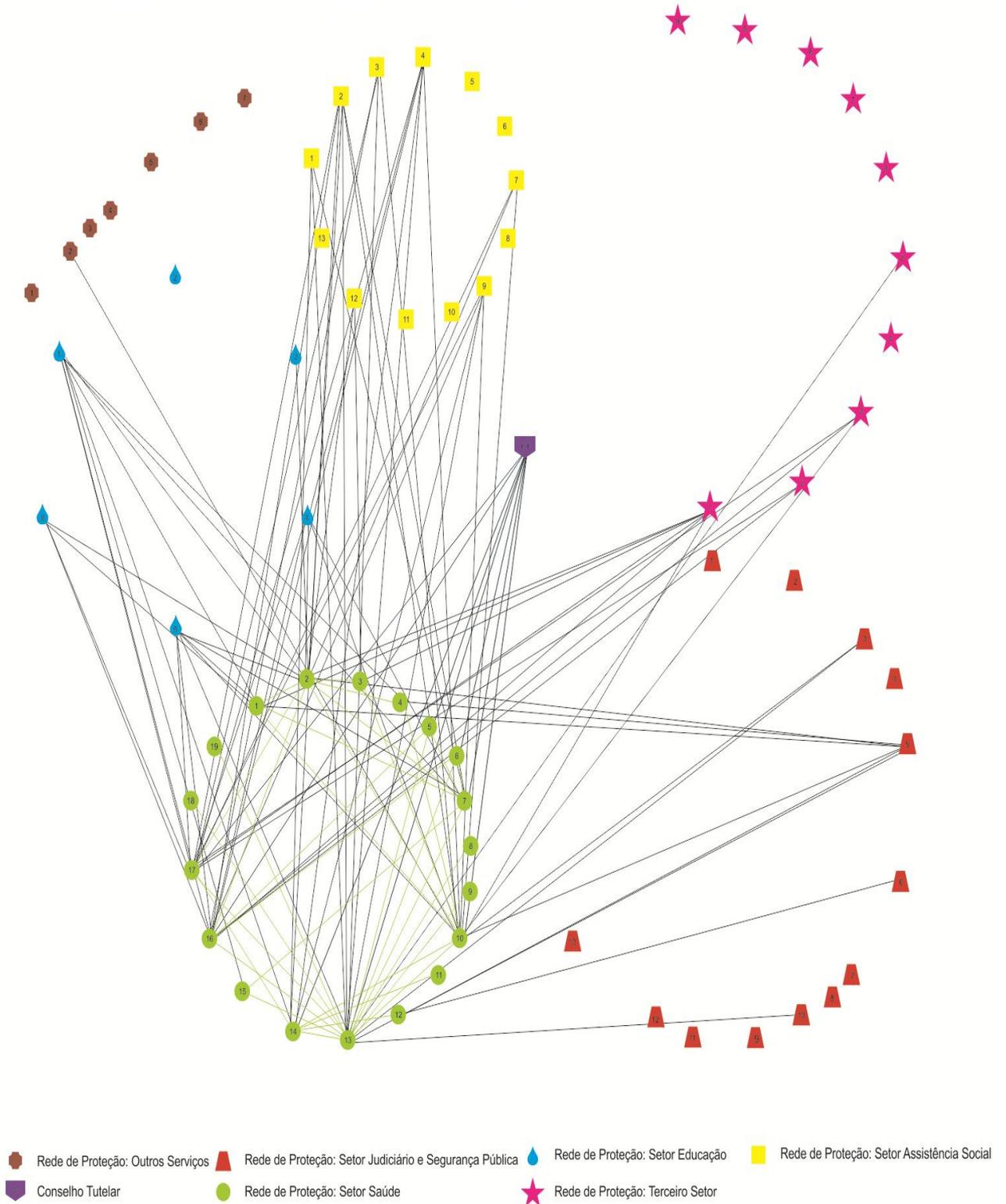


## APÊNDICE 6

INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA  
INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ CONSELHO  
TUTELAR

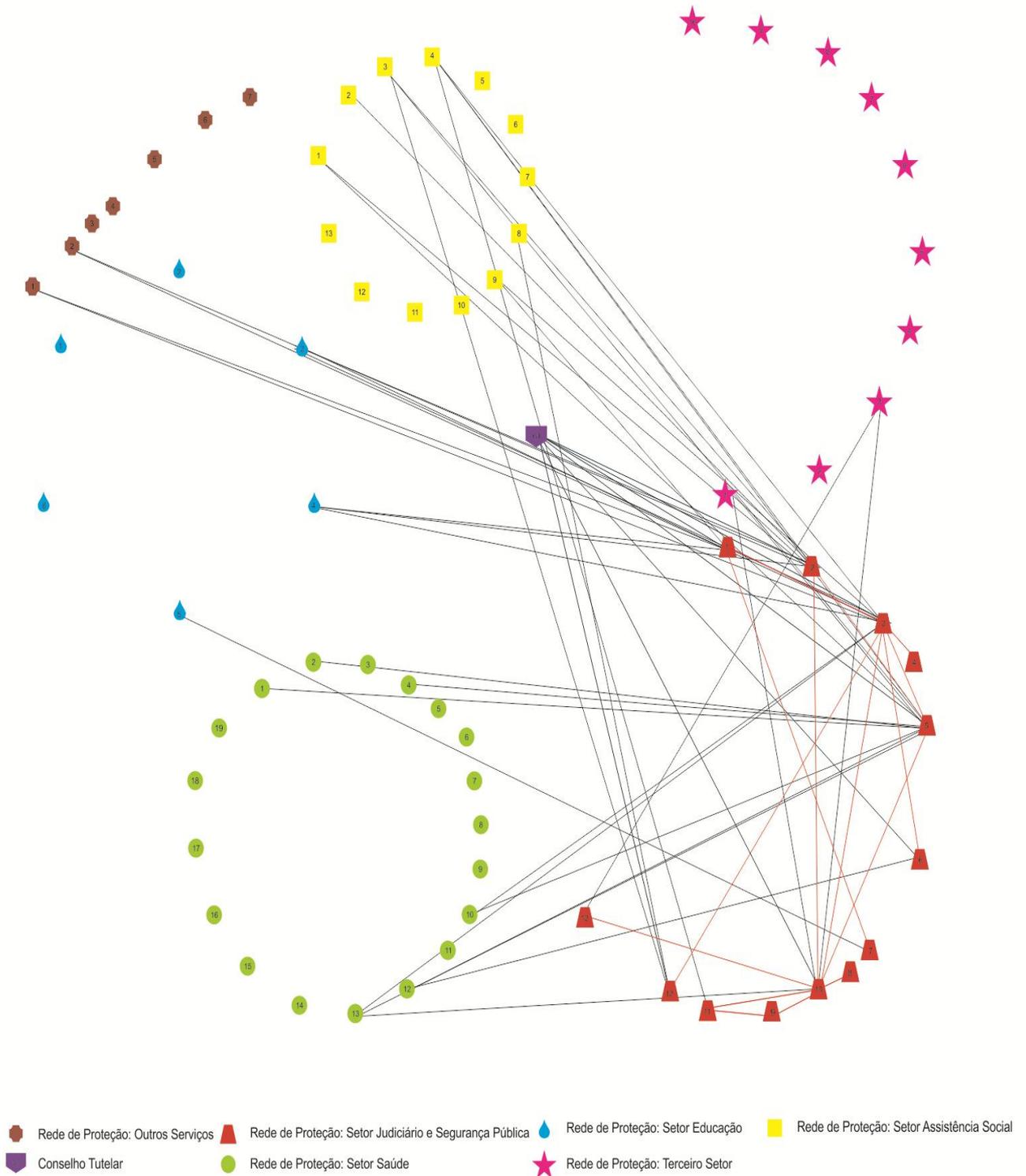
## APÊNDICE 7

### INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ SETOR SAÚDE

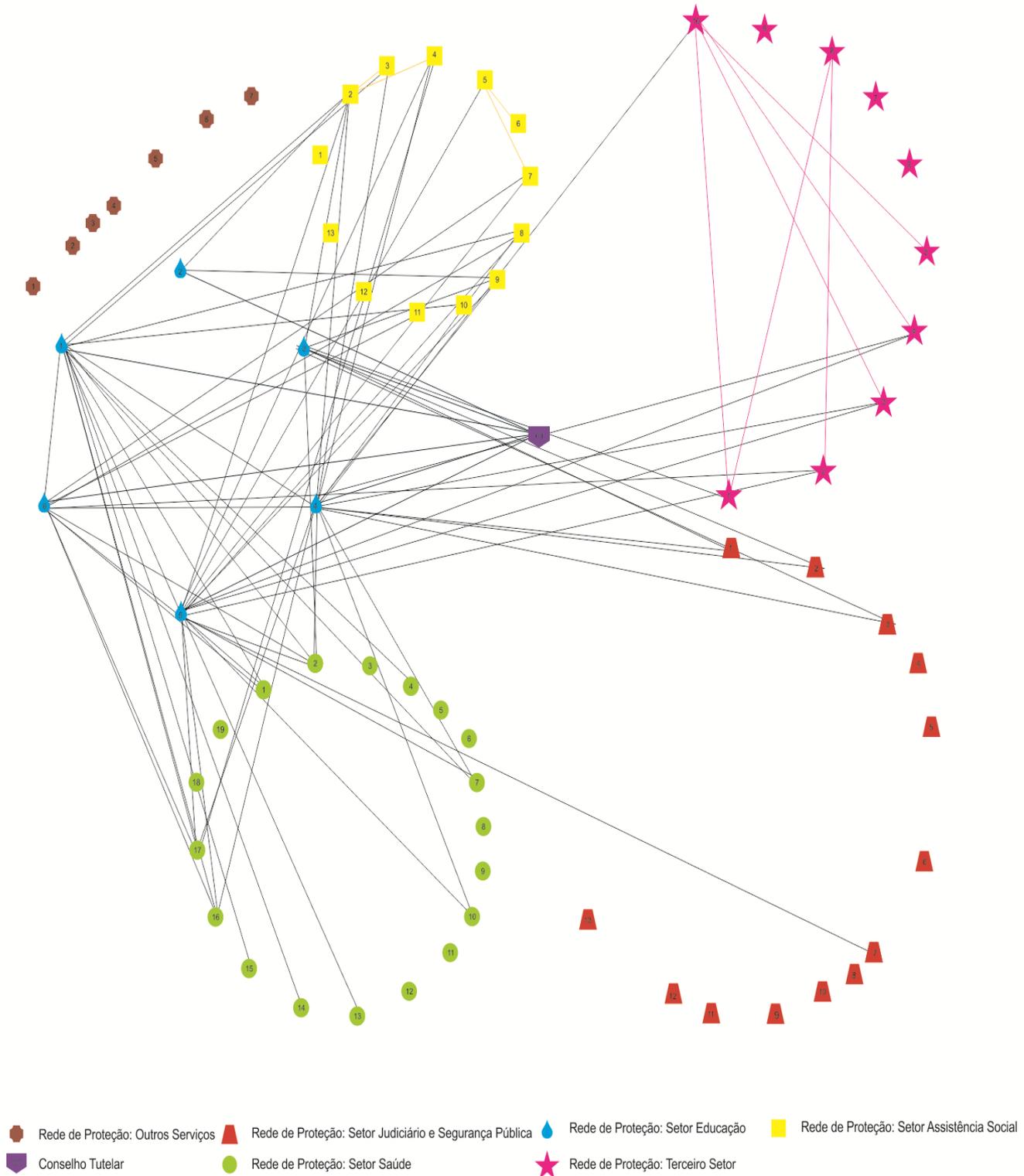


## APÊNDICE 8

### INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ JUDICIÁRIO E SEGURANÇA PÚBLICA

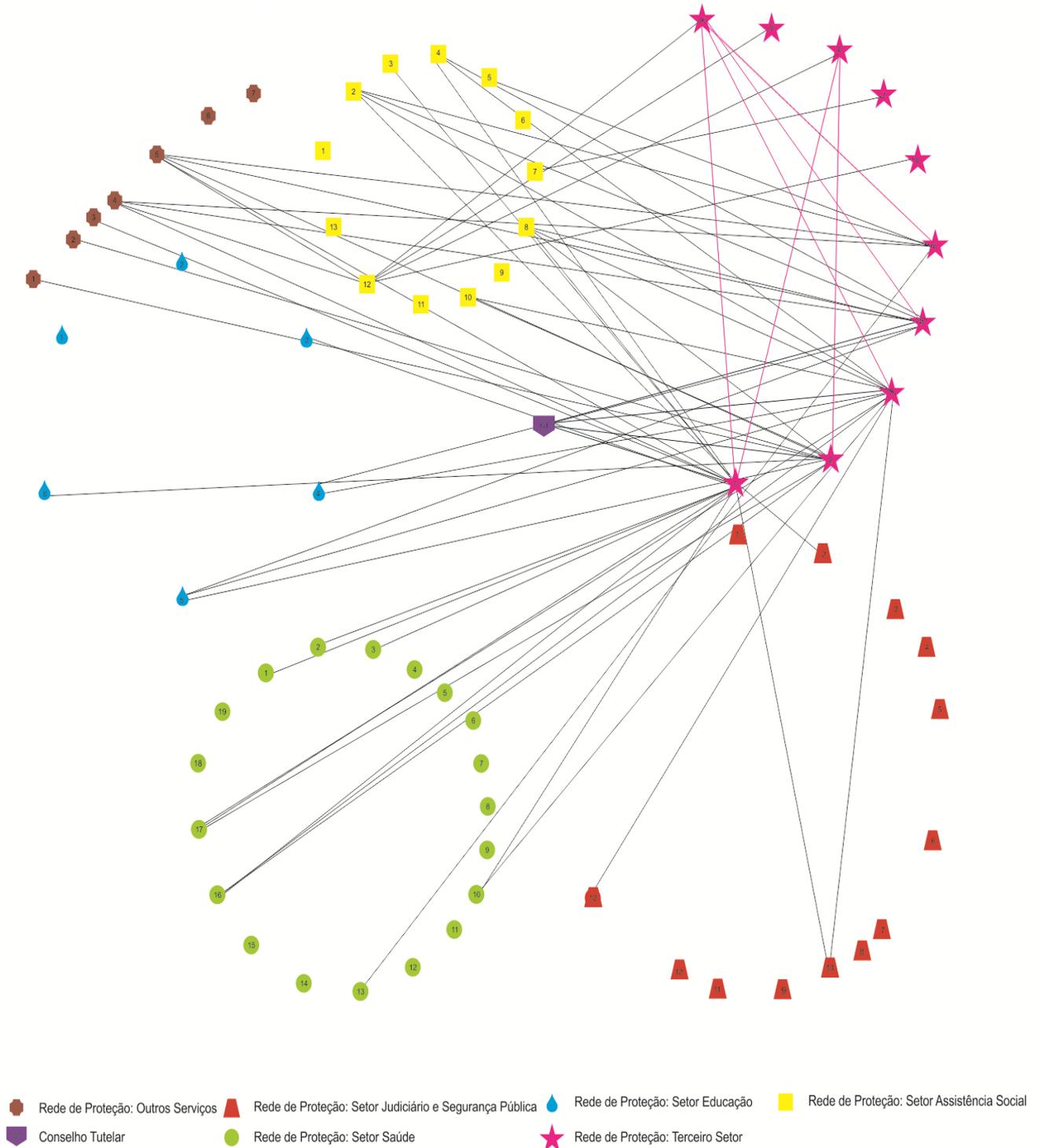


**APÊNDICE 9**  
**INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA**  
**INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ SETOR DE EDUCAÇÃO**



## APÊNDICE 10

### INTERCONECTIVIDADE DA REDE DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR, 2011/ TERCEIRO SETOR



## ANEXOS

ANEXO 1- FICHA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DA VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE COLOMBO/PR.....	133
ANEXO 2- TERMO DE CONCORDÂNCIA DO LOCAL DE ESTUDO.....	134
ANEXO 3- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	135

## ANEXO 1

FICHA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DA VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE  
COLOMBO

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO</b>	<b>REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA - NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA</b>	N Un. Notificadora N Notificação obrigatória
--	--	---

**DADOS DA CRIANÇA / ADOLESCENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) Creche / Pré-escola ( ) Série \_\_\_\_ Nível ensino \_\_\_\_ ( ) Fora da escola

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_

Nome acompanhante: \_\_\_\_\_ Grau de relacionamento \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Mora com: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmãos ( ) Outros. Quem? \_\_\_\_\_

Endereço da criança/adolescente: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Vila/Conjunto: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Descrição do ocorrido / motivo da suspeita. Data do ocorrido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Data avaliação US: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de violência / suspeita  
1 ( ) agressão física 2 ( ) agressão sexual 3 ( ) agressão psicológica 4 ( ) negligência 5 ( ) abandono

Natureza da violência / suspeita: ( ) Doméstica ( ) Extra-familiar

Local ocorrência extra familiar: ( ) via pública ( ) instituição  
( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_ Bairro da ocorrência extra familiar: \_\_\_\_\_

Tipo de lesão / partes do corpo afetadas ( ) Sem lesão aparente

	Cabeça	Pescoço	Tórax	Abdomen	Dorso	Reg. genital	Nádegas	Mem. Sup.	Mem. Inf.	Outro: Qual?
Corte										
Hematomas										
Fraturas										
Queimaduras										

Quantas vezes foi observada a agressão? ( ) Primeira vez ( ) Várias vezes. Quantas? \_\_\_\_\_

Houve notificação anterior pela unidade? ( ) Sim ( ) Não - No SOS Criança? ( ) Sim ( ) Não - no CT ( ) Sim ( ) Não

**DADOS DO PROVÁVEL AGENTE VIOLADOR**

Relação c/ Criança / Adolescente: ( ) Desc. ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Própria vítima ( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ ?? ( ) idade ( ) sexo

O suspeito é usuário de álcool/drogas? ( ) Ignorado ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

**GRAVIDADE DO CASO**

Grau ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave (Para preenchimento deste campo considere a vítima + família + a lesão + o agressor)

**PROCEDIMENTOS**

Procedimentos efetuados de acordo com a gravidade do caso: 1. Encaminhamento para a unidade de saúde/qual? \_\_\_\_\_

2. Internamento hospitalar 3. Casos moderado e grave, comunicação direta ao ( ) CT

4. Solicitação imediata da presença da família 5. Encaminhamento a delegacia de polícia/ Qual? \_\_\_\_\_

6. Orientação aos pais / responsáveis 7. Agendamento de retorno 8. Agendamento de visita domiciliar

9. Encaminhamento para saúde mental ( ) Vítima, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Agressor, qual? \_\_\_\_\_

10. Inclusão da criança/adolescente em atividade de contrarturno, qual? \_\_\_\_\_

11. Encaminhamento da família para atividade de orientação, onde: \_\_\_\_\_

12. Encaminhamento da família para programas de assistência social / qual? \_\_\_\_\_

13. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Unidade notificadora: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Cód. ou matrícula do responsável pela notificação Ficha enviada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 2****TERMO DE CONCORDÂNCIA DO LOCAL DE ESTUDO**

Secretaria Municipal de Saúde de Colombo/PR

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

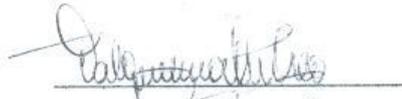
Prezada Profa. Dra. Liliana Maria Labronici  
MD Coordenadora do CEP/SD

Declaramos que nós da Secretaria Municipal de Saúde de Colombo, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Rede de proteção contra a violência na infância: limites e potencialidades" sob a responsabilidade da profª Drª. Verônica de Azevedo Mazza nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em Setembro de 2012.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão os profissionais dos diferentes setores que atuam na rede de proteção contra a violência na infância e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,



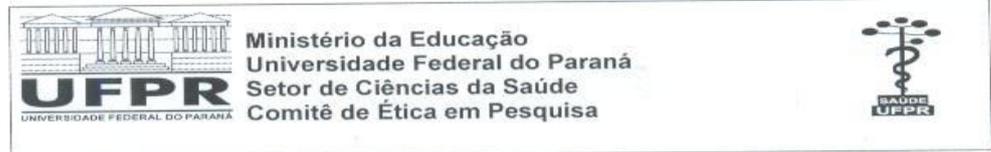
Responsável pelo Serviço, Instituição, Departamento etc.

(nome e cargo)

Valquíria C. Pflücheg  
Coordenadora do CEP/SD  
Secretaria Municipal de Saúde de Colombo

## ANEXO 3

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Curitiba, 30 de agosto de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Verônica de Azevedo Mazza**  
**Ana Paula Pereira Fernandes**

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Rede de Proteção contra violência na infância: limites e potencialidades**”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 25 de agosto de 2010.

Registro CEP/SD: 988.113.10.08

CAAE: 3971.0.000.091-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 25/02/2011.

Atenciosamente

**Prof. Dra. Líliana Maria Labronici**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Prof. Dra. Líliana Maria Labronici  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CCI/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240  
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br