

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUA CONCEPÇÃO SOBRE
FAMÍLIA E VIOLÊNCIA

Roselaine de Oliveira Giusto

Orientadora: Profa. Dra. Rachel de Faria Brino

São Carlos, Maio de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUA CONCEPÇÃO SOBRE
FAMÍLIA E VIOLÊNCIA

Roselaine de Oliveira Giusto

Orientadora: Profa. Dra. Rachel de Faria Brino

Texto apresentado para o Exame de Defesa ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação Especial.

São Carlos, Maio de 2011.

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

G538ac Giusto, Roselaine de Oliveira.
Agentes comunitários de saúde e sua concepção sobre
família e violência / Roselaine de Oliveira Giusto. -- São
Carlos : UFSCar, 2013.
93 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2011.

1. Educação especial. 2. Agentes comunitários de saúde.
3. Família. 4. Valores e crenças. 5. Violência intrafamiliar. I.
Título.

CDD: 371.9 (20ª)



Banca Examinadora da Dissertação de Roselaine de Oliveira Giusto.

Profa. Dra. Rachel de Faria Brino
(UFSCar)

Ass. Rachel Brino

Profa. Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello
(UFSCar)

Ass. Ana Lúcia Rossito Aiello

Prof. Dr. Rafael Siqueira de Guimarães
(Unicentro/Irati)

Ass. Rafael Guimarães

Profa. Dra. Joviane Marcondelli Dias Maia
(FAMAERP)

Ass. Joviane Marcondelli Dias Maia

Tem Calma

Tem calma contigo mesmo e olha onde vais,
Espera um minuto, pensa no que farás
No meio da tormenta é duro de navegar,
E outra má decisão te pode caro custar.

Nem todo mau momento te faz fracassar,
Se alguém não te aceita só te fará pensar.
Que a vida está cheia de coisas a enfrentar,
Ainda assim há beleza é preciso andar

Segue adiante, sem olhar atrás,
Vive cada dia e nada mais.
E o que vier tu vencerás
Só Tu tens a chave, abres ou fecharás.

Tem calma tua vida é um jogo de verdade
E aos outros não culpe por tua mediocridade
Se alguém tem falhado é bom sempre lembrar
Que também tu tens falhas basta de chorar.

Tu és precioso, acredite ou não,
Mas o amor que é amor sempre causará dor.
E como ouro, pelo fogo vais ter que passar
Purificar-lo todo e o melhor de ti forjar

Ainda que chores, tu vencerás
Só aquele que perde sabe também ganhar.
Segue adiante, sem olhar atrás,
Vive cada dia e nada mais.
E o que vier tu vencerás
Só Tu tens a chave, abres ou fecharás.

Mas tem calma...

(Martin Valverde)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais e irmão pelo amor, carinho, compreensão, incentivo e paciência que nos momentos mais difíceis estiveram sempre ao meu lado, permitindo assim, poder hoje dizer com orgulho que só posso ser quem sou, pois sempre os tive presentes. A vocês, todo meu amor, respeito e gratidão.

AGRADECIMENTOS

De todas as etapas que compõem um trabalho, esta é com certeza a melhor de todas. Agradecer é poder tentar retribuir parte do carinho, amor e atenção que tantas pessoas doam a outra.

Começo então agradecendo a Deus, princípio e fim de todas as coisas. Que me possibilita a chance de a cada novo dia tentar ser melhor e me capacita para os desafios que surgem ao longo da caminhada. Colocando em minha vida pessoas muito especiais que me ajudam a querer buscar o que de melhor existe em mim.

À minha mãe, que em sua generosidade, compartilha comigo a sabedoria que os livros não ensinam: a do amor e da compreensão. Obrigada por cada palavra, gesto, olhar, lágrimas, sorrisos e silêncio. É olhando para pessoas que sabem transformar adversidades em lições que aprendemos a ser melhores.

A meu pai (in memória) que sempre acreditou em mim, quando às vezes nem eu mesma acreditava. Obrigada por me ensinar que sonhos se tornam realidade quando temos com quem compartilhar. E que a saudade é um sentimento que nasce no coração dos que amam e foram amados.

A meu irmão que mais do que brincadeiras de infância compartilhou e compartilha comigo amizade, carinho e compreensão. Obrigada por fazer parte e ser uma das melhores coisas de minha vida.

A meus sobrinhos Gabriel, Lucas e Maria Clara que me permitem ser criança novamente nos momentos de brincadeira e alegria. E que com seus olhinhos curiosos e apaixonados pelo mundo me ensinam a olhar a vida com mais simplicidade, leveza e ternura.

A minha amiga Ana Paula Ximenes Flores por todo carinho, colaboração e paciência durante a fase de análise de dados. Seus conhecimentos matemáticos foram imprescindíveis para meu estudo e sua amizade é fundamental em minha vida. Obrigada

por fazer parte da minha história.

A amiga-irmã Cristiane Camargo que em minha vida é a prova de que família não se forma apenas por laços sanguíneos, mas também pelo amor, carinho, apoio e muita alegria daqueles que surgem em nosso caminho.

A “mamãe acadêmica” professora Dra. Joviane Marcondelli Dias Maia por todo o incentivo, apoio, carinho, generosidade e companheirismo. Obrigada pela confiança em mim e em meu trabalho. Pelos momentos de alegria, de conforto, de consolo, conversas compartilhadas... Obrigada por me mostrar novos caminhos abrindo portas que apenas os corações generosos são capazes de possibilitar.

/

A professora Dra. Lúcia Cavalcante de Albuquerque Williams por todo o apoio e incentivo, sobretudo nos momentos mais difíceis no processo de seleção. Obrigada pela confiança em meu trabalho e pela possibilidade de conhecer novos horizontes.

A todos os companheiros do LAPREV por acreditarem em meu trabalho. Pelas horas de apoio, alegrias e desejo de transformar realidades e por acreditarem no potencial humano.

Aos membros da banca, professores Ana Lúcia Rossito Aiello, Joviane Marcondelli Dias Maia e Rafael Siqueira de Guimarães, pela colaboração nesta etapa tão importante de meu trabalho e por sua presença neste dia tão especial em minha vida.

A todos os funcionários do PPGEE, pela paciência e disponibilidade.

A todos os agentes comunitários de saúde que acreditaram em meu trabalho e possibilitaram que este projeto se transformasse em realidade.

A todas as pessoas que fizeram e fazem parte de minha história, me ajudando a escrever um novo capítulo no livro da vida.

Em especial, à minha orientadora Prof. Dra. Rachel de Faria Brino pelo incentivo, apoio, carinho, paciência e sugestões. Por acreditar em meu potencial e me permitir

descobrir habilidades que ainda me eram desconhecidas. Obrigada por seu exemplo de organização, que me possibilitou organizar meu próprio caos... Obrigada por ter me dado o prazer de poder trabalhar com você.

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Objetivos.....	07
Método.....	08
Procedimento.....	12
Resultados.....	20
Discussão.....	54
Conclusão.....	63
Referências	65
Anexos.....	70

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização das Regionais de Saúde.....	20
Tabela 2- Caracterização dos participantes quanto à idade, estado civil, escolaridade e experiência profissional prévia.....	21
Tabela 3: Razões do interesse pela função de ACS.....	27
Tabela 4: Cursos ou programas de capacitação realizados pelos participantes antes e após o início das funções de ACS.....	29
Tabela 5: O ideal familiar para os Agentes Comunitários.....	32
Tabela 6: Dificuldades no trabalho com as famílias sob a óptica dos ACS.....	34
Tabela 7: As modalidades de VI segundo os ACS.....	37
Tabela 8: Fatores de risco para violência intrafamiliar segundo os ACS.....	38
Tabela 9: Fatores de proteção para violência intrafamiliar.....	39
Tabela 10: Porcentagem de respostas erradas por questão.....	43
Tabela 11: Distribuição porcentual da suspeita ou confirmação de ocorrência de Violência Intrafamiliar.....	45
Tabela 12: Sinais observados pelos participantes para a suspeita ou confirmação da Violência Intrafamiliar.....	46
Tabela 13: Distribuição porcentual dos tipos de procedimentos adotados nos casos de suspeitas ou confirmações já acompanhados pelos ACS nos diferentes tipos de VI.....	47
Tabela 14: Distribuição porcentual dos tipos de procedimentos adotados se viessem suspeitar ou confirmar os diferentes tipos de VI.....	48
Tabela 15: Distribuição das respostas sobre a discussão acerca da notificação da VI na formação para ACS.....	51

Tabela 16: Distribuição das respostas sobre a opinião dos entrevistados em relação ao papel do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Juiz nas denúncias de VI contra Crianças e Adolescentes.....52

Tabela 17: Distribuição das respostas sobre a opinião dos entrevistados em relação ao retorno da Instituição a qual fez a denúncia.....53

Índice de Figuras

Figura 1: Porcentual de fatores de risco e proteção identificados pelos participantes....	41
Figura 2: Porcentual de acertos dos participantes no questionário sobre Crenças a respeito da Violência Intrafamiliar.....	42
Figura 3: Porcentual de participantes que notificaram ou notificariam uma suspeita de violência intrafamiliar.....	49
Figura 4: Distribuição porcentual dos motivos alegados pelos participantes para não efetuarem a notificação.....	50

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como foco o atendimento não apenas ao indivíduo, mas também à família de uma forma integral e contínua, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dentre os profissionais que compõem a equipe, o agente comunitário de saúde (ACS), ocupa uma posição estratégica como mediador entre a comunidade e a equipe profissional, podendo funcionar tanto como facilitador, como um empecilho nessa mediação. O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e as crenças de agentes comunitários de saúde a respeito dos conceitos que envolvem a família e os fatores de risco e proteção para a violência intrafamiliar. Para isso, foram entrevistados 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem as equipes de referência de Unidades Saúde da Família, distribuídos em cinco Administrações Regionais de Saúde, de uma cidade de médio porte localizada no interior de São Paulo. Todos os participantes responderam a quatro instrumentos: Entrevista individual com os agentes comunitários; Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção; Questionário sobre Crenças a respeito de Violência Intrafamiliar e Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Para a análise dos dados qualitativos dos instrumentos foi utilizada a Análise de Conteúdo e os demais instrumentos foram corrigidos segundo a orientação dos autores. Os principais resultados obtidos até o momento demonstram que entre os agentes permanece o modelo tradicional familiar formado pela tríade mãe-pai-filhos. No que se refere às crenças dos profissionais em relação a violência intrafamiliar envolvendo a mulher, 66,67% dos entrevistados acreditam que o comportamento da mulher possa favorecer o comportamento agressivo do homem. Quanto a concepção dos participantes a respeito das modalidades de violência contra a criança e o adolescente, apenas uma das Regionais entrevistadas referiu-se à negligência como uma forma de violência. Já a violência física e a violência psicológica foram citadas por todos os respondentes. Em relação aos fatores de risco relacionados à violência intrafamiliar contra a criança e adolescentes, não saber identificar com precisão e não saber como fazer em caso de suspeita foi uma alternativa considerada em três das quatro modalidades de violência nos lares (violência física, violência sexual e violência psicológica). Apenas a negligência parece ser o tipo de violência em que os profissionais possuem menor dificuldade em sua identificação. De modo geral, os resultados ressaltam a importância do treinamento e discussões acerca do tema com os profissionais envolvidos no atendimento a família.

Palavras-chaves: Agente Comunitário de Saúde; valores e crenças; violência intrafamiliar.

INTRODUÇÃO

Pensar na evolução do sistema de saúde no Brasil é percorrer um longo caminho que tem início na década de 1970 com as pressões políticas dos movimentos reivindicatórios; passar pela reforma sanitária com seu cunho marxista liderado por médicos sanitaristas que defendiam a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, até sua concretização por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi por meio da Constituição Federal em 1988 que a saúde se consagra como produto social, estabelecendo as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde (Moré, Crepaldi & Pedro, 2008).

Atualmente Starfield (2002), destaca que os serviços de atendimento à saúde são estruturados pela sociedade visando atender a dois objetivos principais:

1) a otimização da saúde da população por intermédio do conhecimento atualizado das causas e manejo das doenças, visando, dessa forma, possibilitar a maximização do bem-estar físico, emocional e social;

2) a redução das diferenças de oportunidades entre os distintos grupos populacionais, no que concerne ao acesso aos serviços de saúde.

Dentro dessa perspectiva, é implantado no Brasil em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com a proposta de modificação e expansão do acesso da população aos serviços de saúde oferecidos, sendo reconhecido como porta de entrada para os serviços vigentes (Campo et al, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (1997a), a iniciativa trata-se de uma estratégia que possibilita a integrar e promover a organização das atividades em território definido, tendo como propósito propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde), tendo como centro de atenção o atendimento não apenas ao indivíduo, mas também à família de uma forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com isso, introduz uma nova visão do processo de intervenção agindo de modo preventivo, à medida que vai ao encontro da população em seu ambiente físico e social (Levicovtz & Garrido, 1996; Ministério da Saúde, 1997a; Ministério da Saúde, 2000a; Pedrosa & Telles, 2001; Rosa & Labate, 2005; Nascimento & Correa, 2008).

Com a ampliação do lócus de intervenção em saúde proposta pelo PSF ao incorporar em sua prática o domicílio e os espaços comunitários, possibilita o fortalecimento do vínculo entre profissionais da equipe e a comunidade local (Nunes et al, 2002).

Na prestação do atendimento à população, o programa conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e, a partir de 2000, dentista. Dentre os profissionais que compõem a equipe, o agente comunitário de saúde, ocupa uma posição estratégica como mediador entre a comunidade e a equipe profissional, podendo funcionar tanto como facilitador como um empecilho nessa mediação (Nunes, et al, 2002; Chiesa & Fracolli, 2004).

O agente comunitário de saúde e seu papel de mediador entre equipe e comunidade

O agente comunitário de saúde é reconhecido como o elemento-chave do sistema na atenção primária de saúde, ou seja, como um elo entre a comunidade e os serviços (Silva & Rodrigues, 2000; Gomes, Cotta, Cherchiglia, Mitre & Batista, 2009). Seu recrutamento se dá por meio de um processo seletivo divulgado em um edital, no próprio município, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde. Os pré-requisitos para o exercício da função são definidos pelo Ministério da Saúde, sendo estes: ser morador da área onde deverá exercer suas atividades há pelo menos dois anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para o exercício das atividades (Ministério da Saúde, 1997b). A substituição de um ACS por um suplente classificado no processo seletivo pode ocorrer nas seguintes situações: caso o agente deixe de residir na área de atuação; assuma outra atividade que o impeça de cumprir sua carga horária necessária para as atividades na qual se comprometeu (40 horas semanais); não cumpra aos compromissos e atribuições assumidas; haja conflitos ou rejeição junto a sua comunidade, ou caso o próprio ACS, por motivos particulares, requeira seu afastamento (Ministério da Saúde, 1997b; Ministério da Saúde, 2002a).

Dentre as atividades desenvolvidas pelos ACS está promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com o registro das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco;

acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controlar da malária e da dengue (Brasil, 1999; Levy, Souza Matos & Tomita, 2004; Ferraz & Aertz, 2005; Ministério da Saúde, 2006; Morosini, Corbo & Guimarães, 2007)

Em um artigo de revisão sobre os processos de trabalho dos ACS, Bornstein e Stotz (2008), apontam que o agente atua frente à população como tradutor do universo científico ao popular, e também como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Entretanto, muitas vezes, sofre com a resistência da população em relação às orientações e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou no processo de trabalho da equipe de saúde. Segundo Stotz, David & Bornstein (2009) em um artigo de atualização sobre a atuação do ACS como mediador, postula que em seu desempenho como educador, por sua inserção como sujeito popular e, ao mesmo tempo, vinculado aos serviços, deve estar embasado em pressupostos pedagógicos críticos em relação a sua realidade.

Para Duarte, Silva e Cardoso (2007) principalmente no que se refere as dificuldades no relacionamento entre agentes e comunidade. Para os autores, o acolhimento é descrito como forma importante no manejo junto as famílias, atribuindo a falta de habilidade no trabalho para com a população como sendo fruto de uma educação que fala “para” as pessoas e não “com” elas. Segundo Fracoli e Zoboli (2004), é imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer quais são os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias sobre suas responsabilidades.

Para as diretrizes de trabalho constantes no manual de trabalho do ACS, os conceitos de prevenção de doenças e promoção de saúde estão presentes em vários trechos, assim como os princípios do SUS. O conceito de risco também está presente no mesmo manual, onde se faz a menção à situação de risco, fatores de risco, áreas de risco, famílias em situação de risco (Ministério da Saúde, 2000b).

Souza e Dallalana (2004) chamam a atenção para o fato de que os documentos que estipulam as diretrizes oficiais do PSF contemplando seu funcionamento, organização, recursos e outros fatores, deixam a desejar quanto às definições precisas para o conceito de família e o lapso mais grave é terem omitido uma conceituação clara do que se entende pela própria família. O que dificulta, segundo o autor, a ação do profissional frente a sua área de atuação.

De acordo com Mendonça (2004), os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, sendo que o autor aponta ainda que tais conhecimentos transcendam o campo da saúde, pois requerem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação intersetorial.

A família: o risco e proteção podem dividir um mesmo espaço

Segundo Osório (1996) a família é tida como tendo um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, apresentando algumas funções primordiais, das quais podem ser agrupadas em três categorias intimamente relacionadas: funções biológicas (sobrevivência do indivíduo), psicológicas e sociais. Para Kreppner (2000), a família constitui um contexto em desenvolvimento, que promove a evolução dos indivíduos, transmitindo significado social à vida de seus membros. Guralnick (1998) assinala três padrões que podem ser identificados na interação familiar: (1) a qualidade da interação dos pais com a criança; (2) a medida em que a família fornece à criança experiências diversas e apropriadas com o ambiente físico e social ao seu redor; e (3) o modo pelo qual a criança tem garantido pela família a saúde e a segurança, como, por exemplo, levando a mesma para ser vacinada e dando-lhe nutrição.

O Ministério da Saúde (2002b) identifica fatores de risco para o desenvolvimento infantil referentes à família e à criança. Como fatores de risco inerentes à família ele destaca: famílias baseadas em uma distribuição desigual de autoridade e poder; famílias nas quais não há diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre os membros; famílias com nível de tensão permanente, manifestado por dificuldades de diálogo e descontrole da agressividade; famílias nas quais não há abertura para contatos externos; famílias nas quais há ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filho; e famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte).

Muitas vezes, é dentro do contexto familiar que a criança acaba por ser exposta a diversos fatores de risco para seu desenvolvimento. Maia e Williams (2005) em estudo de revisão quanto aos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil, apontaram a violência física, a negligência e a violência psicológica, sendo que a última inclui a exposição à violência conjugal, como responsáveis por refletir prejuízos no desenvolvimento da criança e do adolescente. Segundo Williams (2001), a violência

intrafamiliar é um dos delitos mais frequentes do mundo, sendo responsável por sequelas nocivas ao desenvolvimento da mulher e de seus filhos.

De acordo com Pires e Miyazaki (2005) os dados disponíveis no Brasil e exterior indicam que a violência contra crianças e adolescentes é um importante problema de saúde pública. As autoras apontaram segundo dados da literatura da área no Brasil que tal violência é a primeira causa de morte na faixa etária de cinco a 19 anos.

A violência intrafamiliar é dividida didaticamente em quatro modalidades, sendo estas: Violência Física, Violência Sexual, Violência Psicológica e Negligência.

Pode-se entender a *Violência Física* como: atos que buscam ferir a integridade física de uma pessoa (tais como tapas, empurrões, chutes, hematomas, queimaduras, fraturas, cortes, entre outros). É preciso destacar que o abuso físico contra crianças e adolescentes resulta em danos físicos reais ou potenciais devido a uma interação ou falta de interação que deveria estar sob controle de um dos pais ou cuidador de responsabilidade ou confiança. Podem ainda existir episódios repetitivos ou ocorrer um único incidente (Bringiotti, 2000; ISPCAN, 2002; Stelko-Pereira & Williams, 2010).

A *Violência Sexual* envolve atos contra a sexualidade sem o consentimento do outro (por exemplo, acariciar, manipular genitália, mama ou ânus, realizar pornografia e exibicionismo, ter relação sexual com ou sem penetração, com ou sem o uso da força física). No caso da violência sexual contra a criança ou adolescente, o abuso é evidenciado por uma atividade entre uma criança e um adulto, ou por uma criança e um adolescente que, por idade ou desenvolvimento, esteja em relação de responsabilidade, confiança ou poder. Tendo sempre como intenção a gratificação ou satisfação da necessidade da outra pessoa (ISPCAN, 2002; ABRAPIA, 2004; Stelko-Pereira & Williams, 2010).

A *Violência Psicológica* refere-se a ações que acabam tendo como consequências danos psicológicos ou emocionais a outros (expor alguém a situações que a mesma tenha medo, ameaça ao uso de violência contra entes queridos, degradar verbalmente a personalidade, crenças ou atitudes de outra pessoa, ridicularizar ou inferiorizar os esforços do outro) (Bringiotti, 2000; ISPCAN, 2002; Stelko-Pereira & Williams, 2010).

A *Negligência* diz respeito a eventos isolados ou que se repetem ao longo do tempo, em que os pais ou cuidadores da criança falham no provimento das necessidades básicas para o desenvolvimento ou bem estar adequado. É preciso nesses casos cautela

por parte do profissional, para que o mesmo tenha a sensibilidade de compreender se os cuidadores estão sendo negligentes ou se o dano é não intencional (Bringiotti, 2000; ISPCAN, 2002; Stelko-Pereira & Williams, 2010).

O que deve estar como foco para todo profissional que atue como rede de proteção, está no fato de que a literatura aponta que uma criança que nasce em um lar violento está exposta a fatores de risco ao seu desenvolvimento. Mesmo não sendo vítima direta da violência, a criança pode apresentar problemas em decorrência da *violência conjugal* (Maia & Williams, 2005).

O agente comunitário de saúde: os desafios do trabalho e sua formação profissional

O ACS, tal como dito anteriormente, é o mediador entre a comunidade e a equipe de saúde. Sendo assim, parte da eficácia das ações a serem desenvolvidas pela Unidade também dependem de seu contato e do vínculo que o mesmo irá desenvolver com as famílias que atende. Autores como Minuchin, Colapinto e Minuchun (1999) destacam que a maior parte dos profissionais de atenção domiciliar está despreparada para lidar com os padrões da família, sendo, em geral, capazes de dar apoio aos indivíduos, mas normalmente carecem de habilidades para mobilizar a família extensa ou para facilitar as mudanças no sistema familiar que podem criar e manter a melhora na atuação dos membros da família.

Segundo Maia (2008) a compreensão da violência intrafamiliar implica, além do questionamento de mitos e crenças dos familiares sobre a violência vivida, o questionamento de mitos e crenças dos profissionais da área também podem influenciar na qualidade do atendimento oferecido. Ainda para a autora, tal atendimento à família necessita de estratégias de transformação, com uma visão interacional, considerando o contexto social no qual tais famílias estão inseridas.

Pode-se observar uma lacuna na literatura no que se refere a estudos que investiguem a percepção do agente comunitário quanto ao conceito de família, sua estrutura e dinâmica, bem como sobre a violência intrafamiliar. Em estudo de revisão acerca da literatura disponível sobre o agente comunitário de saúde desenvolvido por Kluthcovsky e Takayanagui (2006), foi observado pelos autores a prevalência de estudos que enfatizam as atividades desenvolvidas pelos agentes, seja analisando seu processo de trabalho, ou avaliando os resultados das atividades realizadas e a caracterização dos mesmos e de suas funções. Sendo assim, um estudo que investigue a concepção dos agentes sobre sua compreensão a respeito da família, qual o papel que a

mesma exerce frente ao indivíduo, além da sua percepção frente aos conceitos de violência intrafamiliar e implicações para o desenvolvimento infantil, pode trazer importantes e inéditas contribuições à literatura na área, bem como servir para subsidiar futuros projetos de capacitação.

Parece necessário, portanto, que os agentes sejam treinados para esse entendimento, o que se justifica na medida em que é possível munirlos não apenas de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, mas também de outros saberes que os habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias no reconhecimento de suas necessidades (Nunes et al, 2002). Para um efetivo treinamento sabe-se da importância de em primeiro lugar levantar o que os agentes sabem sobre a questão. O que entendem como sendo a família e seu papel? Quais os valores e crenças a respeito do papel da família, seu funcionamento, sua dinâmica? Quais suas concepções a respeito da violência intrafamiliar e suas implicações no desenvolvimento infantil?

Portanto, tal estudo fez-se necessário para investigar sobre o conhecimento e crenças dos agentes comunitários possuíam acerca do conceito de família, da forma como esta se estrutura, da complexidade de sua dinâmica e de temas que envolviam efetivamente sua atuação preventiva como violência e maus tratos, buscando assim, contribuir para a aproximação entre profissionais e sua população alvo.

Objetivo:

O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e as crenças de agentes comunitários de saúde a respeito dos conceitos que envolvem a família e os fatores de risco e proteção para a violência intrafamiliar.

MÉTODO

Para facilitar a compreensão do desenvolvimento do estudo, optou-se por fazer a descrição da metodologia em duas etapas. Entretanto, cabe destacar que não se trata de dois estudos, a divisão tem como finalidade facilitar o entendimento das ações desenvolvidas no estudo.

- ***Etapa 1:***

Escolha, construção e adequação dos Instrumentos

Durante a primeira etapa do estudo foi realizada uma busca na literatura especializada da área visando encontrar instrumentos a serem utilizados na coleta de dados. Com base na revisão da literatura aqui conduzida no período de outubro de 2008 a junho de 2009 (Base de dados BIREME, PUBMED, IBICT, LILACS, CAPES Banco de Teses), as palavras chaves utilizadas neste levantamento foram: agente comunitário de saúde, saúde da família, família, conceito de família, estrutura familiar, dinâmica familiar, crenças, valores, violência intrafamiliar, violência doméstica, abuso infantil e maus tratos. Dos instrumentos disponíveis encontrados, foram utilizados três (Questionário sobre Crenças a respeito de Violência Intrafamiliar, Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção e Questionário sobre Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes), sendo que nos dois últimos foram necessárias adequações, visando que possibilitassem atender as características da população pesquisada e os objetivos do estudo. Além disso, um instrumento foi especialmente construído para a coleta de dados em questão (Entrevista Individual com os Agentes Comunitários de Saúde).

A seguir serão apresentados os instrumentos propostos inicialmente para o estudo e as adaptações que os mesmos sofreram durante esta etapa do estudo:

1. Entrevista Individual com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

Instrumento construído especialmente para esta coleta de dados pela pesquisadora (Anexo 1) com os seguintes objetivos: a) caracterizar os participantes; b) levantar dados referentes a suas experiências anteriores de trabalho, motivos que o levaram a se tornar ACS e a formação que recebeu

antes e ao longo de sua atuação como agente; c) caracterizar o bairro atendido, as famílias residentes, crenças do agente em relação à constituição e dinâmica familiar, além da interação com a população atendida; d) investigar o conhecimento do ACS a respeito de violência intrafamiliar, fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil referentes a violência, e) conhecer os recursos oferecidos pelo bairro para a comunidade.

2. *Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção (Q.A.C.):*

Questionário selecionado e adaptado pela pesquisadora com base no instrumento elaborado por Maia & Williams (2010) utilizado em uma pesquisa de Intervenção com Conselheiros Tutelares (Anexo 2). Tanto o uso como as alterações feitas no instrumento foram autorizadas pela autora, desde que respeitados os critérios e normas éticas para utilização e divulgação.

O Questionário consiste em 32 questões fechadas do tipo verdadeiro e falso, referentes a fatores de risco e a fatores de proteção ao desenvolvimento infantil relacionados a violência intrafamiliar, tendo como objetivo medir o conhecimento dos participantes sobre a identificação de tais fatores.

A modificação do instrumento foi feita no item 17 do questionário. O texto original elaborado pela autora trazia a seguinte afirmação:

“O Conselheiro Tutelar precisa conhecer os recursos disponíveis na comunidade para poder encaminhar de modo mais efetivo as crianças que atendem”.

A adaptação consistiu na substituição da palavra “Conselheiro Tutelar” por “Agente Comunitário de Saúde”. Sendo assim, a nova afirmativa foi apresentada aos participantes da seguinte forma:

“O Agente Comunitário de Saúde precisa conhecer os recursos disponíveis na comunidade para poder encaminhar de modo mais efetivo as crianças que atendem”.

3. *Questionário sobre Crenças a respeito de Violência Intrafamiliar:*

Instrumento elaborado por Williams (2010), para um curso de Capacitação de policiais da Delegacia de Defesa da Mulher, tendo como finalidade investigar crenças sobre violência intrafamiliar que dificultam uma compreensão adequada do problema (Anexo 3).

O instrumento consiste em 30 questões com afirmações corriqueiras sobre Violência intrafamiliar do tipo “verdadeiro ou falso”, havendo possibilidade de justificar cada resposta. Cabe ressaltar que assim como nos demais instrumentos selecionados, o uso só foi feito mediante a autorização dos autores. Outro fator que merece destaque refere-se ao fato de que este foi o único dos instrumentos que permaneceu com seu conteúdo sem sofrer alterações.

4. *Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.*

Questionário auto-aplicativo, selecionado e adaptado pela pesquisadora (mediante autorização da autora) com base no instrumento elaborado por Rossi (2004), tendo por objetivos: a) avaliar os conhecimentos dos profissionais acerca dos sinais que podem indicar a ocorrência da violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes; b) verificar se, sob a ótica destes profissionais, ao notificar aos órgãos responsáveis a ocorrência da violência, identificam-se possíveis conseqüências para as vítimas e para os familiares; c) identificar se existem conseqüências pessoais e profissionais ao notificar a violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes; e, d) identificar se a discussão da violência intrafamiliar fez parte da formação profissional e contribui para que a notificação seja ou não realizada (Anexo 4).

O Questionário traz uma definição do conceito de cada modalidade de violência: violência física, sexual, psicológica e negligência. Contém ainda questões fechadas podendo o respondente escolher mais de uma alternativa em cada questão (sem a opção nenhuma das alternativas) e duas questões abertas. O instrumento deixa um espaço no final caso o participante queira se manifestar.

Dos instrumentos adaptados pela pesquisadora este foi o que sofreu as maiores alterações. É preciso ainda destacar que houve um contato prévio com a autora do questionário solicitando sua permissão para utilização e adaptação do instrumento para o uso na pesquisa em questão e as modificações só foram feitas após seu consentimento (Anexo 5). A seguir serão descritas todas as alterações feitas no questionário:

- 1.) *Exclusão de informações sócio demográficas tais como:* idade, sexo, instituição em que trabalha, tempo de profissão, etc, uma vez que tais dados já eram solicitados na entrevista inicial.
- 2.) *Atualização dos itens I, II, III e IV, que trazem definições conceituais sobre: Violência Física Doméstica, Violência Sexual Doméstica, Violência Psicológica e Negligência Doméstica:* para estes itens foram selecionadas definições mais abrangentes e atualizadas que pudessem contribuir para a compreensão dos participantes e que ao mesmo tempo viesse ao encontro da própria visão da pesquisadora no trabalho com o fenômeno em questão.
- 3.) *Exclusão dos itens referentes a convocação para depoimento na Justiça e Questionamento sobre a atuação das Instituições competentes quanto a solução de problemas nas denúncias sobre violência contra crianças e adolescentes na cidade:* a opção pela exclusão de tais itens foi feita devido ao objetivo do estudo em questão ter seu foco voltado para o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde e não na atuação das Instituições Públicas da cidade.

Teste dos instrumentos

Ainda dentro da primeira etapa, esta fase teve como finalidade: a) verificar o tempo gasto pelos respondentes com cada um dos instrumentos selecionados visando a definição do número de sessões a serem utilizadas; b) adequar a linguagem para a população alvo; c) definir o procedimento de aplicação dos instrumentos.

Triagem dos participantes

O critério de inclusão para os participantes desta etapa do estudo foram: a) ter mais de 18 anos; b) possuir como grau de escolaridade mínimo o Ensino Fundamental

Completo; c) exercer ou ter exercido alguma atividade profissional remunerada cuja atuação fosse voltada para o atendimento ou prestação de serviços à família ou comunidade.

Os participantes selecionados, obedecendo aos critérios de inclusão anteriormente descritos, possuíam características distintas em vários aspectos (grau de escolaridade, formação e experiência profissional) o que contribuiu de forma significativa para o enriquecimento de tal etapa e para a tomada de importantes decisões quanto às modificações a serem feitas em fases posteriores.

A escolha de diferentes experiências profissionais e graus de escolaridade foram feitos de forma proposital. Justifica-se pelo fato de acreditar que o perfil dos entrevistados fosse complementar e estariam, portanto, de acordo com o esperado a se encontrar na etapa seguinte da pesquisa.

Local

A entrevista foi realizada na própria residência dos participantes, em uma sala reservada para garantir a privacidade e em um horário previamente agendado.

Procedimentos

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, a partir de contato e autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa e desenvolvido somente após sua aprovação no referido Comitê (Anexo 5). Como cuidados éticos destacaram-se: informar aos participantes por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo 6) os objetivos da pesquisa, destacando o caráter voluntário e a possibilidade de desligamento da mesma sem qualquer prejuízo, o fato de que o procedimento utilizado foi elaborado de forma a minimizar os riscos aos participantes, sendo-lhes também garantido sigilo das informações fornecidas. Cabe destacar, ainda, que todos os esforços foram feitos para não expor os participantes a qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo.

Após o consentimento em participar da pesquisa, foi agendada uma entrevista na residência e horário de preferência do participante. As entrevistas foram feitas em uma sala reservada para garantir a privacidade e evitar qualquer tipo de constrangimento do respondente. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, foi feita a aplicação dos instrumentos, respectivamente: Entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde, Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção, Questionário sobre Crenças a respeito de Violência Intrafamiliar e Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

A aplicação dos instrumentos ocorreu em apenas um encontro, por escolha dos participantes e teve uma duração aproximada de 2 horas. Os instrumentos foram respondidos na presença do pesquisador, visando esclarecer o participante quando necessário, além de garantir o preenchimento adequado e completo dos instrumentos.

Modificações feitas com base na experiência obtida na primeira etapa do estudo.

Para uma melhor compreensão, as modificações serão apresentadas nos seguintes subitens: número de sessões e tempo de duração, forma de aplicação dos instrumentos e modificações feitas no conteúdo do instrumento.

- número de sessões e tempo de duração: 2 encontros com 1h de duração aproximada.

O estudo foi realizado em uma única sessão com duração média de 2 horas. Entretanto, foi planejado que a etapa seguinte seria realizada em dois encontros com 1 hora de duração aproximada, sendo o 1º para a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além da aplicação da entrevista com o ACS e o 2º para a aplicação dos demais questionários. Tal alteração foi necessária, pois se percebeu que a tarefa foi muito exaustiva.

- forma de aplicação dos instrumentos:

Foi planejado para a etapa seguinte, que todos os instrumentos seriam respondidos na presença da pesquisadora, para garantir o preenchimento correto do mesmo. Planejou-se também que a leitura do instrumento seria feita pela pesquisadora, para o entrevistado, com o acompanhamento e resposta em folha separada pelo próprio entrevistado. Ainda será dada a opção de que este venha a sanar qualquer dúvida quanto à semântica.

Modificações feitas no conteúdo do instrumento:***Entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde***

Quanto a este instrumento, foi feito o acréscimo de uma pergunta visando melhor caracterizar o perfil do ACS e a razão de sua escolha profissional “*Porque você se interessou em ser ACS ?*”.

O item de número 12 foi modificado de “*Fale um pouco sobre o seu bairro e sobre as famílias que ali residem*” para “*Fale um pouco sobre as famílias que residem no seu bairro*”. Tal alteração foi feita para evitar problemas quanto ao sentido da pergunta.

Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

Quanto a este instrumento, houve um lapso por parte da pesquisadora e os itens 11 e 12 não foram digitados. Tais alternativas se referem às opções afirmativas sobre o que faria em caso de suspeita de qualquer uma das modalidades de violência intrafamiliar apresentadas. Entretanto, tais itens que correspondem “a teria medo de sofrer consequências no serviço” ou “não saberia como fazer” aparecem novamente ao longo do questionário.

- ***Etapa 2:***

Participantes

Foram entrevistados 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem as equipes de referência de Unidades Saúde da Família de uma cidade de médio porte localizada no interior de São Paulo.

Triagem dos participantes

O critério de inclusão para a participação nesta etapa do estudo foram: a) ser Agente Comunitário de Saúde, b) não estar afastado de suas funções por motivo de saúde, férias ou outros e c) não estar participando de nenhuma outra pesquisa com instrumental semelhante ao do presente estudo.

As informações sobre as Unidades de Saúde da Família e o número de agentes em cada Programa Saúde da Família (PSF) foram obtidas junto às Administrações

Regionais de Saúde do município. Por meio de tal levantamento, foi possível constatar a existência de 16 Unidades de Saúde da Família distribuídas em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES). De posse de tais dados, foi realizada uma consulta junto ao Departamento de Estatística da Universidade, visando obter informações quanto ao número de participantes considerado como significativo para o estudo. Segundo assessoria do estatístico, todos os ACS deveriam ter a oportunidade de participar da pesquisa, tal como em um censo. Seguindo então a recomendação deste profissional, foi feito o convite para todos os agentes que contemplaram os critérios de inclusão deste estudo.

Local

O local das entrevistas com os agentes comunitários de saúde foi em sala reservada na própria Unidade Saúde da Família, escolhida de forma a não prejudicar o funcionamento da unidade e evitar interrupções.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram os mesmos descritos na etapa 1, sendo estes: 1) Entrevista Individual com os Agentes Comunitários de Saúde, 2) Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção (Q.A.C.), 3) Questionário sobre Crenças a respeito de Violência Intrafamiliar e 4) Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Procedimentos

Após as modificações feitas com base na Etapa 1 do presente estudo, a pesquisadora entrou em contato com as Administrações Regionais de Saúde visando levantar as informações necessárias sobre as Unidades de Programa Saúde de Família do município e encaminhar a autorização obtida junto a Diretoria do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (Anexo 7).

A pesquisadora então entrou em contato com todas as Unidades de Programa de Saúde da Família para oferecer a pesquisa. Em algumas unidades foi permitido que a mesma participasse da reunião de equipe e informasse a todos os membros presentes os

objetivos, esclarecesse dúvidas e formalizasse o convite para os ACS. Em outras, no entanto, não foi permitido o acesso à unidade com a justificativa do excesso de demanda de serviços e pautas para a reunião. Do total das 16 Unidades de Programa de Saúde da Família, três (3) não puderam ser entrevistadas, pois já havia uma pesquisa em andamento com um instrumental semelhante ao utilizado (o que impossibilitaria segundo o critério de inclusão). Sendo assim, o número total de Unidades a ser considerado como válido foi de 13. Portanto, desse total foram visitadas 76,92% (n=10) e em apenas 23,08% (n=3) não foi possível a realização do estudo (com os seguintes motivos: não autorização para a coleta, dois endereços não localizados). Com isso, pode-se dizer que a pesquisadora fez todo o esforço possível para que todo o território das cinco Administrações Regionais fosse percorrido.

Em seguida, o contato foi feito diretamente com as responsáveis pela Unidade de Programa Saúde da Família informando sobre os objetivos da pesquisa e solicitando permissão para participar da reunião de equipe com o intuito de apresentar o estudo, destacar os aspectos éticos envolvidos e convidar os agentes comunitários a participarem. A escolha da apresentação no dia da reunião de equipe foi feita devido à facilidade em conseguir reunir o maior número possível de participantes sem prejudicar o funcionamento da Unidade. Concedida à apresentação e tendo o aceite ao convite, um novo encontro era agendado com os agentes para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicação dos demais instrumentos.

Os instrumentos foram aplicados na presença do pesquisador, visando esclarecer o participante quando necessário, além de garantir o preenchimento adequado e completo dos instrumentos. A duração da sessão foi de aproximadamente duas horas, sendo realizada em um único encontro, contrariando o planejamento inicialmente feito, mas respeitando a escolha dos próprios participantes, o que no entender da pesquisadora foi necessário proceder dessa forma. Vale ressaltar que a gravação em áudio era solicitada antes do início da entrevista e feita apenas mediante consentimento. Na Regional 5 a gravação em áudio foi feita, entretanto, o conteúdo da mesma foi prejudicado devido as condições da sala em que a coleta foi realizada. Foi cedida uma sala para a realização do procedimento de pesquisa ao lado de outra em que era realizada uma atividade de aulas de dança para crianças e adolescentes (oferecido pela própria Unidade). Devido a movimentação e estímulo concorrente, o conteúdo se tornou inaudível. Em virtude de tal acontecimento, não há verbalizações durante a descrição do

instrumento de entrevista com o ACS, mas para os demais instrumentos, o que o participante deixou registrado por escrito será acrescentado ao longo do texto.

Plano de Análise de dados

O método escolhido, para a análise da Entrevista com os Agentes Comunitários foi a Análise de Conteúdo – AC. A Análise de Conteúdo, tal qual proposta por Bardin (1977), é um método empírico bastante apropriado para analisar o tipo de fala e de material escrito. Tal técnica permite que “*sejam feitas descrições numéricas de algumas características do texto, ao mesmo tempo em que possibilita a identificação de qualidades, distinções e padrões de comunicação, estabelecendo, dessa forma, uma ponte entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais*” (Bauer apud Dessen & Silva, 2009, p. 43).

Para se realizar a Análise de Conteúdo de acordo com Bardin (1977), é necessário que as seguintes etapas sejam obedecidas: a) seleção e exploração do material, denominada pré-análise; b) a codificação; c) agrupamento dos temas; e, d) a definição e validação das categorias empíricas.

Para a análise, inicialmente, foi feita uma leitura da transcrição das fitas, destacando em cada entrevista os assuntos relevantes ou repetidos de forma a organizar os dados. Estes dados foram agrupados conforme a regularidade que apareciam em cada uma e em todas as entrevistas, considerando os aspectos individuais.

A partir desse procedimento e da consideração dos objetivos propostos emergiram as categorias e subcategorias como definidas a seguir:

Categorias	Subcategorias
1. Caracterização das Administrações Regionais de Saúde do Município	1.1. Característica dos bairros pertencentes à Administração Regional entrevistada
2. Características da função do ACS	2.1. Interesse pela função de Agente Comunitário de Saúde 2.2. Tempo de trabalho e Capacitações para o exercício da função
3. O Agente Comunitário de Saúde e as famílias atendidas	3.1. O ACS e a sua idealização familiar 3.2. Dificuldades no trabalho com as famílias e possíveis causas apontadas pelos ACS
4. O ACS e seu conhecimento sobre Violência Intrafamiliar	

Para os demais instrumentos, foram seguidos os seguintes critérios obedecendo as orientações fornecidas pelo autor dos mesmos em relação a sua correção e posterior análise.

- *Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção (Q.A.C.)*: instrumento composto por 32 questões fechadas do tipo verdadeiro e falso, referentes a fatores de risco e a fatores de proteção ao desenvolvimento infantil referentes a violência intrafamiliar, tendo como objetivo medir o conhecimento dos participantes sobre a identificação de tais fatores. Para cada resposta correta recebe a pontuação um, enquanto as repostas incorretas recebem a pontuação zero. O escore geral é obtido por meio da somatória dos acertos em cada fator (risco e proteção). Sendo assim, a pontuação máxima obtida no instrumento é de 32 pontos.

- *Questionário sobre Crenças a respeito de Violência Intrafamiliar*: instrumento composto por 30 questões do tipo verdadeiro e falso com a possibilidade de justificativa que tem como finalidade investigar crenças sobre violência intrafamiliar que dificultam uma compreensão adequada do problema. Para cada resposta correta recebe a pontuação um, enquanto as repostas incorretas recebem a pontuação zero. O escore geral é obtido por meio da somatória dos acertos. Dessa forma, a pontuação máxima obtida é de 30 pontos.

- *Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes*: O Questionário traz uma definição do conceito de cada modalidade de violência: violência física, sexual, psicológica e negligência. Contém ainda questões fechadas podendo o respondente escolher mais de uma alternativa em cada questão (sem a opção nenhuma das alternativas) e duas questões abertas. O instrumento deixa um espaço no final caso o participante queira se manifestar. Para cada questão foram calculados as porcentagens referentes a escolha dos participantes dentre as alternativas disponíveis.

Para a correção dos itens e modalidades do questionário foi adotado o seguinte critério:

- 1) Foram agrupadas e inseridas em uma tabela as respostas sobre suspeita ou confirmação de ocorrência das modalidades de Violência Física, Violência Sexual, Violência Psicológica e Negligência e apresentadas em porcentagens acompanhadas do n correspondente (itens 1.2; 2.1; 3.1 e 4.1).
- 2) Os dados referentes aos itens 1.2; 2.2; 3.2 e 4.2 foram contados e distribuídos em porcentagens acompanhadas do n correspondente. Para as questões similares foi adotado o mesmo critério de correção.

- 3) Para os itens V- Sinais de Violência e VI – Violência Doméstica contra criança e adolescente e as instituições, foram feitas categorias de respostas obedecendo aos critérios da Análise de Conteúdo de acordo com Bardin (1977).

RESULTADOS

- Desempenho dos participantes na *Entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde*

1. Caracterização das Administrações Regionais de Saúde do Município

A Tabela 3 a seguir apresenta uma síntese das informações obtidas por meio de um levantamento prévio feito junto as Administrações Regionais de Saúde (ARES) buscando obter as informações necessárias sobre as unidades de atendimento do Programa Saúde da Família pertencentes a área em questão, bem como o número de Agentes Comunitários de Saúde, quantos foram entrevistados em cada ESF, assim como os que não puderam participar do estudo.

Tabela 3 – Caracterização das Regionais de Saúde

	Regional*	Nº de ESF	Nº de ACS	Participou do Estudo	Nº de ACS Entrevistados	
Administrações Regionais de Saúde	1	1	6	S	2	5
		2	4	S	2	
		3	6	S	1	
		4	8	N	-	
	2	1	6	S	2	2
	3	1	5	S	4	4
		2	5	N	-	
		3	4	N	-	
	4	1	5	S	2	3
		2	6	N	-	
		3	6	N	-	
		4	6	S	1	
	5	1	6	S	1	1
		2	6	N	-	
		3	6	N	-	
		4	8	N	-	
Total		16	93		15	15

* As regionais receberam tal classificação pela própria pesquisadora com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes.

Foi adotado pela pesquisadora o seguinte código, contendo cinco caracteres para identificação dos participantes, sendo que os dois primeiros correspondem à área de atuação do Agente Comunitário de Saúde; o terceiro corresponde ao gênero (feminino ou masculino) e os dois últimos a idade do participante. Tal critério foi utilizado

visando facilitar a compreensão posterior do texto pelo leitor e garantir o anonimato dos participantes. A Tabela 2 a seguir sumariza os dados de caracterização dos participante

Tabela 2 – Caracterização dos participantes quanto à idade, estado civil, escolaridade e experiência profissional prévia.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Experiência Profissional Prévia
R1F24	F	24	União estável	Superior Incompleto (Cursando: 4º ano de Nutrição)	Secretária e Recepcionista
R1F24*	F	24	Solteira	Ensino Médio	Atendente rede de Fast-food
R1F24**	F	24	Solteira	Técnico em Enfermagem	Serviços Gerais – Supermercado
R1F26	F	26	Solteira	Superior Completo (Educação Física)	Vendedora
R1F31	F	31	Casada	Ensino Médio	Vendedora
R2F24	F	24	Solteira	Superior Completo (Enfermagem)	Balconista
R2F54	F	54	Casada	Ensino Superior (Letras)	Mãe e Comerciante
R3F31	F	31	Casada	Técnico de Enfermagem (Cursando: 1º ano)	Dona de Casa
R3F33	F	33	Solteira	Ensino Superior (Letras)	Estagiária; Linha de produção de fábrica
R3F50	F	50	Casada	Ensino Médio, Magistério e Téc. Contabilidade	Balconista e Gerente de Hotel
R3M25	M	25	Solteiro	Técnico de Enfermagem (Cursando: 1º ano)	Analista de Crédito e Almojarife
R4F29	F	29	Casada	Ensino Médio	Recepcionista
R4F46	F	46	Casada	Ensino Médio	Doméstica e Auxiliar de Limpeza
R4M27	M	27	Amasiado	Ensino Fundamental	Ajudante de Produção
R5F44	F	44	Casada	Ensino Médio	Cuidadora Idosos

A idade dos participantes variou entre 24 e 54 anos, sendo que R1F24, R1F24* R1F24** e R2F24 são os participantes mais jovens (24 anos) e R2F54 a menos jovem (54 anos), com média de idade de 32,8 anos. Quanto ao gênero, 86,67% eram mulheres (n=13), e 13,33% (n=2) eram homens. A escolaridade variou de Ensino Fundamental Completo (R4M27) a Curso Superior Completo (R1F26, R2F24, R2F54 e R3F33). Sendo o Ensino Médio com 33,33% (n=5) e o Superior Completo com 26,67% (n=4), os níveis de escolaridade com o maior número de respostas entre os participantes. É importante destacar que, para o cálculo das porcentagens do nível de escolaridade, foi necessário adotar o critério do maior grau que o participante possuía, dado que alguns respondentes informaram mais de um item para a categoria.

No que se refere ao Estado Civil, 46,67% (n=7) se declararam como casados, enquanto 40% (n=6) como solteiros. As experiências profissionais eram diversificadas e, na maioria dos casos, em áreas de atuação diferentes da função de Agente Comunitário de Saúde, como analista de crédito, ajudante de produção, vendedor, etc. Um fator que merece destaque refere-se a participante R2F54 atribuir seu papel de mãe como profissão antes de ingressar no Programa Saúde da Família.

O participante R3F31 relatou ter feito diversos trabalhos voluntários envolvendo a comunidade, tais como Pastoral da Criança (grupo dentro da Igreja Católica que oferece apoio a gestantes e crianças e suas famílias que estejam em vulnerabilidade), líder da Pastoral do Idoso (grupo dentro da Igreja Católica que tem como missão promover, valorizar e possibilitar a oportunidade para melhora da qualidade de vida por meio de um processo educativo integrado à família e à comunidade) e participação da associação de moradores do bairro.

1.1. Característica dos bairros pertencentes à Administração Regional entrevistada segundo a percepção dos ACS

As características do bairro foram obtidas por meio da descrição dos Agentes Comunitários de Saúde durante a entrevista feita nas diferentes áreas coletadas e refletem sua percepção sobre o mesmo. Cabe destacar que a média de tempo de residência dos ACS nos bairros é de 11 e seis meses, com uma variação entre quatro e 27 anos de moradia. Abaixo as características resumidas, segundo relato dos participantes.

Região 1: bairros com famílias de emigrantes que vieram em busca de uma melhor qualidade de vida. Em geral as famílias apresentam condições financeiras variadas (classes sociais desfavorecidas e classe média). Em algumas localidades os ACS relataram o abuso de substâncias psicotrópicas por parte da população, sobretudo por parte dos adolescentes.

Abaixo algumas frases que ilustram a concepção dos ACS acerca da região em questão:

“Aqui a maioria do pessoal é eles vieram... são pessoas naturais do estado do Paraná, Minas e Bahia. É difícil você encontrar um morador daqui da cidade (modificado pela pesquisadora). São famílias que vieram em busca de serviço e melhores condições. Pessoal de origem de famílias de agricultor que trabalhava em fazenda tudo, a maioria do pessoal é assim. E vieram com a intenção de trabalhar e daí tinha a antiga fábrica da cidade (modificado pela pesquisadora) e tava logo no começo, no auge parecia muito serviço e os parentes iam chamando”. (R1F24)*

“São famílias que não são de baixa renda, são poucas as que são de baixa renda. São mais famílias de classe média. Tem famílias que tem nove na casa assim, mas a média é quatro. Tem bastante casal, porque é um terreno com várias casas então por isso que não tem muita gente na mesma casa.”. (R1F26)

*“Bem carentes a maioria. Tem gente de condição sim, mas a maioria é bem carente com pouca informação, mães que não trabalham e procuram bastante a unidade bem menos na nossa unidade do que na “X” (...)” (R1F24**)*

“Aqui no bairro tem muito pessoal humilde assim, mas também tem um pessoal que tem uma condição financeira melhor (...) Ah bem mais pessoas com menos condições, mas tem pessoas com mais condições também. Ah que mais assim por ser agente eu acho que tem uma população de hipertensos grande, de diabéticos. Eu tenho 150 famílias e eu tenho 54 hipertensos pra cuidar todo mês. Tem muita criança, tem mãe de ter 5, 6 filhos sabe? Em geral aqui é muito... não da pra caracterizar assim pra mim, né? esse bairro é assim. É muito diversificado eu acho.” (R1F24)

“Fico mais na minha casa. O povo é meio complicado. O povo é muito chato. Eles são muito barraqueiros. Não é toda rua não. Tem quatro ruas. Então eu tenho 35

famílias cadastradas e então na minha rua tem um povo fácil de lidar, não é um povo difícil. É raro quando aparece alguém ali. Na minha microárea tem mais família e não tem muito idoso. Na área que tem menos diabético e menos hipertenso. Na minha área tem mais gente de 30 e 35 anos, criança e casal e então a minha área é mais sossegada. É um bairro sossegado o que apareceu muito é que tem muitos jovens usuários de drogas, principalmente você vê durante o dia assim. E fica aberto assim durante o dia.”
(R1F31)

Região 2: bairro composto por idosos aposentados, que já tiveram um alto poder de compras em sua época economicamente ativa. Em virtude disso, fizeram a aquisição de bens. Com a aposentadoria, a padrão de vida se modificou. Mas de forma geral as casas são muito bem estruturadas (em termos físicos), mas o poder aquisitivo nem sempre é compatível. Possui também muitos adultos e poucas crianças. Segundo os entrevistados os índices de violência e criminalidade não são elevados e as condições de moradia são favoráveis no bairro.

“(...) a gente tem uma população que são uma grande maioria de aposentados que teve o poder aquisitivo médio alto e hoje por conta da aposentadoria são pessoas que adquiriram bens, mas tem uma aposentadoria e então o poder aquisitivo caiu. Então é assim tem casas muito bem estruturadas, mas uma renda familiar baixa e isso é uma característica dessa área. A grande maioria uma boa parte são idosos e nós temos uma população em atividade econômica bem ativa, mas a grande maioria são idosos”.
(R2F54)

“Então a gente observa bastante isso, é um bairro bom de se morar, o índice de violência é baixo, difícil você ouvir falar que teve assalto na casa tal e quando tem é o cara que pulou no quintal para roubar aquela coisinha, não é assalto mais invasivo. Todas as casas tem iluminação elétrica, tem água, rede de esgoto, o padrão das casas também, é difícil você ver as casas.. como vou dizer... como vou colocar.. só de tijolo. As ruas são todas asfaltadas.” (R2F24)

Região 3: bairros com configurações familiares diversificadas que vão desde a família tradicional até famílias matriarcais com várias crianças pequenas de idades próximas, cuja mãe assume o papel de provedora por meio de trabalhos eventuais, pois

muitas vezes o companheiro encontra-se encarcerado. Com uma parcela considerável da população em situação economicamente desfavorável, é definido pelos participantes como “carente”. Para os entrevistados a maior carência da população está na falta de informação sobre cuidados básicos de higiene e auto cuidado, sobretudo com crianças, baixo nível de escolaridade que dificulta a inserção no mercado de trabalho e favorece o aumento da criminalidade e da mendicância:

“Tem muita gente analfabeta, talvez eles fazem isso e pra eles é normal não limpar a casa, ficar na rua o dia inteiro. E a questão da droga acaba sendo uma consequência se eles não encontram trabalho a fonte de renda é essa.” (R3M25)

“(...) muitos vivem de doação e vai pra rua, é esmola, essas coisas. Eles vivem nessa expectativa, eles não vão buscar que nem eu falei os seus direitos, seus deveres atrás de um trabalho.” (R3F31)

“É bem diversificadas eu ainda to conhecendo muito. Tem desde a família tradicional que o pai vai trabalhar e a mãe fica cuidando dos filhos e os filhos vão todos pra escola e você vê que é uma coisa estruturada que mesmo não tendo condições financeiras tão legal assim lutam pra tentar melhorar, sabe? Na questão da higiene... mas é raro você encontrar uma família assim. A maioria das famílias, principalmente da área que eu cuido são famílias assim que a mãe vive em casa com 5 ou 6 filhos o pai faz de vez em quando alguns bicos ou o pai tá preso... o que você imaginar de diversidade de famílias tem aqui. Se você falar: tem uma família que a mãe se vira com 5 filhos? Tem. Ou se você falar tem uma família em que a mãe e o pai tem um único filho e que cada um trabalhar pra dar o melhor praquele filho? Tem. E tem a família que a avó sustenta os 5 netos? Tem. É muito diversificado aqui. Tudo o que você imaginar você encontra aqui.” (R3F33)

“A população daqui é uma população mais esclarecida, é um pouco diferente, mas eu vejo assim que também traz um pouco de falta de conhecimento e eles ainda estão nessa de pensar que a unidade é pronto socorro. Que a unidade não trabalha e que pra isso uma emergência ou urgência tem o SAMU pra isso.” (R3F50)

Região 4: bairro situado na periferia da cidade prevalecendo uma população economicamente desfavorável. Segundo os participantes, tais famílias possuem carência de recursos financeiros e de programas e medidas educativas que possam facilitar sua inserção no mercado de trabalho garantindo, dessa forma, sua subsistência sem a necessidade da dependência quase exclusiva de programas e iniciativas do governo federal, municipal e de instituições não governamentais tais como bolsa família, vale gás, cesta básica, entre outros. Relatam ainda a ocorrência de episódios frequentes de violência e da existência de um número considerável de moradores dependentes de drogas lícitas e ilícitas. As residências em sua maioria são compostas por parentes consanguíneos e agregados. Segundo os agentes, outra característica do bairro é a quantidade elevada de crianças, adolescentes (até 15 anos) e adolescentes grávidas.

Os relatos abaixo ilustram as características acima descritas:

“Pessoas que às vezes receberam algum tipo de benefício da área pública, ou até mesmo pessoas particulares que fornecem cestas, algumas coisas, que não trocam isso por nada. Acham que isso é muito importante na vida. Temos esses tipos de pessoas. Tem muita pessoa batalhadora também. No geral, é um bairro de contexto pobre, não só financeiramente, mas culturalmente, muitas pessoas que não tem muita estrutura de estudo; muita criança, um bairro de população de idade menor de quinze anos muito grande, tem muita criança.”. (R4M27)

“Então assim o bairro ele é carente, é longe... porque pra você vir tem que pegar dois ônibus e tem gente também que não consegue porque tem que pegar três ou quatro ônibus pra chegar no emprego certo? É carente é. Só que eu acho que por ser carente a gente não tem que ser fazer de os coitadinhos. Ué cabeça pra cima e vamo fazer alguma coisa pra não ser desse jeito pra sempre (...).” (R4F29)

“O bairro como tem 20 anos que eu vim pra cá eu conheci bem no começo e era muita dificuldade e eu vi que tinham muitas pessoas do bem, mas era um bairro que o povo olhava assim tinha assim cheio de malícias que era periferia, que era favela. Que o povo só fazia coisa errada aqui e você via que não era isso que tinha muita família que tinha seu terreno e fazia sua casa e sabe lá como igual eu também fez aos pouquinhos igual eu que mudei pra cá sem ter vidro, sem ter luz, sem ter água na rua e você via que era trabalhador.” (R4F46)

Região 5: é composto por famílias simples, muitas vezes com um baixo nível de escolaridade, que trabalham em sua maioria nas fábricas da cidade ou como caseiros nas sítios e fazendas que compõem a região.

2. Características da função do ACS

2.1. Interesse pela função de Agente Comunitário de Saúde

Na Tabela 3 estão listados os motivos apontados pelos participantes que despertaram seu interesse para a função de Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 3: Razões do interesse pela função de ACS

Categorias	ARES					Total
	1	2	3	4	5	
Estabilidade	1	-	2	3	-	6
Salário	1	2	2	1	-	6
Proximidade do trabalho com a residência	3	1	1	1	-	6
Familiares ou conhecidos já desempenhavam a função	-	-	-	2	-	2
Incentivo de familiares e pessoas conhecidas	2	1	1	-	-	4
Desejo de trabalhar com famílias	1	-	1	-	1	3
Flexibilidade de horário	-	-	1	-	-	1
Facilidade de comunicação e contato com outras pessoas	1	-	-	1	-	2
Descrição da função pelo edital do concurso	1	2	-	-	-	3

Dentre as razões que despertaram interesse nos ACS, as três categorias com maior número de respostas foram Estabilidade, Salário e a Oportunidade de uma oferta de trabalho próximo a residência dos participantes. Cabe destacar que o interesse por trabalhar com famílias ou possuir facilidade de comunicação foram pouco respostas com baixa frequência. (três e um, respectivamente) As frases a seguir, de alguns participantes, ilustram os motivos descritos pelos agentes:

“Primeiro eu me interessei mais por ser um concurso público perto de casa e então eu pensei é um emprego estável, perto de casa e o salário era bom assim, foram as 3 coisas que eu pensei primeiro.” (R1F24).

“Flexibilidade de horário. Eu nunca consegui estudar e nesse trabalho eu consigo estudar. E também eu acho interessante, o salário não é dos piores. Então eu uni isso o útil com o agradável.” (R3M25).

“Na verdade eu nem me interessei assim, meu pai se interessou mais do que eu (to brincando). Eu nem sabia o que era na verdade e tava passando a propaganda no rádio que ia ter a prova pra agente comunitário e trabalhava no bairro, na comunidade com as famílias. Daí meu pai pegou e me falou que tava tendo uma prova pra trabalhar no posto e é o que você gosta, porque você não faz? E passei e eu nem sabia porque que era e o que fazia. (...) então é porque eu gosto de ta no meio de gente, de conversar com os outros. Essa coisa que te exige mais comunicação do que alguma coisa mecanizada, um procedimento por exemplo. E daí eu vim ver o que tava acontecendo.” (R1F24).*

“Então o primeiro impacto era a estabilidade que teria um horário pra eu ta entrando e ta saindo. E trabalhar dentro do bairro que eu moro eu pensei que eu vou me livrar do ônibus e não só pela economia, mas pelo stress que dá você pegar ônibus de manhã e a tarde.” (R4F46).

“Teve o processo seletivo da área e como eu já trabalhava no bairro X (modificado pela pesquisadora) pela Pastoral da Criança, eu era líder da pastoral do idoso também que tinha eu fui fazer um trabalho voluntário, mas assim não era ainda aquele trabalho que eu queria fazer pela comunidade. Eu participei também da associação de moradores do bairro, eu acho que por uns dois anos e depois a gente tentou fazer uma série de trabalhos e foi onde saiu esse processo seletivo de agente comunitário e eu quis prestar e como era um trabalho mais voltado pras famílias na rua eu achei que eu ia me dar bem porque ai era o que eu tava procurando.” (R3F31).

2.2 Tempo de trabalho e Capacitações para o exercício da função

Os cursos e capacitações dos Agentes Comunitários de Saúde estão descritas na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4: Cursos ou programas de capacitação realizados pelos participantes antes e após o início das funções de ACS

ARES	Ingressar no PSF	
	Antes	Após
1	Introdutório Secretaria da Saúde (40h)	Introdutório Secretaria da Saúde (40h) Oferecidos pela própria equipe (Temas: Dengue, hipertensão, diabetes); Treinamentos para sistemas específicos ou preenchimento de formulários Ministério da Saúde e Campanhas; Formação do Agente (6 meses); Terapia Comunitária*
2	Introdutório Secretaria da Saúde (40h)	Oferecidos pela própria equipe (Temas: Dengue, hipertensão, diabetes); Treinamentos para sistemas específicos ou preenchimento de formulários Ministério da Saúde e Campanhas;
3	Introdutório Secretaria da Saúde (40h)	Oferecidos pela própria equipe (Temas: Dengue, hipertensão, diabetes); Treinamentos para sistemas específicos ou preenchimento de formulários Ministério da Saúde e Campanhas; Formação do Agente (6 meses);
4	Introdutório Secretaria da Saúde (40h)	Introdutório Secretaria da Saúde (40h) Oferecidos pela própria equipe (Temas: Dengue, hipertensão, diabetes); Treinamentos para sistemas específicos ou preenchimento de formulários Ministério da Saúde e Campanhas;
5	Introdutório Secretaria da Saúde (40h)	Oferecidos pela própria equipe (Temas: Dengue, hipertensão, diabetes); Treinamentos para sistemas específicos ou preenchimento de formulários Ministério da Saúde e Campanhas;

* Trata-se de um grupo social de acolhimento. É necessária uma formação em Terapia Comunitária para o dirigente do grupo. A participação dos membros no grupo é voluntária e gratuita.

Pode-se destacar, de acordo com a Tabela 4, que antes de Ingressar no Programa de Saúde da Família, nas regionais 1 e 4 (um e quatro), respectivamente, os participantes alegaram não ter recebido nenhum tipo de capacitação anterior ao exercício profissional. Os demais participantes tiveram o curso Introdutório oferecido pela Secretaria de Saúde. Cabe destacar ainda que o tempo médio de exercício da função de ACS entre os participantes foi de 3,5 anos (DVP= 1,92), sendo que o agente com mais tempo, o faz há 6 anos e o com menos tempo há 1 ano. É preciso ressaltar que o desvio padrão indica a dispersão dos dados em torno da média. Quanto mais próximo de 0, menos disperso serão os dados.

O relato a seguir corrobora os dados acima informados na tabela:

“(...) quando eu entrei não, daí depois de um tempo, acho que depois de um ano que eu estava aqui que eu fiz o introdutório de agente comunitário que a gente faz (o que é território, essas coisas). Mas pra entrar mesmo não fiz nenhum curso. Eu quando entrei, tinha um curso de capacitação de agente comunitário, só que acho que tava na metade e não quiseram me por, sabe? Daí eu fiz o introdutório, já fiz da dengue e um monte de curso que a gente vai fazendo.” (R4F29).

Para alguns participantes foi oferecida uma capacitação de seis meses denominada de Formação do Agente Comunitário. Tal curso deveria ter continuação com outros módulos. Entretanto, o projeto não foi concretizado e o curso apenas consta como introdutório para uma das etapas de classificação durante o processo seletivo.

Todos relatam ter participado de capacitações após o exercício de suas atividades, sendo que os temas são direcionados para o processo de adoecimento, tais como dengue, hipertensão arterial, entre outros. Outros cursos são oferecidos também pela Secretaria da Saúde para auxiliar no preenchimento adequado de formulários e mapeamento das famílias por meio de softwares específicos fornecidos pelo Ministério da Saúde (SISREG). Segundo os agentes, quando necessário, são solicitadas palestras com temas específicos de acordo com a necessidade dos próprios ACS para a equipe da própria unidade (enfermeiros, residentes, etc). É válido ressaltar que o procedimento de treinamento oferecido pela equipe se dá de forma diferenciada em cada PSF, pois sempre está voltado para atender as exigências da população alvo em questão.

Para os entrevistados, a capacitação é considerada como um fator importante para o desenvolvimento de seu trabalho, que é descrito por alguns como

“multifuncional”, envolvendo tantos os aspectos práticos de campo (orientação junto as famílias, cadastramento de novos usuários, controle da população de risco, entre outros) como funções administrativas (atendimento telefônico, revezamento do atendimento ao público na unidade, preenchimento das informações junto a plataformas do Governo Federal), uma vez que auxilia no trabalho a ser realizado junto a comunidade e em sua própria formação pessoal, assim como pode ser observado no relato a seguir:

“Ah é fundamental porque você encontra e a diversidade que você encontra dentro de uma família é muito grande e são situações que as vezes você não tem a mínimo noção de como lidar e eu não tenho nunca a vergonha de falar eu não sei, vou procurar saber e te trazer a resposta. Porque de repente você se vê dentro de uma situação que você não sabe como lidar e você se sente impotente e é muito importante quando você sabe porque você pode passar um pouco do seu conhecimento e orientar aquela pessoa. Então é fundamental a capacitação pro agente comunitário, alias eu acredito que a capacitação em todos os setores, em todas as áreas é fundamental a gente ta numa área muito grande por conta dessa globalização onde tudo é muito rápido e tudo acontece numa velocidade, sabe? O que hoje é o certo amanhã pode não ser e assim por diante.” (R2F54).

Apesar de considerarem como de extrema importância, os ACS relatam que muitas vezes o curso oferecido acaba indo de encontro à realidade enfrentada em campo, não habilitando o profissional para a demanda com a qual se depara em seu contato com as famílias. Outras verbalizações ainda ressaltam a importância do conhecimento da política e do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a legislação que o embasa, mas que muitas vezes a informação mais importante, entretanto, ainda parece não ser abordada de forma a esclarecer suas dúvidas:

“(...) as vezes você se sente perdido, a não ser que você lê e vai pegando uma informação daqui... vai pegando picadinho pra você entender. Mas assim uma pessoa que chegue em você e fale: esse é o trabalho do agente comunitário de saúde, é tudo isso a sua função. Então muitas vezes você se sente totalmente perdido.” (R3F31).

3. O Agente Comunitário de Saúde e as famílias atendidas

3.1 O ACS e a sua idealização familiar

Por meio das entrevistas pode-se perceber a diversidade em relação a constituição e dinâmica familiar da população assistida pelos ACS.

“Se você falar: tem uma família que a mãe se vira com cinco filhos? Tem. Ou se você falar tem uma família em que a mãe e o pai tem um único filho e que cada um trabalhar pra dar o melhor praquele filho? Tem. E tem a família que a avó sustenta os cinco netos? Tem. É muito diversificado aqui. Tudo o que você imaginar você encontra aqui.” (R3F33)

O questionamento sobre os tipos de famílias atendidas permite que os participantes reflitam sobre sua própria família e sua expectativa pessoal sobre o que consideram como sendo um “modelo ideal” familiar. A Tabela 5 descreve o que para os ACS pode ser considerado como família ideal.

Tabela 5: O ideal familiar para os Agentes Comunitários

Categorias	ARES					Total
	1	2	3	4	5	
Tradicional (mãe, pai e filhos)	4	-	2	2	-	8
Que tenha harmonia	1	2	1	-	-	4
Que tenha união	1	1	2	-	-	4
Problemas discutidos por todos os membros da família	1	1	-	-	-	2
Onde haja respeito entre os membros	-	2	-	1	-	3
Sejam supridas as necessidades emocionais (afeto, carinho)	-	-	1	1	1	3
Garanta a alimentação básica e saúde	-	-	1	2	1	4
Que tenha companheirismo e ajuda mútua	-	1	1	-	-	2
Que tenha uma religião	1	-	-	-	-	1

Pode-se destacar, de acordo com a Tabela 5, a prevalência do modelo Tradicional Familiar constituído pela tríade mãe-pai-filho, seguidos por uma família que tenha harmonia, com união e que garanta a alimentação básica e saúde para os integrantes da família. Cabe ressaltar que o modelo familiar de origem do agente parece ter uma influência sobre a expectativa que o mesmo atribui para o que considera como “ideal”. Para alguns participantes, sua família de origem era atribuída como sendo modelo ou anti-modelo:

“Ideal assim... Como minha mãe separou do meu pai tinha 9 anos e foi morar com a minha avó, eu penso que pra mim a família perfeita seria meu pai, minha mãe e meus irmãos assim, coisa que eu não tive muito.” (R1F26)

“Eu ainda tenho aquela ideia e eu sei que o conceito de família mudou, ne? pra mim seria o pai, mãe, os filhos e a avó. Com dois filhos e a avó junto.(...)Ah eu não sei, porque eu tenho bastante vínculo com a minha avó. Eu queria a minha avó.” (R1F24)*

Outro ponto que merece destaque no relato dos participantes se refere ao aspecto financeiro e emocional que os cuidadores devem despender para com seus filhos ou crianças sob sua proteção.

“Eu acho que a família ideal não depende da estrutura mãe, pai e filhos. Eu acho que uma família ideal é onde os filhos tenham suprida uma necessidade emocional, o básico do financeiro. Eu acho que é mais isso e não importa se o pai tá aqui ou tá na cadeia, mas a criança tenha o básico do carinho, do afeto e da alimentação. Nada que extrapole às expectativas, mas também que essa criança não tenha problemas futuros na vida pela falta de alguma coisa do tipo. E que os pais também se sintam bem e que não fiquem se matando de trabalhar pra dar as coisas pros filhos e amaldiçoando o dia em que a mulher engravidou. Eu acho que é o básico pra todos, né? Não necessariamente a estrutura, as vezes tá lá com a avó super bem e que se fosse morar com o pai e com a mãe não estaria, sabe? A criança tá legal com a avó... eu acho que é mais isso.” (R3F33)

Cuidados com as pessoas que residem no domicílio e a importância da vigilância em relação aos filhos com a finalidade de reduzir possíveis abusos que os mesmos

possam sofrer também são preocupações que parecem estar presentes no discurso dos agentes em relação a sua concepção de ideal familiar.

“Mas eu acho que família ideal é morar tudo junto pessoas da mesma família e não morar pessoas que você não conhece... que nem você vai deixar uma criança com alguém que você não conhece?” (R4F29).

3.2 Dificuldades no trabalho com as famílias e possíveis causas apontadas pelos ACS

A Tabela 6 aponta as principais dificuldades relatadas pelos participantes no trabalho desenvolvido junto às famílias.

Tabela 6: Dificuldades no trabalho com as famílias sob a óptica dos ACS.

Categorias	ARES					Total
	1	2	3	4	5	
Motivos culturais (tradição familiar)	-	1	-	1	-	2
Falta de adesão ao tratamento	1	1	-	2	1	5
Dificuldade para estabelecer vínculo entre o ACS e a família	2	2	2	-	-	6
Respostas imediatas para alguma solicitação	-	-	1	1	-	2
Rompimento do vínculo familiar quando uma solicitação não é atendida (consulta ou exame)	-	1	-	-	1	2
Ser imparcial	1	-	-	-	-	1
Expor para a família o que necessita ser modificado em seu ambiente familiar (cuidados pessoais ou condições de higiene da residência)	1	1	1	1	-	4

Para os entrevistados, as maiores dificuldades apontadas no trabalho junto a família referem-se ao vínculo a ser estabelecido entre os ACS e a população, bem como a manutenção do mesmo. A falta de adesão ao tratamento também é colocada como outro aspecto considerado como prejudicial.

Questionados sobre as possíveis razões para a ocorrência de tais eventos, as respostas obtidas apontavam questões culturais da própria família e intergeracionais

(padrões de repetição familiar, tal como a gravidez na adolescência ou formas de educação parental); dificuldades dos próprios agentes que suas orientações fossem consideradas pela família como invasiva ou intromissão em seus problemas pessoais (violência intrafamiliar), resultando em uma quebra de vínculo; dificuldade do agente em compreender qual seu papel e os limites de sua atuação.

“Porque já é uma tradição deles, ele já foi cuidado daquela maneira quando criança e vai ser pai, provavelmente vai usar a mesma maneira. É muito disso mesmo, já está ali enraizado. Acho que o mais difícil de lidar com isso é aquilo que já está enraizado na família, que já é aquilo como base. É o mais difícil da gente lhe dar.” (R4M27).

“Por exemplo, violência de quando você tem alguma situação de marido e mulher é muito complicado você precisa tomar muito cuidado porque são momentos... em briga de marido e mulher ninguém mete a colher, mas até que ponto a gente pode meter essa colher?” (R2F54).

“não sei qual a razão... eu não sei se é porque eu me deixo levar por ver aquela situação e eu queria resolver... não sei. É mais por as vezes eu me deixar levar pela emoção, porque se eu vejo uma criança ou uma família assim.. (...)E assim.. muitas vezes você se deixa levar pela situação e então daí você acaba quebrando também o vínculo com a mãe porque ela vai achar que você tá tomando o espaço dela.” (R3F31)

“Então o que eles querem é a consulta e o remédio, não querem prevenção. É um trabalho cansativo que eu acho que só vai ter resultado a longo prazo.” (R3F33)

Quando questionados sobre o tipo de família que preferem atender, segundo os ACS entrevistados, o comportamento de acolhimento, disponibilidade, a abertura da família para o trabalho a ser desenvolvido, a adesão ao tratamento e o reconhecimento de tal trabalho foram os fatores mais ressaltados pelos profissionais. Verbalizaram ainda que o estabelecimento e a manutenção do vínculo com tais famílias acabam por ser facilitados devido à atitude das mesmas.

“Uma coisa que a gente sempre sai contente quando a gente vai visitar uma família, independente de qual família que seja, é quando você consegue completar, a conversa desenvolve, quando você sai e a pessoa faz algum tipo de elogio.” (R4M27)

“Não tenho preferência real assim. Eu gosto de visitar as famílias que estão abertas pra atender, porque é muito chato você ir lá o sol torrando e a pessoa estar la dentro abre a porta e te deixa torrando no sol: o que você quer? Isso é muito chato. A família desde que ela te acolha é interessante.” (R3F33)

“Eu gosto de visitar aquelas famílias que aderem ao tratamento, aquelas famílias que você faz a separação do remédio e você vê que eles tomaram certinho. Aquela gestante que tá fazendo o pré-natal certinho, que não deixa faltar, que não deixa de fazer a sua parte de cuidar. Eu acho que é essas daí que eu gosto mais.” (R3F31).

As famílias mais citadas pelos entrevistados como sendo as menos agradáveis para a realização de visitas foram aquelas que muitas vezes se recusam a receber visitas ou ignoram a presença do agente, não aderem ao tratamento ou desqualificam o atendimento oferecido pela Unidade.

“Quando eles começam a falar muito do posto. Eu sei que não é dos ideais, mas é o lugar que eu trabalho e eu defendo com unhas e dentes porque é aqui que eu estou inserido e se falar mal daqui esta falando mal de mim. Eu falo, eu critico o programa, critico a unidade, mas eu não quero que os outros façam. Eu sei a forma de criticar, eles tão fora e eles não vêem e não tem aquele conhecimento do que tá certo e do que tá errado, eles critica porque é conveniente pra eles. Não conseguiu consulta? Critica. E eu sei por que não consegui consulta aqui, era a semana inteira eu sei que nos dois primeiros dias fecha a agenda e daí vem na quinta e não vai conseguir consulta e daí vai sair xingando.” (R3M25)

“Aquele que você bate, bate palma e você tá vendo a pessoa andando lá, da uma abridinha, vê que é a pessoa e nem abre. E daí na semana seguinte ela vem te xingar porque você não foi na minha casa?” (R3F33)

Outros verbalizam ainda que as famílias que oferecem um pouco mais de resistência no início também se apresentam, posteriormente, como recompensadoras para a equipe quando finalmente aderem ao tratamento.

“Mas tem um desafio meio que interessante também. Tem aquelas famílias que a gente não gostaria de visitar, mas você precisa visitar e no fim você acaba até gostando porque você acaba vendo que você levou tá fazendo diferença. Mas é muito legal você visitar aquela família que te conta tudo, que se abre... que precisa ou não da sua conversa... é bem mais cômodo você visitar essa família do que aquela que fala mal da unidade. Tem dia que você sai bem legal pra fazer visita e daí se você topa aquela família que quer falar só mal do médico aqui da unidade. Você ouve e teve uma vez que foi um sucesso a primeira vez ela odiava o médico e hoje tá todo mundo aqui.” (R4F46).

4. O ACS e seu conhecimento sobre Violência Intrafamiliar (VI)

A Tabela 7 apresenta a concepção dos participantes sobre a violência intrafamiliar.

Tabela 7: As modalidades de VI segundo os ACS.

Categorias	ARES					Total
	1	2	3	4	5	
Violência Física	5	2	4	3	1	15
Negligência	-	-	2	-	-	2
Violência Psicológica	5	2	4	3	1	15
Violência Sexual	-	-	1	1	-	2

Pode-se observar que de forma geral, os participantes citaram as diferentes modalidades de Violência Intrafamiliar, porém, de modo incompleto. Apenas a Região 3, incluiu a Negligência como uma das modalidades da Violência Intrafamiliar. Todos os participantes incluíram tanto a Violência Física quanto a Violência Psicológica como forma de Violência Intrafamiliar e duas Regiões (3 e 4) indicaram a Violência Sexual como violência presente nos lares.

“Desde uma agressão verbal ou uma família que nunca ouve o filho eu acho que é uma agressão e às vezes atinge muito mais. Tem muitas coisas... a agressão mesmo de bater, de omitir às vezes também a família que só o pai e a mãe se refere a ser os donos da casa e ter toda a liberdade de tomar a palavra pra todos e isso também é uma agressão porque todo mundo tem o direito desde pequenininho de ter sua autoestima, sua opinião. Eu considero além de agressão de bater. É um contexto muito grande o pai não aceitar a adolescente gestante, porque as vezes ela já tá sofrendo por estar abandonada pelo parceiro e daí da família também é uma agressão.” (R4F46).

Na Tabela 8 são apresentados os fatores de risco para a ocorrência da violência intrafamiliar para os ACS.

Tabela 8: Fatores de risco para violência intrafamiliar segundo os ACS

Categorias	ARES					Total
	1	2	3	4	5	
Falta de estrutura familiar	-	-	1	-	-	1
Baixo nível de escolaridade	-	-	1	-	-	1
Álcool e drogas	3	2	2	-	1	8
Pobreza	1	1	1	-	-	3
Falta de apoio familiar	-	-	1	-	-	1
Ausência de rede de apoio	-	-	1	2	-	3
Falta de diálogo	1	-	1	-	-	2
Falta de respeito entre as pessoas	1	1	-	-	-	2
Desemprego	-	1	1	-	1	3
Educação familiar	-	-	2	1	-	3
Depressão/Depressão Materna	-	-	-	-	1	1
Relacionamentos Amorosos	-	1	-	-	-	1
Não soube responder	2	-	-	1	-	3

Para os entrevistados, o álcool e as drogas são os principais responsáveis pela ocorrência da violência intrafamiliar. Três participantes não responderam a questão,

alegando não conseguirem identificar fatores que possam contribuir para a violência intrafamiliar.

“Eu considero desemprego, uso de bebida alcoólica, uso de drogas, (silêncio) e a própria condição social da família.” (R2F24).

“Eu não saberia responder. Nunca pensei sobre isso.” (R1F31).

“Vixe... eu não sei. Eu acho tem as entidades que protegem, conselho tutelar que protegem as crianças, as casas que protegem as mulheres que sofrem as vezes violência é... hoje a Lei Maria da Penha.” (R3F31).

Já os fatores de proteção atribuídos pelos participantes com a finalidade de evitar a violência dentro dos lares estão listados na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9: Fatores de proteção para violência intrafamiliar

Categorias	ARES					Total
	1	2	3	4	5	
Diálogo entre os familiares	3	2	1	-	-	6
Rede de apoio	-	1	-	1	1	3
Conhecer seus direitos	1	-	1	-	-	2
Acesso à educação	-	-	2	1	-	3
Independência financeira da mulher	1	-	-	-	-	1
Não soube responder	2	-	1	1	-	4

Nos fatores de proteção, diálogo entre os familiares foi considerado como um importante item para evitar a violência intrafamiliar, seguido dos participantes que não souberam responder a questão. Cabe destacar que alguns ACS conseguem perceber seu trabalho como extensão da rede de apoio para as famílias.

“O Programa Saúde da Família é essencial, o Agente Comunitário dentro das famílias é um fator primordial, porque muitas vezes ele vai servir de contato para esse conflito que tá acontecendo. Por isso é importante a capacitação, você estar preparado

pra lidar com esse tipo de coisa, principalmente com a mulher. São coisas que envolvem vida, né? Vida... uma criança, uma mulher, um idoso, é fundamental. Eu acho que seria isso.” (R2F54).

Questionados sobre os recursos que o bairro oferece para os moradores, os participantes afirmaram que as atividades existentes acabam por ser oferecidas em sua maioria pela própria Unidade de Saúde tais como grupos de caminhadas, Terapia Comunitária, grupos para gestantes. Outras atividades de lazer como clubes de sindicato e cursos oferecidos por entidades religiosas, mas que acabam não atendendo a uma parcela significativa da população. Para os ACS, o Centro Comunitário, praças e atividades esportivas seriam recursos que deveriam estar mais presentes nos bairros.

“Acho que deveria ter um centro comunitário, devido a população idosa que a gente tem. Porque a gente por exemplo quer elabora um atividade e não tem espaço, aqui na unidade não tem espaço, não tem mais lugar pra enfiar gente. Por exemplo, tem um grupo com atividade física a gente tem que usar o espaço da escolinha, e depende do horário da escolinha, mas nas férias não dá porque não tem espaço, e aqui só se for na recepção (risos). Ate porque se é uma população idosa eles não saem muito, não andam em grandes distancias, então acho que precisaria de alguma coisa mais perto.” (R2F24).

“Área de lazer que tá faltando. Tem muito bar... bar aqui, bar lá. Mas não tem área de lazer.” (R1F31).

Outro ponto destacado ainda pelos participantes refere-se ao fato de que muitas vezes os próprios moradores não frequentam ou utilizam os recursos oferecidos pelo bairro, preferindo ir para outras localidades mais distantes.

• Desempenho dos participantes no *Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre Fatores de Risco e Proteção*

A Figura 1 retrata os dados apresentados pelos participantes no *Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre fatores de Risco e Proteção*. É válido ressaltar que as

pontuações foram exibidas em ordem crescente, com o intuito de preservar os entrevistados.

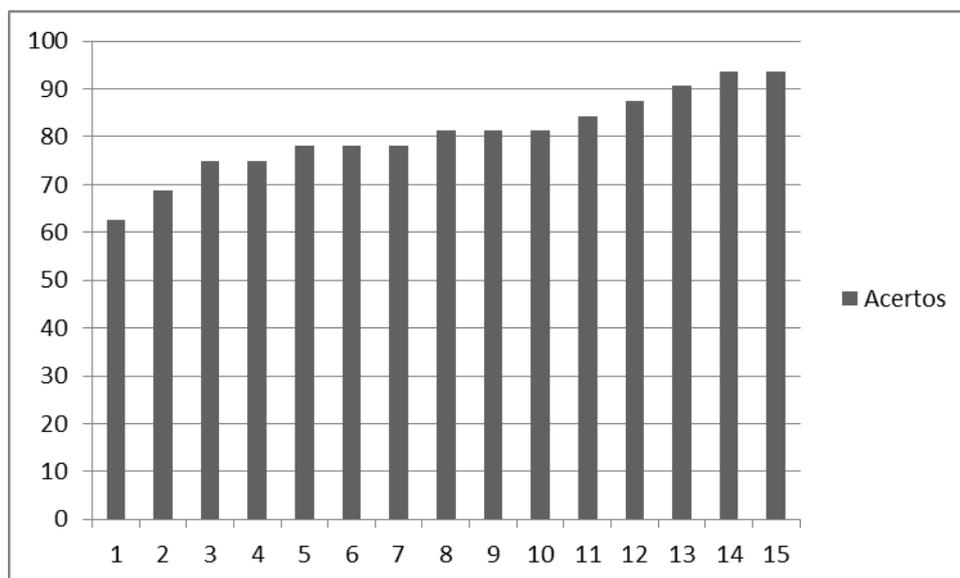


Figura 1: Porcentual de fatores de risco e proteção identificados pelos participantes

Pode-se observar que os participantes acertaram em média 80,63% (DVP=8,40) das questões relativas aos fatores de risco e fatores de proteção para o desenvolvimento infantil relacionados à violência intrafamiliar. Dois participantes obtiveram 93,75% de acertos (14 e 15, respectivamente). Da mesma forma, apenas dois participantes obtiveram uma pontuação inferior a 70%, com desempenho de 62,50% e 68,75% de acertos. Cabe ressaltar que durante a aplicação do instrumento, a pesquisadora buscava tranquilizar aos respondentes para que de fato colocassem o que acreditavam ser correto, sem se preocupar com seu desempenho individual, já que os instrumentos seriam analisados como grupo.

- Desempenho dos participantes no *Questionário sobre Crenças a respeito da Violência Doméstica*.

A Figura 2, apresentada a seguir, está relacionada aos dados coletados relativos ao desempenho dos participantes no *Questionário sobre Crenças a respeito da Violência Intrafamiliar*. O mesmo critério de exibição dos resultados em ordem crescente foi adotado na figura para preservar entrevistados.

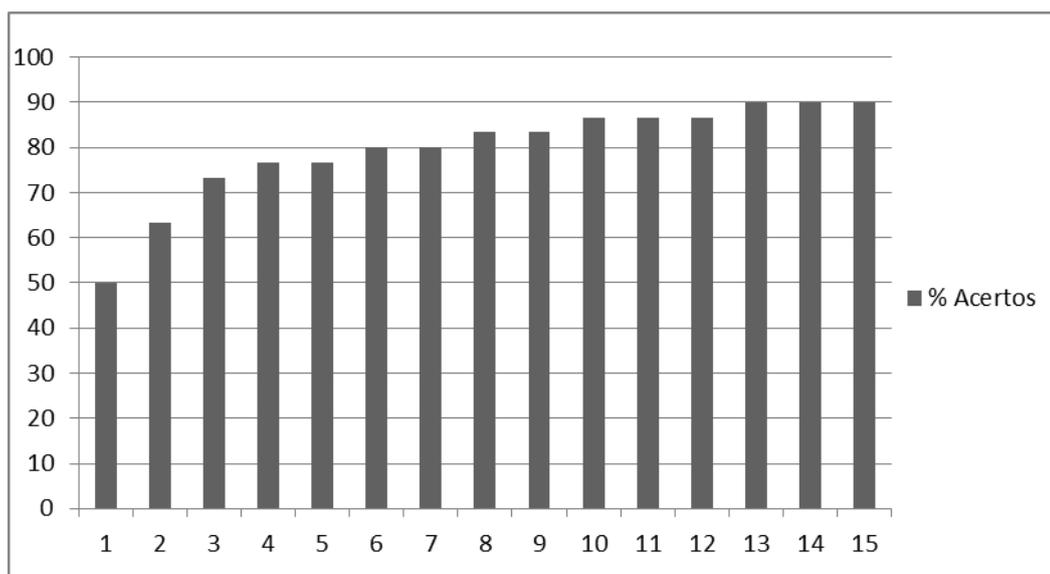


Figura 2: Percentual de acertos dos participantes no questionário sobre Crenças a respeito da Violência Intrafamiliar

Os participantes com maiores números de acertos foram 13, 14 e 15, com 90% de acertos.

A Tabela 10, a seguir, apresenta as questões em ordem decrescente assinaladas de forma incorreta pelos participantes.

Tabela 10: Porcentagem de respostas erradas por questão

Questão	Frequência	Porcentagem
29. A mulher que apronta e deixa o homem bravo encoraja a violência doméstica.	10	66,67%
6. O consumo de álcool é a principal causa do homem bater na mulher.	8	53,33%
10. A criança que cresce em um lar violento torna-se violenta quando crescer.	7	46,67%
19. A mulher que apanha do marido pode largar dele, basta querer.	7	46,67%
24. Sempre que um menor vem depor na delegacia mente, porque é inimputável.	7	46,67%
22. Quando um casal tem um relacionamento violento, a única solução é a separação.	6	40%
7. Em briga de marido e mulher não se deve meter a colher.	5	33,33%
12. O homem que bate em mulher é um louco, um desequilibrado: um doente mental.	5	33,33%
18. Mulher que apanha é suspeita, pois quando um não quer dois não brigam.	5	33,33%
2. O homem também apanha da mulher, tanto quanto bate nela.	4	26,67%
11. Ninguém apanha de graça.	4	26,67%
30. Ela prestou queixa contra o marido violento na delegacia. É horrível isso de lavar a roupa suja em público.	4	26,67%
1. Se uma mulher apanhou, alguma coisa ela fez.	3	20%

14. Briga de marido e mulher é como briga de vizinho: não adianta intervir.	3	20%
3. Ela é um verdadeiro saco de pancadas do marido, só não larga dele porque não quer.	2	13,33%
8. As crianças que vêm a mãe ser agredida pelo pai muitas vezes sentem-se culpadas pela violência.	2	13,33%
13. Com ele tem que ser assim: olho por olho, dente por dente; por isso é que a mulher apanha.	2	13,33%
15. A mulher provoca. Não é a toa que o homem é violento.	2	13,33%
16. Numa mulher não se bate nem com uma flor.	2	13,33%
4. É a crise, o desemprego e a constante falta de dinheiro, a principal razão que faz com que o homem seja violento em casa.	1	6,67%
23. A mulher em geral presta queixa na primeira ou segunda vez que apanha do marido.	1	6,67%
9. Briga de marido e mulher não tem solução.	1	6,67%
5. Mulher precisa apanhar para se manter na linha.	0	0
17. Mulher gosta de apanhar.	0	0
20. A maioria das mulheres que procura a delegacia porque apanha do marido não é honesta.	0	0
21. A violência doméstica atinge somente as camadas mais pobres da população.	0	0
25. Não é nada fácil para a mulher sair de um relacionamento abusivo.	0	0
26. Quando o marido bate na mulher, pode saber que ela tem culpa no cartório.	0	0
27. O abuso psicológico pode ser tão ameaçador quanto o abuso físico.	0	0
28. A mulher merece apanhar porque azucrina a vida dos homens.	0	0

Das questões assinaladas incorretamente, as que receberam a maior pontuação foram as de número 6, com oito participantes (53,33%) e a de número 29, com 10 participantes (66,67%). Tais questões referem-se às crenças “*O consumo de álcool é a principal causa do homem bater na mulher*” e “*A mulher que apronta e deixa o homem bravo encoraja a violência doméstica*”.

- Desempenho dos participantes no *Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes*

Os resultados obtidos por meio do questionário foram divididos em três partes: 1) conhecimento para identificação de ocorrência da violência intrafamiliar; 2) procedimentos adotados no local de trabalho em caso da suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar e 3) formação para a notificação e o papel das instituições no atendimento nas denúncias de violência. Cabe ainda ressaltar que o instrumento apresenta perguntas relacionadas aos procedimentos realizados pelos participantes na

confirmação ou suspeita da ocorrência da violência intrafamiliar em seu cotidiano de trabalho, e quais seriam seus procedimentos em caso de confirmação ou suspeita.

1. Conhecimento para identificação de ocorrência da violência intrafamiliar

As Tabelas foram construídas de acordo com as respostas dos ACS para cada tipo de violência praticada contra crianças e adolescentes: física, sexual, psicológica e negligência.

De acordo com o instrumento, 100% dos entrevistados, considerando todos os tipos de violência, já suspeitaram uma ou mais de uma vez da ocorrência de VI. A Tabela 11 sintetiza as respostas obtidas.

Tabela 11: Distribuição porcentual da suspeita ou confirmação de ocorrência de Violência Intrafamiliar

	Sim, uma vez %	Sim, mais de uma vez %	Não, nunca %
VF	20	40	40
	n=3	n=6	n=6
VS	46,67	20	33,33
	n=7	n=3	n=5
VP	6,67	60	33,33
	n=1	n=9	n=5
N	13,33	60	26,67
	n=2	n=9	n=4

Para cada modalidade de violência intrafamiliar foi solicitado ao entrevistado que apontasse três indicadores de sua ocorrência, suscitado ou confirmado. Para categoriza-los dividiu-se em grandes grupos agregando os similares conforme mostra a Tabela 12.

Tabela 12: Sinais observados pelos participantes para a suspeita ou confirmação da Violência Intrafamiliar

Modalidades de Violência Intrafamiliar			
Violência Física	Violência Sexual	Violência Psicológica	Negligência
Baixo rendimento escolar	Agressividade	Agitação	Agressividade
Agressividade	Apatia	Agressividade	Apatia
Apatia	Comportamento sexualizado	Ansiedade	Baixa autoestima
Choro	Dificuldade de Concentração	Apatia	Carência afetiva
Falta de atenção	Dor ao sentar	Baixo rendimento escolar	Criança deixada sozinha
Hematoma	Inquietação	Baixa autoestima	Criança ou adolescente sujos
Isolamento	Isolamento	Isolamento	Desnutrição
Irritação	Marcas no corpo	Choro	Doente
Lesões corporais físicas	Medo da presença masculina ou de ficar perto do agressor em público	Medo	Má higiene
Manchas na pele	Mudança de comportamento	Medo de barulhos	Mendigar
Medo	Timidez	Timidez	Perda de peso
Queimaduras	Tristeza		Sem ir para a escola
Tristeza			

Alguns comportamentos foram referidos pelos participantes em mais de uma modalidade tais como: isolamento, tristeza, medo, agressividade, baixa autoestima, dificuldades de concentração e apatia. Cabe ressaltar a dificuldade dos ACS para responder a este item, tendo muitas vezes, que voltar para a definição apresentada em cada tópico do questionário. Quatro participantes reconheceram não saber identificar com precisão os sinais indicativos de violência.

2. Procedimentos adotados no local de trabalho em caso de Suspeita ou Confirmação de Violência Intrafamiliar

As Tabelas 13 e 14 relatam, respectivamente, quais os procedimentos adotados pelos ACS em caso de suspeitas e confirmação e o que fariam se viessem a suspeitar ou confirmar um caso de violência intrafamiliar. Cabe destacar que para efetuar os cálculos da tabela, foi utilizado o total de participantes que relataram suspeitar uma ou mais que uma vez de cada modalidade de violência.

Tabela 13: Distribuição porcentual dos tipos de procedimentos adotados nos casos de suspeitas ou confirmações já acompanhados pelos ACS nos diferentes tipos de VI.

Modalidades de Violência Intrafamiliar				
	VF	VS	VP	N
Conversou com o chefe imediato	67	90	40	73
Conversou com o pai da vítima	11	0	30	27
Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança.	0	0	20	18
Não teve medo represálias por parte do agressor	11	0	20	9
Não soube identificar com exatidão	56	30	10	0
Conversou com outro parente da vítima	0	20	20	36
Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares	0	0	0	9
Conversou com colegas	67	50	70	45
Conversou com a mãe da vítima	33	10	40	55
Teve medo de represálias por parte da família.	0	10	20	9

Tabela 14: Distribuição porcentual dos tipos de procedimentos adotados se viessem suspeitar ou confirmar os diferentes tipos de VI.

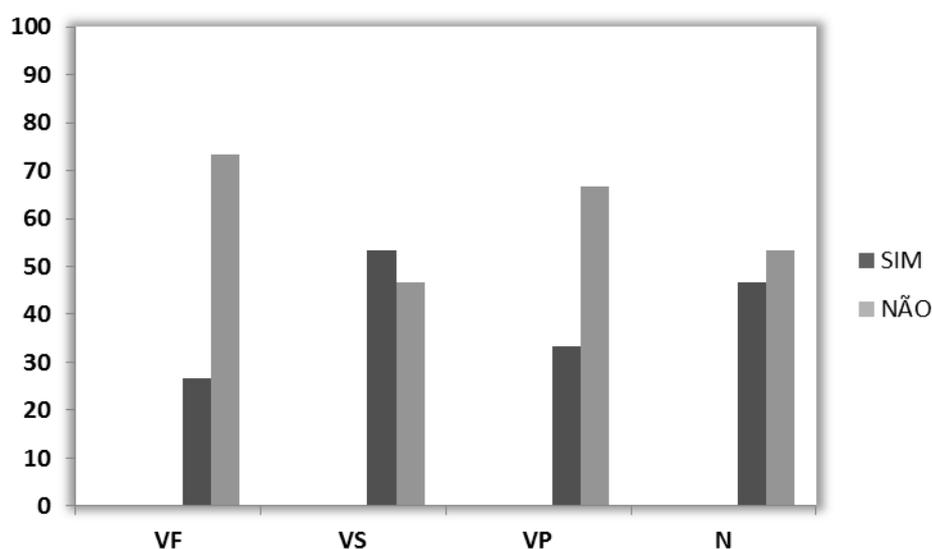
Modalidades de Violência Intrafamiliar				
	VF	VS	VP	N
Conversaria com o chefe imediato	100	80	80	75
Conversaria com o pai da vítima	17	20	20	50
Não se envolveria em problemas familiares	0	0	0	0
Teria medo de represálias por parte do agressor	33	20	20	0
Não saberia identificar com exatidão	17	0	0	0
Conversaria com outro parente da vítima	17	40	20	25
Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança.	0	0	0	0
Conversaria com colegas	33	60	60	75
Conversaria com a mãe da vítima	17	40	20	25
Teria medo de sofrer represálias por parte da família da vítima	0	20	0	0
Teria medo de sofrer consequências no serviço	17	0	20	0
Não saberia como fazer	17	20	0	0

Nos casos das confirmações ou suspeitas de VI ocorridas em seu cotidiano de trabalho (Tabela 13), assim como naquelas que poderiam ocorrer, as condutas mais relatadas entre os profissionais foram: VF – conversar com o chefe imediato (67%), conversar com os colegas (67%) e não souberam identificar com precisão (56%); VS – conversar com o chefe imediato (90%), conversou com os colegas (50%) e não soube identificar com precisão (30%); VP – conversar com os colegas (70%), conversar com o chefe imediato (40%) e conversar com a mãe (40%) e na N – conversar com o chefe imediato (73%), conversar com a mãe (55%) e conversar com os colegas (45%).

Já para os profissionais que viessem a confirmar ou suspeitar (Tabela 14), a opção com maior índice de escolha para todas as modalidades de VI foi conversar com o chefe imediato (VF – 100%; VS – 80%; VP – 80% e N – 75%), seguido de conversaria com os colegas (VF – 33%; VS – 60%; VP – 60% e N – 75%).

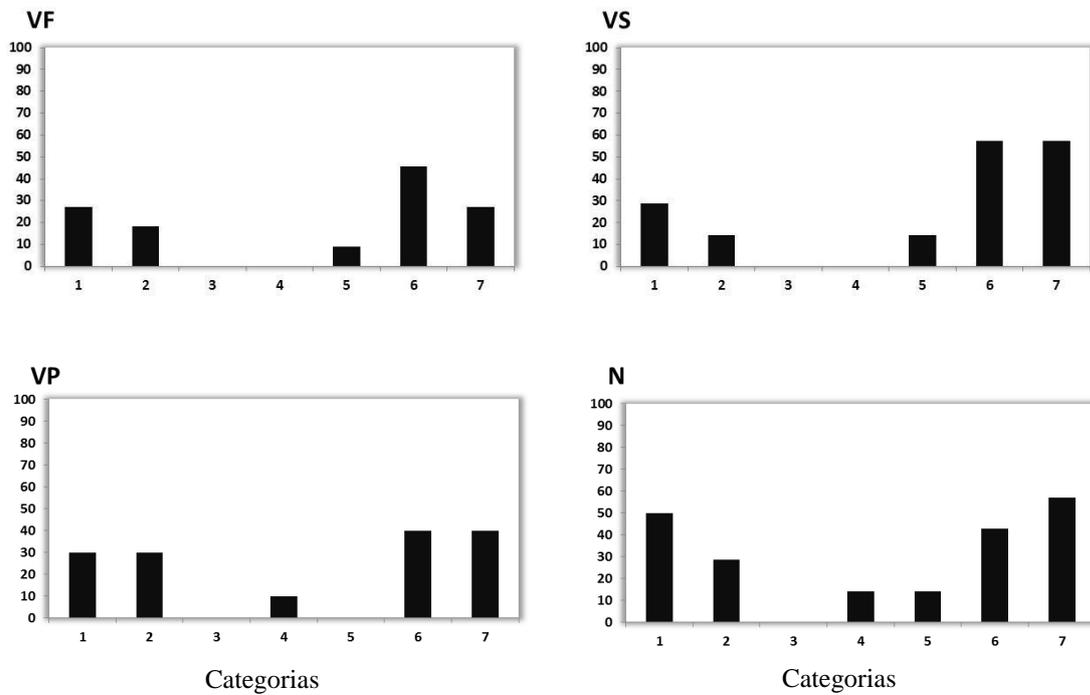
Não saber identificar com precisão e não saber como fazer em caso de suspeita foi uma alternativa considerada em três das quatro modalidades de violência nos lares (violência física, violência sexual e violência psicológica). Apenas a negligência parece ser o tipo de violência em que os profissionais possuem menor dificuldade em sua identificação.

A Figura 3, abaixo, se refere ao índice de participantes que fizeram notificação ou fariam em caso de suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar.



O número de profissionais que não fizeram ou não fariam a notificação é elevado para todas as modalidades de violência (60%). Quando questionados qual o órgão ao qual recorreriam para efetuar a notificação, os participantes que fizeram ou fariam a notificação, apontam o Conselho Tutelar como órgão responsável que procurariam auxílio (n=8). Cabe destacar que seis participantes se abstiveram de responder a qual órgão buscariam auxílio.

Os motivos que os ACS alegaram para não notificarem estão descritos na Figura 4, a seguir. Por meio dos gráficos é possível observar que em três modalidades de violência intrafamiliar (violência física, violência sexual e violência psicológica) os participantes relatam que a principal razão de muitas vezes não efetuarem a notificação reside do fato de não saberem como proceder (média de 57,14%). Já no caso da negligência, 57,14% destaca o medo de prejudicar a vítima, sendo que o mesmo percentual de participantes não respondeu a questão. O terceiro item de maior escolha, com 42,86%, foi não saber como proceder



Legenda:

- 1 Por medo de prejudicar a vítima
- 2 Por medo de represálias por parte da família
- 3 Por medo de sofrer consequências no serviço
- 4 Para não se envolver em problema familiares
- 5 Por medo de represálias por parte do agressor
- 6 Não sei como fazer
- 7 Não respondeu

Figura 4: Distribuição porcentual dos motivos alegados pelos participantes para não efetuarem a notificação.

3. A formação para a notificação

Sobre a existência de discussões no processo de formação para o cargo de Agente Comunitário de Saúde acerca da notificação da Violência Intrafamiliar, 53,33% informaram afirmativamente (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição das respostas sobre a discussão acerca da notificação da VI na formação para ACS

	n	%
Sim	8	53,33
Não discutido em nenhum momento	7	46,67
Não lembro	0	0,00
Não saberia dizer	0	0,00

Para os ACS, uma capacitação com temas voltados para a identificação e como proceder para a notificação da violência intrafamiliar seria de extrema importância para o desenvolvimento de seu trabalho. Essa assertiva pode ser ilustrada em depoimentos dos participantes da pesquisa:

“Eu acho que um curso ele ia falar violência doméstica porque isso é muito grave e tem coisas que a gente não sabe qual vai ser o nosso apoio se a gente denunciar alguém? Apesar que nisso eu não sei se a capacitação também ajuda, mas pra mim eu acho que seria bom. O que é uma violência familiar porque eu acho que muitas pessoas pensam que violência é bater, mas tem violência que... eu também sabe tem violência que é pior do que bater, porque prefere ter batido do que fazer aquilo que faz. Eu acho que o que engloba a família toda porque a família não é só o pai, a mãe e o filho e pai mãe e filho também tem a violência verbal ou de que forma for, mas eu acho que tudo que é tipo de violência intrafamiliar.” (R4F29)

“(...) as vezes eu não conheço direito os fatores de risco e de proteção pra poder identificar uma violência doméstica, porque as vezes você vai na casa e não sabe se ta acontecendo ou não a gente ate pode supor, mas você nunca vai ter certeza e então eu acho que pode te ajudar a reconhecer isso. As vezes você começa a olhar com outros olhos a família, ne? eu acho que vai ser muito bom e descobrir casos que você nem imaginaria que teria, ne” (R1F24)

“Para o ACS, é muito importante que aperfeiçoem e se interegem mais com esse tipo de abordagem (violência física, psicológica e verbal) contra adolescentes e crianças e na família em geral.” (R5F44).

- O papel das instituições no atendimento às denúncias de violência.

Foi solicitado para que cada entrevistado relatasse, em sua opinião, qual seria o papel do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Juiz no atendimento a denúncias contra as crianças e adolescentes, e se as mesmas solucionavam o problema. As Tabelas 16 e 17 sintetizam os resultados obtidos:

Tabela 16: Distribuição das respostas sobre a opinião dos entrevistados em relação ao papel do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Juiz nas denúncias de VI contra Crianças e Adolescentes

Papel das Instituições nas denúncias de VI contra Crianças e Adolescentes		
Conselho Tutelar	Ministério Público	Juiz
Acompanhar e orientar a família	Fazer encaminhamentos para a criança ou adolescente para instituições especializadas	Decidir o futuro da criança
Apurar Denúncias	Elaborar parecer sobre as denúncias com embasamento legal	Tomar providências legais e decidir a sentença
Deixar toda a vizinhança sabendo	Deixar todo mundo sabendo	Punir o agressor
Desenvolver meios e soluções sem prejudicar a criança	Estuda o caso e dá o parecer quanto a denúncia	Analisar processos
Fazer visitas de acompanhamento	Fornece a fiscalização e instrumentos para modificar a dinâmica familiar	Não soube responder
Investigar	Solucionar problemas e encaminhar	
Não solucionar o problema	Não soube responder	
Preservar a vida		
Retirar a criança ou adolescente da família		
Não soube responder		

É possível observar por meio da Tabela 16, que os entrevistados, de forma geral, possuem um pouco mais de informações sobre o Conselho Tutelar. Entretanto, o mesmo não acontece quanto ao número de respostas em relação ao Ministério Público e ao Juiz. Questionados ainda, se as instituições as quais recorreram quando foi necessário fazer uma notificação deram algum tipo de retorno, as respostas dos entrevistados podem ser encontradas na Tabela 17. Cabe destacar que, para essa questão, os cálculos efetuados foram baseados em 6 participantes que responderam. Portanto as porcentagens estão baseadas em tais dados.

Tabela 17: Distribuição das respostas sobre a opinião dos entrevistados em relação ao retorno da Instituição a qual fez a denúncia.

Retorno da Instituição a qual fez a denúncia	
	%
Foi atendido imediatamente	50
Não foi atendido	0
Demorou para ser atendido	17
O resultado não atendeu as expectativas	17
O resultado atendeu as suas expectativas	33

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo consistiu em identificar o conhecimento que os agentes comunitários de saúde possuem a respeito dos conceitos que envolvem a família, bem como quanto aos fatores de risco e proteção para a violência intrafamiliar e suas crenças quanto ao assunto. Cabe destacar que foram feitos esforços por parte da pesquisadora visando obter o maior número possível de entrevistados e uma diversidade de sua população. Para isso, várias visitas foram feitas as Unidades buscando adequar aos horários de disponibilidade dos participantes e da própria Unidade. Com isso, no período total da coleta de dados, foram feitos 16 novos agendamentos de horários (sendo que em sua maioria os mesmos acabavam por não resultar em sucesso de coleta). O contato foi estabelecido no mínimo duas vezes com cada Unidade e uma visita feita pessoalmente. Sendo assim, acredita-se que todas as medidas e oportunidades para que a população alvo pudesse ter acesso à participação do presente estudo foi planejada e desenvolvida de forma satisfatória.

É preciso ressaltar que todas as Unidades do Programa Saúde da Família disponíveis na cidade foram convidadas a participar da pesquisa. Sendo assim, pode-se dizer que os dados aqui obtidos refletem a percepção de todas as regionais (ainda que não tenha sido possível a obtenção da maioria de sua população).

A seguir serão discutidos os dados obtidos nos diferentes instrumentos utilizando a mesma sequência de apresentação dos resultados (entrevista com os ACS, questionário de crenças sobre fatores de risco e proteção, questionário sobre crenças a respeito da violência intrafamiliar e questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes).

Por meio da *Entrevista com os Agentes*, é possível observar que mesmo os entrevistados que residem ou atuam frente a mesma Região, possuem uma visão diferenciada da própria realidade (baseada em sua própria vivência e interpretação do mundo exterior) (Ribas, 2003).

Segundo os participantes, a escolha profissional para o desempenho da função de agente comunitário de saúde foi influenciada pela estabilidade oferecida pelo cargo e a comodidade de um trabalho próximo a residência. Tais dados vão ao encontro do estudo realizado por Correia (2008) com ACS das equipes de saúde da família do Rio de Janeiro que relata que a possibilidade de contratação formal pela CLT constitui-se como um estímulo para quem procura tal emprego. É preciso destacar que o objetivo

central do Ministério da Saúde (2002) em seus documentos e diretrizes para a recomendação às prefeituras de como organizar a contratação formal para os ACS, indica que o perfil profissional do candidato deve considerar os aspectos de solidariedade e liderança, além de que o profissional deve ser morador do local e conhecer a realidade que o cerca. Entretanto em relação às razões apontadas, pelas quais houve o interesse pela função, a minoria das respostas vai ao encontro dos objetivos propostos pelo Ministério. É preciso compreender que a função é protegida e regida por Leis Trabalhistas, entretanto, não se trata de um servidor público.

A maioria de mulheres desempenhando a função (86,67%); o tempo médio de residência no bairro de 11 anos e 6 meses, juntamente com o tempo médio de trabalho dos ACS em suas unidades 3,5 anos (o que pode ser considerado como um número baixo de rotatividade para o programa), corroboram os achados de estudo desenvolvido por Ferraz & Aerts (2005), que buscaram compreender o cotidiano do trabalho de 114 agentes comunitários de Porto Alegre em 29 unidades de Programa de Saúde da Família. Em sua pesquisa, os autores também encontraram que em sua maioria, os ACS eram compostos por mulheres (88,6%), com idade média entre 30 e 49 anos, e que residiam no bairro há cerca de 10 anos e a rotatividade do programa também era considerada como baixa (com tempo de trabalho entre 3 e 4 anos).

No que se refere à formação profissional e as capacitações oferecidas aos profissionais, apesar de considerarem como de extrema importância, os participantes relatam que muitas vezes o curso oferecido não atende a sua demanda. Tal relato merece ainda mais destaque quando relacionado a dificuldade dos ACS na identificação de fatores de risco e de proteção da violência intrafamiliar. Pode-se questionar nesse ponto se de fato os conhecimentos técnicos oferecidos tem sido suficientes tais como descritos no documento fornecido pelo Ministério da Saúde “*Os ensinamentos técnicos virão depois, mediante os cursos oferecidos pelo Poder Público.*” (Ministério da Saúde, 2002, pp.9). Tais dados se tornam ainda mais relevantes quando comparados aos dados referentes à ocorrência de discussões acerca da importância da notificação e das medidas a serem adotadas mediante a identificação da VI, em que 53,33% informaram não terem discutido sobre o assunto em seu processo de formação. Para Rossi (2004), o preparo dos profissionais de saúde por meio de orientações técnicas especializadas constitui-se em uma alternativa importante para que tais profissionais possam lidar de forma mais eficaz com tal fenômeno. Cabe ressaltar que de acordo com a Legislação vigente no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) em seu Art. 7: “*É dever de*

todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.” Ainda o mesmo Estatuto em seu artigo 245 prevê sanções penais para o descumprimento das normas previstas:

“Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena – multa de três a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.”

É importante destacar que esta notificação seja compreendida no sentido de garantir a proteção das crianças e dos adolescentes, tal como o objetivo da lei. Sendo assim, notificar, portanto, não deve envolver o julgamento do caso e sim, compartilhar com outros setores da sociedade essa responsabilidade pela proteção da criança e do adolescente (Branco, 2009). Neste mesmo sentido, Brino e Williams (2008) ressaltam a importância do profissional como alguém capaz de reconhecer sinais mais claros de abuso sexual e outros que não possuam relação direta com o abuso para que a criança não seja exposta a uma situação que venham a trazer prejuízos ao seu desenvolvimento. As mesmas autoras postulam ainda que *“levantar suspeitas infundadas de abuso incorre em procurar os suspeitos, o que pode levar a complicações na vida de pessoas inocentes (pp.226)”*.

Para isso, recomenda-se que o profissional: conheça o Estatuto da Criança e do Adolescente; busque conhecimento teórico sobre os maus tratos, situações de risco e sinais de alerta; procure estabelecer vínculo com a família de modo a poder fundamentar melhor os casos suspeitos antes de notificar e conheça os conselheiros tutelares da região onde está localizado o consultório ou, no caso, unidade de saúde. Em contrapartida, a notificação feita de maneira adequada possibilita: por meio do Conselho Tutelar, o envolvimento de outras instituições que poderão ser mobilizadas para dar o suporte necessário ao caso; favorece a diminuição ou até mesmo a interrupção da violência; possibilita o acesso a recursos sociais tanto para as crianças quanto para a família; fortalece a criação de uma rede de apoio e vigilância. (Branco, 2009). Tais

observações reforçam mais uma vez a importância do treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento à família e a criança e adolescente.

Quanto à idealização familiar, prevalece entre os ACS o modelo tradicional formado pela tríade mãe-pai-filhos. Parece haver uma relação direta entre o modelo da família de origem dos participantes sobre as expectativas dos mesmos na constituição familiar. A isso Cerveny (2001) denomina como padrões de repetição familiares: “*a repetição de padrões interacionais de uma geração para outra subsequente, coloca-nos numa posição em que o sistema seleciona o padrão repetitivo que vai incluir na sua própria história (pp. 41)*”. Tal padrão pode ainda sofrer sua repetição ao oposto, conhecido como antimodelo. O relato abaixo de um dos participantes ilustra a questão:

“É meio complexo essa pergunta... (...) Eu vou tomar como base a minha família.” (R2F54).

Entretanto, deparar-se constantemente com realidades que podem ser diferentes daquela vivida pelo profissional, deve (ou deveria) fazer com que este se sinta desafiado. Alguns ACS relatam que começaram a questionar seus próprios conceitos sobre o que consideravam como modelo familiar adequado ou não ao longo de seu trabalho, tal como ilustra o relato abaixo:

R4F46: “Então a principio era papai, mamãe e filhinho. Hoje a gente já tem um olhar assim pode ser que os dois homens e duas mulheres que moram na mesma casa e que tem um objetivo que se vai adotar um filho ou vai ter um filho de pensar na escola, se vai disciplinar se vai cuidar dele.

P: O QUE TE FEZ MUDAR O OLHAR?

R4F46: A gente começa a ver que existe isso e não pode excluir isso e são seres humanos e esta no meio de nós e amanhã pode nascer na minha família e então muda o olhar.”

Tal como Sarti (2007) postula, embora a família continue sendo o objeto de profundas realizações, a realidade contemporânea e as mudanças sociais abalam de tal maneira o modelo do ideal familiar que se torna difícil sustentar o conceito do que é adequado ou inadequado relativo à família.

Para os entrevistados as maiores dificuldades encontradas no trabalho com as famílias estão relacionadas de certa forma no estabelecimento de vínculo entre o profissional e a população. Uma das possíveis relações que se pode tentar estabelecer neste momento para buscar uma possível explicação, pode estar nas razões pela qual os então ainda candidatos a ACS buscam a função. De acordo com a resposta dos participantes, a maioria busca a contratação formal como primeiro recurso enquanto a minoria é despertada pelo desejo de trabalhar com famílias ou de fato relata conhecer as atribuições da função. Para Guimarães e Almeida (2007), é preciso que a metodologia de trabalho esteja pautada em um sistema de parceria e colaboração entre os programas sociais e famílias atendidas. Ainda segundo os mesmos autores, trata-se de uma tarefa árdua, porém que não é inviável.

Sobre o conhecimento dos ACS em relação a Violência Intrafamiliar, apenas a Região 3 verbalizou a Negligência durante a entrevista. Quando observadas as características da Região descritas pelos agentes, é possível notar que na própria descrição dos bairros os participantes relatam faltar informações sobre cuidados básicos de higiene e autos cuidados, sobretudo com crianças. Tais características justificam, portanto, a preocupação e o reconhecimento de tal modalidade de Violência pelos profissionais para junto de sua população.

Como fatores de risco para a ocorrência da Violência Intrafamiliar apontados pelos ACS, o presente estudo destaca o álcool e drogas, a ausência de rede de apoio, desemprego, educação familiar. Já como fatores de proteção os ACS apontam o diálogo entre os familiares, a rede de apoio e o acesso a educação. Tais dados estão em consonância com a literatura especializada na área o que demonstra que ao menos alguns conceitos teóricos fazem parte do universo de tais profissionais (o que não significa que consigam aplicar tais conhecimentos em sua realidade prática) (Maia & Williams, 2005; Lidchi, 2009).

Cabe destacar que alguns participantes conseguem também perceber seu papel como fonte de proteção e rede de apoio a comunidade, como pode ser observado no relato:

“Eu acho que eu sou um fator de proteção. O trabalho do agente comunitário é um fator de proteção. Primeiro começa dentro da família com os próprios membros, geralmente na figura da mãe como aquela que tenta amenizar e proteger, a saúde é fundamental. Proteção eu não consigo ver muito a questão da proteção em âmbito

policial, tenho medo um pouco disso dai da intervenção... mas eu acho que são essas intervenções, principalmente da área da saúde. “ (R2F54)

É papel fundamental de todo profissional orientar as famílias sobre formas adequadas de interação entre seus membros (Brino & Williams, 2009; Maia, 2010; Ministério da Saúde, 2010; Maia, Oliveira, Giusto & Williams, 2011).

A análise do *Questionário de Avaliação de Conhecimento sobre fatores de Risco e Proteção* apresenta escores médios elevados para os participantes (80,63%). Resultados semelhantes foram encontrados por Silva (2004) em uma intervenção com seis Conselheiros Tutelares antes do treinamento oferecido pela pesquisadora com a população. A autora faz ressalvas em relação ao instrumento levantando considerações sobre os elevados escores iniciais dos respondentes podem estar relacionados ao baixo nível de dificuldade do instrumento, sendo necessário, portanto, uma validação apropriada do mesmo (Maia & Williams, 2010).

Já em relação às crenças apresentadas pelos participantes no *Questionário sobre crenças a respeito da violência intrafamiliar*, os dados apontam que 66,67% dos entrevistados acreditam que o comportamento da mulher possa favorecer o comportamento agressivo do homem. O que é preciso estar claro para o profissional é não existe comportamento que justifique a agressão. Sendo assim, para o agressor, qualquer motivo pode ser eliciador para a utilização da força física (Sinclair, 2010).

Segundo Seixas (2008) as crenças se tornam princípios orientadores de outras regras e comportamentos e formam um conjunto de premissas básicas, que provocam reações emocionais, informam decisões e norteiam ações. A importância do levantamento acerca das concepções que os profissionais possuem sobre a violência intrafamiliar justifica-se devido ao risco de que estas possam influenciar na intervenção, desvalorizando e deslegitimando as queixas das pessoas envolvidas em casos de violência (Diniz & Angelim, 2003; Saffioti, 2003).

No que se refere aos resultados obtidos no *Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes*, mesmo os participantes sendo capazes de reconhecer sinais que despertariam sua atenção para a suspeita de possíveis maus tratos, tal conhecimento não se efetiva em ações práticas de proteção a criança e adolescentes como revelam os números de que em média 60% dos entrevistados não fizeram ou fariam uma notificação. Os procedimentos adotados de buscar apoio no Chefe imediato, conversar com colegas também são os recursos que despertam a atenção, pois se os

próprios entrevistados reconhecem não saber como proceder em caso de suspeita ou não saber identificar com precisão os possíveis sinais de violência intrafamiliar, pode-se levantar a hipótese de que a rede de apoio que deveria fornecer suporte ao ACS também estaria falha já que não está apta a dar ao agente pré-requisitos necessários para o embasamento técnico que o capacite para o trabalho em campo. De forma mais específica quanto a Violência Sexual, conversar com os familiares seria o último recurso a ser recomendado pela literatura especializada, já que na maioria das vezes o abusador é alguém da própria confiança da criança (ISPCAN, 2002; ABRABIA, 2004; Maia & Williams, 2005; Brino & Williams, 2009; Padilha & Williams, 2010). O medo como discurso recorrente entre os participantes possa talvez, esconder como pano de fundo para alguns uma falta de comprometimento profissional e pessoal para com os deveres e responsabilidades as quais a função lhe atribui.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Rossi (2004) com 3004 profissionais de saúde que atuam no setor público da cidade de Campinas com a finalidade de constatar qual o procedimento adotado por estes ao se depararem com casos de Violência Intrafamiliar em seu cotidiano de trabalho. Tanto os números de referentes a notificações como as justificativas dos profissionais são muito próximas às encontradas neste estudo. A autora destaca ainda que dos participantes que relataram ter suspeitado ou viessem a suspeitar, 50% não realizaram ou realizariam a notificação, prevalecendo assim a invisibilidade do fenômeno.

Um elemento de suma importância, diz respeito a postura do pesquisador durante o trabalho de campo. Tal como postula Deslandes (2005): *“dependendo da forma como o investigador se comporte, haverá conseqüências positivas ou negativas, que facilitarão ou mesmo inviabilizarão todo o trabalho”* (pp. 166). Durante todo o trabalho desenvolvido junto aos agentes, a pesquisadora buscou adotar a postura de aprendiz junto aos participantes visando compreender sobre a cultura local, sobre os comportamentos e práticas a ela desconhecidas. O que possibilita levar a crer que isso possa ter contribuído com a adesão dos participantes e a espontaneidade com que os mesmos permitiram que assuntos tão delicados pudessem ser abordados, sem gerar desconforto. Durante todo o tempo, a atenção com os aspectos éticos, sobretudo, de garantir ao participante o sigilo de sua participação e o respeito para com sua história de vida permitiu que os mesmos se sentissem acolhidos e relatassem abertamente sobre histórias vivenciadas com sua família de origem e angústias referentes ao desempenho

de sua função. Isso se reflete na fala de um dos participantes em uma avaliação espontânea durante a pesquisa:

“Sabe o que eu to achando legal da sua pesquisa, e olha que eu já respondi muitas e muitas e a sua ta me parecendo assim bastante completa. E é um elogio isso que eu to te fazendo, porque você está pegando vários aspectos em vários momentos e eu estou achando muito legal. porque as outras que eu fiz eram bastante superficiais e a sua ta assim bem completa e eu gosto...” (R2F54)

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se a flexibilidade da pesquisadora e o desafio de lidar com o inesperado. As sessões sofreram diversas interrupções ao longo das entrevistas tais como: solicitação da sala utilizada para algum procedimento; requisição de algum material guardado na sala; consultas aos participantes sobre localização dos dados de algum usuário, entre outras. O desafio para a investigadora era o de conseguir fazer com que o foco do trabalho fosse mantido e o tempo da entrevista não se estendesse por um período muito longo, para não comprometer o funcionamento da unidade e para que o trabalho não se tornasse improdutivo.

O contato do campo foi fundamental para que a pesquisadora pudesse observar a diferença da interação entre equipes quando um elemento de fora do grupo se aproxima do sistema (as fronteiras são invisíveis e sua permeabilidade expressa a realidade do acesso e da privacidade) (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1999). Em algumas Unidades, o contato da pesquisadora ficava restrito aos ACS, enquanto que em outras a mesma era apresentada aos demais membros da equipe. Enquanto, em algumas era permitido conhecer todas as dependências físicas (e se fazia questão da apresentação de todo o trabalho desenvolvido), em outra a visita se restringiu a uma sala para a coleta praticamente fora da Unidade (com o estímulo concorrente da aula de dança do projeto com as crianças da sala ao lado).

Apesar do comprometimento dos agentes, várias entrevistas foram remarcadas fazendo com que a pesquisadora voltasse para a mesma unidade com o mesmo participante por até três vezes. Cabe ressaltar ainda o comprometimento dos ACS junto a pesquisa e a importância que os mesmos atribuem ao tema da violência intrafamiliar e sua correta identificação, bem como o questionamento constante junto a pesquisadora sobre quando teriam início os trabalhos com a capacitação. Tal postura levanta a discussão sobre a relevância do desenvolvimento de programas e intervenções que

possam produzir novos conhecimentos e ao mesmo tempo atender a demanda da população pesquisada.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa atingiu seu objetivo proposto na medida em que buscou identificar o conhecimento e as crenças de agentes comunitários de saúde a respeito dos conceitos os que envolvem a família e os fatores de risco e proteção para a violência intrafamiliar.

Permanece ainda o modelo familiar tradicional formado pela tríade pai-mãe-filhos parecendo haver uma influência direta entre o modelo familiar. Sendo assim, o padrão intergeracional para os ACS atua como modelo ou antimodelo (Cervený, 2001). Alguns participantes relatam que o contato com diferentes configurações familiares, permitiu que refletissem sobre sua própria história e começassem questionar seus próprios conceitos, assim como propõe Ribas (2003) em sua reflexão quanto aos filtros simbólicos existentes no desafio daquele que se expõe ao trabalho de campo “*ao abrir os olhos, nos deparamos com o que está a nossa volta.*” (pp.89).

As dificuldades apontadas pelos participantes no relacionamento entre as famílias também é citada por Sarti (2007). Para a autora é necessário ainda que os profissionais questionem não apenas o conhecimento que a população possui, mas também o seu próprio saber “*é preciso romper com o estatuto de verdade que os profissionais, técnicos e pesquisadores tendem a atribuir a seu saber*” (pp. 35).

Pontos positivos foram observados tais como o fato dos participantes conseguirem identificar conceitualmente sinais de violência. Entretanto, ainda resta a dúvida do quanto tal conhecimento se torna eficaz para a proteção para o fortalecimento de uma rede de proteção? Ainda prevalece entre os profissionais a cultura do medo e da desconfiança dos poderes Públicos e Órgãos de Proteção. Tal desconfiança, na maioria das vezes, está pautada na falta de conhecimento sobre a atuação de tais instituições frente a notificação. Outras tantas pode também estar vinculada ainda a indiferença ou falta de comprometimento por parte respondente não apenas enquanto profissional, mas sobretudo enquanto cidadão no compromisso para com o semelhante.

O presente estudo abre caminhos para importantes discussões sobre qual o papel e limites de atuação de cada profissional e também efetivamente de quais saberes precisa estar munido o a agente incumbido de tão importante missão?

Como em todo estudo, a presente pesquisa também apresenta limitações e muito um longo percurso ainda há de ser percorrido. Produzir o saber científico significa levantar muito mais indagações do que responder a questionamentos.

Propõe que futuras pesquisas que desejem utilizar-se dos mesmos instrumentais façam adaptações em seus conteúdos, que só podem ser percebidas a medida que a prática se desenvolve:

- Entrevista com a população o cuidado com a utilização de termos que possam causar influenciar na resposta dos participantes (tal como família ideal substituição por família adequada).
- Questionário sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: elaborar uma instrução no início do questionário orientando para que o participante obrigatoriamente escolhesse uma das alternativas oferecidas.

Sugere-se ainda que cursos de capacitações sejam oferecidos para os Agentes Comunitários e Equipes baseados em suas dificuldades e necessidades. Que tais cursos possam possibilitar reflexões práticas e promovam a aproximação entre profissionais, Poder Público e população. Criando assim uma rede de proteção efetiva e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA (2004). Abuso Sexual Infantil. Acessado em 20/03/2009. Disponível em www.abrapia.com.br.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bornstein, V. J. & Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (1), 259-268.
- Branco, V. M. C. (2009). Notificação dos maus tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Em: L. C. A. Williams, R. C. Padovani, E. A. C. Araújo, A. C. Stelko-Pereira, G. R. Ormeño & E. Eisenstein. *Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente*, 8, 36-38. São Carlos.
- Brasil (1999). Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS e PSF. Decreto nº 3189/1999.
- Bringiotti, M. I. (2000). La escuela ante los niños maltratados. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2003). Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. *Cadernos de Pesquisa*, 119, 113-128.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2008). Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. *Educação e Realidade*, 33, (2), 209-230.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2009). *A escola como agente de prevenção do abuso sexual infantil*. São Carlos: Suprema.
- Campo, L. A. D.; Ricco, R. G.; Daneluzzi, J. C.; Ciampo, I. R. L. D. & Almeida, C. A. N. de. (2006). O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 739-743.
- Cervený, C. M. de O. (2001). *A família como modelo – desconstruindo a patologia*. São Paulo: Livro Pleno.
- Chiesa, A. M. & Fracoli, L. A. (2004). O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção de saúde. *Rev. Brasileira Saúde Família*, (7), 42-9.
- Correia, E. M. de A. (2008). *Agente Comunitário de Saúde: a construção de um poder capturado*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Deslandes, S. F. (2005). Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. Em: M. C. de S. Minayo; S. G. de Assis & E. R. de Souza (Orgs).

Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais, (5, pp.157-184). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Dessen, M. A. & Silva, S. C. da. (2009). Desenvolvendo sistemas de categorias com dados de entrevista. Em: L. Weber & M. A. Dessen (Orgs): *Pesquisando a famílias: instrumentos para coleta e análise de dados*, 3, 43-56. Curitiba: Juruá.

Diniz, G. R. S. & Angelim, F. P. (2003). Violência doméstica – por que é tão difícil lidar com ela? *Revista de Psicologia da UNESP*. 2, (1), 20-35.

Duarte, L. R.; Silva, D. S. J. R. & Cardoso, S. H. (2007). Construindo um programa de educação com agentes comunitários de Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 11, (23), 439-447.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal no 8069/1990.

Ferraz, L. & Aerts, D. R. G. de C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde do PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (2), 347-355.

Fracolli, A. L. & Zoboli, E. L. C. P. (2004). Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm USP*, 38(2), 143-151.

Gomes, K. de O.; Cotta, R. M. M.; Cherchiglia, M. L.; Mitre, S. M. & Batista, R. S. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Sociedade*, 18, (6), 744-755.

Guimarães, R. F. & Almeida, S. C. G. (2007). Reflexões sobre o trabalho social com famílias. Em: A. R., Acosta; M. A. F., Vilate (Orgs). *Família: redes, laços e políticas públicas* (3ªed, pp. 127-136). São Paulo: Cortez.

Gurannick, M. J. (1998). The Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable children: a Developmental Perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, (4), 319-345. Baltimore: Paul Brookes Publishing.

Kluthcovsky, A. C. G. C. & Takayanagui, A. M. M. (2006). O agente comunitário de saúde: uma revisão de literatura. *Rev Latino-am de Enfermagem*, 14, (6).

Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16, 11-22.

Levcovitz, E. & Garrido, N.G. (1996) Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad. Saúde Família*, 1, 3-8.

Levy, F.M.; Souza Matos, P. E. & Tomita, N. E. (2004). Programas de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20, (1), 197-203.

- Lidchi, V. G. (2009). Fatores de risco e de proteção: modelos ecológicos do abuso de crianças e adolescentes. Em: *Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente*. 11, 47-54. São Carlos.
- Maia, J. M. D. (2008). Um olhar sistêmico para a violência intrafamiliar. (Monografia). *Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto*, 50.
- Maia, J. M. D. (2010). *Parentalidade e conjugalidade na adolescência: uma proposta interventiva*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Maia, J. M., Oliveira, C. C., Giusto, R. O. & Williams, L. C. A. (2011). *Mãe, pai e casal na adolescência: e agora? Orientações para profissionais de saúde*. São Carlos: Pedro e João Editores.
- Maia, J. M. D. & Williams, L. C. de A. (2005). Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13, (2), 91-103.
- Maia, J. M. D. & Williams, L. C. de A. (2010). Análise de uma proposta de capacitação de Conselheiros Tutelares. Em: L. C. A., Williams; J. M. D., Maia & K. S. A., Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo comportamental*, (pp. 501-525). São Paulo: ESETec.
- Maia, J. M. D. & Williams, L. C. de A. (2010). Questionário de avaliação de conhecimento sobre fatores de risco e proteção. Em: L. C. A., Williams; J. M. D., Maia & K. S. A., Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo comportamental*, (pp. 604-607). São Paulo: ESETec.
- Mendonça, M. H. M. (2004). Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2, (2), 353-365.
- Minuchin, P. ; Colapinto, J. & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com Famílias Pobres*. Porto Alegre: ARTMED.
- Ministério da Saúde. (1997a). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. (1997b). *Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF*. Brasília, DF: MS. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/Portaria%20n%BA%201886%20Programas%20de%20ACS-%20PACS%20&PSF.htm>
- Ministério da Saúde. (1997b). *Violência contra a criança e o adolescente Proposta preliminar de assistência e prevenção à violência doméstica*. Brasília, DF: MS.

- Ministério da Saúde. (2000a). *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Coordenação da Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, MS.
- Ministério da Saúde. (2000b). *Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. (2002a). *Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. (2002b). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Coordenação da Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, MS.
- Ministério da Saúde. (2010). *Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência*, DF: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, MS.
- Moré, C. L. O. O.; Crepaldi, M. A. & Pedro, F. da L. (2008). Recursos da Terapia Familiar como Elementos de Formação de Residentes no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família. Em: R. M. S. Macedo (Org). *Terapia Familiar no Brasil na última década*, (32, pp. 247-259). São Paulo: Rocca.
- Morosini, M. V.; Corbo, A. D'A. & Guimarães, C. C. (2007). O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, educação e saúde*, 5, (2), 261-280.
- Nascimento, E. P. L. & Correa, C. R. da S. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 24 (6), 1304-1313.
- Nunes, O. M.; Trad, L. B.; Almeida, B. A.; Homen, C. R. & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, 18, (6), 1639-46.
- Osório, L. C. (1996). *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Padilha, M. da G. S. & Williams, L. C. A. (2010). Prevenção primária de abuso sexual com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar. Em: L. C. A., Williams; J. M. D., Maia & K. S. A., Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo comportamental*, (18, pp. 327-343). São Paulo: ESETec.
- Pedrosa, J. I. S. & Teles, J. B. M. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 35, (3), 303-11.
- Pires, A. L. D. & Miyazaki, M. C. O. S. (2005) Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão de literatura para profissionais de saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, 12(1), 42-49

- Ribas, J. B. C. (2003). O olhar. Em: S. Guerreiro (Org). *Antropos e Psique: o outro e sua subjetividade*, (5, pp. 87-96). São Paulo: Olho d'Água.
- Rosa, W. de A. G. & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13 (6), 1027-1034.
- Rossi, D. (2004). *Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes (procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas – SP)* Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Saffioti, H. (2003). Violência estrutural e de gênero – Mulher gosta de apanhar. Em: Programa de Prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher. *Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas*. Brasília, Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres.
- Sarti, C. A. (2007). Famílias enredadas. Em: A. R., Acosta; M. A. F., Vilate (Orgs). *Família: redes, laços e políticas públicas* (3ªed, pp. 21-38). São Paulo: Cortez.
- Seixas, M. R. D. A. (2008). Compete ao terapeuta de família trabalhar valores? Em: R. M. S. Macedo (Org). *Terapia Familiar no Brasil na última década*, (3, pp. 17-26). São Paulo: Rocca.
- Silva, M. J.; Rodrigues, R. M. (2000). O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, 2, (1). Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- Silva, J. M. D. (2004). *Capacitação de Conselheiros Tutelares: instruir para aprimorar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- Sinclair, D. (2010). Introdução à violência contra a mulher. Em: L. C. A., Williams; J. M. D., Maia & K. S. A., Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo comportamental*, (3, pp. 69-83). São Paulo: ESETec.
- Souza, N. R. & Dallalana, T. M. (2004). Enfoque sistêmico: uma discussão sobre mudanças de modelos no PSF. *Fam. Saúde Desenvolv. Curitiba*, 6, (2), 154-165.
- Slotz, E. N.; David, H. M. S. L. & Bornstein, V. J. (2009). O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev. APS*, 12, (4), 487-497.
- Starfield B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco.
- Stelko-Pereira, A. C. & Williams, L. C. A. (2010). Sobre o conceito de violência: distinções necessárias. Em: L. C. A., Williams; J. M. D., Maia & K. S. A., Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo comportamental*, (2, pp. 41-66). São Paulo: ESETec.

Williams, L. C. de A. (2001). Violência Domestica: Há o que fazer? Em: H. J Guilhardi; P. P. Queiróz; M. B. Madi & A. C. Scoz. (Orgs). *Comportamento Ciência e Cognição*, 10, 01-12. Santo André: ESETec.

Williams, L. C. de A. (2010). Questionário sobre Crenças a respeito de violência doméstica. Em: L. C. A., Williams; J. M. D., Maia & K. S. A., Rios (Orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo comportamental*, (pp. 599-603). São Paulo: ESETec.

Williams, L. C. A.; Padovani, R. C.; Araújo, E. A. C.; Stelko-Pereira, A. C.; Ormeño, G. R. & Eisenstein, E. (2009). Abuso ou maus tratos contra a criança e o adolescente: definições e contextualização. Em: *Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente*. 1, 6-11. São Carlos.

ANEXO 1

ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE:

Entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde

Entrevistador: _____

Data ___/___/___

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Data de Nascimento: _____
3. Estado Civil: _____
4. Grau de Escolaridade:
 - () Ensino Fundamental () Ensino Médio
 - () Ensino Superior. Qual área: _____
 - () Outro: _____
5. Você teve alguma atividade profissional anterior? Em caso positivo, cite os dois últimos
 - _____ Ano: _____
 - _____ Ano: _____
6. Porque você se interessou em ser Agente Comunitário de Saúde?
7. Ano de início do trabalho no PSF: _____
8. Data de ingresso na atual equipe: _____
9. Recebeu algum tipo de Capacitação ou participou de cursos de formação antes de ingressar no PSF?
 - () Sim () Não
- 9.1 Se sim, quem a ofereceu e qual era o tema?
- 9.2 Tempo de duração e frequência:
10. Recebeu algum tipo de Capacitação no decorrer de suas funções como Agente Comunitário?
 - () Sim () Não
 Se sim, quem a ofereceu e qual era o tema?
11. Você acredita na importância de Capacitações para o cargo de Agente Comunitário de Saúde?
 - () Sim () Não
 Justificativa:
12. Há quanto tempo mora no bairro?
13. Fale um pouco sobre o seu bairro e sobre as famílias que ali residem.
14. Dentre as famílias abaixo, quais você atende neste bairro?
 - Família Adolescente: _____
 - Família de Gays: _____
 - Família de Lésbicas: _____
 - Família Recasada: _____
 - Família Monoparental: () mãe () pai
 - Família Extensa: _____

Família de Avós: _____

Outro tipo:

15. Para você, como é a família ideal?
16. Das famílias que você atende elas estão dentro do que você considera ideal? Pode me dar um exemplo de uma família que seja mais próxima disso?
17. E ainda nas famílias que você atende, poderia me dar um exemplo bem diferente do que considera como sendo a família ideal?
18. Quais são as dificuldades ao lidar com as famílias? E quais as razões para isso?
19. No contato com as famílias, que atividades você desenvolve? (Instruções, modelos, orientações, registro, etc).
20. Que famílias você gosta de visitar?
21. Que famílias você acha “chato” visitar?
22. O que as famílias fazem que te deixa “pra cima”?
23. O que as famílias fazem que te deixa “pra baixo”?
24. De que forma os valores pessoais podem interferir no trabalho das pessoas?
25. No seu trabalho, quanto você acredita que seus valores pessoais interferem?
() Sim () Não

Justificativa:

26. O que você entende por Violência Doméstica?
27. Você vê esse tipo de atitude nas famílias que você atende? Conte um caso recente e o que aconteceu.
28. É comum isso? A que você atribui isso? (ignorância, drogas, alcoolismo).
29. O que você considera como fator de risco para ocorrência de violência doméstica nas famílias?
30. O que você considera como fator de proteção para a não ocorrência de violência doméstica nas família?
31. O que o seu bairro oferece de atividades de lazer, serviços comunitários, rede apoio, grupos para os moradores?
32. O que você acha que está faltando e dentre o que tem, o que poderia melhorar no seu bairro?
33. De que maneira um Curso de Capacitação que aborde o conceito de família e de suas interações poderia ajudar no seu trabalho cotidiano?
34. Dentro deste, quais os temas/assuntos você acha que seriam úteis para o seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

ANEXO 2

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE FATORES DE RISCO E
PROTEÇÃO (Q.A.C.):**

Questionário de Avaliação de conhecimento sobre Fatores de Risco e Prevenção

Instruções: Leia as informações a seguir com bastante atenção e calma. Após a leitura indique se a afirmação é falsa ou verdadeira, assinalando no local indicado.

1. O abusador sexual é geralmente alguém estranho à criança e sua família. ()V ()F
2. Os fatores de proteção podem ser definidos como condições ou variáveis que diminuem a probabilidade de o indivíduo desenvolver problemas de externalização como: agressão, entre outros. ()V ()F
3. Não importa o número de lugares que uma criança freqüente e o número de pessoas com quem tem contato, ninguém pode perceber quando esta criança está sendo vítima dentro de sua própria casa. ()V ()F
4. Os fatores de risco são definidos como condições ou variáveis que estão associados à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis, como comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo. ()V ()F
5. A família não pode ser destacada como responsável pelo processo de socialização da criança. ()V ()F
6. Uma criança que sofreu violência sexual pode apresentar sintomas como: idéias ou tentativas de suicídios e/ou sentimento de culpa. ()V ()F
7. Dependendo de suas características, a família pode ser destacada como um fator de proteção ou como um fator de risco ao desenvolvimento infantil. ()V ()F
8. Formas adequadas de como se educar os filhos, passadas de geração para geração, são muito importantes, mas não podem auxiliar para um bom desenvolvimento das crianças. ()V ()F
9. O fato de a criança conhecer técnicas para se auto-protger e resolver problemas em situações difíceis, não minimiza a ocorrência de situações negativas como a violência sexual. ()V ()F
10. Os fatores de proteção por si só garantem um bom desenvolvimento da criança. ()V ()F
11. Na comunidade em que uma criança de 7 anos vive há muitas atividades para os períodos nos quais a criança não está na escola, como: teatro e atividades lúdicas. Pode-se dizer que neste caso o apoio da comunidade pode minimizar riscos que a criança viva dentro de casa. ()V ()F
12. Uma criança apresenta medo excessivo dos pais e relata causas pouco prováveis de lesões. Esta criança pode estar sendo vítima de violência física. ()V ()F
13. Instituições que forneçam tratamento para o abuso de substâncias como álcool e drogas e apoio para os familiares, constitui-se em fator de proteção e desenvolvimento infantil. ()V ()F
14. Algumas características de crianças como senso de eficácia e auto-competência, as auxiliam a lidar positivamente com situações extremamente adversas como uso de drogas por um dos pais. ()V ()F
15. Uma criança vive em um lar no qual as regras são explicadas de forma clara. Tal características da família pode ser destacada como um fator de proteção para o seu desenvolvimento. ()V ()F
16. A violência física, praticada dentro do lar, que leva à fatalidade é um evento raro, não sendo responsável por um número excessivo de mortes no Brasil. ()V ()F

17. O Agente Comunitário de Saúde precisa conhecer recursos disponíveis na comunidade para poder encaminhar de modo mais efetivo as crianças que atendem.

()V ()F

18. Uma família que defende uma disciplina severa e têm expectativas excessivamente irreais de seus filhos, não apresenta características de família na qual a violência física possa estar presente. ()V ()F

19. Uma criança que freqüentemente assiste à agressão física do pai contra a mãe pode apresentar: distúrbio de atenção e/ou baixo rendimento escolar. ()V ()F

20. Uma criança apresenta comportamentos como: distúrbios do sono, dificuldades na fala e enurese noturna. Neste caso, descarta-se a hipótese de que esta criança esteja sofrendo violência psicológica. ()V ()F

21. Uma criança simpática e extrovertida, com facilidade para interagir com as pessoas, possui atributos que podem minimizar as conseqüências negativas de ambientes hostis. ()V ()F

22. Uma família muito possessiva, que evita contatos sociais, principalmente da criança, não apresenta características de uma família na qual a violência sexual está presente. ()V ()F

23. Uma criança apresenta algumas lesões no corpo como: queimaduras, hematomas e fraturas que não condizem com a causa atribuída. Isto pode ser um indício de que esta criança esteja sendo vítima de violência física. ()V ()F

24. Características dos pais como baixa escolaridade, podem ser prejudiciais ao desenvolvimento infantil. ()V ()F

25. Uma criança vive em um ambiente familiar muito nocivo, sofrendo violência sexual por parte do padrasto. Na escola há uma professora de quem ela gosta muito e confia. Apesar do vínculo entre elas, não podemos considerar que esta professora possa consistir em um fator de proteção para esta criança que sofre violência sexual.

()V ()F

26. Ao se atender uma criança é importante avaliar características da família como: o modo com que ela se relaciona com ela e pelo qual garante sua saúde e a segurança.

()V ()F

27. Inteligência acima da média não pode ser destacada como um fator de proteção ao desenvolvimento infantil. ()V ()F

28. Crianças maltratadas fisicamente foram identificadas por agências de assistência social como tendo o dobro de probabilidade em relação às outras crianças de serem presas mais tarde por cometerem crimes violentos. ()V ()F

29. Algumas das características de uma família na qual a negligência está presente são: apatia e passividade. ()V ()F

30. A criança que sofre ou está sofrendo violência sexual pode demonstrar comportamentos sexualizados. ()V ()F

31. Ameaçar uma criança de quebrar seus brinquedos não caracteriza um exemplo de violência psicológica. ()V ()F

32. A escola é responsável pela instrução de uma criança. Cabe a família fornecer o suporte emocional. ()V ()F

NEXO 3

QUESTIONÁRIO SOBRE CRENÇAS A RESPEITO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Questionário sobre crenças a respeito da violência intrafamiliar

As informações abaixo consistem em crenças corriqueiras sobre violência intrafamiliar. Analise cada uma, expressando sua opinião como Verdadeira (V) para aqueles que você estiver de acordo e Falsa (F) se você discordar da mesma. Em seguida, justifique brevemente sua resposta.

1. “Se uma mulher apanhou, alguma coisa ela fez”. V F
Comentário: _____
2. “O homem também apanha da mulher, tanto quanto bate nela”. V F
Comentário: _____
3. “Ela é um verdadeiro saco de pancadas do marido, só não larga dele porque não quer”. V F
Comentário: _____
4. “É a crise, o desemprego e a constante falta de dinheiro, a principal razão que faz com que o homem seja violento em casa”. V F
Comentário: _____
5. “Mulher precisa apanhar para se manter na linha”. V F
Comentário: _____
6. “O consumo de álcool é a principal causa do homem bater na mulher”. V F
Comentário: _____
7. “Em briga de marido e mulher não se deve meter a colher”. V F
Comentário: _____
8. “As crianças que vêem a mãe ser agredida pelo pai muitas vezes sentem-se culpadas pela violência”.
 V F
Comentário: _____
9. “Briga de marido e mulher não tem solução”. V F
Comentário: _____
10. “A criança que cresce em um lar violento torna-se violenta quando crescer”. V F
Comentário: _____
11. “Ninguém apanha de graça”. V F
Comentário: _____
12. “O homem que bate em mulher é um louco, um desequilibrado: um doente mental”.
 V F
Comentário: _____
13. “Com ele tem que ser assim: olho por olho, dente por dente; por isso é que a mulher apanha”. V F
Comentário: _____
14. “Briga de marido e mulher é como briga de vizinho: não adianta intervir”. V F
Comentário: _____
15. “A mulher provoca. Não é a toa que o homem é violento”. V F
Comentário: _____
16. “Numa mulher não se bate nem com uma flor”. V F

Comentário: _____

17. “Mulher gosta de apanhar”. ()V ()F

Comentário: _____

18. “Mulher que apanha é suspeita, pois quando um não quer dois não brigam”. ()V ()F

Comentário: _____

19. “A mulher que apanha do marido pode largar dele, basta querer”. ()V ()F

Comentário: _____

20. “A maioria das mulheres que procura a delegacia porque apanha do marido não é honesta”. ()V

()F **Comentário:** _____

21. “A violência doméstica atinge somente as camadas mais pobres da população”. ()V ()F

Comentário: _____

22. “Quando um casal tem um relacionamento violento, a única solução é a separação”.

()V ()F

Comentário: _____

23. “A mulher em geral presta queixa na primeira ou segunda vez que apanha do marido”. ()V ()F

Comentário: _____

24. “Sempre que um menor vem depor na delegacia mente, porque é inimputável”. ()V ()F

Comentário: _____

25. “Não é nada fácil para a mulher sair de um relacionamento abusivo”. ()V ()F

Comentário: _____

26. “Quando o marido bate na mulher, pode saber que ela tem culpa no cartório”. ()V ()F

Comentário: _____

27. “O abuso psicológico pode ser tão ameaçador quanto o abuso físico”. ()V ()F

Comentário: _____

28. “A mulher merece apanhar porque azucrina a vida dos homens”. ()V ()F

Comentário: _____

29. “A mulher que apronta e deixa o homem bravo encoraja a violência doméstica”.

()V ()F

Comentário: _____

30. “Ela prestou queixa contra o marido violento na delegacia. É horrível isso de lavar a roupa suja em público”. ()V ()F

Comentário: _____

ANEXO 4

**QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES.**

(Adaptação de Rossi, 2004)**I. Violência Física Doméstica**

1.1 Entende-se por violência física doméstica, “qualquer ação não acidental por parte dos pais ou cuidadores que provoque dano físico ou enfermidade ou coloque a criança em risco de vida através de golpes: hematomas; queimaduras; fraturas, inclusive de crânio; feridas ou machucados; mordidas humanas; cortes; lesões internas; asfixia ou afogamento” (Bringiottei, 2000). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência física doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 1.6)

1.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- (1) Conversou com o chefe imediato
 (2) Conversou com o pai da vítima
 (3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança
 (4) Não teve medo represálias por parte do agressor
 (5) Não soube identificar com exatidão
 (6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares
 (8) Conversou com colegas
 (9) Conversou com a mãe da vítima
 (10) Teve medo de represálias por parte da família.

1.3 Notificou algum órgão responsável?

- (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 1.5)

1.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 2.1)

- (1) acompanhou a situação da vítima
 (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho.
 (3) nunca mais viu a vítima
 (4) acredita ter cumprido sua função.

1.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 2.1)

- (1) Por medo de prejudicar a vítima
 (2) Por medo de represálias por parte da família.
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço.
 (4) Para não se envolver em problemas familiares.
 (5) Por medo de represálias do agressor.
 (6) Não sei como fazer.

1.6 Se suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de violência física doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?

- (1) Conversaria com o chefe imediato
 (2) Conversaria com o pai da vítima
 (3) Não se envolveria em problemas familiares
 (4) Teria medo de represálias por parte do agressor
 (5) Não saberia identificar com exatidão
 (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança
 (8) Conversaria com os colegas
 (9) Conversaria com a mãe da vítima
 (10) Teria medo de represálias por parte da família da vítima
 (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço
 (12) Não saberia como fazer

1.7 Notificaria algum órgão responsável?

- (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 2.1) (2) não (pule para a pergunta 1.8)

1.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?

- (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

II. Violência Sexual Doméstica

2.1 “Violência Sexual se configura como uma situação em que a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, com base em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência” (ABRÁPIA, 2004). Você já teve alguma suspeita da ocorrência de violência sexual doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 2.6)

2.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- (1) Conversou com o chefe imediato
 (2) Conversou com o pai da vítima
 (3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança
 (4) Não teve medo represálias por parte do agressor

- (5) Não soube identificar com exatidão
 (6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares
 (8) Conversou com colegas
 (9) Conversou com a mãe da vítima
 (10) Teve medo de represálias por parte da família.
- 2.3 Notificou algum órgão responsável?
 (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 2.5)
- 2.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 3.1)
 (1) acompanhou a situação da vítima
 (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho.
 (3) nunca mais viu a vítima
 (4) acredita ter cumprido sua função.
- 2.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 3.1)
 (1) Por medo de prejudicar a vítima
 (2) Por medo de represálias por parte da família.
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço.
 (4) Para não se envolver em problemas familiares.
 (5) Por medo de represálias do agressor.
 (6) Não sei como fazer.
- 2.6 Se suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de violência física doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?
 (1) Conversaria com o chefe imediato
 (2) Conversaria com o pai da vítima
 (3) Não se envolveria em problemas familiares
 (4) Teria medo de represálias por parte do agressor
 (5) Não saberia identificar com exatidão
 (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança
 (8) Conversaria com os colegas
 (9) Conversaria com a mãe da vítima
 (10) Teria medo de represálias por parte da família da vítima
 (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço
 (12) Não saberia como fazer
- 2.7 Notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 3.1) (2) não (pule para a pergunta 2.8)
- 2.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

III. Violência Psicológica

3.1 Entende-se por "comportamento de hostilidade verbal crônica, insultos, depreciação, crítica e ameaça de abandono, intimidação, condutas ambivalentes e imprevisíveis, situações ambíguas na comunicação (dupla mensagem), isolamento, proibição de participar em atividades com os pares, desvalorização da criança, bloqueio das iniciativas de iniciação infantil por parte de qualquer membro adulto do grupo familiar (rechaço das iniciativas de apego, exclusão das atividades familiares, negação de autonomia)" (Bringiotti, 2000). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência psicológica doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 3.6)

3.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- (1) Conversou com o chefe imediato
 (2) Conversou com o pai da vítima
 (3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança
 (4) Não teve medo de represálias por parte do agressor
 (5) Não soube identificar com exatidão
 (6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares
 (8) Conversou com colegas
 (9) Conversou com a mãe da vítima
 (10) Teve medo de represálias por parte da família.

3.3 Notificou algum órgão responsável?

- (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 3.5)

3.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 4.1)

- (1) acompanhou a situação da vítima
 (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho.
 (3) nunca mais viu a vítima

- (4) acredita ter cumprido sua função.
- 3.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 4.1)
- (1) Por medo de prejudicar a vítima
 - (2) Por medo de represálias por parte da família.
 - (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço.
 - (4) Para não se envolver em problemas familiares.
 - (5) Por medo de represálias do agressor.
 - (6) Não sei como fazer.
- 3.6 Se suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de violência física doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?
- (1) Conversaria com o chefe imediato
 - (2) Conversaria com o pai da vítima
 - (3) Não se envolveria em problemas familiares
 - (4) Teria medo de represálias por parte do agressor
 - (5) Não saberia identificar com exatidão
 - (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
 - (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança
 - (8) Conversaria com os colegas
 - (9) Conversaria com a mãe da vítima
 - (10) Teria medo de represálias por parte da família da vítima
 - (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço
 - (12) Não saberia como fazer
- 3.7 Notificaria algum órgão responsável?
- (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 4.1) (2) não (pule para a pergunta 3.8)
- 3.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?
- (1) Por medo de prejudicar a vítima
 - (2) Por medo de represálias por parte da família
 - (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço
 - (4) Para não se envolver em problemas familiares
 - (5) Por medo de represálias do agressor
 - (6) Não sei como fazer

IV. Negligência Doméstica

- 4.1 Entende-se por negligência doméstica "situações em que as necessidades físicas básicas da criança (alimentação, higiene, vestimenta, proteção e vigilância em situações potencialmente perigosas, segurança, cuidados médicos) não são atendidas temporal ou permanentemente, por nenhum membro do grupo que a criança convive" (Bringiotti, 2000). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência psicológica doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?
- (1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 4.6)
- 4.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)
- (1) Conversou com o chefe imediato
 - (2) Conversou com o pai da vítima
 - (3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança
 - (4) Não teve medo de represálias por parte do agressor
 - (5) Não soube identificar com exatidão
 - (6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
 - (7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares
 - (8) Conversou com colegas
 - (9) Conversou com a mãe da vítima
 - (10) Teve medo de represálias por parte da família.
- 4.3 Notificou algum órgão responsável?
- (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 4.5)
- 4.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 5.1)
- (1) acompanhou a situação da vítima
 - (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho.
 - (3) nunca mais viu a vítima
 - (4) acredita ter cumprido sua função.
- 4.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 5.1)
- (1) Por medo de prejudicar a vítima
 - (2) Por medo de represálias por parte da família.
 - (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço.
 - (4) Para não se envolver em problemas familiares.
 - (5) Por medo de represálias do agressor.
 - (6) Não sei como fazer.
- 4.6 Se suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de violência física doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?
- (1) Conversaria com o chefe imediato
 - (2) Conversaria com o pai da vítima
 - (3) Não se envolveria em problemas familiares
 - (4) Teria medo de represálias por parte do agressor
 - (5) Não saberia identificar com exatidão

- (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
- (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança
- (8) Conversaria com os colegas
- (9) Conversaria com a mãe da vítima
- (10) Teria medo de represálias por parte da família da vítima
- (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço
- (12) Não saberia como fazer

4.7 Notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 5.1) (2) não (pule para a pergunta 4.8)

4.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

V. Sinais de Violência

5.1 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo violência física doméstica? Cite três.

5.2 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo violência sexual doméstica? Cite três.

5.3 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo violência psicológica doméstica? Cite três.

5.4 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo negligência doméstica? Cite três.

VI. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e as Instituições

6.1 Na sua opinião qual o papel das Instituições abaixo no atendimento denúncias da violência doméstica contra as crianças e adolescentes, e as mesmas solucionam o problema?

Conselho Tutelar

Ministério Público

Juiz

6.2 Se você denunciou uma suspeita ou ocorrência de violência para alguma instituição, qual foi o retorno conseguido

- (1) Foi atendido imediatamente (4) Demorou para ser atendido
- (2) Não foi atendido (5) O resultado atendeu as suas expectativas
- (3) O resultado não atendeu as suas expectativas

VII. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e Formação Profissional

7.1 Na sua formação profissional você teve acesso a discussões sobre a responsabilidade de denúncia nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes?

- (1) Sim (2) Não discutido em nenhum momento (3) Não lembro (4) Não saberia dizer

VIII. Idade das Crianças e ou Adolescentes

9.1 No seu local de trabalho você atende crianças e adolescentes em que faixa etária: (assinale quantas alternativas julgar necessário).

- (1) 0 a 4 anos
- (2) 5 a 9 anos
- (3) 10 a 14 anos
- (4) 15 a 19 anos

Se você, desejar fazer alguma observação relacionada ao questionário ou ao assunto, por favor utilize o espaço abaixo:

ANEXO 5

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA UTILIZAÇÃO E ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO

Re: Autorização para adaptação do Instrumento de Notificação

8/5/2009

Dalva Rossi

Para Roselaine de Oliveira Giusto

De:

Enviada: sexta-feira, 8 de maio de 2009 15:52:07

Para: Roselaine de Oliveira Giusto (laineogiusto@hotmail.com)

Olá Roselaine, desculpe a demora em responder.

Parabéns pela pesquisa.

Sim pode utilizar o questionário. Solicito apenas a gentileza de indicar a fonte do questionário.

Se necessitar de algo mais, estou a disposição.

Abraço

Dalva Rossi

On Qua 29/04/09 16:12 , Roselaine de Oliveira Giusto laineogiusto@hotmail.com sent:

Prezada Professora Dra. Dalva Rossi,

Desejo inicialmente parabenizá-la por seu estudo de Doutorado devido ao excelente trabalho desenvolvido em sua tese.

Sou mestranda do programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob orientação da Profa Dra. Rachel de Faria Brino.

Em meu estudo trabalharei com agentes comunitários de saúde e sua concepção sobre família e violência. Por meio do levantamento bibliográfico realizado afim de verificar os instrumentos disponíveis na literatura da área, tive o privilégio de encontrar seu trabalho. Parabenizo mais uma vez pelos instrumentos utilizados e aproveito a oportunidade para solicitar a autorização de uma adaptação em seu instrumento denominado "Denúncia Doméstica contra crianças e adolescentes (procedimentos dos profissionais de saúde do setor público de Campinas)".

Justifico minha solicitação, devido ao público alvo e os objetivos que desejo trabalhar em minha dissertação.

Caso deseje, posso lhe enviar o instrumento adaptado.

Desde já agradeço a atenção.

Roselaine Giusto

Psicóloga

Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (UFSCar)

ANEXO 6

APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propq@power.ufscar.br - <http://www.propq.ufscar.br/>

CAAE 0053.0.135.000-09

Título do Projeto: Agentes Comunitários de Saúde e sua concepção sobre família e violência: conhecer para capacitar.

Classificação: Grupo III

Procedência: Departamento de Psicologia

Pesquisadores (as): Rachel de Faria Brino, Roselaine de Oliveira Giusto (orientanda)

Processo nº.: 23112.001890/2009-61

Parecer Nº. 193/2009

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 25 de junho de 2009.


 Prof. Dra. Cristina Paiva de Sousa
 Coordenadora do CEP/UFSCar

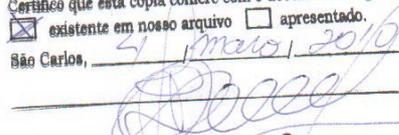


Universidade Federal de São Carlos
 Pró-Reitoria de Pesquisa

Certifico que esta cópia confere com o documento original.

existente em nosso arquivo apresentado.

São Carlos, 51 maio 2010


 Edson Luiz Rodrigues Cruz
 Assistente em Administração

ANEXO 7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Roselaine de Oliveira Giusto, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, orientada pela Profa. Dra. Rachel de Faria Brino, lhe convido para participar do meu trabalho de mestrado intitulado “Agentes Comunitários de Saúde e sua Concepção sobre Família e Violência: Conhecer para Capacitar”. Você foi selecionado por pertencer a uma população de interesse para esse estudo, cujo objetivo é identificar o conhecimento que os agentes comunitários de saúde possuem a respeito dos conceitos que envolvem a família, bem como quanto aos fatores de risco e proteção para a violência intrafamiliar e suas crenças quanto ao assunto. Sua participação consistirá em responder a um roteiro de entrevista com perguntas sobre esse tema e lhe será assegurada a liberdade de aceitar ou não participar, podendo interromper a participação a qualquer momento, sob qualquer condição, sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador, a UFSCar ou qualquer outra instituição envolvida. Está assegurado também seu direito de não responder perguntas frente às quais se sinta constrangido. Qualquer dúvida quanto aos procedimentos de pesquisa podem ser dirigidas a mim ou minha orientadora a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, e serão esclarecidas. Vale ressaltar que não haverá qualquer tipo de gasto financeiro, mas caso ocorra, haverá restituição. O risco relacionado com sua participação na pesquisa poderá ser o desconforto frente ao delicado assunto, visto que pode trazer lembranças de experiências vividas. Se necessário, um encaminhamento será feito para o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência da UFSCar, que conta com psicólogos e estagiários capacitados para o atendimento psicológico adequado. Contudo, a elaboração desse trabalho ocorreu de forma a minimizar a ocorrência de tal desconforto, pois as questões que constam do roteiro de entrevista foram elaboradas de forma a deixá-lo responder livremente, sem direcioná-lo ou pressioná-lo. Os benefícios que podem decorrer da participação na pesquisa podem ser o esclarecimento de questões que a literatura levanta e fornecer importantes subsídios para futuros projetos de capacitação. Os dados obtidos por meio dessa pesquisa são confidenciais e sua participação será mantida em sigilo. Além disso, a divulgação dos resultados dessa pesquisa será realizada de forma a evitar a sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo com o nome, o telefone e o endereço das pesquisadoras e poderá entrar em contato quando quiser para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Roselaine de Oliveira Giusto
Rua Antonio Cardoso, 889
Centro, Novo Horizonte – SP
(16) 3351-8745 ou (17) 9178-6678
laineogiusto@hotmail.com

Dra. Rachel de Faria Brino
Rua Jesus Blanco Nunes, 409
Jd Santa Maria, São Carlos - SP
(16) 3411-1074 ou (16) 9713-5737
brino@ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Por favor, preencha os campos abaixo:

Nome: _____

Telefone para contato: _____ E-mail: _____

Data de Nasc.: ____/____/____

- Aceito que a minha entrevista seja gravada em áudio, sendo que a gravação estará disponível para mim a qualquer momento, mesmo depois do fim da pesquisa.
- Não aceito que a minha entrevista seja gravada em áudio, mas aceito participar da pesquisa.

Assinatura do participante

ANEXO 8

**AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO
CUIDADO AMBULATORIAL**

Carta de Apresentação

São Carlos, 09 de Abril de 2009.

Este documento tem o objetivo de solicitar de Vsa autorização para que a psicóloga Roselaine de Oliveira Giusto, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, desenvolva uma pesquisa com os agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família intitulada sobre: “Agentes Comunitários de Saúde e sua Concepção sobre Família e Violência: Conhecer para Capacitar”, cujo objetivo é identificar a concepção que os agentes comunitários de saúde possuem a respeito dos conceitos que envolvem a família e seu papel frente ao desenvolvimento do indivíduo. Levantando, dessa forma, seus valores e crenças a respeito do funcionamento familiar e sua dinâmica, além de conhecer qual seu repertório de identificação de importantes fatores de risco e proteção para o desenvolvimento infantil.

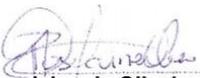
A pesquisa somente será iniciada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista e questionários a serem respondidos pelos profissionais na presença da pesquisadora. Visando não causar nenhum prejuízo ao profissional e a instituição, a entrevista deverá se realizar na própria Unidade de Saúde em horário previamente agendado.

A decisão em aceitar participar da pesquisa é exclusiva de cada profissional, que se concordar estará assinando um termo de consentimento e terá sua identidade mantida em sigilo.

Nosso compromisso é após o término da pesquisa, apresentar o resultado aos profissionais.

Desde já agradecemos sua atenção e colaboração e nos colocamos a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.


Roselaine de Oliveira Giusto
 Mestranda do Programa de Pós-Graduação e
 Educação Especial – UFSCAR


Prof. Dr.ª Rachel de Faria Brino
 Orientadora da Dissertação de Mestrado

AutORIZADO
 Quando do
 início dos trabalhos
 apresentar este
 documento para
 as(os) supervisoras(os) das
 Unidades