

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LYVIA MARIA TORRES MOURA DONATO

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**Campo Grande
2016**

LYVIA MARIA TORRES MOURA DONATO

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Cristina Brandt Nunes e coorientação da Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk.

Grupo de Pesquisa: Cuidado em saúde e enfermagem no ciclo vital da criança, adolescente, mulher e família.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Campo Grande
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Jaziel V. Dorneles – Bibliotecário/Documentalista – CRB1-2592)

- D677c Donato, Lyvia Maria Torres Moura.
Crianças e adolescentes em situação de violência :
representações sociais dos profissionais do Serviço de Atendimento
Móvel de Urgência / Lyvia Maria Torres Moura Donato. – Campo
Grande, MS, 2016.
88 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm
- Orientadora: Cristina Brandt Nunes.
Coorientadora: Maria Auxiliadora de Souza Gerk.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso
do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Campo
Grande, MS, 2016.
Inclui bibliografia.
Apêndice: [p. 89-109.]
1. Violência contra os adolescentes – Prevenção. 2. Crianças –
Maus-tratos – Prevenção. 3. Serviços médicos de emergência. 4.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. I. Nunes, Cristina
Brandt. II. Gerk, Maria Auxiliadora de Souza. III. Título.

CDD (22) 362.7

LYVIA MARIA TORRES MOURA DONATO

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Cristina Brandt Nunes e coorientação da Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerck.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito _____.

Campo Grande, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Presidente: Profa. Dra. Cristina Brandt Nunes – UFMS

Convidado: Profa. Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura – UnB

Convidado: Profa. Dra. Cássia Barbosa Reis – UEMS

Suplente: Enfa. Dra. Paula de Oliveira Serafin – UFMS/ HUMAP

Aos que lutam por um mundo onde o bem predomine sobre o mal.

A Deus, por permitir-lhes crer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e sempre, agradeço a Deus, minha inspiração, refúgio e fortaleza.

À minha família, Ana Beatriz Torres Donato e Miguel Torres Donato, por me emprestarem à pesquisa; Wellsio Alves Donato, pela paciência; Lylian Rodrigues Torres Ferrari, pelo cuidado; Daniel Torres Moura, pelo apoio emocional e psicológico; e, Valdir José Ferrari, pela motivação.

À minha orientadora, Cristina Brandt Nunes, por me acolher em sua casa, ensinar com sabedoria e amor, acreditar em minha competência e orar por mim.

À minha coorientadora, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, por colocar meus pés no chão, por ensinar com clareza e objetividade e por tornar a caminhada mais leve.

A Cássia Barbosa Reis, pelo auxílio e prestatividade.

À família SAMU 192 Estadual, pela compreensão e apoio.

Aos profissionais do SAMU 192 Campo Grande, pela receptividade e compartilhamento de experiências.

Aos professores do curso, pelos ensinamentos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana”

Carl Jung

RESUMO

A violência é um problema de saúde pública e deve ser enfrentado por meio da formulação de políticas e capacitação profissional. A violência que envolve crianças e adolescentes é um tema complexo de ser tratado pelos profissionais de saúde, e estes demonstram dificuldade em atuarem nesses casos. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um componente da Rede de Atenção à Saúde cuja finalidade é oferecer atendimento pré-hospitalar móvel a urgências na cena do agravo. Crianças e adolescentes em situação de violência que apresentam riscos de morte característicos de urgência podem ser atendidos pelo SAMU. O objetivo desta pesquisa é compreender as representações sociais dos profissionais do SAMU frente a violência contra crianças e adolescentes. É descritiva de abordagem qualitativa e utiliza a Teoria das Representações Sociais. Foi efetivada no município de Campo Grande/MS, por meio da realização de entrevista semiestruturada com 19 profissionais do SAMU e posterior análise e interpretação dos dados com a utilização do método do Discurso do Sujeito Coletivo. Possibilitou a caracterização dos profissionais e resultou em 11 DSC, distribuídos em quatro categorias, sendo: Concepções sobre a violência contra a criança e o adolescente; Visibilidade à violência; Sentimentos despertados frente à violência; Atendimento do SAMU a crianças e adolescentes em situação de violência. As concepções sobre o fenômeno relacionam-se a injustiças e a constatação do ocorrido como uma consequência de dinâmica sociofamiliar que expõe crianças e adolescentes ao risco de sofrerem violência. Evidencia-se a omissão e cumplicidade familiar no intuito de esconder o ocorrido, a oportunidade de identificar a situação pelo fato do serviço ir à cena e a consideração de que é por meio da notificação que se rompe a cadeia da violência. Os entrevistados sentem-se impotentes frente ao fenômeno, com pesar por quem sofreu o ato violento e, raiva, revolta e desejo de vingança pelo autor da violência. O atendimento do SAMU à tais casos, requer preparo técnico e emocional e exige humanização no cuidado e apoio intersetorial. Constata-se que os profissionais do SAMU são tecnicamente competentes, conscientes de seus deveres legais, éticos e morais e possuem reconhecimento pessoal e da população pelo desempenho do serviço. Salvar a vida de crianças e adolescentes em situação de violência é motivação para o enfrentamento das dificuldades. Entretanto, a formação dos profissionais de saúde não os capacita para realização de tais atendimentos, evidencia-se dificuldades em lidar com o tema, necessidade de capacitação para identificação dos sinais de violência, implementação de protocolo de notificação e desenvolvimento de ações de apoio emocional frente à tais situações.

Palavras-Chave: Violência; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência

ABSTRACT

Violence is a public health problem and should be addressed through the formulation of policies and vocational training. Violence involving children and adolescents is a complex issue to be treated by health professionals, and they demonstrate difficulty in acting in such cases. The Mobile Emergency Service (SAMU) is a component of the Health Care Network whose purpose is to provide mobile prehospital emergency in the scene of the incident. Children and adolescents in situations of violence that have risks of death characteristic of emergency can be met by the SAMU. The objective of this research is to understand the social representations of SAMU front of professionals violence against children and adolescents. It is descriptive qualitative approach and uses the Theory of Social Representations. It was carried out in the city of Campo Grande / MS, by conducting semi-structured interviews with 19 professionals SAMU and subsequent analysis and interpretation of data using the Collective Subject Discourse method. It enabled the characterization of professionals and resulted in 11 DSC, divided into four categories, namely: Conceptions about violence against children and adolescents; Visibility to violence; Feelings aroused to violence; Call SAMU to children and adolescents in situations of violence. The conceptions about the phenomenon relate to injustice and the realization of the event as a social-family dynamics consequently exposing children and adolescents to the risk of violence. Highlights the omission and complicity family in order to hide the fact, the opportunity to identify the situation because of the service to go to the scene and the consideration that it is through the notification that breaks the chain of violence. Respondents feel powerless against the phenomenon with grief for those who have suffered the violent act and, anger, anger and desire for revenge by the author of violence. The service SAMU to such cases, requires technical and emotional preparation and requires humanization of care and intersectoral support. it appears that SAMU professionals are technically competent, aware of their legal, ethical and moral duties and have personal recognition and the population for the performance of the service. Save the lives of children and adolescents in situations of violence is motivation to face the difficulties. However, the training of health professionals does not enable them to carry out such visits, it is evident difficulties in dealing with the issue, the need for training to identify signs of violence, notification protocol implementation and development of emotional support actions forward to such situations.

Key Words: Violence; Child Health; Adolescent Health; Nursing; Emergency Medical Services

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APH: Atendimento pré-hospitalar

ATSL: Advanced Trauma Life Support

CRS: Centro Regional de Saúde

CRU: Central de Regulação de Urgências

FAB: ferimento por arma branca

FAF: ferimento por arma de fogo

HAOC: Hospital Alemão Oswaldo Cruz

QTF: mensagem, notícia (Código Q)

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCE: Traumatismo Crânio-encefálico

USA: Unidade de Suporte Avançado

USB: Unidade de Suporte Básico

USI: Unidade de Suporte Intermediário

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PPS: Política Pública de Saúde

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RUE: Rede de Urgência e Emergência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	A criança e o adolescente em situação de violência	13
2.2	Os profissionais de saúde e a violência contra a criança e o adolescente: concepções, abordagem e atuação	20
2.3	O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a violência	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo Geral	24
3.2	Objetivos Específicos	24
4	ABORDAGEM METODOLÓGICA	25
4.1	Escolha do caminho metodológico	25
4.2	O referencial teórico	25
5	TRAJETÓRIA DA PESQUISA	27
5.1	Cenário da pesquisa	27
5.2	Período da pesquisa	27
5.3	Participantes da pesquisa	28
5.4	Amostra e saturação teórica	29
5.5	Coleta dos dados	29
5.6	Sistematização e análise dos dados	30
5.7	Questões éticas	31
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6.1	Caracterização dos participantes	32
6.2	Categorias e Discursos do Sujeito Coletivo	33
6.3	Concepções sobre a violência	34
6.3.1	DSC 1 - Concepções de violência contra a criança e ao adolescente	34
6.3.2	DSC 2 - Violência: uma consequência	39
6.3.3	DSC 3 – Violência contra o adolescente: esperado	44
6.4	Visibilidade à violência	48
6.4.1	DSC 4 – A violência escondida	48
6.5	Sentimentos despertados frente à violência	53
6.5.1	DSC 5 – Impotência frente à violência	53
6.5.2	DSC 6 – Transferência a familiares	58
6.5.3	DSC 7 – Sentimentos sobre o autor da violência	60
6.6	Atendimento do SAMU à crianças e adolescentes em situação de violência	63
6.6.1	DSC 8 – “A farda na balança”	63
6.6.2	DSC 9 – SAMU e vínculo	68
6.6.3	DSC 10 – Facilidades e dificuldades do atendimento	71
6.7	Rede de apoio ao atendimento às situações de violência	74
6.7.1	DSC 11 – Estratégia de enfrentamento da violência: trabalho em rede intersetorial	74
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS	89
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE	93

APÊNDICE D – SATURAÇÃO TEÓRICA	95
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA – PRÉ-TESTE	104
ANEXO 2 - CARTA DE ANUÊNCIA – SESAU CAMPO GRANDE	105
ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	106
ANEXO 4 – PARECER DO CEP - NOTIFICAÇÃO	107

1 INTRODUÇÃO

O termo violência diz respeito à noção de força, uso da superioridade física sobre o outro. O fenômeno é de causalidade complexa e relaciona-se a costumes e normas sociais que podem aprová-lo ou desaprová-lo, de acordo com épocas, locais e circunstâncias (BHONA; LOURENÇO; BRUM, 2011).

Crianças e adolescentes em situação de violência podem ser atendidos em qualquer local da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a atenção básica até setores terciários e de reabilitação. Na Rede de Atenção às Urgências (RUE), o componente assistencial móvel que oferece atendimento pré-hospitalar a casos graves no local da ocorrência é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Quando o telefonema é atendido na Central de Regulação de Urgências do SAMU, um médico regulador classifica o caso e, a partir daí, envia ou não uma viatura ao local. Se o caso for classificado como urgência, uma viatura se desloca para o atendimento. Partindo desse fluxo, observamos que os profissionais da equipe da viatura atuam em situações críticas, caracterizadas como urgências, que apresentam risco de morte da criança e/ou do adolescente em situação de violência.

O atendimento do SAMU é peculiar, quando comparado aos demais pontos de atenção da rede de saúde e da rede de urgências. A equipe que se desloca para o local da ocorrência possui o mínimo de informações acerca do caso e está fora de um ambiente protetor e acolher como as unidades de saúde. Pelo contrário, presenciam a cena aonde ocorreu o fenômeno “violência”. Nem sempre o solicitante verbaliza no telefonema que o agravo decorre de uma violência, por isso a ocorrência do fenômeno pode não ser um fato conhecido pelos profissionais que deslocam-se para o atendimento. Às vezes, além de ter que atuar na complexidade do fenômeno, o profissional depara-se com a presença do autor da violência na cena.

A possível falta de preparo dos profissionais de saúde pode causar sérias dificuldades na detecção dos casos de violência e/ou na atuação adequada destes profissionais ante tal situação. O contexto do atendimento dos profissionais do SAMU em casos de violência pode tornar-se ainda mais complexo ao incluirmos a tensão gerada pelo risco iminente de morte da criança e adolescente que sofreu violência, a possível presença do autor do ato violento, os riscos em que a equipe do SAMU está sujeita ao realizar o atendimento pré-hospitalar móvel e as percepções individuais sobre o fenômeno.

Os profissionais que atuam no SAMU devem ser capacitados para trabalhar em equipe com situações que demandam agilidade, eficácia, técnicas de urgência adequadas e, sobretudo equilíbrio emocional, pois as situações de emergência podem gerar insegurança e medo aos envolvidos.

Os atendimentos do SAMU a crianças e adolescentes em situação de violência contemplam situações críticas, classificadas como urgência e que a vítima não foi levada por outros meios a serviços fixos de atendimento à saúde. Portanto, representa parte da população que sofre o fenômeno, sendo exclusivamente detentoras de agravos críticos.

O interesse em estudar as representações sociais dos profissionais do SAMU sobre o fenômeno da violência surgiu durante a atuação profissional da pesquisadora, que frequentemente escutava narrativas de atendimentos realizados pelo referido serviço, que envolvem o fenômeno da violência. Tais narrativas trouxeram elementos para a construção da presente proposta de pesquisa.

O problema desta pesquisa está relacionado com as percepções e representações dos profissionais do SAMU diante dos casos de violência que envolvem crianças e adolescentes. A violência que envolve esta população vulnerável gera repercussões no cotidiano do serviço, que em forma de narrativas expõem empiricamente as manifestações das percepções no processo do atendimento à vítima.

O objeto de pesquisa desta pesquisa é o estudo da representação social da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva dos profissionais do SAMU.

Acreditamos que a problemática que envolve a criança e o adolescente em situação de violência e a atuação dos profissionais de saúde frente ao fenômeno gera percepções, sentidos, sentimentos, julgamentos e conceitos capazes de se manifestar na atuação dos profissionais do SAMU.

Há uma vasta produção científica acerca das percepções e representações dos profissionais da educação e de saúde no nível primário sobre a violência envolvendo crianças e/ou adolescentes. Porém, ainda não se encontram registros de pesquisas realizadas para identificar as percepções/representações dos profissionais envolvidos no atendimento de urgência do SAMU à criança e ao adolescente em situação de violência.

Sendo assim, buscamos nessa pesquisa, compreender as representações sociais dos profissionais do SAMU frente à violência contra crianças e adolescentes, para possibilitar a criação e o fortalecimento das políticas públicas em defesa dos direitos desta clientela, bem como o aprimoramento na formação destes profissionais na abordagem, identificação e construção do cuidado à crianças e adolescentes em situação de violência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A criança e o adolescente em situação de violência

A violência é um problema que precisa ser trabalhado interdisciplinarmente, inclusive pela saúde, pois necessita de intervenção do Estado e requer políticas públicas em sua defesa, visto o impacto que a violência causa na sociedade e nos seus serviços, tanto em termos de custo das ações de prevenção, do tratamento ou da promoção de uma política de paz (SALCEDO-BARRIENTOS *et al.*, 2011).

Friestino (2016), realizou um estudo de reflexão sobre as ações para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e ao adolescente mediante as políticas públicas de saúde no Brasil. Neste, descreveu que as mudanças na concepção do processo saúde-doença decorrentes da inclusão dos determinantes sociais de saúde, possibilitaram que as questões das violências passassem a ser consideradas não restritas a lesões, traumas e mortes acidentais, mas com o envolvimento de questões sociais mais amplas. Essas mudanças na concepção do processo saúde-doença permitiram progressos importantes nas políticas públicas sobre violência contra crianças e adolescentes.

A violência vem sendo reconhecida há muito tempo como um problema para os setores de justiça criminal e de defesa, e tem sido tema de diversas resoluções das Nações Unidas (ONU) desde 1986. O primeiro registro internacional sobre a definição e inclusão da violência como uma questão de saúde foi com o conceito de violência discorrido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1996 (WHO, 2014). A OMS conceituou violência como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2014, pg. 2).

Segundo Krug *et al.* (2002), a definição utilizada pela OMS associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito e exclui os incidentes não intencionais, como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais.

No Brasil, o marco de oficialização da violência como um problema que abrange a saúde, ocorreu em 2001 com a criação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Esta fundamenta-se nos princípios do SUS e norteia-se por diretrizes, entre as

quais encontra-se a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar (MINAYO, 2006).

Com a oficialização do fenômeno como um problema de saúde, pesquisadores como Andrade *et al.* (2011) passam a compreender que a violência envolvendo crianças e adolescentes representa uma importante questão de saúde pública, comprometendo o desenvolvimento dessa faixa etária e trazendo consequências para a vida adulta e para a sociedade em geral.

No decorrer da história, crianças e adolescentes apresentam registros do fenômeno violência, que ocorre de forma desordenada. Frente a isto, a sociedade é impactada, paralisa-se perante seu enfrentamento e tem dificuldades em proteger de modo efetivo a pessoa que sofre o ato violento (SIQUEIRA; ALVES; LEÃO, 2012).

Para sua proteção, o Estatuto da criança e do adolescente, publicado em 1990, prevê no artigo 5º que, nenhuma criança ou adolescente seja, objeto de violência (BRASIL, 2015), porém mesmo após sua criação, poucas ações foram desenvolvidas pelo setor saúde na proteção da criança. Esse cenário passa a mudar após a inclusão do fenômeno violência como sendo uma preocupação do setor saúde, conforme vemos na Figura 1 que traz um panorama geral de ações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) frente às questões das violências, em especial à crianças e adolescentes vitimizados.

Ano	Ações realizadas
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente
2001	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
2001	Notificação de Maus-Tratos contra Criança e Adolescente
2003	Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher
2004	Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde
2005	Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde, que potencializa medidas anteriores e reavalia seu caráter transversal e estratégico, que inclui a promoção da saúde como ferramenta de gestão.
2006	Implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências - VIVA, possibilitando conhecer a magnitude desses agravos tanto no âmbito de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, como vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares.
2008	O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS lança em parceria com outras entidades um documento apontando os desafios do enfrentamento da violência atual e propõe indicadores para monitoramento da atenção integral e proteção às pessoas que se encontram em situação ou risco de violência.
2010	Para monitoramento houve inclusão das violências, em âmbito nacional, na lista de doenças e agravos de notificações compulsórias, do Sistema de Notificações de Agravos - SINAN.
2011	Inclusão da especificação de "violência doméstica" na notificação compulsória de violência do SINAN.
2013	Reconhecimento às especificidades da violência em sua modalidade "sexual", formulada as Diretrizes para Atendimento de Vítimas de Violência Sexual, auxiliando o atendimento e a organização de fluxos de assistência.
2013	Criação do Estatuto da Juventude, voltado aos indivíduos com idade entre 15 e 29 anos de idade.

Figura 1. Políticas Públicas voltadas às questões de violência utilizadas no setor saúde, de acordo com o ano de criação

Fonte: Friestino (2016)

No mundo todo, registram-se anualmente mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas: auto-direcionada, interpessoal e coletiva, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global (WHO, 2014).

Existem vários conceitos e classificações da violência. Para este trabalho, utilizou-se os conceitos seguidos pelo Ministério da Saúde, visto que são os conceitos utilizados pelos serviços públicos de saúde do Brasil, são de conhecimento dos participantes da pesquisa, e também utilizados na notificação da violência.

A violência é classificada segundo tipo e natureza. Os tipos de violência são denominados: pessoal, interpessoal ou coletiva. A natureza da violência é diversa e denota a forma como ocorre, pode ser de origem física, sexual, psicológica, e/ou, relacionada à privação ou abandono (DAHLBERG; KRUG, 2007).

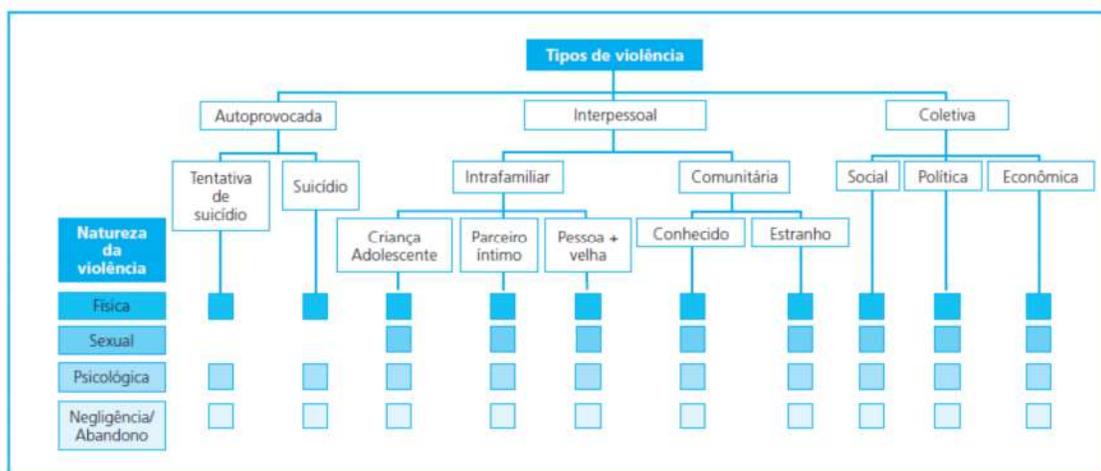


Figura 2. Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes
 FONTE: KRUG *et al.* (2002)

A violência pessoal é conhecida como autoprovocada ou contra si próprio e envolve o comportamento suicida (tentativa de suicídio) ou o suicídio propriamente dito (BRASIL, 2010).

Moreira; Bastos (2015) estudaram pesquisas de diversos países sobre a prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência. Neste estudo, evidenciaram que a ideação suicida é um problema global, pois a prevalência desta nos diferentes países não constituem diferenças significativas. Os fatores que influenciam tal fenômeno são: histórico de suicídio na família, transtornos mentais, exposição à violência, conflitos familiares e abuso de álcool e drogas. Evidencia-se ainda um crescimento na ocorrência de suicídio na adolescência, com consequências negativas para a família e para o meio social.

Segundo dados obtidos por meio do sistema de informações de agravos de notificação - SINAN NET (2016), que monitora as informações dos agravos de notificação no país, o estado de Mato Grosso do Sul, em 2015, apresentou 29 notificações de lesão autoprovocada em crianças de zero a nove anos, destas 28 (96,55%) foram oriundas de Campo Grande. Com relação à prevalência de lesão autoprovocada em adolescentes de 10 a 19 anos, no estado houve 256 notificações no referido período, sendo 193 (75,39%) oriundos da capital, Campo Grande (TABELA 1).

Tabela 1 – Notificações de Violências em Mato Grosso do Sul no ano de 2015

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA - ANO 2015	MS	CG	% CG/MS
Violência de 0 a 9 anos	349	80	22,92%
Violência de 10 a 19 anos	288	161	55,90%
Violência Sexual de 0 a 9 anos	29	15	51,72%
Violência Sexual de 10 a 19 anos	78	31	39,74%
Violência Psicológica e Moral de 0 a 9 anos	16	9	56,25%
Violência Psicológica e Moral de 10 a 19 anos	178	80	44,94%
Lesão autoprovocada de 0 a 9 anos	29	28	96,55%
Lesão autoprovocada de 10 a 19 anos	256	193	75,39%
Violência Física de 0 a 9 anos	58	30	51,72%
Violência Física de 10 a 19 anos	143	56	39,16%
Ocorreu outras vezes de 0 a 9 anos	75	56	74,67%
Ocorreu outras vezes de 10 a 19 anos	71	34	47,89%
Abandono ou negligência de 0 a 9 anos	244	219	89,75%
Abandono ou negligência de 10 a 19 anos	433	383	88,45%
TOTAL	2247	1375	61,19%

FONTE: SINAN NET (2016)

A violência interpessoal ocorre na interação entre as pessoas e são caracterizadas por relações de poder com uso de prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, que costumam produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte (MINAYO, 2009).

É reconhecida como uma questão global de saúde pública que pode ser abordada por meio de intervenções baseadas em evidências. A evidência quantitativa com a utilização da vigilância prospectiva é importante para o desenvolvimento de ações de prevenção de lesões e associada a outras fontes e tipos de dados é possível desvendar as causas e as possíveis soluções no combate a este fenômeno (SCHUURMAN *et al.*, 2015).

Esse tipo de violência é composto por violência intrafamiliar e violência comunitária.

A violência intrafamiliar são formas agressivas da família se relacionar. Ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais, atinge pessoas de maior fragilidade física e emocional, e utiliza da violência como solução de conflitos e estratégia de educação. Subdivide-se ainda em ocasionada por criança ou adolescente, parceiro íntimo, ou, pessoa mais velha (BRASIL, 2010).

Também chamada de violência doméstica, é um fenômeno universal que ocorre há séculos e formou uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos (MINAYO, 2009).

Valente *et al.* (2015), em estudo realizado em Curitiba, cujo objetivo era avaliar a prevalência de lesões físicas que ocorrem em contextos domésticos e relatados à Rede de Proteção à Criança e Adolescente, concluíram que o abuso físico ocorre independente do sexo da vítima e os pais são os principais agressores. Consideram necessário, um esforço da equipe para combater a violência com o incentivo das notificações de suspeita de casos de abuso.

A violência comunitária, é praticada entre indivíduos sem laço de parentesco, conhecidos ou desconhecidos, por meio de pessoas em atos de violência gratuitos e as cometidas em instituições públicas ou privadas. (BRASIL, 2010).

A violência coletiva, cometida por grandes grupos ou pelo Estado, é qualquer ato de distinção, exclusão ou restrição que pretenda anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais da vida pública. Pode ser de cunho social, político ou econômico (BRASIL, 2010).

A violência de natureza física é todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2004).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde, e é praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Pode envolver também a síndrome do bebê sacudido e a síndrome de Münchausen por procuração.

Valente *et al.* (2015), evidenciaram uma elevada prevalência de lesões (principalmente hematomas) que atingem cabeça e pescoço, fato facilmente observado pelos profissionais de saúde que, devem estar atentos a essas lesões, visto seu potencial de relacionar-se à violência física.

Em 2015, Mato Grosso do Sul, notificou 58 casos de violência física em crianças de zero a nove anos, destas 30 (51,72%) foram oriundas de Campo Grande. Com relação às

adolescentes de 10 a 19 anos, foram notificados 143 casos de violência sexual no estado, destes 56 (39,16%) foram oriundos de Campo Grande. (TABELA 1).

A violência de natureza sexual é a utilização de uma pessoa para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (MINAYO, 2009).

É predominantemente doméstica, especialmente na infância, os principais perpetradores são os companheiros das mães, seguidos pelos pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas (BRASIL, 2010).

A exploração sexual de crianças e adolescentes é uma forma de violência que se caracteriza pela utilização sexual com fins lucrativos. Vários fatores propiciam ou mantêm essa situação, sendo um deles a omissão dos profissionais (TRABBOLD et al., 2016)

Mato Grosso do Sul, em 2015, apresentou 29 notificações de violência sexual em crianças de zero a nove anos, destas 15 (51,72%) foram oriundas de Campo Grande. Com relação às notificações de violência sexual em adolescentes de 10 a 19 anos, no estado houve 78 notificações no referido período, sendo 31 (39,74%) ocorridos na capital. (TABELA 1).

A violência de natureza psicológica são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Pode causar baixa autoestima, que em crianças e adolescentes, pode associar-se à formação de personalidades vingativas, depressivas e a desejos, tentativas ou mesmo execução de suicídios (MINAYO, 2009).

Inclui em violência psicológica, testemunhos de violência, Síndrome da alienação parental, assédio moral no trabalho, bullying e trabalho infantil (BRASIL, 2010)

Foram notificados 16 casos de violência psicológica no ano de 2015 em Mato Grosso do Sul, destes nove (56,25%) foram de Campo Grande. Com relação a adolescentes de 10 a 19 anos, houve 178 notificações no estado, sendo que, destas 80 (44,94) foram da capital, Campo Grande.

A violência de natureza relacionada à privação de cuidados ou abandono, também conhecida por negligência, é caracterizada pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados. Em crianças e adolescentes, geralmente os expõem a maus-tratos, desnutrição, atraso escolar, comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida, como queimaduras, atropelamentos, ingestão de produtos de limpeza, abusos sexuais, dentre outros (MINAYO, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) considera que a negligência não está vinculada às circunstâncias de pobreza e o abandono representa sua forma mais grave.

A negligência é a principal forma de maus-tratos, constituindo-se como um problema de ordem social grave, mesmo não tendo uma visibilidade expressa na sociedade nem políticas públicas específicas para o seu combate (NUNES; SALES, 2016).

Com relação a situações de negligência, Mato Grosso do Sul, em 2015, notificou 244 em crianças de zero a nove anos, destas 219 (89,75%) foram oriundas de Campo Grande. Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, no estado houve 433 notificações no referido período, sendo 383 (88,45%) oriundos de Campo Grande (TABELA 1).

Assim como verifica-se no estado de Mato Grosso do Sul, Martins; Jorge (2009) em estudo sobre o perfil epidemiológico da violência contra menores de 15 anos residentes em Londrina/Paraná/Brasil evidenciou o predomínio da violência física, negligência e violência sexual. Além disso, as violências ocorriam predominantemente na residência da vítima, por um a dois anos antes da notificação, e com reincidência em 10,6% casos de violência. O estudo evidenciou a necessidade de investimentos na prevenção e no aprimoramento da notificação.

No contexto desse estudo, segundo o SINAN NET (2016), em 2015, Mato Grosso do Sul, apresentou como a principal notificação de violências para a população adolescente, a negligência. Em sua capital, Campo Grande, esta também foi a natureza da violência mais notificada no referido ano (TABELA 1).

Tomando por base as proporções de violência, na relação cidade/estado, Campo Grande é a cidade do estado de Mato Grosso do Sul (MS) com maior número de lesões autoprovocadas em crianças de zero a nove anos em que 96,55% das notificações destas lesões nessa faixa etária são de Campo Grande/MS. Em seguida, evidencia-se que 89,75% das notificações de negligência para a mesma faixa-etária são desta capital (TABELA 1).

Com relação aos adolescentes, Campo Grande emitiu 88,45% das notificações dos casos de negligência do estado MS à pessoas de 10 a 19 anos no ano de 2015 e 75,39% das notificações dos casos de lesões autoprovocadas para a referida faixa etária (TABELA 1).

Com relação à recidiva de violência, 74,67% das notificações de crianças que foram violentadas mais de uma vez no estado MS estão em Campo Grande, e, na mesma situação encontram-se os adolescentes, em proporção de 47,89%, ou seja 47,89% das notificações de adolescentes que sofreram recidivas de violência são oriundas dessa capital (TABELA 1).

Gawaryszewsky *et al.* (2008), em estudo realizado nos 26 estados e no Distrito Federal sobre as características das lesões de casos relacionados à violência atendidos em

departamentos de emergência, expõem que os atos violentos têm-se constituído numa grande preocupação para a sociedade brasileira, visto que tais atos frequentemente se encontram associados com a desigualdade econômica que impedem o desenvolvimento social saudável de crianças e adolescentes, e dessa forma, contribui para as ocorrências de violência.

2.2 Os profissionais de saúde e a violência contra a criança e o adolescente: concepções, abordagem e atuação

Andrade *et al.* (2011) estudaram a visão dos profissionais de saúde de unidades básicas de saúde de Embu/SP em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes. No estudo, expõem que os profissionais de saúde desempenham um papel importante na identificação, tratamento, encaminhamento de casos e na denúncia. Em contrapartida, concluíram que no quesito “detecção”, a população e os profissionais de saúde não detectam facilmente a questão da violência, o que é atribuído à noção de valores e crenças.

Gonçalves; Ferreira (2002) realizaram um relato de suas experiências no Ambulatório da Família do Instituto de puericultura e pediatria Matagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nesse estudo, os autores expõem que muitos profissionais de saúde não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticar a violência com acurácia, sendo ainda sua identificação carregada de muitas incertezas.

Corroborando com esta questão, Matias; Nascimento; Alchieri (2013) ao referirem que os profissionais de saúde não apresentam trabalho específico de abordagem e intervenção e mantêm um modelo de atenção pautado em práticas imediatistas e curativas.

Moreira *et al.* (2014) consideram que os profissionais de saúde apresentam fragilidades e limitado preparo para lidar com violência, constituídos pela concepção dos profissionais sobre a violência e suas causas, as ações desenvolvidas (ou não), a relação com a família e a articulação com a rede intersetorial.

Nunes; Sarti; Ohara (2008), em estudo realizado em uma unidade de saúde da família de Campo Grande/MS, cujo objetivo era compreender as concepções que os profissionais de saúde tinham sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, constataram que as atitudes dos profissionais de saúde frente à violência intrafamiliar estão relacionadas a suas concepções sobre a questão, e frequentemente relaciona-se percepções sobre a violência e suas manifestações.

Segundo Day *et al.* (2003), os profissionais da saúde em muitas ocasiões mantêm posição de desinformados, indiferentes, têm atitudes de negação e temor em relação à violência doméstica.

Lima *et al.* (2009), em estudo sobre as concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde em Porto Alegre/RS, evidenciam que a violência se configura como uma questão desafiadora para profissionais e gestores dos serviços de saúde, que demanda a construção de novas compreensões para a qualificação dos processos de trabalho e das práticas profissionais.

A formação dos profissionais de saúde deve contemplar a assistência à criança e ao adolescente em situação de violência, visando o cumprimento das responsabilidades profissional, legal e moral. Se consolidada dessa forma, pode contribuir para que a prática cotidiana dos profissionais de saúde apresente menos dificuldades na realização de intervenções efetivas nos casos de violência contra a criança (MARTINS; JORGE, 2010; ANDRADE *et al.* 2011).

Amaral *et al.* (2013), em pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, sobre os significados do cuidado atribuídos por profissionais na atenção a crianças vítimas de maus tratos, com 14 profissionais em uma unidade pediátrica de hospital de Fortaleza/CE, consideram que o cuidar de crianças vítimas de violência constitui um desafio para os profissionais de saúde dos serviços de emergência, por envolver aspectos biopsicossociais que ultrapassam a lesão corporal propriamente dita e despertar sentimentos e emoções que surgem conforme suas concepções, saberes e formação como pessoas.

Após o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública e dos tipos e natureza que o fenômeno pode apresentar-se, é necessário que o profissional identifique a violência no contexto de sua atuação, o que exige destes percepções sobre o fenômeno.

De acordo com a OMS (2014), a melhor representação da magnitude do problema é uma pirâmide, composta em seu topo por mortes violentas, resultado mais visível de comportamentos violentos registrados em estatísticas oficiais. No meio da pirâmide encontram-se os casos de violência que chegam ao conhecimento de autoridades da área da saúde, cujas vítimas recebem alguma forma de atendimento emergencial como o atendimento do SAMU, médico-legal ou outros cuidados. E em sua base, encontram-se atos de violência captados em pesquisas de base populacional – atos que talvez nunca sejam relatados a autoridades da área da saúde ou de outras áreas, que precisam ser reconhecidas pelos profissionais e sociedade (FIGURA 3).

O SAMU é um serviço emergencial e, portanto, encontra-se no meio da pirâmide. Seus atendimentos à criança e ao adolescente em situação de violência podem apresentar dificuldades relacionadas à percepção do fenômeno, os sentimentos gerados por este e seu enfrentamento.



Figura 3: Pirâmide de conhecimento dos casos de violência

Fonte: própria

2.3 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a violência

A Portaria GM/MS n. 2048 de 5 de novembro de 2002, instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, justificado pela necessidade de organização das ações e pelo crescimento da demanda por serviços de urgência e emergência devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, entre outras causas. Esta portaria prevê a implantação do componente pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2003).

Em seguida, foram instituídos em 29 de setembro de 2003, por meio da Portaria GM/MS n. 1863, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e, por meio da Portaria GM/MS n. 1864, o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências: o SAMU-192. As referidas portarias foram subsidiadas pela Portaria n. 2048/2012 e pelo quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, inclusive dos relativos ao trauma e à violência (BRASIL, 2003).

A violência representou um fator importante para a criação e instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências e do SAMU-192, sendo citada nas referidas portarias, como:

- justificativa e prerrogativas para a elaboração de tais, devido ao aumento dos casos de violência com forte impacto de morbimortalidade sobre o SUS e o conjunto da sociedade;
- um agravo pertencente ao perfil epidemiológico e pertencente a um dos sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde;
- um agravo que deve receber atendimento que garanta a universalidade, equidade e integralidade;
- um agravo que exige a implementação e registros nos bancos de dados do SAMU;
- um agravo que exige o estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

O SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte. O atendimento ocorre mediante o envio de viaturas tripuladas por equipe capacitada. É acessado por meio do número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (BRASIL, 2012).

O serviço destina-se ao atendimento de urgências e emergências a pacientes de qualquer faixa etária e fora do espaço tradicional de atenção à saúde (COSTA; MIRANDA; SOUZA, 2013).

O SAMU é considerado um componente importante para o atendimento às urgências que envolvem violência. Minayo; Deslandes (2009) em pesquisa realizada em cinco capitais do país (Rio de Janeiro, Recife, Manaus, Curitiba e Brasília) sobre a análise dos êxitos e problemas na aplicação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência destaca sobre o componente pré-hospitalar que a entrada do SAMU nas cidades onde o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e do atendimento feito por médicos nas ambulâncias foi um ponto positivo na implementação da referida política.

A estratégia da Vigilância Epidemiológica faz o monitoramento das notificações os dados em atendimentos de urgência e emergência visando identificar as características de vítimas e agressores, para oferecer informações úteis na proposição de intervenções e medidas de prevenção. Neste monitoramento observa-se que a maioria dos casos de atendimentos de urgência e emergência na infância são evitáveis e a orientação dos familiares, cuidadores e educadores pode ser uma medida simples que visa a evitar tais ocorrências (MALTA *et al.*, 2015). Portanto, os casos atendidos pelo SAMU, são em sua maioria, evitáveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Compreender as representações sociais dos profissionais do SAMU frente à violência contra a criança e o adolescente.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever como acontece o atendimento do SAMU à criança e ao adolescente em situação de violência.
- Identificar os fatores que influenciam o atendimento das ocorrências que envolvem crianças e adolescentes em situação de violência.

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1 Escolha do caminho metodológico

Como descrito na introdução deste trabalho, a inquietação em estudar a violência contra a criança e ao adolescente no âmbito do SAMU surgiu pelas constantes observações da pesquisadora em sua atuação profissional, em que notava as repercussões da violência nas equipes do referido serviço, mas não encontrava respostas para os questionamentos sobre o fenômeno.

Partindo do estudo e aprendizado sobre teorias e métodos, na busca de encontrar algo que respondesse as questões norteadoras traduzidas nos objetivos desse estudo, a abordagem qualitativa apresentou-se como a ideal.

Sendo assim, a presente pesquisa é descritiva de abordagem qualitativa. Este tipo de estudo trata das relações, representações, percepções e opiniões relacionadas ao que as pessoas vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

4.2 O referencial teórico

O estudo utiliza o referencial teórico, a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici. Esse conceito foi introduzido em seu estudo sobre como a psicanálise penetrou o pensamento popular na França (MOSCOVICI, 2015).

O referencial da TRS permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos são compreendidos pelos indivíduos e grupos, e como o conhecimento construído sobre estes fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos. (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011, p. 948)

Dois processos geram a TRS: objetivação e ancoragem. A objetivação é um processo que “une a idéia de não familiaridade com a de realidade [...] é reproduzir um conceito em uma imagem”. A ancoragem é um processo que “transforma algo estranho e perturbador [...] em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma que nós pensamos ser apropriado [...] é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa” (MOSCOVICI, 2015, p. 61; 71).

Com o intuito de excluir viés no pensamento ou percepção, a TRS exclui a ideia do pensamento ou percepção que não possua ancoragem (MOSCOVICI, 2015).

As representações podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica e política de transformação, pois retratam e refratam a realidade (MINAYO, 2014).

Wachelke e Camargo (2007) em estudo sobre o entendimento global acerca da teoria e do fenômeno das representações sociais e da relação entre indivíduo e grupo na teoria concluem que o crescimento da adoção da teoria em diversos contextos internacionais demonstra que ela é bem sucedida como recurso científico, pois permite o alcance dos objetivos propostos.

Dessa forma, respeitando os rigores científicos e no intuito de alcançar os objetivos propostos, o estudo buscou encontrar as representações sociais sobre o tema crianças e adolescentes em situação de violência nos discursos dos profissionais do SAMU do município de Campo Grande.

5 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

5.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no SAMU de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste.

Campo Grande é a maior cidade de Mato Grosso do Sul e localiza-se exatamente no centro deste estado. Segundo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 sua população era de 786.797 habitantes, estima-se que em 2015 alcançou 853.622 habitantes. É referência estadual em prestação de serviços nos setores de comércio, educação e saúde, incluindo o atendimento do SAMU à todo tipo de urgência causada por qualquer tipo de agravo a saúde (IBGE, 2016).

O SAMU Campo Grande foi habilitado em 27 de abril de 2005 por meio da Portaria Ministerial nº 622 (BRASIL, 2005). Funciona 24 horas por dia regulado pela Central de Regulação de Urgências, a qual classifica e prioriza as necessidades de assistência em urgência e ordena o fluxo efetivo das referências e contrarreferências de forma ininterrupta (BRASIL, 2012). Atualmente, o serviço conta com 14 ambulâncias, sendo que nove são Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), duas são Unidades de Suporte Intermediário Terrestre (USI) e três são Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

A USB é tripulada por um condutor de veículo de urgência (motorista-socorrista) e por um técnico de enfermagem. A USI é tripulada por um motorista-socorrista e um enfermeiro. A USA é composta por um motorista-socorrista, um enfermeiro e um médico, conforme regulamenta a Portaria Ministerial nº 1010/2012 (BRASIL, 2012).

O SAMU Campo Grande oferece atendimento a uma cobertura populacional de 805.622 cidadãos, conforme descrito no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que organiza de forma hierárquica e regional os serviços de saúde afim de garantir a equidade e acessibilidade da população aos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2015).

5.2 Período da pesquisa

Os dados desta pesquisa foram coletados entre os meses de setembro/2015 a dezembro/2015.

5.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais do SAMU Campo Grande de nível superior: enfermeiros e médicos, e de nível médio: técnicos de enfermagem, que tiveram a experiência em atender criança e adolescente em situação de violência no SAMU. Os motoristas-socorristas não participaram da pesquisa, visto que oficialmente não possuem formação profissional na área da saúde, são profissionais não oriundos da saúde que possuem curso de socorrista.

A experiência em atender criança e adolescente em situação de violência no SAMU era necessária para que as contribuições dos participantes alcançassem os objetivos propostos pela pesquisa. Para tal, era incluída nesta, toda experiência em atendimento realizado pelo SAMU à agravo decorrente de atos violentos intencionais e que envolveram crianças e adolescentes, independentemente do tipo e/ou natureza da violência. Não fizeram parte, as experiências em atender ocorrências envolvendo violência no trânsito, que culminam em acidentes.

A pesquisa utilizou o referencial da Organização Mundial de Saúde (OMS) que estabelece a delimitação da faixa etária de crianças e adolescentes, em que criança é a pessoa na faixa etária de zero a nove anos e, adolescente é a pessoa na faixa etária entre 10 a 19 anos (BRASIL, 1996).

Durante o período de coleta de dados, o serviço contava com uma escala mensal composta por 120 profissionais, sendo: 35 médicos, 26 enfermeiros e 59 técnicos de enfermagem. Não fizeram partiram da pesquisa os profissionais que não viveram a experiência descrita acima e que estiveram de licença médica, licença maternidade ou de férias no período da coleta de dados.

Primeiramente foi verificada a possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa por meio dos pedidos de socorro atendidos pela central, porém tal dado não foi disponibilizado.

Em seguida, foi solicitado o contato telefônico de todos os profissionais do serviço e contatado um a um pela pesquisadora para verificar se tais profissionais cumpriam os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Cumpriam os critérios 21 profissionais, sendo estes: 12 enfermeiros, três médicos e seis técnicos de enfermagem. Com estes foi verificada a disponibilidade em participarem da pesquisa e dos 21 profissionais, dois técnicos de enfermagem recusaram-se a serem entrevistados. Sendo assim, 19 profissionais cumpriram os critérios exigidos no estudo.

5.4 Amostra e saturação teórica

Dada a abordagem do estudo, a amostra foi por conveniência, não probabilística, e a escolha do número de participantes seguiu o critério de saturação teórica, ou seja, quando as informações das entrevistas dos profissionais começaram a se repetir a coleta foi finalizada.

A amostragem por saturação é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A interrupção dá-se quando se constata que novos elementos não se desprendem do campo da pesquisa, isso significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados (FONTANELLA *et. al.*, 2011).

Esse processo se deu pelo cumprimento dos passos procedimentais sugeridos por Fontanella *et.al.* (2011). Para identificar a saturação teórica, o destaque de expressões-chaves e idéias centrais foi realizado após cada leitura de entrevista, desde o início da coleta de dados.

Apesar de atingida a saturação na 14^a entrevista, a pesquisadora continuou a coleta de dados, visto a discrepância na quantidade de profissionais por categoria, concluindo a coleta com todos os que cumpriram os critérios e aceitaram participar da pesquisa, um total de 19 participantes, sendo: 12 enfermeiros, três médicos e quatro técnicos de enfermagem (APÊNDICE D).

5.5 Coleta dos dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista, com um roteiro semiestruturado de questões (APÊNDICE A). Para tal foi realizado pré-teste para validação do instrumento no SAMU 192 Estadual Corumbá, precedido pela autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS (ANEXO 1). Na realização do pré-teste foi lido o TCLE construído para devido fim (APÊNDICE C). Para seleção de tais participantes foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa.

Verificado que o instrumento de coleta de dados alcançava os objetivos do estudo, os dados foram coletados com a amostra de participantes da pesquisa por meio da entrevista.

Para Minayo (2014), a entrevista é uma conversa com finalidade, que fornece dados que se referem diretamente à reflexão do indivíduo entrevistado sobre a realidade que vivencia, constituindo uma representação da realidade. Quando semi-estruturada, apesar de

obedecer a um roteiro utilizado pelo entrevistador, permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender a indagação formulada.

As entrevistas foram realizadas perante o aceite dos participantes, sendo que os mesmos foram informados sobre a finalidade, os objetivos, o método, os benefícios, riscos, relevância e sigilosidade da pesquisa.

Precedendo o início de cada entrevista foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e em seguida explicado e discutido o seu conteúdo com o entrevistado. Foi solicitado que lessem, entendessem e assinassem o TCLE em duas vias, permanecendo uma com o participante e a outra com a pesquisadora. Os participantes da pesquisa tiveram a opção de desistir da participação voluntária a qualquer momento do estudo sem qualquer dano a sua pessoa.

Os participantes escolheram o local, data e horário mais convenientes e privativos para as entrevistas. Os locais destinados para a entrevista eram privados e reservados para tal, de forma que não houvesse interrupções e constrangimentos de entrada e saída de pessoas.

As entrevistas foram gravadas, mediante o aceite dos participantes e, após isso, transcritas na íntegra, para análise. As gravações foram utilizadas exclusivamente para a pesquisa, permanecerão com a pesquisadora por cinco anos e, depois de decorrido este tempo, serão descartadas.

5.6 Sistematização e análise dos dados

Transcritas as entrevistas, foram realizadas leituras aprofundadas destas e utilizado para organização e análise dos dados, o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefrève e Lefrève (2003), o qual segundo os autores é uma forma de fazer a coletividade falar diretamente.

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal. Consiste em analisar o material verbal coletado extraindo-se as ideias centrais (IC) ou ancoragens (AC) para se compor os discursos-sínteses (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003). Essa pesquisa se utilizou da extração e análise das ideias centrais e ancoragens para se compor o DSC e cumpriu as etapas estabelecidas que são:

- a) Destaque das expressões-chaves (EC) das IC e das expressões-chaves das AC
- b) Identificar as IC e AC
- c) Identificar e agrupar as IC e AC com o mesmo sentido

- d) Etiquetar as IC e AC de mesmo sentido
- e) Denominar cada grupo com expressões que revelem o sentido das IC e AC
- f) Construção do DSC com o processo de discursar as EC de cada grupo separadamente

Sendo assim, após as leituras, trechos das entrevistas que apresentavam conteúdo significativos foram destacados, o que se chama expressões-chaves (a). Nestas se identificaram as IC (b). As expressões-chaves que tinham IC semelhantes foram agrupadas em quadros (c). Portanto, cada quadro continha EC e IC correspondentes. Em seguida, cada grupo de EC com IC semelhantes dos quadros, recebeu uma expressão/nome que revelavam o sentido conjunto das IC (d) (e). Por fim, as EC de cada grupo foram unidas e aplicou-se o processo de discursar, originando os DSC.

Para Lefrève; Lefrève; Marques (2009), o DSC é um conjunto de artifícios destinados a permitir que o pensamento coletivo, enquanto realidade empírica, se auto-expresse, ou se auto-organize, viabilizando o resgate das representações sociais sob a forma de discursos de sujeitos coletivos.

Duarte; Mamede; Andrade (2009) em estudo que apresentam a TRS e o DSC como opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas, concluíram que a utilização do DSC em pesquisas fundamentadas na TRS permite maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo dos dados e a produção de dados de alta qualidade.

Para Figueiredo; Chiari; Goulart (2013) o DSC representa uma mudança nas pesquisas qualitativas por utilizar de método científico para se conhecer representações, crenças e valores de uma coletividade.

5.7 Questões éticas

Para a realização da pesquisa foi recebida a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS (ANEXO 2).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país (BRASIL, 2013). Teve sua aprovação com o protocolo CAAE n. 39404614.2.0000.0021, parecer n. 1.006782 em 31 de março de 2015 (ANEXO 3).

Após aprovação, encaminhou-se uma notificação ao CEP/UFMS, em que solicitou-se a alteração do título, objetivo geral, metodologia e TCLE, com inclusão de pré-teste. Esta foi aprovada em 16 de julho de 2015, sob o protocolo nº 1.151.363/2015 (ANEXO 4).

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Caracterização dos participantes

Participaram desta pesquisa 19 profissionais do SAMU CG, sendo três médicos, 12 enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem.

A idade média dos profissionais foi de 35 anos e a variação para a categoria médico foi 28 a 40 anos, para categoria enfermeiro 28 a 40 anos e, para a categoria técnico de enfermagem 27 a 52 anos.

O sexo predominante dos profissionais foi o feminino em todas as categorias, exceto entre os médicos, em que predominaram profissionais do sexo masculino.

A maioria dos profissionais são casados e vivem com cônjuge, com exceção dos técnicos de enfermagem em que predominam divorciados.

A maioria dos profissionais (14) tem em média um a dois filhos com idade mínima de um ano e máxima de 28 anos.

Todos os médicos atuam na viatura USA, nove enfermeiros atuam na USA e USI, três enfermeiros atuam somente na USA e todos os técnicos de enfermagem atuam na USB.

Todos os médicos e enfermeiros tiveram sua formação de graduação na UFMS e possuem pós-graduação em diversas áreas, sendo:

- Mestrado em Enfermagem;
- Residências em Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Urologia;
- Especializações em: Urgência e Emergência, Saúde Pública, Administração Pública, Administração Hospitalar, Acupuntura, Hipnose Clínica, Psicologia Hospitalar, Metodologia do ensino, Enfermagem do trabalho, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, Gerenciamento de unidades hospitalares.

A maioria dos técnicos de enfermagem (três) tiveram sua formação no Curso Oswaldo Cruz (COC). Além do curso técnico de enfermagem, alguns profissionais desta categoria possuem os cursos de técnico em laboratório, técnico em necropsia e Graduação em Enfermagem.

A média de tempo de formado de todas as categorias profissionais, bem como a experiência profissional é de 11 anos, variando entre quatro e 19 anos; a média de tempo de experiência no SAMU é de seis anos, variando entre um a 11 anos.

Todos os profissionais participantes possuem capacitação em atendimento pré-hospitalar e, oito fizeram curso específico para atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência.

O currículo profissional, o tempo médio de formação, experiência profissional e no SAMU possibilita esperar que os profissionais tenham percepções, concepções e representações sobre crianças e adolescentes em situação de violência baseadas em suas vivências no serviço. Segundo Amaral *et al.* (2013) nessa fase de experiência profissional espera-se a conquista de maturidade emocional que contribui para equilíbrio perante o atendimento dessas situações no setor de emergência.

6.2 Categorias e Discursos do Sujeito Coletivo

O estudo resultou em 11 DSC, os quais associados pelas semelhanças formaram eixos temáticos que chamamos de categorias. Portanto, os 11 DSC foram distribuídos em quatro categorias (TABELA 2). São elas: 1 – Concepções sobre a violência; 2 – Visibilidade à violência; 3 – Sentimentos despertados frente à violência; 4 – Atendimento do SAMU a crianças e adolescentes em situação de violência.

TABELA 2: Discursos do Sujeito Coletivo segundo categorias temáticas. Campo Grande/MS, 2016

Categoria	DSC	N
1	Concepção de violência contra criança e ao adolescente	21
	Violência: uma consequência	9
	Violência contra o adolescente: esperado	8
2	A violência escondida	31
3	Impotência frente à violência	35
	Transferência a familiares	6
	Sentimentos sobre o autor da violência	4
4	“A farda na balança”	21
	SAMU e vínculo	10
	Facilidades e dificuldades do atendimento	23
	Estratégia de enfrentamento da violência: trabalho em rede intersetorial	6

6.3 Concepções sobre a violência

“A injustiça é violenta, e a violência é injusta” (RUIZ, 2012).

6.3.1 DSC 1 – Concepção de violência contra a criança e ao adolescente

Violência contra a criança e o adolescente é qualquer ato intencional de injúria que vá trazer prejuízo tanto físico quanto psicológico para a pessoa menor de 18 anos. É machucar quando você fere na alma por meios físicos, verbais ou abandono ao invés de acolher com amor e delicadeza. Consiste em violência física, psicológica, bullying e negligência, podendo se apresentar por meio de várias ações. O tipo de violência que mais chega para nós é a violência física, mas não se enquadra só na agressão física ou abuso sexual, há também a violência psicológica, como ofensas e agressões verbais, pressões em casa, denegrição, humilhação, repressão, coação, restrição de liberdade e de locomoção. A negligência envolve questões do ambiente e do zelo da família, como omissão, deixar uma criança sozinha em casa, falta segurança em casa e em alguns lugares, dirigir após ingerir bebida alcoólica ou sair com a criança sem cinto de segurança. É deixar de dar carinho, afeto, estudo, roupa e alimento. Para mim, deixar uma criança que não está na faixa etária certa assistir uma novela é violência, porque ela não consegue entender o que está vendo, portanto não deveria presenciar o que não faz parte de seu desenvolvimento.

A concepção de violência contra a criança e o adolescente estabelecida pelos profissionais do SAMU inclui definições conceituais e dos componentes da violência.

A definição conceitual estabelecida pelos entrevistados sobre o tema é de que a violência contra a criança e o adolescente é qualquer ato de injúria que vá trazer prejuízo para a pessoa menor de 18 anos. Tal definição, refere criança e adolescente como a pessoa menor de 18 anos. Essa delimitação etária, é diferente da estabelecida pela OMS e descrito para utilização no estudo, mas representa o estabelecido pelo ECA, em que considera criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e, adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2015).

Os profissionais utilizam o termo “injúria” que, segundo Bacelar *et al.* (2012), é utilizado como expressão médica de lesão e trauma, mas em sua origem latina, traz o conceito de injustiça. Assim sendo, ao utilizarem esse termo, retratam a violência contra a criança e adolescente não apenas um fenômeno que cause agravos físicos, mas também ligado à injustiça.

Tal palavra nos referencia a fatos onde a justiça não se estabelece e em que direitos e deveres são transgredidos e, embasando a utilização do termo pelos entrevistados, Friestino (2016) afirma que todos os atos de violência são praticados pela omissão, supressão ou transgressão dos direitos da criança e adolescente.

Para Moreira (2012), em seu estudo sobre o termo violência em dicionários, discorre sobre a heterogeneidade do conceito de violência, pois suas definições são marcadas por

discrepância entre o pensamento e o real discursivo. A violência vem marcada por criações imaginárias que não decorrem somente do uso da força física ou da motivação interna dos indivíduos, mas que se sustentam na e pela própria história das relações entre os sujeitos, suas condições de existência e a consciência que delas se tem.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a violência é uma ameaça ao direito à vida e à saúde. Tal definição abrange a concepção dos profissionais do SAMU que consideram que a violência contra a criança e adolescente ocorre quando se “fere na alma”, o que está relacionado aos sentimentos gerados no que sofreu atos violentos, como agressões físicas, psicológicas ou negligência e implica em consequências tanto físicas e quanto emocionais que influenciam sua saúde e vida.

No discurso encontram-se fatos que demonstram o conhecimento dos componentes da violência presentes no cotidiano do serviço e que constituem as naturezas da violência (física, sexual, psicológica e negligência/abandono), já definidas na revisão de literatura deste estudo.

Os profissionais utilizaram na concepção, todas as naturezas da violência, entretanto, não citam os tipos de violência, que podem ser autoprovocada, interpessoal ou coletiva. Isso pode ser justificado pelo fato de que os profissionais do SAMU preocupam-se em identificar a natureza da violência, devido aos agravos físicos que se apresentam visíveis no atendimento pré-hospitalar.

Os tipos de violência não aparecem no presente discurso, no entanto, é considerado importante, pois permite identificar o mecanismo do trauma, o que facilita a conduta profissional. Para Pereira *et al.* (2011), tal mecanismo, possibilita prever que tipo de lesões e gravidade a vítima está exposta e, assim, tratá-la de forma mais específica e rápida, minimizando eventuais sequelas.

A representação social presente no DSC 1 é de que são estabelecidos, pela sociedade, parâmetros comportamentais que definem o papel da família com relação às crianças e aos adolescentes. Estes parâmetros consideram o desenvolvimento destes, conforme a faixa etária e, para os entrevistados, o não cumprimento de tais parâmetros consiste em violência, pois refletem falta de atenção e zelo no cuidado que podem trazer danos físicos e/ou psicológicos.

Pratta e Santos (2007), em estudo sobre a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros, considera que a função biológica principal da família é garantir a sobrevivência da espécie humana, fornecendo os cuidados necessários para que o bebê possa se desenvolver adequadamente.

Em estudo realizado sobre as relações pais e filhos e questões disciplinares da família no desenvolvimento do comportamento violento dos adolescentes para com seus pais, Ibade

(2015) afirma que apesar das mudanças no papel e contexto familiar, este continua a representar importante papel de socialização da criança e adolescente, em que os pais devem promover disciplina e o bem-estar aos filhos.

Nessa perspectiva, cabe à família, especialmente aos pais e responsáveis, promover não apenas a sobrevivência física da criança e do adolescente, mas por meio da promoção de disciplina e bem estar, possibilitar, no contexto familiar, o desenvolvimento destes em todos os aspectos.

O tratamento da família para com a criança e ao adolescente, proposto pelos profissionais, é baseado em relacionamento cordial e amoroso ao invés de posturas indiferentes e prejudiciais.

Com relação aos ingredientes do cuidado, Mayeroff (1971), estabelece como um destes a confiança, em que o cuidar envolve confiar que o outro cresça no seu tempo e de sua maneira, em que deve-se considerar que as crianças podem tomar decisões limitadas à sua experiência e habilidade e cabe ao pai/responsável confiar em seu julgamento, em saber quando a firmeza é necessária.

Ibade (2015) considera que as relações entre pais e filhos com base no afeto e comunicação servem para evitar violência e promovem comportamentos pró-sociais de crianças, expostos em relacionamentos sociais e familiares saudáveis; por outro lado, o ambiente familiar negativo, em que os pais mantêm-se com postura hostil e distante não têm influência positiva sobre as crianças e é um dos fatores de risco de violência entre pais e filhos, com presença de baixa coesão e violência familiar, como a conjugal e conflitos entre pais e filhos.

O conceito que os profissionais do SAMU estabelecem para a violência contra crianças e adolescentes é contrária a concepção de cuidado, que, primordialmente refere-se à atenção e promoção de bem-estar, enquanto que a violência descarta as concepções de responsabilidade no cuidado e respeito para com o desenvolvimento e a dignidade da criança e do adolescente.

O cuidado expressa-se tanto como um modo de sobreviver, exemplificadas por atividades de tratamento de agravos ou alívio de desconfortos, e, quanto em sentido mais amplo, como uma expressão de interesse e carinho, que proporcionam o viver plenamente no contexto de relacionamentos interpessoais e com o mundo. O cuidado é um modo essencial para o desenvolvimento e realização dos seres humanos, os quais são os únicos animais capazes de cuidar no sentido integral, de forma natural e consciente, onde se conjuga componentes racionais e sensíveis (WALDOW, 1998; WALDOW, 2011).

Entre os ingredientes adequados para o cuidado, encontra-se o conhecimento. O cuidar não exige apenas intenções prestativas e caloroso respeito, mas conhecer o outro, no caso, a criança e adolescente, seus poderes, limitações e suas necessidades, bem como conhecer os limites e poderes do cuidador (MAYEROFF, 1971). Sendo assim, para que a família, seja pai, mãe ou responsável, exerça o cuidado à criança e adolescente, deve conhecer as necessidades destas e, dentro dos limites da família, viabilizar o cuidado.

No que se refere à negligência, os profissionais do SAMU, citam fatos que relacionam o cuidado da família com relação à provisão, proteção e cuidado da criança e do adolescente. A negligência relacionada à provisão, é considerada a falta de ações que promovam o desenvolvimento emocional, intelectual e físico, como deixar de oferecer carinho, estudo e alimento; e, relacionada à proteção, associa-se à falta de zelo da família na prevenção de acidentes e agravos, expressos em “[...] deixar uma criança sozinha em casa, falta segurança em casa e em alguns lugares, dirigir após ingerir bebida alcoólica ou sair com a criança sem cinto de segurança [...]”.

A negligência relacionada ao cuidado com a criança diz respeito à questão de cautela e ponderação em atividades corriqueiras do dia-a-dia, como no discurso “[...] Para mim, deixar uma criança que não está na faixa etária certa assistir uma novela é violência, porque ela não consegue entender o que está vendo, portanto não deveria presenciar o que não faz parte de seu desenvolvimento”. Para os profissionais do SAMU, as decisões que definem condutas cotidianas aparentemente simples, como permitir a criança ou o adolescente assistir um programa televisivo inadequado a sua faixa etária, constitui violência, uma vez que tais situações não respeitam o seu desenvolvimento cognitivo e psicoemocional e, portanto, pode-se considerar como negligência no cuidado ao desenvolvimento da criança e adolescente.

A negligência é um modo de transgressão do cuidado. Berberian (2015), em estudo de abordagem qualitativa realizado com assistentes sociais sobre o uso do conceito de negligência, afirma esta como sinônimo de desprezo e desconsideração, sendo empregada para denominar situações em que o indivíduo é avaliado negativamente com relação ao (não) cumprimento de alguma de suas responsabilidades, nos questionamos sobre os juízos negativos de valor já ligados no uso desse conceito. A discussão sobre a negligência não é assunto recente e, como uma das principais modalidades de violência contra crianças e adolescentes, é um fenômeno complexo que não pode ser entendido restritamente à práticas internas das famílias, pois estas sofrem o impacto de fatores sociais, políticos, econômicos e jurídicos que criam dificuldades para prover os cuidados necessários aos filhos.

Egry *et al.* (2015), em estudo sobre a negligência infantil na perspectiva de gênero, afirmam que a família necessita de apoio da sociedade para o cuidado infantil, porém a ausência ou ineficiência desse apoio não dispensam as responsabilidades da família, não significando que estas não devam cuidar de suas crianças e adolescentes.

Dessa forma, a família simboliza o contexto em que se deveria evidenciar o cuidado, mas tem-se constituído como responsável por situações de violência, especialmente a negligência, pois sofre influências externas que podem tanto ocasionar o fenômeno quanto funcionar como meio de apoio para solucioná-lo.

Sendo assim, a representação social de que a família deve conduzir os cuidados à criança e adolescente baseando-se em parâmetros comportamentais estabelecidos pela sociedade implica condutas baseadas em teorias éticas e morais, respaldadas pelas concepções sociais de julgo de valor, como o certo e o errado.

Estabelecer o certo e errado em condutas intrafamiliares envolve concepções diferentes em cada família, as quais são influenciadas pela cultura, religião, sociedade, entre outros. Entretanto, parâmetros são estabelecidos por meio de leis, para que os direitos e deveres da família para com a criança e adolescente sejam respeitados. O ECA, em alínea “a” do artigo 18 define que é direito da criança e adolescente serem educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante pelos pais, pelos integrantes da família, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los (BRASIL, 2015).

Diante do exposto e do discurso dos profissionais do SAMU, evidencia-se que, a violência contra crianças e adolescentes relaciona-se a injúrias decorrentes da transgressão de seus direitos, e, para os entrevistados, cabe aos pais e responsáveis: a provisão das necessidades básicas da criança e adolescente, que proporciona o desenvolvimento emocional, físico e intelectual; o cuidado que deve envolver acolhimento cordial e cauteloso baseado no amor e delicadeza, o qual desconsidera humilhações, castigos físicos ou quaisquer atos violentos, bem como o discernimento do que permitir na vivência dos filhos; e, a proteção que inclui a prevenção de acidentes e agravos.

A discussão do discurso possibilita afirmar que importa que se conheça o desenvolvimento da criança e do adolescente para que seja possibilitado confiar em suas capacidades, bem como se conheça os direitos e deveres da criança, adolescente e de seus responsáveis, para que, dentro dos limites da família, estabeleçam-se relacionamentos cordiais que possibilitem a prevenção da violência.

6.3.2 DSC 2 – Violência: uma consequência

Houve uma grande inversão de valores nos últimos tempos. Antes, a instituição família era muito forte. Hoje, a falta de um pai ou de uma mãe em casa, que imponha as regras para os filhos, que tenham condições de fornecer uma educação adequada propicia a violência como uma consequência. Para mim, as mães facilitam a violência, porque têm que trabalhar fora e acaba acontecendo. Com isso, posso dizer que a violência é uma consequência da desestruturação familiar e da falha educacional e que a educação é a base de tudo para resolver esses tipos de problemas. As crianças e adolescentes em situação de violência, especialmente os adolescentes, normalmente não tem ninguém por elas, são desprovidas de proteção e sem perspectiva de futuro. A violência acontece nesses contextos que a propiciam, bairros pobres e violentos, com associação de substâncias entorpecentes e de dinâmica familiar desestruturada, onde a violência é algo que se repete a muito tempo.

No DSC 2 encontram-se fatos que, segundo os entrevistados, fazem da violência, uma consequência de aspectos sociofamiliares que, na concepção dos profissionais do SAMU, decorrem da inversão de valores morais.

A constatação da violência como uma consequência, pelos profissionais do SAMU, sugere a necessidade de compreender as causas. Martins e Jorge (2010), ressaltam a importância de se compreender os fatores que contribuem para a ocorrência da violência contra a criança e o adolescente, bem como as suas diferentes formas de expressão e consequências, no intuito de direcionar medidas e políticas específicas de prevenção e intervenção.

Martins (2010), em estudo sobre maus tratos contra crianças e adolescentes relaciona fatores de risco para a ocorrência de violência contra a criança e adolescente, entre os quais estão situações sociofamiliares como crise, instabilidade, desemprego, luta pela sobrevivência, perturbação na dinâmica familiar como lares desfeitos, número excessivo de filhos, más condições de moradia, alcoolismo, uso de drogas, conflitos conjugais, ausência do pai, motivações psicodinâmicas, dúvida da paternidade, infidelidade conjugal, filho indesejado, incapacidade de lidar com frustrações, incapacidade de abstração em que o simples choro da criança é motivo para espancamento, distúrbios psiquiátricos e vivências inadequadas.

O discurso traz como representação social a constatação da violência como uma consequência causada pela dinâmica familiar contemporânea regida por valores e condições sociais que interferem na educação moral. Tal representação relaciona-se a mudanças nos valores morais por parte da sociedade, que decorrem de modificações na família nuclear como a inserção da mulher no mercado de trabalho e, a aspectos sociais, como pobreza, contextos violentos e uso de drogas, que possibilitam a recorrência do fenômeno e influencia a perspectiva de futuro da criança e do adolescente.

Nos trechos “[...] Hoje, a falta de um pai ou de uma mãe em casa, que imponha as regras para os filhos, que tenham condições de fornecer uma educação adequada propicia a violência como uma consequência [...]” e “[...] posso dizer que a violência é uma consequência da desestruturação familiar e da falha educacional e que a educação é a base de tudo para resolver esses tipos de problemas [...]”, evidencia-se que, na perspectiva dos entrevistados, as mudanças na família nuclear provocam desestruturação familiar, o que dificulta a educação, a qual, baseada em princípios morais tradicionais, é a solução de combate à violência.

Para o ECA (BRASIL, 2015), família natural é a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes e família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.

O contexto familiar possibilita ao indivíduo experiências genuínas em termos de afeto, dor, medo, raiva e outras emoções, que possibilitarão um aprendizado essencial para a sua atuação futura, ou seja, as experiências na família contribuem diretamente para a formação da pessoa enquanto adulto. Apesar das transformações da família nas últimas décadas, as funções básicas que desempenha no decorrer do processo de desenvolvimento psicológico de seus membros permanecem as mesmas, o que garante a continuidade da família ser base de segurança e bem-estar e valorizada no contexto de desenvolvimento humano (PRATTA; SANTOS, 2007).

Os profissionais entrevistados relacionam a violência à falta dos pais em casa. Segundo Brito (2005), pai e mãe possuem direitos e deveres em relação à educação dos filhos, mesmo que não permaneçam casados e, cabe à sociedade, oferecer condições no campo social que referendem o apoio e a ancoragem à esta noção, caso contrário retira-se das crianças e jovens, a figura de seus responsáveis como titulares da função de transmissão e autoridade.

Para Barreto e Rabelo (2015) em estudo sobre a família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade, afirmam que é da família para a sociedade que deve estar estabelecida a ordem de projeção de valores, visto que os pais se constituem como primeiros educadores, os que formam filhos para se tornarem pessoas aptas ao convívio social.

Para os profissionais, a inserção da mulher, enquanto mãe, no mercado de trabalho, facilita a ocorrência da violência contra seus filhos. Essa consideração, relaciona-se a questões de gênero que expressam o papel da mulher na sociedade e na família e, implica em

como a ida da mulher ao trabalho e seu afastamento do ambiente familiar tem influenciado na proteção à criança.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, instigada pela conquista de espaço feminino, pela geração de renda familiar e satisfação pessoal, gerou afastamento desta no lar e possibilitou a coparticipação do pai na educação e cuidado da criança e adolescente, entretanto, a ausência deste, sobrecarrega a mulher.

As mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais nas últimas décadas provocam significativa transformação na tradicional divisão sexual do trabalho, que era estabelecida pelo homem provedor do sustento financeiro da família e mulher cuidadora dos filhos, bem como nas práticas de conciliação entre vida profissional e familiar (SILVA *et al.*, 2012).

Felippi e Itaqui (2015), em estudo sobre principais transformações da estrutura familiar na cultura ocidental moderna, afirmam que na contemporaneidade novos modelos de família reconfiguram-se, e nestes, a identidade entre os dois gêneros (feminino e masculino) são um pouco mais fluidas e permeáveis e possibilitam a mulher conquistar espaço no mercado de trabalho e atuar como chefe de família, ao homem, cuidar do lar, famílias serem configuradas por mãe e pais solteiros, uniões homoafetivas com e sem filhos, adoções, produção independente, bebê de proveta, entre outros.

Estudo realizado sobre o papel de homens e mulheres na família nuclear constata que as mudanças sociais contemporâneas que remetem à conformação da família e à ida e consolidação da mulher no mercado de trabalho, certificam a necessidade de uma divisão mais igualitária entre pai e mãe nos cuidados aos filhos e ao lar. Porém, mesmo com a inserção dessa concepção, as mães tendem a se envolver mais do que os pais nas tarefas domésticas e de cuidado aos filhos, e ainda demonstram resistência e ambivalência quanto a dividir e compartilhar os cuidados com o pai de sua criança (BORSA; NUNES, 2011).

Estudo sobre os desafios sobre a paternidade contemporânea evidencia que as diferentes configurações familiares delineadas atualmente possibilitaram modificações no desempenho da paternidade e da maternidade. O afeto e os conhecimentos sobre os filhos, historicamente atributo materno, e a provisão financeira, como atributo exclusivamente paterno não configura a realidade atual e a aproximação do pai no ambiente familiar ainda é desafiadora (CÚNICO; ARPINI, 2013).

Silva *et al.* (2012), em estudo cujo objetivo foi investigar a distribuição desejada de trabalho familiar entre cônjuges que possuem vínculo empregatício e filho (s) de até seis anos, afirmam que atualmente o cuidado do (s) filho (s) é partilhado na vida dos cônjuges com o mundo do trabalho e doméstico e a educação tornou-se um desafio, devido as mudanças na

família. Nesse contexto, os pais buscam alternativas para equilibrar as perdas desta nova conjuntura, e tentam reconstruí-la como membros de uma nova geração, de novos valores, mais distantes da vida familiar e mais próximos ao cotidiano do trabalho.

Barreto e Rabelo (2015), em estudo sobre a família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade, afirmam que a falta de habilidade dos pais na forma de educar os filhos é expressa em atitudes de insegurança, descuido e ou abusos.

A concepção dos profissionais do SAMU sobre o papel da mãe e a proteção é de que esta é a principal responsável no cuidado dos filhos e, por trabalhar fora, facilita a ocorrência de violência, pois sua ausência pode gerar a falta de cuidado e proteção o que torna seus filhos vulneráveis à violência. Além disso, a sobrecarga de atribuições e trabalho, causam estresse na mulher que possibilita-a tornar-se autora de violência contra seus próprios filhos.

Pierantoni e Cabral (2009), em estudo com os objetivos de caracterizar as crianças envolvidas na situação de violência e seus familiares e analisar o papel social do protetor na interrupção do círculo da violência contra a criança, constatam que as mães são as principais responsáveis pela agressão à criança, e, paradoxalmente também é a protetora. Isso deve-se pelo fato das mães exercerem o papel social de cuidadora e conviverem a maior parte do tempo com as crianças, quanto mais prolongado é o convívio com as pessoas que provocam o ato violento, maiores são as possibilidades de a criança se expor à agressão. O perfil de tais mães frequentemente relaciona baixa autoestima, isolamento social, estresse devido ao desemprego ou atividades mal remuneradas, vivências inadequadas, divórcios, utilização deficiente de recursos da comunidade e passividade excessiva.

Bittar e Nakano (2011), realizaram estudo sobre os motivos que levam mulheres que vivem em contextos de álcool, drogas e violência, à agressão de seus filhos. Neste, consideram que as representações que significam e inscrevem a maternidade no corpo e na alma das mulheres, constituem-se de serem afetivas, continentas e dóceis e, nesse sentido traz incompreensão frente a mães que cometem violência contra seus filhos. Tal contexto exige romper estigmas com relação às mães agressoras e buscar compreendê-las em suas trajetórias de vida.

Diante dos referenciais expostos e das concepções dos profissionais apresentadas, evidencia-se que a família contemporânea é a principal responsável pelo cuidado e promoção do desenvolvimento da criança, e, diante do contexto atual de modificação do significado da família e de valores morais, influenciado especialmente pelo afastamento da mãe do meio familiar para sua inserção no mercado de trabalho, encontra dificuldades no cuidado e educação dos filhos.

O contexto sociofamiliar contemporâneo composto por alteração na dinâmica da família, falta de disciplina, sobrecarga de tarefas da mãe, ausência e afastamento dos pais, aumentam as situações de vulnerabilidade da criança e do adolescente à violência. Entre estas encontram-se instabilidade familiar, contextos sociais violentos e o uso de drogas.

O discurso implica em concepções sobre determinantes sociais, desigualdades e iniquidades sociais que relacionam a pobreza, meios sociais violentos e uso de drogas à violência.

As questões de gênero e família se somam às condições de pobreza e baixa escolaridade na matriz social da violência na infância. A pobreza proporciona baixa escolaridade, que dificulta o acesso a emprego e boa remuneração, possibilitando sofrimento, estresse às famílias e a formação do círculo da violência, em que a mulher oprimida também oprime seu filho (PIERANTONI; CABRAL, 2009).

Para Trabbold *et al.* (2016), a desigualdade econômica e social do país, que constitui violência estrutural, é um dos principais fatores que levam à fragilização da rede familiar pela pobreza, violência e outras formas de desestabilização.

No estudo de Andrade *et al.* (2011), os profissionais de saúde justificam a ocorrência da violência doméstica pela pobreza, violência presentes no cotidiano da população atendida e desestruturação familiar.

Nesse sentido, a pobreza não é um fator determinante da violência contra crianças e adolescentes, mas provoca fragilização da rede familiar, que, para os entrevistados, é o principal componente do cuidado e proteção à criança e adolescente.

Chong, Lee e Victorino (2016) em estudo sobre a situação econômica em associação à recorrência de violência a adolescentes e jovens de 12 a 24 anos, consideram que bairros pobres não detém segurança efetiva, portanto podem alterar a probabilidade de uma pessoa se envolver em comportamentos de risco para a recorrência da violência. Nesse contexto, sugerem que programas destinados a reduzir a reincidência da violência devem atender às necessidades a individuais e da comunidade.

A preocupação com a redução das diversas formas de desigualdades e injustiças na sociedade leva os profissionais de saúde a considerarem fundamental que as diferentes manifestações de doença e violência não atinjam essencialmente os meios socioeconômicos mais desfavorecidos (MARCON; FURUKAWA, 2008).

Os entrevistados constatam a violência contra crianças e adolescentes como uma consequência regida por aspectos sociofamiliares em que culpabilizam a ocorrência do fenômeno à desestruturação familiar causada pela ida da mulher ao mercado de trabalho em

associação à necessidades financeiras e sociais. Entretanto, não se pode delimitar suas causas apenas com jugo à mãe trabalhadora e à pobreza, é preciso ampliar horizontes e evidenciar o fenômeno como consequência da violência estrutural da sociedade e da desestruturação familiar, que ampliam vulnerabilidades possibilitadoras de violência.

6.3.3 DSC 3 - Violência contra o adolescente: esperado

Normalmente, quando entra uma ocorrência de violência envolvendo adolescente eles já falam que é um caso de violência. Frequentemente são situações de violência na rua, extrafamiliar, onde o adolescente se põe em risco, como acerto de contas, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, vingança, tráfico ou uso de drogas, mas ainda assim gera muita revolta em mim. As adolescentes vítimas de violência sexual, chegam bem mais machucadas do que as crianças, eu acredito que seja por causa do corpo formado. Você olha e não aparenta ser adolescente, o corpo já é de adulto. Então, os adolescentes têm cara de adulto, porte de adulto, parecem adultos e levam uma vida que propicia a ocorrência da violência. Portanto, não me causa tanta preocupação, porque é esperado, não aceitável, entretanto já espero atender esses casos.

No DSC 3 encontram-se fatos que constata a violência contra o adolescente como uma situação esperada, apesar de não ser aceitável e gerar revolta por parte dos profissionais. Normalmente, quando entra uma solicitação de socorro ao SAMU para adolescentes em situação de violência, o fenômeno é verbalizado pelo solicitante e frequentemente decorre de uma situação violenta extrafamiliar, devido a agravos que acontecem na rua e envolvem drogas ilícitas e acerto de contas.

Enquanto Trabbold *et al.* (2016) conceituam a adolescência como a passagem da infância para a idade adulta, Alves, Albino, Zampieri (2011) ampliam a definição e consideram a adolescência como uma etapa do desenvolvimento humano que implica um período de mudanças físicas e emocionais, considerado um momento de conflito ou de crise.

Nessa etapa considerada conflituosa para o desenvolvimento humano, os adolescentes expõem-se a situações de risco, que segundo os entrevistados, juntamente com a adultização do adolescente, evidenciada pelo estilo de vida e aparência adulta, possibilitam a ocorrência de violência, como expresso no trecho do discurso “[...] Então, os adolescentes têm cara de adulto, porte de adulto, parecem adultos e levam uma vida que propicia a ocorrência da violência [...]”.

Estudo sobre as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos adolescentes do ensino médio constata que 7,6% dos adolescentes já fizeram uso de drogas ilícitas aos 15 anos, 49,7% consomem bebidas alcoólicas, 16% dos adolescentes se declaram fumantes, e, houve relato de violência sexual em 3%, dos quais somente 33,3% dos meninos e 25,0% das meninas procuraram ajuda expondo o ocorrido (JESUS *et al.*, 2011).

A representação social do discurso é a de culpabilização do adolescente que sofreu a violência, gerada pela concepção de que é previsto que ocorram tais casos e, portanto, se espera atender casos de violência contra o adolescente, pois esta resulta de sua exposição a riscos e adultização.

O adolescente pode apresentar atitudes comportamentais diferenciadas de acordo com o contexto relacional em que se insere, caracterizados pelos ambientes em que se socializam e pode ser percebido como um ser em meio às relações socioculturais, que edificam um muro subjetivo e necessita de apoio constante dos que têm a função de orientá-los (BARRETO; RABELO, 2015).

Malta *et al.* (2011), em estudo sobre a associação entre o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas e os fatores de proteção familiar, consideram que o núcleo familiar constitui-se cenário fundamental para o desenvolvimento dos adolescentes. A presença e supervisão dos pais têm efeito protetor e preventivo de comportamentos considerados prejudiciais aos jovens, e, para que isso ocorra, é importante a efetivação de laços familiares estruturados entre os envolvidos.

A adultização da criança e adolescente pode ser percebida desde a infância no cotidiano do contexto familiar, em que segundo Zanetti e Gomes (2011), crianças, estimuladas pela mídia, reivindicam um lugar de igualdade na sociedade e na família e consideram que não devem ser tratadas de modo diferenciado, como se pertencessem à mesma categoria dos adultos e, conseqüentemente, como se não houvesse razão para tratá-las com autoridade.

Atualmente, apesar da aparência adulta imposta a crianças adolescentes que decorre da busca por roupas e outros objetos de consumo e os instiga a desejos e ideais consumistas, as crianças e adolescentes não podem ser a própria referência, tampouco serem levados a enxergar suas figuras parentais como frágeis ou destituídas de qualquer autoridade, para que não passem a possuir menores objeções ou limites (BRITO, 2005).

Sendo assim, constata-se que as modificações físicas e emocionais da adolescência estimulam comportamentos de risco que podem associar-se a adultização e possibilitar o acontecimento de violência.

A adultização também é expressa no seguinte trecho do discurso “[...] As adolescentes vítimas de violência sexual, chegam bem mais machucadas do que as crianças, eu acredito que seja por causa do corpo formado. Você olha e não aparenta ser adolescente, o corpo já é de adulto [...]”. Nessa situação, a adultização na concepção dos entrevistados, é considerada com o surgimento de caracteres sexuais secundários do gênero feminino, que, em situação de

violência sexual, podem potencializar a agressividade do autor da violência e expõe as adolescentes a lesões de maior gravidade.

Zambon *et al.* (2012), em estudo sobre crianças e adolescentes que sofreram violência e foram atendidas na unidade de emergência pediátrica do Hospital das Clínicas e do ambulatório especializado, expõem que na avaliação de grupos de risco para estupro, foi encontrada associação com a faixa etária, em que o grupo entre 10 e 15 anos teve 5,84 vezes mais chance de sofrer esse tipo de abuso do que as crianças até 5 anos. Esse fato foi considerado pelos autores devido provavelmente ao desenvolvimento puberal.

Lourenço e Queiroz (2010), em estudo sobre o crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência, afirmam que este se caracteriza pelas mudanças biológicas que ocorrem nessa fase da vida, sendo marcada por crescimento esquelético linear, alteração da forma e composição corporal, desenvolvimento de órgãos, sistemas, gônadas e caracteres sexuais secundários.

Diante do exposto, constata-se que a adultização é diferente do desenvolvimento puberal, visto que está relacionada a atitudes comportamentais do adolescente e modificações provocadas no corpo e não ao desenvolvimento fisiológico na puberdade.

Braga, Molina e Figueiredo (2010) em estudo sobre as representações sociais do corpo, realizado com adolescentes em Vitória/ES, constatam que as concepções e as representações do corpo sofreram transformações ao longo da história em cada sociedade, associadas às mudanças socioeconômicas e culturais e que o consumismo está levando à adultização precoce das garotas, pois, guiadas pelo modismo, fazem com que as mesmas entrem no mundo adulto mais cedo.

Taquette (2015), em estudo de revisão de literatura sobre a violência contra a mulher adolescente, afirma que as adolescentes são mais vulneráveis pela associação de fatores como o fato de serem mulheres, a baixa idade, o acesso restrito aos meios de proteção, a dependência econômica e a menor escolaridade.

Trabbold *et al.* (2016) em estudo das concepções dos profissionais de saúde sobre crianças e adolescentes em situação de violência e exploração sexual verificaram que as dificuldades profissionais frente a violência sexual contra adolescente, deve-se à omissão da situação, escassas ações de saúde para adolescentes, ausência de notificações obrigatórias em casos de violência, capacitação inadequada, poucos trabalhos preventivos e ausência de uma forte rede de cuidados intersetorial para tais casos.

Faz-se necessário desenvolver programas voltados para o lazer dos adolescentes, educação em saúde para prevenção de drogas, efetivação da fiscalização de venda de bebidas

alcoólicas em estabelecimentos comerciais, realização de campanhas de prevenção nas escolas e junto às famílias, atentar-se às mudanças de comportamento do adolescente e buscar meios de ajuda junto aos órgãos responsáveis pela proteção do adolescente (JESUS *et al.*, 2011).

Considerar o adolescente um adulto implica em trata-lo como tal devido à dificuldade sobre a postura a ser tomada e a ausência de espaços que o considerem uma pessoa em desenvolvimento físico e psicossocial singular, diferente da criança e do adulto.

A culpabilização dos adolescentes pelos entrevistados em relação às situações de violência, dá-se por suas atitudes comportamentais, relacionadas inclusive à adultização, que os fazem se expor a riscos. Com relação ao sexo masculino, a culpa é imposta a seu comportamento agressivo e de exposição a riscos, como o envolvimento em brigas e com drogas.

A culpabilização da adolescente do sexo feminino tem a mesma concepção de exposição a riscos e adultização comportamental, como a dos adolescentes do sexo masculino. Além disso, o discurso aborda a adultização na adolescente como ações especialmente relacionadas à estética que se confunde com o desenvolvimento puberal. Entretanto, nesse sentido, não é motivo de culpabilização, mas de interferência na gravidade das lesões físicas causadas pelo autor da violência.

Para Moscovici (2015), representar significa trazer e apresentar coisas de modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integridade normativa do grupo. Nesse sentido a representação dos profissionais do SAMU de culpabilização do adolescente expõe os motivos pelos quais tais casos são esperados no serviço. A argumentação dos entrevistados é baseada na racionalidade de que o adolescente se expõe às situações que amplificam os riscos de violência.

Nesse sentido, traz uma lógica de probabilidade, em que se o adolescente se expõe aos riscos, aumenta suas chances de sofrer os agravos. Entretanto, cabe ressaltar que nem todos os adolescentes que sofrem violência mantêm condutas que propiciem a violência. Reputar a representação de culpabilidade a quem sofreu o agravo possibilita desprezar vulnerabilidades e aspectos sociais que condicionam o fenômeno bem como desumanizar o cuidado.

6.4 Visibilidade à violência

6.4.1 DSC 4 - A violência escondida

É difícil chamarem para o lugar que aconteceu a violência, para que você vá atender na casa. No caso de acionarem, eles não falam “olha é uma criança agredida”, a ocorrência entra como queda, crise convulsiva, alguma coisa assim. Na minha opinião, o pai, a mãe, o agressor, escondem a violência. Na hora que não tem mais jeito, está feio, em uma fase bem crítica da hemodinâmica, quando a criança está mal, aí eles pegam e levam à uma UPA ou CRS contando a versão deles. Nesse caso, não se tem a oportunidade de associar o que a criança está apresentando com o ambiente. Quando atendo no local, tenho a oportunidade de perceber que a situação é estranha, as informações são totalmente desconstruídas e as lesões apresentadas não condizem com o relato do caso. Passo a fazer muitas perguntas sobre como ocorreu o fato e fica óbvio que foi violência. Porque, quando você vai na casa, se tiver a percepção de avaliar a situação e associar a situação ao que a criança está apresentando, vendo a criança no local aonde ela é agredida, então você consegue ver sem disfarce, você percebe o ambiente que a criança vive, percebe aonde ela está e você consegue tirar várias conclusões. A nossa percepção no atendimento faz a diferença! Geralmente o acompanhante e a família nunca expõem a verdade, agem como se nada de violento tivesse acontecido, outras vezes, não aparecem em nenhum momento. Mas o pior de tudo, é a mãe saber dessa história e ainda inventar outra história para proteger o agressor. Eu acho isso, o mais triste de tudo isso. É difícil perceber a violência, talvez um curso específico seria bom, iria ajudar bastante, porque o treinamento que eu tenho é mais voltado para o APH. Nós do SAMU não tivemos um treinamento específico para atender crianças e adolescentes em situação de violência, onde você possa ver sinais, como os psicológicos, quando a criança fica com medo de um adulto específico, sinais que as vezes aparecem no corpo da criança, como mordedura, queimadura, fratura de fêmur, que é um osso difícil de quebrar em uma criança, então tem que suspeitar. Para quem não teve a oportunidade de estudar isso, fica mais difícil perceber a violência, porque não consegue identificar os sinais. Quando atendo violência, preciso notificar. No SAMU não existe protocolo para notificação de casos de violência ou um formulário específico, as condutas partem dos profissionais. Quando eu entrego o paciente na referência, eu comunico e relato tudo de suspeito na ficha e espero que seja feito alguma coisa lá, que não passe em branco, mas não dou prosseguimento à comunicação ou notificação da violência, quem faz isso são as unidades de referência, como UPA, CRS ou hospital. Eu sinto falta, quando atendemos violência ou suspeita, deveríamos registrar e encaminhar para o setor de notificação, mas não temos esse protocolo estabelecido, nem treinamento para isso. Deveríamos ter, não me importo se a referência também fizer, ainda que seja mais de uma, mas ao menos é uma segurança de que foi feito, porque assim, você pode interromper a cadeia da violência na vida dessa pessoa. Eu quero fazer sempre o melhor e, o melhor, nesses casos, inclui comunicar a violência às autoridades e acreditar que os órgãos competentes vão proteger a criança.

No DSC 4 encontram-se fatos que falam sobre a não verbalização da situação de violência na ocorrência, sinais do local que possibilitam a percepção do fenômeno violência, omissão e cumplicidade da família, notificação, necessidade de treinamento para tornar a violência visível e conhecida e de protocolo para registro do caso.

A representação social presente no discurso é de que a violência contra a criança e o adolescente é omitida pelo acompanhante que, em muitos casos, são os pais de quem sofreu o ato violento, e, para interromper a cadeia da violência na vida de crianças e adolescentes é preciso torna-la visível, ou seja, comunicar o caso às autoridades, o que implica em notificação.

Para os entrevistados dificilmente o acompanhante que deseja omitir a violência solicita atendimento do SAMU, pois mantém quem sofreu a violência em casa até que seu quadro clínico se agrave. Quando isso acontece, leva a vítima por meios próprios até uma unidade de saúde, objetivando esconder a violência como mecanismo de proteção a si próprio, a fim de evitar acusações legais.

Nos raros casos em que o acompanhante não consegue levar a criança crítica à unidade de saúde, ele chama o SAMU. Nessas situações, deseja omitir o ocorrido e, portanto, não verbaliza o fato quando solicita o serviço, mas inventa outras justificativas para o atual estado de saúde da criança, como quedas ou crises convulsivas. A demora na solicitação de socorro possibilita que crianças em situação de violência atendidas pelo SAMU agravem seus quadros clínicos.

A representação relaciona-se à concepção de que os autores da violência, e por vezes, a família não verbalizam o ocorrido e buscam torna-la não conhecida, o que implica em ações criminosas de cumplicidade e omissão. A reiteração de que a mãe esconde a violência refere-se à concepção de que principalmente esta deveria ser detentora do papel protetor da criança e do adolescente e implica em questões de gênero e o papel materno no cuidado e proteção dos filhos.

A concepção de que a mãe é a protetora do filho é justificada historicamente como Waldow (1998) descreve que à semelhança dos animais, a maternidade possibilitou à mulher um comportamento diferenciado do homem com relação ao modo de expressar o cuidado, que torna mais evidente a demonstração de interesse e afeto das mulheres nas relações quando comparado ao homem. As mulheres introduziram o toque, o cheiro e gestos rudimentares de afago nas práticas de higienizar e alimentar seus filhos, enquanto que o homem, ao longo da história, apresenta rudez no toque, por meio de lutas e jogos.

Borsa; Nunes (2011) em discussão sobre os aspectos psicossociais da parentalidade, afirmam que socialmente, a mulher, enquanto mãe, deve cuidar dos filhos e do lar, pois acredita-se que esta possui capacidade de dedicação intensa e amor incondicional ao filho, o que garante o desenvolvimento saudável da criança ao longo de toda a vida. Essa relação mãe/criança é defendida pela psicologia que, acredita que a unidade mãe/filho é básica, universal e psicologicamente mais apropriada para o desenvolvimento saudável da criança do que a relação pai/filho (a) e evidencia o papel determinante da mãe na saúde ou na doença psíquica da criança. Entretanto, essa representação social do papel materno vem sendo discutida abrindo espaço para concepções sobre a importância da figura paterna no cuidado à criança e a coparentalidade, os papéis dos pais exercidos em conjunto.

Woiski e Rocha (2010), em estudo sobre o cuidado de enfermagem à criança que sofreu violência sexual e foi atendida em unidade de emergência hospitalar, consideram que quando a violência é causada por um familiar, na maioria das vezes a própria família protege o causador da violência, em vez de proteger a criança, o que causa revolta na equipe de saúde.

Justino *et al.* (2011), em estudo sobre notificações de violência sexual contra adolescentes nos conselhos tutelares de Campo Grande/MS, afirmam que a omissão por parte da mãe é um mecanismo de defesa, em que tenta negar os fatos buscando preservar-se de conflitos internos, uma vez que, para proteger a unidade familiar, tem de escolher entre a filha e/ou filho e o companheiro, defendendo geralmente este último. Além disso, qualquer tentativa de revelação pode ser repreendida pelo agressor por meio de ameaças ou seduções.

Cabe salientar que a violência pode ser omitida não apenas pelo autor da violência e pelo acompanhante, mas também pela própria criança e adolescente. O estudo de Jesus *et al.* (2011), evidenciou que dos escolares adolescente que relataram terem sofrido violência sexual somente 33,3% dos meninos e 25,0% das meninas procuraram ajuda, sendo que 16,6% dos meninos e 75% das meninas não contou a ninguém, e, justificam isso por medo e vergonha dos pais e da sociedade.

No acionamento do SAMU a situações de violência contra a criança, ainda que o fato não seja oficialmente verbalizado na solicitação telefônica, a ida à cena possibilita à equipe evidenciar sinais da violência relacionados ao local, como informações incoerentes sobre as lesões associadas ao mecanismo do trauma no contexto da cena e sinais de medo e coação da criança.

Na representação dos entrevistados, a identificação dos sinais de violência torna o fenômeno visível à equipe, entretanto, para que seja interrompida a cadeia de violência, faz-se necessário comunicar o fato aos órgãos competentes. Tal comunicação é possível por meio da notificação, que possibilita a proteção de quem sofreu a violência e a paralisação das recorrências.

Martins (2010), em estudo sobre os dados epidemiológicos sobre maus tratos contra crianças e adolescentes, destaca a importância da intervenção no fenômeno da violência o mais precocemente possível, desde a prevenção até a punição de atos abusivos, tornando realidade o Estatuto de Criança e do Adolescente, por meio da identificação e notificação dos casos.

Em estudo sobre a atuação dos profissionais das unidades de emergência em saúde para notificação dos casos de violência infanto-juvenil, considera que as dificuldades constatadas para a realização da notificação foram principalmente omissão familiar, seguida

de receio de envolvimento policial, falta de formação profissional, medo de retirar a criança da família e de afrontação pelo agressor (SOUZA *et al.*, 2015).

Estudo sobre as ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência constata que após a ocorrência do fenômeno, as mesmas têm o intuito de cessar o ato violento e minimizar suas consequências. O primeiro passo para tal é sua identificação, seguido da notificação, que é obrigação legal e ética dos profissionais e possibilitadora da interrupção de atitudes e comportamentos violentos por dar ampla visibilidade a tal problema (MORAIS *et al.*, 2016).

É necessário romper o muro de silêncio formado pelo encobrimento do abuso, o qual pode ocorrer por inúmeras razões, entre elas, a omissão da família, o receio da criança e adolescente em relatar o ocorrido por medo de futuras punições, a dificuldade diagnóstica e de notificação e a falta de dispositivos padronizados e efetivos para a adequada condução desses casos pelo sistema de saúde brasileiro (ZAMBON *et al.*, 2012).

Com relação ao SAMU, a identificação da violência é feita por meio dos sinais na criança e adolescente e no contexto da cena e a notificação é delegada à unidade de referência do paciente, em que o profissional do SAMU comunica.

Portanto, segundo os entrevistados, no SAMU não existe protocolo de notificação. A suspeita é registrada na ficha de atendimento e entregue ao serviço de referência, local que fica responsável por tal procedimento e onde a criança e adolescente são conduzidos. Quaisquer condutas excedentes, partem dos profissionais, que consideram que apesar de não ser protocolo é necessário encaminhar seu registro ao setor de notificação. Para eles, tal conduta presumiria segurança tanto para o profissional quanto para a criança e adolescente, visto que comprovam que a violência, antes escondida, foi evidenciada.

Tal conduta com relação à notificação considerada pelos entrevistados já foi estabelecido por meio do artigo sexto da portaria nº 1864, que determina que a captação dos recursos federais necessários à implantação do SAMU previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências é condicionada à comprovação do cumprimento de pré-requisitos e compromissos, entre os quais está o estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, notificando suspeitas de violência e negligências como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003).

Os profissionais do SAMU ressaltam a dificuldade em identificar a violência nesses casos e sugerem que cursos específicos sejam oferecidos para o aprimoramento profissional, bem como a inclusão de protocolo para certificação de notificação.

Martins e Andrade (2005), em estudo sobre as características epidemiológicas dos acidentes e violências em menores de 15 anos, afirmam que em atendimentos de emergência às causas externas de intenção indeterminada, a preocupação com a lesão, a grande demanda e falta de uma rotina estabelecida, suprime questionamentos sobre as circunstâncias em que ocorreram os agravos. Tal situação, faz com que os profissionais percam informação, que pode não ser recuperada e pode estar ocultando casos de violência e maus tratos contra crianças. Determinar a intenção e as especificidades do evento na ocasião do atendimento é fundamental para subsidiar intervenções e melhorar a qualidade da informação e registro. Nesse sentido, há que se estimular a implantação de protocolos e treinamento de profissionais que atendem nos setores de emergência/urgência.

Cocco *et al.* (2010), em estudo sobre as concepções e ações de professoras diante da violência contra crianças em escola de educação infantil do município de Palmeira das Missões/RS e articulação com o setor saúde, afirmam que todos os profissionais que trabalham com crianças, sejam enfermeiros, médicos, assistentes sociais, professores, cuidadores, dentre outros, são corresponsáveis e devem estar preparados para suspeitar e identificar situações de maus-tratos.

A violência escondida contra crianças e adolescentes pode ser descoberta nos atendimentos do SAMU, que vai à cena da violência e por isso, permite a exploração de evidências do local da ocorrência, a correlação com a cinemática do trauma e com as lesões apresentadas, que constata o ato violento.

Após a constatação é necessário oficializar a evidenciação da violência por meio da notificação, para que seu ciclo possa ser interrompido e possibilite a proteção da criança e adolescente. Entretanto, no serviço não existe protocolo para notificação, é realizado a comunicação da suspeita ao serviço de destino do paciente. Os profissionais do SAMU consideram a necessidade de treinamento específico para a identificação da violência, bem como a implantação de protocolo que assegure a notificação da violência.

6.5 Sentimentos despertados frente à violência

6.5.1 DSC 5 - Impotência frente à violência

A violência em geral está tão disseminada. Vivo numa cidade muito violenta. Antigamente não era assim, casos como espancamento, ferimento por arma branca (FAB), ferimento por arma de fogo (FAF), briga de escola, agressão de pais, de padrastos, violência de trânsito, não eram cotidianos, hoje é o nosso dia a dia, está na mídia e em tudo quanto é jornal. Se puxar a quantidade de ocorrências de atendimento clínico e não clínico do SAMU, você vê que a violência é par a par ou até mais em algumas épocas do ano. Eu acho que atender muita violência é um ponto negativo, porque se atende muito é porque a cidade está violenta. Quando a ocorrência entra no SAMU é porque o paciente é grave, provavelmente já passou por muitas instâncias sem resolução, é o último caso, uma situação muito ruim, uma cena que vai te emocionar. Atender casos de violência contra a criança e o adolescente é muito difícil, impactante, envolvente e indignante, porque me causa muita revolta, assim como na comunidade. É uma cena com sensação muito ruim, um mal-estar para todos que atendem. O plantão fica estremeado, mas não a ponto de prejudicar atendimentos posteriores. Torço para não chamarem o SAMU para atender violência contra a criança, dá muito dó, dá vontade de levar pra casa, mas não teria aonde colocar tanta criança, porque não são poucas que estão nessa situação. Criança não tem que passar por isso! É inaceitável! Eu me comovo porque as crianças são indefesas, vulneráveis e não entendem o que está acontecendo. Quando o caso chama a atenção de todos, conto para o colega que está trocando de plantão comigo, comento no grupo, porém, normalmente não tenho ideia do que aconteceu depois com o paciente, às vezes fico sabendo pelos contatos porque trabalho num lugar e no outro, entretanto, muitos vão passar e vou pensar “o que será que aconteceu?”. Eu atendo e sinto um sentimento de injustiça para com a criança, me sinto de mãos atadas, porque não sou só eu quem resolve, meu atendimento se encerra ali quando eu entrego o paciente na unidade de destino e, às vezes parece que esta não está fazendo nada em prol da proteção da criança, é preciso melhorar as ações para a sua segurança. É difícil o Conselho retirar as crianças dos pais, mesmo a gente identificando e passando os casos, parece que essas crianças permanecem em situação de violência, isso é muito triste. Já vi vários casos em que mesmo com a própria criança pedindo socorro, não foi socorrida, protegida. É um potencial de vida que é interrompido, podendo ser tanto a vida da criança em si quanto sua vida funcional, expectativa de trabalho, enfim, tudo é ceifado nessas situações. Atender a violência faz parte do meu serviço, que não é um serviço fácil. Fixo no atendimento do paciente, só que nem sempre consigo separar, marcam minha experiência profissional. É difícil, muito difícil trabalhar com isso. Não posso julgar, culpar alguém, me envolver muito, mas acabo me envolvendo, não é sempre que tenho controle emocional. É muito difícil porque sou um ser humano. Tenho que me exercitar a não fazer pré-julgamentos, mas priorizar o que eu tenho ali na frente, uma criança, um adolescente, que tenho que atender e tenho que ver toda a parte do ambiente para atender de forma adequada. Lido com violência no dia a dia e preciso saber separar isso da vida pessoal, principalmente quando é contra criança ou adolescente, porque, eu saio daqui, pego o meu carro e vou ficar com a minha família, chego em casa e vou falar sobre o que aconteceu, porque fiquei com aquele atendimento em mim, isso acaba interferindo na minha vida pessoal, no meu psicológico, no meu dia a dia. Por outro lado, não posso chegar no ponto de sair daqui e não pensar mais nisso, senão não consigo mais trabalhar no SAMU. O preparo emocional tem que ser trabalhado, tem que ser específico, como um curso específico para aprender a lidar sentimentalmente, pois tecnicamente ninguém tem dúvida de como atender, mas o que eu levo sentimentalmente para casa daquele atendimento, posso levar para vida toda. Nunca estou totalmente preparado, pois por mais que eu tenha capacitação, atualização, experiência, lide todos os dias e noites com atendimento primário, isso tudo não significa que estou preparado psicologicamente para atender essa criança e adolescente, porque com relação ao preparo emocional, nem sempre estou pronto. Eu não sou de ferro! É muito triste ver a violência doméstica de pai com filho e violência sexual, bem como ouvir a descrição da violência pela criança e adolescente, acho que para os pais é dilacerante, um trauma para o resto da vida. A violência sexual me marca pela agressividade nas lesões. Mexem muito com meu emocional, fico abalado, as vítimas chegam em farrapos e eu vejo a dor no olhar e no chorar da criança, bem como nas falas do adolescente que descreve toda a violência. A ocorrência marca, eu não esqueço mais. Posso esquecer o nome, data exata, mas lembro da situação até hoje. Fico me questionando “Como pode?” “O que levou a chegar nesse ponto? De violentar uma criança?” Fico triste com o ser humano, sem entender o porquê de fazer isso. É sempre uma incógnita o que está acontecendo, o porquê de estar nesse nível e o que está errado, porque vejo que está evoluindo para pior, só aumentando. Deixa a gente revoltado. É uma pena que isso aconteça! Lamento pelas crianças e adolescentes, que ainda novos estão envolvidos nessas situações. O que eu sinto é uma mágoa social, porque é um assunto muito

importante, com uma repercussão não só em Campo Grande, mas nacional, e falta muito para evitar o acontecimento de violência contra a criança e, principalmente, contra o adolescente.

O DSC 5 contém fatos que reportam à repercussão do atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência nos profissionais das equipes do SAMU e a não aceitação da ocorrência da violência e de sua expansão.

Para os entrevistados, a expansão da violência relaciona-se à ineficácia dos esforços de enfrentamento da violência e à crescente visibilidade do fenômeno. Tal visibilidade pode estar relacionada a capacitações de identificação da violência, divulgação de conhecimentos e de fatos pelos meios de comunicação, e, incentivo à denúncia por meio do anonimato.

Em “[...] não eram cotidianos, hoje é o nosso dia a dia, está na mídia e em tudo quanto é jornal [...]”, evidencia-se a constatação da expansão da violência, que pode ser percebida no cotidiano do serviço e nos meios de comunicação em massa.

Cocco *et al.* (2010), reconhecem a mídia como forte veículo de informação sobre violência contra as crianças, bem como desencadeador de reflexões, entretanto considera que ela apresenta os casos de violência ao extremo, o que facilita a banalização de casos de violência verbal, psicológica e negligência, que não deixam marcas visíveis.

A repercussão da violência nos profissionais e nas equipes do SAMU é resultado dos sentimentos que envolvem a situação, do preparo emocional dos profissionais para lidar com o fenômeno e das indagações sobre a causalidade e o desfecho da situação de violência. Para os entrevistados, a violência faz parte do cotidiano do serviço. Gera sentimentos, como tristeza, indignação, impotência e revolta, bem como repercussão na vida pessoal do profissional e na equipe.

Apesar dos avanços nas políticas públicas para o enfrentamento da violência, sua a compreensão e superação do fenômeno por parte dos profissionais da área de saúde constituem-se ainda um grande desafio (TRABBOLD *et al.* 2016).

Os profissionais do SAMU indagam-se sobre o porquê do aumento da violência apesar dos esforços para seu combate e o que é necessário para efetivar o enfrentamento do fenômeno, visto que o ciclo da violência, expresso no discurso é uma questão que deve ser paralisada. Entretanto, apesar das notificações e denúncias, permanecem reais na vida das crianças e adolescentes, que após quebrarem o silêncio da violência escondida, retornam ao contexto inicial e ao contato com o agressor devido à impunidade.

A impunidade, para Amaral *et al.* (2013), está presente no sistema brasileiro e impossibilita a interrupção da recorrência da violência, mantém a criança em um cárcere de

agressões, sem defesa, proteção e constitui um limite à atuação profissional que assegure os direitos das crianças e adolescentes. Os profissionais de emergência, logo após atenderem clinicamente uma criança em situação de violência, encontram-se imersos em preocupações e tensões por considerar a possibilidade de retorno da vítima ao contexto da violência e ao contato com os agressores, o que pode propiciar a repetição do ciclo da violência.

Moscovici (2015) afirma que as atitudes de pessoas que não se assemelham às nossas representações, estimulam a busca por explicações para compreensão de seus comportamentos. Nesse sentido, os profissionais do SAMU expressam indagações sobre o motivo da violência e demonstram não compreender o fenômeno.

Waldow (1998) expõe que a violência bem como a ganância, a inveja, a hostilidade e o ódio são atitudes e sentimentos de não cuidado, fruto do conflito humano entre ser e ter, embasados na necessidade de demonstração de poder. Nessa perspectiva, o homem busca poder como um atributo do ser para a dominação de coisas e pessoas.

Waldow e Borges (2011) afirmam que a violência humana é um fato inevitável da vida em razão do determinismo biológico, fruto da evolução natural, conforme o darwinismo. Nesse sentido, a proposta de enfrentamento do fenômeno é de humanizar o infra-humano objetivando a formação de um ser humano mais solidário e, amoroso.

Há duas representações sociais expostas pelos profissionais do SAMU neste discurso.

A primeira representação é da impotência frente a violência, percebida em nível pessoal, profissional, como parte de um serviço, como componente da rede de cuidado e como cidadão.

Estudo sobre o modo como os profissionais de saúde abordam as situações envolvidas na violência contra crianças e adolescentes constata que os profissionais têm facilidade em envolver-se emocionalmente com tais casos. A impotência e frustração são sentimentos gerados nos profissionais devido aos obstáculos encontrados como o despreparo profissional, a impossibilidade de ter uma resposta clara à situação e a falta de amparo das instituições (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

A impotência frente à violência referida pelos profissionais do SAMU, foi um achado unânime também entre os profissionais do estudo de Amaral *et al.* (2013), que consideram o fenômeno como um problema social de solução difícil, que gera tal sentimento por ir além das possibilidades decorrentes à qualificação profissional e envolver questões macroestruturais, incluindo a prerrogativa de que o lidar com as barreiras impostas pela realidade sociofamiliar e jurídica do país é a principal limitação no cuidado de crianças maltratadas.

Para os profissionais do SAMU, a busca pelo perfeito desempenho profissional é influenciada por aspectos inerentes ao ser humano. Os entrevistados, apesar dos constantes treinamentos, são seres humanos e não uma máquina pré-programada. Consideram que, enquanto seres humanos, têm dificuldades em lidar com situações de violência que envolvem crianças e adolescentes, as quais influenciam suas condutas profissionais e pessoais, com indagações, sentimentos e repercussões das concepções sobre o fenômeno.

Porém, apesar de tais dificuldades, os entrevistados expõem também que para trabalhar no SAMU, é preciso manter-se um ser humano enquanto desempenha o papel profissional. Essa afirmação é evidenciada no seguinte trecho “[...] Por outro lado, não posso chegar no ponto de sair daqui e não pensar mais nisso, senão não consigo mais trabalhar no SAMU [...]”.

Amaral *et al.* (2013) nomeiam o atendimento à criança em situação de violência como assustador e consideram necessário o reconhecimento, exposição e administração dos sentimentos e emoções para evitar a robotização da assistência e possibilitar um cuidado humanizado.

Os profissionais do SAMU consideram que tecnicamente são preparados para o atendimento de urgências que envolvem violência contra a criança e adolescente, entretanto emocionalmente não estão preparados e os sentimentos envolvidos em tal atendimento podem ser carregados para toda a vida.

Woiski e Rocha (2010), expõem que os profissionais dos serviços de emergência relatam incontroláveis sentimentos, pena, dor e sofrimento frente ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência, e que esses serviços constituem ambientes que possibilitam que as equipes desenvolvam o preparo técnico e emocional para tais situações.

Os sentimentos de tristeza, revolta, indignação e, principalmente impotência, apresentados pelos profissionais do SAMU, geram indagações, as quais anseiam por respostas que expliquem o porquê da violência contra crianças e adolescentes. Sem resposta, tais indagações e sentimentos repercutem na equipe e na família dos profissionais, os quais permanecem na incógnita que gera lamento pela dificuldade de enfrentamento do problema, a nível local e nacional, denominada pelo profissional de “mágoa social”.

O fato dos entrevistados compartilharem seus sentimentos com a família e equipe não pode ser considerado antiético, pois segundo estudo sobre o cuidado empático realizado por Mayernyik e Oliveira (2016), é intuitivo e instintivo compartilhar sentimentos com as pessoas mais próximas.

Para lidar melhor com os sentimentos que emergem no cuidado às situações de violência contra a criança e adolescente, é preciso estar ciente dos aspectos que envolvem fenômeno e compreensão da realidade local. Sendo assim, faz-se necessário compreender o contexto social da ocorrência (AMARAL *et al.*, 2013).

A forma como o serviço está estruturado dificulta aos profissionais trabalharem a violência no âmbito público e faz com que eles levem o problema para suas casas. Nesse sentido, faz-se necessário que a estrutura de trabalho lhe permita expor e lidar com os sentimentos e reações desencadeados pelo atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

A segunda representação social evidenciada no discurso é de que se pode mensurar a violência por meio da gravidade das lesões e por meio da frequência dos casos. Essa concepção implica na visibilidade do fenômeno por meio da mensuração da quantidade e da agressividade das lesões como um termômetro de sofrimento da criança e adolescente.

Palpavelmente não é possível medir a violência por meio do uso de um instrumento específico, como se faz com a temperatura, o peso, a altura, entre outros. Entretanto, alguns aspectos são atualmente descritos como instrumentos de mensuração de violências específicas. Entre estes, segundo Britto e Ferreira (2013), encontra-se a violência criminalizada que passou a ser utilizada como uma forma de medir a violência, constituindo uma interseção entre a concepção de violação grave a lei moral, civil ou religiosa e o sentimento de medo e insegurança, a atenção midiática e as ações governamentais.

Os indicadores de notificação e estudos quantitativos possibilitam estimar os locais de maior frequência de violências, e, ainda que nenhum instrumento possibilite mensurar o fenômeno, a quantidade de episódios violentos em determinada região traz o juízo de que o local é pouco ou muito violento, como exposto pelos entrevistados, “[...] Vivo numa cidade muito violenta [episódios de violência] não eram cotidianos, hoje é o nosso dia a dia, está na mídia e em tudo quanto é jornal. Se puxar a quantidade de ocorrências de atendimento clínico e não clínico do SAMU, você vê que a violência é par a par ou até mais em algumas épocas do ano [...] É sempre uma incógnita o que está acontecendo, o porquê de estar nesse nível e o que está errado, porque vejo que está evoluindo para pior, só aumentando [...]”.

Apesar do conhecimento dessa prerrogativa, os profissionais do SAMU consideram ser possível visualizar a agressividade e medir a violência conforme os danos causados pelo ato. Sendo assim, conceituam uma ação muito violenta quando esta causa sérios agravos à criança e ao adolescente e, desse modo, os marca emocionalmente, como expresso no trecho “[...] A violência sexual me marca pela agressividade nas lesões. Mexem muito com meu

emocional, fico abalado, as vítimas chegam em farrapos e eu vejo a dor no olhar e no chorar da criança, bem como nas falas do adolescente que descreve toda a violência. A ocorrência marca, eu não esqueço mais [...]”.

A mensuração da violência é comumente realizada pelas pessoas, como no estudo de Carvalho Neto e Silva (2012), sobre a prática desportiva que citam que os esportes que envolvem “muita” violência são os que geram todo ano muitas lesões aos atletas que os praticam.

A representação de mensuração da violência é de conhecimento empírico e singular, pois não se consegue medir a violência pelos danos causados em lesões. No entanto, a gravidade e os requintes de crueldade são utilizados pela sociedade como instrumentos de mensuração da agressividade e da violência.

O discurso expõe fatos e representações sobre os sentimentos envolvidos no atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência que marcam a vida pessoal e profissional dos entrevistados. A impotência se relaciona a frustrações relacionadas ao atendimento do serviço a tais casos e à incompreensão do fenômeno, que envolve questões intersetoriais, principalmente sociais e de saúde.

6.5.2 DSC 6 - Transferência a familiares

Eu tenho que ter equilíbrio para poder conduzir a situação sem me envolver, porque depois eu virei pai, tio, ficou complicado, diminui meu autocontrole com relação a isso. Transfiro, penso que pode ser meu filho, meu sobrinho, um irmão nessa situação, acabo me sentindo mal com esse tipo de atendimento e tento me dedicar ao máximo, fazer o melhor para salvar aquela vida ou diminuir os danos.

O discurso expressa fatos que relacionam a contra-transferência de sentimentos gerados no atendimento às situações de violência contra crianças e adolescentes. A experiência profissional em construir vínculos familiares estreitos, como ocorre na maternidade/paternidade, sensibiliza seu envolvimento emocional frente à violência. Isso ocorre pela possibilidade do profissional alienar os sentimentos envolvidos na situação aos familiares, como filhos, sobrinhos e irmãos.

Dessa forma, a representação social do discurso é de que o profissional que tem vínculos afetivos estreitos, especialmente ligados à relação pais e filhos, sente o sofrimento envolvido na violência por considerar a possibilidade de ocorrência da situação aos familiares, imaginando que o ato violento poderia ter ocorrido com estes.

Para compreender como é possível a transferência da situação a outras pessoas, utiliza-se um texto de Gerd Theissem chamado Transferência que é registrado por Boff (2009). O texto afirma que tal compreensão é possível por meio da linguagem que possibilita conceitos de parentesco como “irmão” e “irmã” ou categorias sociais como “próximo” e “vizinho” serem transferidos à outros, ou seja, pode-se considerar irmão, uma pessoa querida que não tenha vínculo consanguíneo, bem como próximo, uma pessoa querida que está longe fisicamente. Dessa mesma maneira ocorre com a ampliação dos comportamentos.

Pode-se compreender, por meio da linguagem, como se dá o processo de transferência da situação vivenciada pelos entrevistados que, utilizam as semelhanças da situação e, por meio da empatia, imaginam que o fato poderia ser com um familiar querido semelhante à criança ou adolescente que sofreu a violência. No caso utilizam a faixa etária como semelhança e o transferem ao filho, sobrinho ou irmão.

Estudo sobre a assistência a um caso de suspeita de infanticídio do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, expõe que a contra-transferência constitui fenômeno descrito pela psicanálise, compreendido como o conjunto inconsciente de emoções, representações ou atos do profissional, despertados pela interação com o paciente (SCHERER; SCHERER, 2007).

Para Hirschzon e Ditolvo (2004), em relato de experiência sobre a experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais da saúde, expõem que os aspectos de envolvimento emocional dos profissionais relacionados à contra-transferência, suscitavam uma posição empática para com o paciente, mas também poderiam levar a uma total identificação e conseqüente paralisia em seu trabalho.

A contra-transferência implica em questões relacionadas à empatia no cuidado e, na atuação dos entrevistados, conecta-se à experiência de maternidade/paternidade e relações familiares próximas. Segundo os profissionais do SAMU, tais experiências sensibilizam emocionalmente o profissional e produzem empenho na busca de soluções.

Lima *et al.* (2011), em estudo realizado com 506 profissionais da atenção básica de Feira de Santana, Bahia, sobre suas atuações quanto à identificação e notificação de crianças e adolescentes que sofreram violência física e sexual, constataram que a associação entre “identificar ou suspeitar de casos de violência” e a variável “profissional que tem filhos” é estatisticamente significativo, ou seja, profissionais que têm filhos identificam a violência contra crianças e adolescentes.

Nesse sentido, os profissionais de saúde além do conhecimento científico com relação à identificação da violência, têm experiências pessoais no cuidado e manejo da criança, proporcionadas pelo convívio com os filhos, sobrinhos e/ou irmãos.

Quando o profissional presta o cuidado à criança e adolescente em situação de violência, por meio da contra-transferência, sente o “luto” de quem sofreu a violência e de sua família, e, deposita esse sentimento de pesar a familiares pessoais que tenham algo em comum com quem sofreu a violência. Em se tratando de crianças e adolescentes, os profissionais remetem a filhos, sobrinhos ou irmãos, devido à semelhança na relação de cuidar, provavelmente pela idade e vulnerabilidade inerente à fase de desenvolvimento.

Salienta-se que os profissionais do SAMU, consideram que após a experiência de maternidade/paternidade sentem-se mais vulneráveis emocionalmente à contra-transferência no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência e que, apesar do sofrimento sentimental e a alienação da situação a seus familiares, expõem que esse mecanismo proporciona motivação profissional para com o cuidado.

6.5.3 DSC 7 - Sentimentos sobre o autor da violência

Para mim, o agressor é um doente, ele precisa de assistência e tratamento. Não é possível que seja uma pessoa normal para fazer essas coisas contra uma criança ou adolescente. Muitas vezes, estou com o agressor por perto e tenho que controlar minha revolta contra ele. Fico com raiva, nem o abordo, nem tenho interação com ele, não consigo acolhê-lo. Eu queria que ele sofresse mais do que fez a vítima sofrer. Já cheguei a sentir vontade de matar um agressor, mas minha criação não permite esses pensamentos.

O DSC 7 expõe fatos relacionados aos sentimentos sobre o autor da violência e dificuldades profissionais em sua abordagem. Expressa a representação social de que o perpetrador de atos violentos contra a criança e o adolescente não é uma pessoa que se encaixe nos parâmetros de normalidade, mas sim a que transgride condutas estabelecidas social e legalmente, o que pode relacionar-se a doenças psiquiátricas, que tornam obscuro o discernimento do que é certo e errado. Cabe salientar que “pode” relacionar-se a doenças psíquicas, entretanto, nem todos os perpetradores de atos violentos são motivados por doença.

Para Waldow (1998), a reflexão sobre o desenvolvimento humano na história permite considerar que os seres humanos alcançaram um nível de vida em que o bem deveria prevalecer sobre o mal, mas o que infelizmente nem sempre acontece.

A agressividade é considerada inata ao ser humano, como parte de seu instinto, entretanto quando manifesta-se sob a forma de uma ação, configura agressão que pode vir a ser considerada violência (SCHERER; SCHERER, 2007).

Vieira e Witter (2011), em revisão literária sobre a produção científica a respeito do tema ética e comportamento, afirmam que a ética objetiva auxiliar indivíduos, organizações, profissões e a sociedade como um todo na distinção entre certo e errado. O comportamento-ético do homem é uma questão de interesse social, científico, legal e pessoal e é determinado pelo ser e pelo ambiente, em que envolve todas áreas da vida humana.

As dificuldades na abordagem ao que cometeu a violência referem-se aos sentimentos gerados nos profissionais, como raiva e revolta. Tais sentimentos geram desejo de vingança como um mecanismo de enfrentamento primitivo. No entanto, os entrevistados referem não abordar o autor da violência e, realizam essa conduta como mecanismo de proteção.

Outra representação social apresentada é de que a educação moral e ética profissional conduz as ações relacionadas ao autor da violência pois os sentimentos gerados no profissional referentes ao agressor transgridem normas de conduta da sociedade e, não se concretizam em ações transgressoras devido à educação de valores.

A abordagem a um perpetrador de ato violento, especialmente quando são estes os pais de quem sofreu a violência, pode gerar nos profissionais de saúde, dificuldades em lidar com os sentimentos e desconforto, pois é difícil compreender a situação e não julgar. Os profissionais manifestam verbal e não-verbalmente seu inconformismo, repulsa, indignação e raiva. Entretanto, espera-se da equipe isenção, imparcialidade, não julgamento e o não “sentenciamento”, bem como a consideração de que os autores da violência podem ter sido vítima de maus-tratos na infância ou sofrerem de transtornos mentais. Quando necessário, os profissionais devem estabelecer um processo de ajuda (SCHERER; SCHERER, 2007).

Para Amaral *et al.* (2013), a predisposição à ocorrência de maus-tratos pode ser devido a distúrbios relacionados aos agressores e ao meio social. Expõem que os profissionais devido a suas concepções éticas, ficam perplexos com o comportamento dos adultos agressores, especialmente quando são familiares ou conhecidos, pois, consideram que o ambiente familiar deveria promover proteção e acolhimento. Envolvidos nesses sentimentos relacionados à revolta, os profissionais necessitam compreender os causadores da violência e afastar pré-julgamentos.

Bittar e Nakano (2011), expõem que a história de vida de agressores aponta que durante a infância e a adolescência, na família de origem, conviveram com perdas de entes queridos, presenciaram violência conjugal, sofreram abuso, afetos e desafetos, suas vivências

envolveram o abuso de bebidas alcoólicas e/ou drogas e pobreza. Tais situações refletiram no contexto familiar atual e ocasionaram a desestruturação familiar e o ciclo vicioso da violência.

Woiski e Rocha (2010), evidenciaram que os profissionais da saúde não conseguem entender o fenômeno da violência, sentem revolta, raiva, desejo de justiça relacionada à pessoa que cometeu o ato violento e afligem-se com o sofrimento da criança. Consideram que a equipe anseia realizar a justiça com as próprias mãos, pois querem que o abusador sofra da mesma forma que fez a criança sofrer.

A abordagem do perpetrador da violência contra a criança e adolescente gera anseio por justiça e, cometê-la ou não com suas próprias mãos requer tomada de decisão. Vieira e Witter (2011) expõem que os modelos teóricos sobre tomada de decisão são lógicos e baseiam-se no raciocínio, entretanto não há dados empíricos que comprovem seus pressupostos de racionalidade, consciência e base legal. A decisão ética pode ser influenciada por fatores de cunho não racional como os relativos ao contexto, percepções, relações, emoções e mesmo por hipóteses.

Para Mayernyik e Oliveira (2016), falar de justiça exige que determinadas regras sejam um divisor comum na vida em sociedade.

O atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência gera nos profissionais do SAMU sentimentos sobre o autor da violência relacionados à raiva, revolta e desejo de vingança e justiça. Tais sentimentos dificultam a abordagem do agressor e exige a utilização de princípios morais e ética profissional na tomada de decisão.

6.6 Atendimento do SAMU a crianças e adolescentes em situação de violência

6.6.1 DSC 8 – “A farda na balança”

Trabalhar no SAMU é ótimo, quem entra, não sai mais. É um serviço dinâmico com resultados imediatos. Aqui eu sou sempre atualizado por meio de treinamentos. Quando coloco a farda e vou atuar, a população me vê não apenas como um profissional da saúde, mas como uma autoridade, um representante do Estado e cabe a mim dar essa resposta à expectativa da população. Atender crianças e adolescentes em situação de violência foge um pouco do que eu esperava, porque quando eu entrei no SAMU, tinha uma falsa ilusão de que ia atender só acidentes, traumas e que as violências, se restringiam apenas a baleados e esfaqueados, mas na verdade, é um leque grande de atendimentos e faz parte da atividade que eu escolhi. Eu gosto de trabalhar com urgência e emergência, mas não gosto e não me sinto confortável em atender esses casos de violência, porém é meu trabalho. Alguém tem que salvar e esse alguém sou eu do SAMU. É impactante ir atender a violência no pré-hospitalar, você vai por causa de um pedido de socorro de alguém que está revoltado ou de um agressor que vai estar tentando disfarçar a situação, por isso acho bem mais difícil quando a gente vai até o local, no pré-hospitalar. Além disso, você vê coisas inimagináveis que não pertenciam ao seu mundo e descobre ter uma força que nem sabia que tinha. Depois de um certo tempo, você consegue administrar aquilo como algo que choca, mas que não te influencia emocionalmente, pois minha função como profissional de ambulância é tentar fazer com que o que já aconteceu não fique pior, é minimizar as consequências. Com o domínio da técnica, eu me fortaleço e me concentro em salvar a vida do paciente. Quando chego em casos de violência, sou quem está salvando vidas, mas também sou eu quem tem que denunciar, a população espera essa postura de mim, espera que eu ajude em todos os aspectos. A situação de agressão à criança e adolescente é bem difícil, sensibiliza, mexe comigo e me faz querer ser ainda mais resolutivo, minha vontade em fazer o melhor possível da melhor maneira possível é maior ainda. O impossível não existe quando o assunto é salvar essa vida, eu tenho que dar conta do recado, sair pensando que fiz tudo o que tinha a meu alcance. E, se por acaso não foi o suficiente, eu não tenho culpa e não tenho que ficar pesaroso com isso, eu fiz o meu melhor. Então vejo que o SAMU me oferece uma balança, de um lado pesa coisas boas, de outro, coisas ruins. E eu fico no SAMU porque a balança pende para o lado bom que é salvar pessoas, isso é muito gratificante! Eu sei que posso fazer a diferença na vida das pessoas. Mesmo que elas não percebam ou não entendam, mas eu sei, eu entendo. Eu sou exposto a situações de risco e fico pensando na minha família caso morra, mas se eu morrer em uma situação dessas, vou morrer trabalhando. Então, ainda que exposto, vale a pena, eu continuo no SAMU e não paro.

O DSC 8 expressa fatos relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel à violência que evidenciam a dificuldade emocional e exposição da equipe a riscos no lidar com o fenômeno em seu contexto original, em ir à cena. Além disso, o discurso expõe fatos relacionados à satisfação em trabalhar no SAMU, decorrentes das características do serviço e da motivação em salvar vidas, sendo este o foco profissional.

Situações de emergência exigem dos profissionais um olhar atento para observar e saber administrar as inúmeras situações apresentadas no cuidado à pessoa com risco de vida. O ambiente e o trabalho do SAMU são complexos, devido a constante expectativa de situações de emergência, frequência de pacientes graves, descompensação dos pacientes e complexidade do trabalho. Todos esses fatores aliados à sobrecarga emocional constituem fator estressante nas interações sociais, dada a imprevisibilidade do ambiente (NASCIMENTO; GOMES; ERDMANN, 2013).

A representação social é de heroísmo do profissional. Segundo os participantes da pesquisa, cabe ao profissional do SAMU a responsabilidade, credenciada pela população, de resolver o problema, pois esta o considera como um herói. Tal representação implica em satisfação e motivação para a continuidade da caminhada profissional no serviço, ainda que este seja repleto de riscos.

Para Moscovici (2015) as atitudes das pessoas decorrem de motivações internas e externas. As motivações externas são provenientes do ambiente, posição social e pressões sofridas. Nesse sentido, o heroísmo do profissional do SAMU deve-se a motivações internas de realização pessoal e profissional e, externas de reconhecimento da população.

Santos; Colly; Pereira (2016) realizaram estudo sobre as limitações na formação ética e emocional do socorrista na região de Londrina, Paraná. Neste, expõem que se deve ter uma preocupação com a integridade emocional dos profissionais que trabalham em situações extremas, pois os conflitos internos fazem parte do ser humano e podem leva-los a desencadear síndromes que possivelmente afetariam suas habilidades técnicas, entre elas a síndrome do herói, em que o profissional expõe a si próprio e a equipe à riscos pela convicção de que pode fazer o impossível no intuito de salvar vidas.

O discurso expõe que atender casos de violência no SAMU é um desafio para o profissional, pois envolve atendimento no contexto original da violência, o que é chamado de cena da ocorrência e gera desconforto emocional em lidar com o fenômeno por envolver sentimentos e quebra de paradigmas relacionados a situações e contextos diferentes dos vividos pelos profissionais, como expresso no trecho “[...] Além disso, você vê coisas inimagináveis que não pertenciam ao seu mundo e descobre ter uma força que nem sabia que tinha. Depois de um certo tempo, você consegue administrar aquilo como algo que choca, mas que não te influencia emocionalmente, pois minha função como profissional de ambulância é tentar fazer com que o que já aconteceu não fique pior, é minimizar as consequências [...]”.

Em “[...] Atender crianças e adolescentes em situação de violência foge um pouco do que eu esperava, porque quando eu entrei no SAMU, tinha uma falsa ilusão de que ia atender

só acidentes, traumas e que as violências, se restringiam apenas a baleados e esfaqueados, mas na verdade, é um leque grande de atendimentos e faz parte da atividade que eu escolhi [...]” evidencia-se que os profissionais quando ingressaram no SAMU não estavam conscientes de que deparar-se-iam com situações de violência contra a criança e ao adolescente, as quais consideram desagradáveis e dificultosas devido aos sentimentos envolvidos, a revolta do solicitante, a violência escondida e a inserção em contextos sociais inimagináveis a eles.

Atender situações de violência no SAMU significa socorrer os casos mais graves de crianças e adolescentes expostas ao fenômeno e, para Amaral *et al.* (2013), o trabalho exige preparo emocional e profissional para lidar com as diferentes demandas do serviço de emergência e sentimentos produzidos pelo cuidado. Nesses casos, os profissionais estão submetidos à intensa carga emocional gerada pelos sentimentos produzidos no atendimento a situações de violência infantil e no trabalho na emergência, o que pode influenciar a relação terapêutica.

Entretanto, para os profissionais, trabalhar no SAMU é satisfatório e prazeroso. Eles consideram que apesar dos riscos e dificuldades o trabalho é compensatório. Este fato se deve às constantes atualizações em treinamentos específicos, reconhecimento da competência pela população, e especialmente pela gratificação pessoal de saber que está atuando como herói, fazendo diferença na vida de alguém e salvando vidas.

Os socorristas acreditam que o estigma de “herói”, credenciado pela sociedade, pode influenciar seu atendimento e é o suficiente para encarar uma catástrofe, ter sucesso total na operação e para mantê-los na profissão. Entretanto, enfatiza-se que a preocupação com a rotulagem heroica não deve fazer parte do dia a dia dos profissionais, pois pode correr o risco de prenderem-se ao título de herói e entrar em conflito com a sua real existência profissional (SANTOS; COLLY; PEREIRA, 2016).

Os profissionais entrevistados reconhecem o significado de vestir a farda do SAMU. Para eles, a população concede o título de herói ao SAMUZEIRO, o qual é considerado aquele que resolverá o problema. Portanto, o profissional do SAMU detém a responsabilidade não apenas de salvar a vida ou minimizar sequelas, mas de satisfazer as expectativas da população, o que inclui romper a cadeia da violência por meio da denúncia.

SAMUZEIRO é um termo comumente utilizado entre os profissionais do SAMU para denomina-los, especificamente a palavra refere-se ao profissional do SAMU que se sente honrado em seu trabalho e detém respeito e fascínio pelo SAMU e pela Política Nacional de Urgências. Avelar e Paiva (2010), em estudo sobre a identidade de enfermeiros que trabalham no SAMU, expõem em seus resultados que estes são indivíduos diferenciados, experientes,

solitários, mais próximos das atividades assistenciais, em busca de capacitação e reconhecimento, e, envoltos em relações de trabalho complexas.

O discurso evidencia que é atribuição do profissional do SAMU a responsabilidade social, relacionada ao cuidado integral e ao heroísmo profissional. Aborda que cabe ao profissional não apenas atender a urgência e oferecer a possibilidade de tirar a criança e o adolescente do risco de morte, mas também identificar a situação de violência e agir em prol da proteção destes, no intuito de romper o ciclo da violência.

Avelar e Paiva (2010), evidenciam que existe entre os profissionais do SAMU, o traço constante da satisfação em fazer a diferença no ajudar o próximo e referem a convicção destes quanto a responsabilidade social do serviço, relacionada à universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção prestada, exemplificada pela oportunidade de se atender qualquer pessoa, de qualquer classe social.

A responsabilidade profissional homogeneiza-se à responsabilidade de cidadão, no sentido de que o cuidado integral do SAMU às crianças e aos adolescentes em situação de violência ultrapassa o atendimento técnico, e envolve responsabilização como cidadão e como profissional em comunicar a ocorrência do fenômeno.

A evidente preocupação dos profissionais do SAMU com a responsabilidade social está relacionada à resolutividade não apenas do agravo sofrido pela criança ou adolescente, mas também relativa as questões sociais e a convicções éticas, como expresso no trecho “[...] Quando coloco a farda e vou atuar, a população me vê não apenas como um profissional da saúde, mas como uma autoridade, um representante do Estado e cabe a mim dar essa resposta à expectativa da população [...] Quando chego em casos de violência, sou quem está salvando vidas, mas também sou eu quem tem que denunciar, a população espera essa postura de mim, espera que eu ajude em todos os aspectos [...]”.

Para Mayernyik e Oliveira (2016), a procura pela resolutividade dos problemas que determinam e condicionam o processo de adoecimento não relacionados apenas aos aspectos puramente biológicos, constitui um cuidado ético.

Para os profissionais do SAMU, o que os condiciona ao atendimento às situações de violência é o domínio das técnicas de urgências, a concentração em salvar a vida da criança ou do adolescente e experiências anteriores. Para eles, as experiências em atender casos de violência facilitam o manejo dos sentimentos, pois possibilitam a manutenção do foco no atendimento, o que se relaciona a questões sobre a experiência profissional e a possível robotização do atendimento.

Salvar a criança e o adolescente são molas propulsoras da motivação do SAMUZEIRO no atendimento às urgências decorrentes de violência. Tal motivação é individual, visto que não é dependente de reconhecimento alheio, fato constatado pelo discurso “[...] salvar pessoas, isso é muito gratificante! Eu sei que posso fazer a diferença na vida das pessoas. Mesmo que elas não percebam ou não entendam, mas eu sei, eu entendo [...]”.

O cuidado é uma expressão de nossa humanidade, é essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos (WALDOW; BORGES, 2011). No cuidado humano há uma responsabilidade em estar no mundo não apenas para satisfação pessoal, mas para ajudar a construir uma sociedade com base nos princípios morais, para que, de sua história se tenha orgulho (WALDOW, 1998).

Nascimento; Gomes; Erdmann (2013) em estudo sobre representações sociais do cuidado intensivo para profissionais que atuam em Unidade de Terapia intensiva móvel, realizado com 73 profissionais do SAMU, expõem que o atendimento à pessoa em risco de vida é representado como um cuidado intensivo presente em situações de urgência e emergência que requerem conhecimento e responsabilidade e preveem atendimentos de ações rápidas, com habilidade, atenção no intuito de salvar vidas. A agilidade, habilidade, atendimento, atenção e “salvar vidas” influenciam a representação de forma positiva e reforça as funções do cuidado intensivo.

Trajano e Cunha (2010), em estudo sobre o trabalho dos profissionais do SAMU e a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS) do ponto de vista da atividade humana, expõem que a dimensão do trabalho da urgência/emergência exige dimensionamento de tempo, gestos e decisões rápidas no intuito de salvar vidas enquanto se arrisca a própria vida, às vezes esquecendo dos protocolos de segurança. Salvar vidas evidencia-se como uma característica de valor não dimensional ao profissional do SAMU.

O DSC 8 expõe um contraponto de riscos e motivações em trabalhar no SAMU, expressa no trecho “[...] o SAMU me oferece uma balança, de um lado pesa coisas boas, de outro, coisas ruins. E eu fico no SAMU porque a balança pende para o lado bom que é salvar pessoas, isso é muito gratificante! [...] Eu sou exposto a situações de risco e fico pensando na minha família caso morra, mas se eu morrer em uma situação dessas, vou morrer trabalhando. Então, ainda que exposto, vale a pena, eu continuo no SAMU e não paro”.

Diante do exposto, evidencia-se que os riscos de acidentes e morte a que o profissional do SAMU está exposto, incorpora-se às motivações profissionais quando este considera a valorização de significados motivacionais que atribui a seu ofício.

Os riscos a que estão expostos os socorristas são inerentes ao atendimento pré-hospitalar, especialmente pelo fato de prestarem assistência direta ao paciente fora do ambiente hospitalar e por suas posturas éticas e emocionais poderem influenciar diretamente na segurança de sua equipe (SANTOS; COLLY; PEREIRA, 2016).

O discurso expõe que atender crianças e adolescentes em situação de violência no SAMU é desafiador, pois envolve o preparo técnico e emocional dos profissionais, bem como a responsabilidade de salvar vidas. O heroísmo é evidente nos discursos e fundamenta-se como a principal motivação de ser um SAMUZEIRO, o que minimiza a importância da exposição a riscos.

6.6.2 DSC 9 – SAMU e vínculo

Na hora do atendimento à violência contra a criança e ao adolescente, fiquei chocada. Essas coisas parecem mentira. Mesmo com tantos anos de experiência profissional, fiquei sem saber o que fazer, o que falar. Não é só o protocolo de atendimento que é importante na hora, mas saber acolher esses pacientes. Isso implica em equilíbrio emocional, sabedoria no falar, dar um mínimo de carinho. Tenho que atender não só a criança ou o adolescente, mas também a família. Às vezes tenho que abordar a vítima longe do familiar, porque ela está amedrontada, eu ganho a confiança dela na abordagem e quando sozinha, ela me conta o que aconteceu, sem mentir. É difícil, mas se eu tiver preparada emocionalmente a ponto de lidar com o sofrimento da família e da criança e não me importar com isso, acabou a ocorrência, não posso trabalhar no SAMU. A equipe se divide para atender e acolher ao mesmo tempo. Isso tem que ser rápido, porque tenho pouco tempo e o vínculo tem que ser estabelecido. Tenho que ser rápido, objetivo e colher informação para ter a certeza de uma suspeita e fazer a denúncia, mas o tempo é curto. Parece que no SAMU, o atendimento é mais curto que no CRS e na UPA e as vulnerabilidades da criança e do adolescente tem pouco impacto, o que não deveria ser. É ruim o fato do meu atendimento acabar ali, é um primeiro atendimento e pronto, a notificação fica por conta do serviço que recebe o paciente, o SAMU não tem essa preocupação.

O DSC 9 traz fatos relacionados à abordagem e vínculo com a criança e o adolescente em situação de violência atendidos pelo SAMU e a percepção da relação entre tempo gasto no atendimento e envolvimento com a situação.

O discurso aborda as situações de violência contra a criança e adolescente que exigiram não apenas o protocolo técnico de atendimento, mas condutas de acolhimento para a criança, adolescente e família. Tais condutas exigiram equilíbrio emocional, sabedoria, carinho, confiança e estratégias de abordagem em equipe, como privilegiar um momento reservado com quem sofreu a violência e dividir funções entre os profissionais.

Para Waldow (1998), elementos como respeito, consideração, compaixão e afeto devem estar presentes no cuidado, visto este como uma interação interpessoal, característica humana e mesmo como intervenção terapêutica.

Os profissionais da emergência revelaram que, no cuidar de crianças em situação de violência, sentiram tristeza e angústia que exigiu destes profissionais tolerância e sensibilidade para a promoção de um cuidado humanizado e efetivo para a vítima e sua família. (AMARAL *et al.*, 2013).

Os entrevistados consideram importante a implementação da humanização no cuidar das crianças e adolescentes em situação de violência, especialmente relacionada ao acolhimento destas, conforme evidencia-se no trecho “[...] Mesmo com tantos anos de experiência profissional, fiquei sem saber o que fazer, o que falar. Não é só o protocolo de atendimento que é importante na hora, mas saber acolher esses pacientes [...]”.

Nogueira-Martins e De Marco (2010), em estudo sobre a humanização e os processos comunicacionais entre os profissionais de saúde e usuários, afirmam que a empatia é a capacidade de se identificar com o outro, conseguindo se aproximar do que a outra pessoa está experimentando e expressar verbal ou não verbalmente solidariedade emocional.

O discurso expressa estratégias de abordagem para a revelação do que ocorreu com a criança e adolescente baseadas em princípios da humanização, como confiança e ética profissional, expresso em “[...] Às vezes tenho que abordar a vítima longe do familiar, porque ela está amedrontada, eu ganho a confiança dela na abordagem e quando sozinha, ela me conta o que aconteceu, sem mentir [...]”.

Obter informações e cuidar de uma criança requer do profissional, além da realização de procedimentos técnicos, mas também o cuidado subjetivo relacionado ao sofrimento emocional, que envolve a singularidade e a individualidade de cada criança, a forma como expressa seus sentimentos e emoções, o contexto em que essa violência aconteceu e com todos os símbolos e significações que este acontecimento tem para ela (WOISKI; ROCHA, 2010).

A representação social do discurso é de que o preparo emocional é tão necessário quanto o conhecimento de protocolos técnicos para o adequado atendimento aos casos de violência contra a criança e ao adolescente. Essa representação implica em questões sobre a humanização do cuidado.

O fenômeno da violência contempla aspectos contextuais e relacionais e, portanto, cabe aos profissionais de saúde, considerarem que a violência contra a criança e o adolescente é um processo do qual fazem parte não somente as vítimas e os agressores, mas também os demais familiares e os cenários em que os atos violentos se manifestam. Nesse sentido, o desenvolvimento de uma abordagem de cuidado adequada aos envolvidos nessa situação

requer um enfoque interdisciplinar que transcenda a dimensão biológica do cuidar (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Os profissionais do SAMU, por meio do discurso, expõem a necessidade de preparo emocional para o atendimento dos casos de violência contra a criança e ao adolescente, entretanto reforçam que esse preparo não significa que deva ocorrer desumanização do cuidado e, caso ocorra, não é possível atender a ocorrência, tampouco trabalhar nesse serviço. Tal consideração é expressa no trecho “[...] É difícil, mas se eu tiver preparada emocionalmente a ponto de lidar com o sofrimento da família e da criança e não me importar com isso, acabou a ocorrência, não posso trabalhar no SAMU [...]”.

O cuidado do SAMU às pessoas em risco de (perder a) vida tem como elemento representativo a humanização do atendimento prestado, que associada ao estresse constituem-se enfrentamentos necessários no cuidar (NASCIMENTO; GOMES; ERDMANN, 2013).

A formação técnico-científica para o adequado desenvolvimento dos procedimentos do socorrista são de suma importância para um socorro eficiente e de qualidade. Nessa mesma concepção é a formação ética, pois o abandono das questões psíquicas e éticas deste profissional significa deixar uma margem para os erros operacionais e humanos (SANTOS; COLLY; PEREIRA, 2016).

Woiski e Rocha (2010), expõem a percepção de que o cuidado a quem sofreu violência vai além da técnica e envolve o emocional da criança, equipe e família. Referem que os profissionais demonstram compreender a importância de realizar um cuidado humanizado, que não se limita a ações técnicas, mas em que a equipe deve estar preparada psicologicamente, pois percebe-se que há envolvimento emocional nesses cuidados, especialmente por considerar este um momento doloroso para a criança.

Waldow e Borges (2011) consideram que a humanização, não deve ser considerada como algo passível de ser treinado, mas deve constituir-se por meio de um processo de sensibilização.

O discurso expõe que o tempo de atendimento no SAMU é curto, por se tratar de um serviço de emergência pré-hospitalar. Entretanto, o estabelecimento de vínculo entre a equipe, a criança, adolescente e família é de suma importância para a identificação da violência e a prestação de um cuidado humanizado. A capacidade de acolher quem sofreu a violência e demais envolvidos requer equilíbrio emocional e é considerada tão necessária quanto a competência técnica para a realização de procedimentos emergenciais. Diante deste contexto, a humanização do cuidado é reputada como fundamental para o desenvolvimento do trabalho no SAMU aos casos de violência contra a criança e ao adolescente.

6.6.3 DSC 10 – Facilidades e dificuldades do atendimento

Os fatores que facilitam o atendimento do SAMU à criança e adolescente em situação de violência são o fato de gostar de atender essas clientela, de o serviço ter uma resposta rápida do paciente, o perfil dos profissionais do SAMU que exige saber lidar com situações de estresse e o respeito da população para com o serviço. Os sentimentos gerados pela violência, pelo agressor e pelo contexto é um fator dificultador, porque às vezes tiram meu foco do atendimento e prejudicam minha atenção, entretanto o fato de todos ficarem revoltados pela violência é facilitador, pois devido a essa revolta, agilizam o processo para estabelecer a proteção e recuperação da criança e do adolescente. Atender no local, ser o primeiro a chegar e realizar o atendimento imediato, também contribui para salvar a vida do paciente. Além disso, indo à cena, você consegue visualizar a realidade, pois você tem uma ideia da situação vivida pela criança ou adolescente, da origem das lesões e isso me favorece a chegar a um diagnóstico ou suspeita mais condizente com a realidade. Porém o atendimento na cena da violência é perigoso, como bocas de fumo, com pessoas agressivas e pessoas fragilizadas emocionalmente, o que expõe a equipe e, no sentido de segurança, dificulta. No SAMU tenho capacitações frequentes em urgência e emergência, bastante treinamento, como ATLS e APH, e isso facilita muito atender, é importante ser proativo na busca de conhecimentos, pois a principal facilidade consiste em eu ter o preparo, o conhecimento específico necessário para o atendimento de urgência e ter sensibilidade para perceber sinais discretos da violência na criança e no adolescente, porém nunca tivemos capacitações específicas. Outros fatores dificultam o atendimento à crianças e adolescentes em situação de violência, como o desespero da família, que não colabora com o atendimento, com a implementação de ações que salvariam a criança ou não aguardam a chegada da viatura. E algumas questões mais técnicas como a falta de pediatra no quadro de médicos, porque criança foge do convencional, falta de kit de profilaxia da violência.

O DSC 10 expõem fatos que consideram a existência de fatores que facilitam e dificultam o atendimento do SAMU a crianças e adolescentes em situação de violência.

Considera-se como aspectos facilitadores a afinidade do profissional no cuidado a crianças e adolescentes, a resposta rápida destes à terapêutica, o perfil construído pelos profissionais do SAMU que lhes permite saber lidar com situações de estresse, o respeito da população para com o serviço e as frequentes capacitações em urgência e emergência.

Os entrevistados declaram que entre os fatores facilitadores, encontra-se especialmente a associação da competência técnica em atendimentos de urgência com a capacidade de identificar os sinais da violência. Acreditam ser necessária a formação específica para a aquisição deste último conhecimento.

Andrade *et al.* (2011), afirmam que os profissionais não se sentem capacitados para lidar com a violência contra crianças e adolescentes e reforçam a necessidade de se investir na capacitação e sensibilização dos profissionais, no sentido de se detectar a violência, não só a dos casos extremos, mas, principalmente, a das formas veladas.

Nunes, Sarti e Ohara (2009) expõem que é preciso que sejam incluídas estratégias de capacitação dos profissionais para o atendimento à violência contra crianças e adolescentes. Além disso, consideram oportuna a abordagem do tema na formação acadêmica tanto da área de saúde quanto de ciências humanas e sociais, ressaltando que esse fenômeno não se limita aos aspectos fisiopatológicos, mas a uma dinâmica relacional.

Os entrevistados consideram como fatores que dificultam o atendimento o desespero da família, a falta de pediatra no quadro médico e dos materiais de profilaxia utilizados nos casos de violência sexual. O fato do serviço atender no local onde ocorreu o agravo e os sentimentos envolvidos são considerados aspectos que tanto facilitam quanto dificultam a atuação profissional.

Os profissionais do SAMU consideram que os sentimentos gerados pelo atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência, são um fator que dificulta sua atuação, por prejudicarem a concentração do profissional no cuidado. Ao mesmo tempo, é facilitador, no sentido de que a revolta impulsiona os profissionais à tomada de decisão e agiliza o cuidado afim de promover rápida proteção e recuperação de quem sofreu a violência, como se evidencia no trecho “[...] Os sentimentos gerados pela violência, pelo agressor e pelo contexto é um fator dificultador, porque às vezes tiram meu foco do atendimento e prejudicam minha atenção, entretanto o fato de todos ficarem revoltados pela violência é facilitador, pois devido a essa revolta, agilizam o processo para estabelecer a proteção e recuperação da criança e do adolescente [...]”.

Amaral *et al.* (2013) em pesquisa, realizada em 2010, com 14 profissionais em uma unidade pediátrica de hospital de Fortaleza/BA, sobre os significados do cuidado atribuídos por profissionais na atenção a crianças vítimas de maus tratos, referem que o cuidado à criança vítima de maus-tratos mobilizou diversos sentimentos e emoções nos profissionais, entre eles a piedade e compaixão, que são apontados como motivadores das ações em saúde institucionalizadas.

O fato do SAMU atender no local onde ocorreu o agravo, é considerado um fator facilitador, por possibilitar a prestação de cuidado imediato ao agravo, a identificação da origem das lesões e do mecanismo do trauma, a conclusão do diagnóstico e confirmação da suspeita de violência. Porém, os profissionais do SAMU acreditam que o atendimento na cena do agravo é um aspecto que dificulta suas atuações, por representar um contexto inseguro e envolver a exposição da equipe ao risco de sofrer agressões.

Tais observações evidenciam-se no trecho “[...] Atender no local, ser o primeiro a chegar e realizar o atendimento imediato, também contribui para salvar a vida do paciente [...] você consegue visualizar a realidade, pois você tem uma ideia da situação vivida pela criança ou adolescente, da origem das lesões e isso me favorece a chegar a um diagnóstico ou suspeita mais condizente com a realidade. Porém o atendimento na cena da violência é perigoso, como bocas de fumo, com pessoas agressivas e pessoas fragilizadas emocionalmente, o que expõe a equipe e, no sentido de segurança, dificulta [...]”.

O atendimento em domicílio e no local de ocorrência dos acidentes e violências é uma realidade recente na assistência à saúde nos serviços de urgência e emergência, em que se muda o cenário de cuidado para além da assistência hospitalar. O trabalho no SAMU é considerado prazeroso e ao mesmo tempo difícil, por não exigir apenas o domínio dos saberes teóricos dos cursos de capacitação e aperfeiçoamento, mas também os saberes adquiridos no contato com a realidade e com a aprendizagem construída diariamente (AVELAR; PAIVA, 2010).

O discurso aborda aspectos que facilitam e dificultam a realização do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência e, considera como principal necessidade desse serviço, a capacitação técnica dos profissionais em urgência e emergência e em identificação dos sinais de identificação da ocorrência do fenômeno.

6.7 Rede de apoio ao atendimento às situações de violência

6.7.1 DSC 11 - Estratégia de enfrentamento da violência: trabalho em rede intersetorial

Para atender a violência contra crianças e adolescentes é necessário que haja apoio entre os vários serviços. Em atendimentos à casos de violência, nós da equipe do SAMU, também somos expostos à violência na cena. Às vezes, penso que o chamado de socorro será uma coisa simples e não peço apoio de outros serviços, mas quando chego e vejo que a cena é de violência, com risco para as pessoas, passo essa informação à Central, que aciona a polícia, que vai à cena e segue suas condutas para prosseguimento do caso. Isso porque temos muitos casos de equipes agredidas que tiveram que sair fugindo do local. Por isso, em cenas violentas, independente da idade da vítima, atendemos somente com a presença da polícia, pois, muitas vezes, o agressor ainda está na cena. Se, por julgo do médico regulador, a cena for considerada insegura, como em casos de agressão, roubos, FAF e FAB, a equipe, por protocolo, só chega com força policial para garantir a segurança da equipe, do familiar e da vítima. Com relação a essa interação SAMU e PM, ainda considero necessária uma pactuação mais efetiva entre esses serviços, pois nem sempre esse protocolo funciona. Quando a cena não tem risco, não solicito apoio da polícia na cena, mas repasso a suspeita de violência à equipe da unidade de referência do paciente e lá eles acionam os serviços que precisam, como por exemplo, o serviço social, porque eu não posso identificar uma violência e não notificar. Há também uma interação entre o 193 e 192 que, apesar da diferença na conduta militar e civil, trabalham juntos e se ajudam bastante. As situações de violência contra a criança e adolescente merecem sempre atenção, estudo e estratégias. Estas devem ser trabalhadas de mãos dadas, tem que ser multidisciplinar, um complexo entre atenção básica, urgência e emergência que envolve o SAMU, rede hospitalar, assistência social, educação, segurança, universidades e as secretarias todas para abordar a criança e o adolescente como um todo e não por partes. É um assunto de alta valência, os envolvidos precisam sentar todos juntos para buscar estratégias melhores.

O DSC 11 expõe fatos sobre o processo de trabalho intersetorial no atendimento às urgências que envolve a violência contra crianças e adolescentes e a exposição da equipe do SAMU ao risco de sofrer atos violentos.

A representação social do discurso está relacionada à convicção de que não pode haver fragmentação do cuidado. Para tal, faz-se necessário que o enfrentamento da violência se constitua de um trabalho unificado em rede, o que implica em atendimento holístico e a concepção sobre a ideal articulação da rede de atenção à criança e ao adolescente, no intuito de definirem estratégias efetivas.

Mesmo com os progressos nas políticas públicas de saúde sobre violência contra crianças e adolescentes, é necessário o entrelaçamento dos diversos setores para que a atuação seja eficaz e que medidas preventivas possam ser realizadas a fim de minimizar os atos violentos (FRIESTINO, 2016).

Para Martins e Jorge (2010) é necessário intensificar ações de prevenção, efetivar políticas de monitoramento e integrar os diversos segmentos sociais, possibilitando discussões e reflexões que possam culminar em políticas e estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas, numa rede de apoio social e interinstitucional.

Para Amaral *et al.* (2013), é necessário que Estado e sociedade assumam a responsabilidade pública e política para a promoção da equidade social e efetividade dos direitos das crianças, adolescente e dos cidadãos em geral, bem como que diversos serviços atuem de forma interdisciplinar e intersetorial para a promoção da continuidade do cuidado e proteção da vítima.

Para os profissionais do SAMU, o atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência exige apoio entre os diferentes componentes da rede intersetorial. Eles sugerem que a elaboração de estratégias de enfrentamento deve ser realizada em grupo, com participação dos componentes da rede de saúde, desde a atenção básica até atenção especializada, assistência social, segurança e educação.

Essa consideração é expressa no trecho “Para atender a violência contra crianças e adolescentes é necessário que haja apoio entre os vários serviços [...] As situações de violência contra à criança e adolescente merecem sempre atenção, estudo e estratégias. Estas devem ser trabalhadas de mãos dadas, tem que ser multidisciplinar, um complexo entre atenção básica, urgência e emergência que envolve o SAMU, rede hospitalar, assistência social, educação, segurança, universidades e as secretarias todas para abordar a criança e o adolescente como um todo e não por partes. É um assunto de alta valência, os envolvidos precisam sentar todos juntos para buscar estratégias melhores”.

O trabalho intersetorial é um instrumento poderoso na prevenção e no combate à violência infantil. O setor saúde constitui-se com importância significativa como promotor e mediador de ações cujo impacto vem a contribuir para a atenuação desse evento. As intervenções eficazes em seu combate devem priorizar o trabalho intersetorial com ações pautadas na prevenção e na instituição de redes de apoio, da qual fazem parte a família e os diferentes segmentos, como educação, saúde, poder judiciário, conselho tutelar e organizações que tenham o mesmo objetivo de garantir os direitos da criança mediante sua proteção e o enfrentamento da violência (COCCO *et al.*, 2010).

Os profissionais do SAMU consideram que atender a situações que envolvem violência é complexo e exige apoio da central de regulação de urgências (CRU) e policial. Conforme expresso no trecho: “[...] Às vezes, penso que o chamado de socorro será uma coisa simples e não peço apoio de outros serviços, mas quando chego e vejo que a cena é de violência, com risco para às pessoas, passo essa informação à Central, que aciona a polícia, que vai à cena e segue suas condutas para prosseguimento do caso [...]”.

Qualquer intervenção à violência é extremamente complexa, ultrapassa o atendimento clínico na esfera da saúde, exige a denúncia aos órgãos competentes e a promoção de

programas de informação disponibilizados à comunidade de risco no intuito de possibilitar a identificação precoce. Além disso, a integração entre as entidades políticas, sociais, econômicas, culturais e de segurança das crianças e adolescentes se faz necessária (MARCON; FURUKAWA, 2008).

Os profissionais de vários setores, tais como saúde, educação, assistência social e justiça, detém a responsabilidade e o compromisso de atuarem na busca de soluções para a violência sofrida pelas crianças e adolescentes e são considerados essenciais para assegurar e viabilizar a integração entre os serviços de modo a tornar as ações de enfrentamento dessa problemática mais efetivas (COCCO *et al.*, 2010).

Além do impotente trabalho intersetorial, evidencia-se como despreparo da rede de atenção às crianças e adolescentes em situação de violência, a falta de profissionais capacitados para a realização de um atendimento seguro e eficaz (FELIZARDO *et al.*, 2014).

Segundo Morais *et al.* (2016), os profissionais de saúde se limitam a realizar investigações e encaminhamentos sem articulação entre os serviços assistenciais. Entretanto, os autores expõem que o trabalho de enfrentamento às situações de violência contra crianças e adolescentes vai além da identificação e notificação, requerer atitudes mais concretas, como o envolvimento de profissionais dos vários setores, como saúde, assistência social, psicossocial e jurídico-policia.

A abordagem de casos que envolvem violência contra a criança e o adolescente reflete a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores que deveriam lidar com essas questões. Nesse sentido, se faz necessária uma rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial que não se limite ao setor de saúde e que favoreça a parceria com a comunidade (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

A participação da comunidade na rede intersetorial de enfrentamento da violência foi possibilitada no âmbito nacional por meio do Disque Denúncia (Disque 100), que é uma estratégia de participação popular no enfrentamento da violência. Esta atende uma rede nacional ligada aos Conselhos Tutelares, garante o anonimato e não requer burocracia (LIMA *et al.*, 2011).

Os profissionais do SAMU consideram que a educação é necessária no planejamento e implementação de ações para o enfrentamento da violência. Nesse sentido, Martins e Jorge (2010) declaram que ela pode participar com ações de prevenção em escolas e creches, sejam primárias (eliminação ou redução dos fatores de risco), secundárias (detecção de crianças em situação de risco) ou terciárias (acompanhamento da vítima e de seu agressor), e, em universidades, com inclusão do tema nos currículos de graduação e especializações, para

qualificar a formação dos profissionais e contribuir para o diagnóstico, tratamento e profilaxia do abuso à criança, assistindo-a e protegendo-a.

Amaral *et al.* (2013), defendem a existência de um espaço no ambiente de trabalho propício ao compartilhamento de ideias e sentimentos sobre os atendimentos que facilitaria a atuação profissional nas situações de violência contra a criança e adolescente, por meio do aprendizado, amadurecimento e tomada de decisões coletivas, bem como o empoderamento individual para intervir sobre a realidade como protagonista de mudanças sociais, coletivas e individuais.

Os trechos “[...] Em atendimentos à casos de violência, nós da equipe do SAMU, também somos expostos à violência na cena [...]” e “[...] temos muitos casos de equipes agredidas que tiveram que sair fugindo do local [...]” evidenciam que os profissionais do SAMU já sofreram agressão e se sentem expostos aos riscos de violências física na cena do atendimento.

Costa *et al.* (2014), em estudo cujo objetivo foi identificar os riscos ocupacionais peculiares às atividades desenvolvidas em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, consideram que estas expõem os profissionais a uma série de fatores de riscos que são intensificados pela natureza dinâmica e imprevisível do serviço. O atendimento a pacientes agressivos produz tensão e estresse e constitui um fator de risco ergonômico que pode ser diminuído por meio de comportamentos e práticas seguras como a aquisição de conhecimento dos riscos e avaliação da segurança de cena.

O fato de equipes do SAMU já terem sido agredidas em locais com riscos de violência, proporcionou o estabelecimento de uma prática segura no processo de trabalho atual do serviço que consiste no acionamento de apoio policial para atendimento em conjunto às situações com exposição à violência conhecida na solicitação. Quando a violência não é conhecida, ou seja, não foi verbalizada na solicitação do atendimento, mas há riscos de violência ou o autor da violência permanece na cena, a equipe solicita à central de regulação de urgências (CRU) o acionamento de apoio da polícia. Quando a cena é de violência, mas não apresenta riscos, não ocorre acionamento de apoio. Nas três situações descritas, a equipe comunica a ocorrência de violência à unidade de saúde de referência, a qual deverá realizar a notificação.

Desse modo, o discurso descreve como acontece o apoio intersetorial ao SAMU nos atendimentos à criança e ao adolescente em situação de violência. A exposição da equipe e das pessoas presentes na cena a riscos de sofrerem violência exigiu a padronização de atuação

conjunta com o serviço policial para atender tais ocorrências. Os serviços de referência do paciente trabalham em conjunto e possibilitam a realização da notificação.

O aspecto enfatizado pelos entrevistados subsidia a representação do discurso ao expor que o enfrentamento da violência exige um trabalho unificado em rede que possibilite a não fragmentação do cuidado e a criação de estratégias efetivas para o combate da violência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a criança e ao adolescente é uma questão que deve ser abordada pelo setor saúde em articulação com setores da educação, assistência social, segurança e outros, ao se considerar a magnitude do fenômeno e seu poder em influenciar o desenvolvimento físico e psicológico, bem como ocasionar agravos e até mortes.

O atendimento do SAMU é peculiar por envolver situações críticas na cena onde ocorreu o agravo. É nesse contexto que se evidencia a tensão inerente ao serviço emergencial e à exposição dos profissionais aos riscos de acidentes e agressões. Além disso, as situações que envolvem violência contra crianças e adolescentes, são influenciadas pela possível presença do autor do ato violento e pelas concepções, percepções e representações individuais sobre o fenômeno.

A utilização da teoria das representações sociais e do método do DSC nesta pesquisa, possibilitou a compreensão das representações sociais dos profissionais do SAMU frente à violência contra a criança e adolescente, a descrição de como acontece o atendimento do SAMU a tais casos e a identificação dos fatores que o influenciam.

As concepções de violência contra a criança e ao adolescente relacionam-se a injustiças por considerar a vulnerabilidade destes e a proteção ausente ou ineficiente da família. Com base nessa afirmação, o fenômeno é tido como consequência da dinâmica familiar contemporânea e aspectos sociais. A violência contra o adolescente evidencia a representação social de culpabilização de quem sofreu a violência, devido a exposição a riscos e adultização do adolescente.

As experiências dos profissionais do SAMU no atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência, possibilitaram evidenciar a cumplicidade e omissão dos acompanhantes, os quais muitas vezes, são os pais de quem sofreu o ato. A não verbalização do ocorrido perpetua a cadeia da violência na vida de quem sofreu o ato e para interrompê-la, é necessário comunicar o caso às autoridades.

Ir à cena do agravo, possibilita às equipes do SAMU verificar sinais discretos e disfarçados do que ocorreu ao mesmo tempo que as expõem a riscos de sofrerem agressões. Devido a isto, o serviço conta com protocolo para segurança da equipe, em que se evidencia a atuação conjunta com a polícia. Apesar dos riscos, o heroísmo profissional constitui a principal motivação em ser SAMUZEIRO, o que minimiza a importância dada à exposição da equipe à violência e maximiza a de salvar vidas.

A pesquisa possibilitou identificar o preparo técnico dos profissionais do SAMU aos atendimentos de urgência e emergência bem como a necessidade de treinamento específico para a percepção da violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais ressaltam a necessidade de desenvolvimento de protocolo que assegure a notificação do caso e apoio e preparo emocional para as equipes em tais atendimentos.

Atender crianças e adolescentes em tal situação desperta sentimentos nos profissionais do SAMU, que consideram terem dificuldades em lidar com tais casos e sentem-se impotentes e despreparados emocionalmente frente ao fenômeno. A violência, segundo os entrevistados, pode ser mensurada por meio da gravidade das lesões e da frequência dos casos.

A experiência da maternidade/paternidade profissional potencializa a sensibilização com relação a violência infantil, por considerar a possibilidade de ocorrência da situação aos familiares, especialmente filhos. Apesar do sofrimento sentimental e a alienação da situação aos parentes, esses sentimentos relacionais constituem motivação profissional para com o cuidado.

Evidencia-se sentimentos dos profissionais sobre o autor da violência, como raiva, revolta e desejo de vingança e justiça. Estes dificultam a abordagem ao agressor e exige a utilização de princípios morais e ética profissional na tomada de decisão.

A pesquisa evidenciou que os profissionais do SAMU são considerados tecnicamente competentes, conscientes de seus deveres legais, éticos e morais e possuem reconhecimento pessoal e da população pelo desempenho do serviço. Entretanto, a formação técnica e de graduação não empodera o profissional do SAMU para os atendimentos a casos de violência contra crianças e adolescentes. O serviço, por meio de treinamentos constantes relacionados a urgência e emergência, facilita a atuação profissional frente ao agravo sofrido. Contudo, permanece a dificuldade emocional e de percepção do fenômeno.

A limitação da pesquisa está relacionada ao fato de que os atendimentos do SAMU a crianças e adolescentes em situação de violência contemplam apenas os casos críticos, emergenciais e em que há a impossibilidade de transporte de quem sofreu o ato violento por meios próprios, desse modo, os dados da pesquisa se restringem a parte da situação de um fenômeno silenciado e complexo.

É importante destacar a necessidade de estudos sobre as questões que envolvem a criança e o adolescente em situação de violência e os profissionais de saúde. Especialmente relacionados a qualificação do ensino profissional para abordagem e manejo do fenômeno, à promoção do enfrentamento da violência por meio da atuação intersetorial, e, ao cuidado à saúde ocupacional dos profissionais do SAMU.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A.; ALBINO, A.T.; ZAMPIERI, M.F.M. Um olhar das adolescentes sobre as mudanças na gravidez: promovendo à saúde mental na atenção básica. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 545-555, out./dez. 2011.
- AMARAL, L. V. O. Q.; GOMES, A. M. A.; FIGUEIREDO, S. V.; GOMES, I. L. V. Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 146-152, 2013.
- ANDRADE, E. M.; NAKAMURA, E.; PAULA, C. S. de; NASCIMENTO, R. do; BORDIN, I. A.; MARTIN, D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 147-155, jan./mar.2011.
- AVELAR, V. L. L. de; PAIVA, K. C. M. de. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1010-1018, dez. 2010.
- BACELAR, S.; GALVÃO, C.C.; ALVES, E.; TUBINO, P. Expressões médicas: falhas e acertos. **Revista do Médico Residente**, v. 14, n. 1, p. 66-70, jan./mar. 2012.
- BARRETO, M. J.; RABELO, A. A. A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. **Pensando Famílias**, v. 19, n. 2, p. 34-42, dez. 2015.
- BERBERIAN, T. P. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. **Serviço Social & Sociedade**, n. 121, p. 48-65, mar. 2015.
- BHONA, F. M. de C.; LOURENÇO, L. M.; BRUM, C. R. S. Violência Doméstica: um estudo bibliométrico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, p. 87-100, jan. /abr. 2011.
- BITTAR, D. B.; NAKANO, A. M. S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2011.
- BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**: encontro entre ocidente e oriente. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BORSA, J. C., NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, p. 31-39 jan./mar. 2011.
- BRAGA, P. D.; MOLINA, M. del C. B.; FIGUEIREDO, T. A. M. de. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 87-95, jan. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente PROSAD**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às urgências**, Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do Município de Campo Grande/MS e dá outras providências. **Portaria n. 622**, de 27 de abril de 2005. Brasília, 2005.

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

_____. Portaria GM/MS 1.010, de 21 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 maio 2012. Número 98. Seção 1, p. 87-90, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2013.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente** [recurso eletrônico]: 25 anos: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. – Ed. comemorativa – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

BRITO, L. M. T. de. De "papai sabe tudo" a "como educar seus pais": considerações sobre programas infantis de TV. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 48-55, apr. 2005.

BRITTO, M. C; FERREIRA, C. de C. M. Análise dos homicídios ocorridos em Juiz de Fora entre os anos de 2010 a 2012 e sua relação com as variáveis socioambientais. **Revista de Geografia**, v. 3, n.1, p.1-9, 2013.

CARVALHO NETO, A; SILVA, L. H. B. de A. Reflexos jurídicos da violência na prática desportiva. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 5 n. 2, abr. 2012.

CHONG, V. E.; LEE, W. S.; VICTORINO, G. P. Neighborhood socioeconomic status is associated with violent reinjury. **Journal of Surgical Research**, v. 199, n. 1, p. 177-182, nov. 2015.

COCCO, M.; SILVA, E. B. da; SILVA, C. M. da; JAHN, A. do C. Violência contra crianças: dimensões apreendidas nas falas de professoras de educação infantil e a articulação com o setor saúde. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 539-547, out./dez. 2010.

COSTA, P. C.; MIRANDA, J. O. F.; SOUZA, K. A. O. Assistência pré-hospitalar pediátrica realizada pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 5, n. 4, p. 614-621, out./dez. 2013.

COSTA, I. K. F.; LIBERATO, S. M. D.; COSTA, I. K. F.; MELO, M. D. M.; SIMPSON, C. A.; FARIAS, G. M. de. Occupational hazards in a mobile emergency care. **Journal of Research Fundamental Care (Online)**, v. 6, n. 3, p. 938-948, jul./sep. 2014.

- CÚNICO, S. D.; ARPINI, D. M. A família em mudanças: Desafios para a paternidade contemporânea. **Pensando Famílias**, v. 17, n. 1, p. 28-40, jul. 2013.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11 Sup. p. 1163-1178, 2007.
- DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, E. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, R. G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl. 1, p. 9-21, abr. 2003.
- DESSEN, M. A.; RAMOS, P. C. C. Crianças pré-escolares e suas concepções de família. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 47, p. 345-357, dez. 2010.
- DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, A. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 620-626, out./dez. 2009.
- EGRY, Y. E.; APOSTÓLICO, M. R.; ALBUQUERQUE, L. M.; GESSNER, R.; FONSECA, R. M. G. S. da. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 0556-0563, Aug. 2015.
- FELIPPI, G.; ITAQUI, L. G. Transformações dos laços vinculares na família: uma perspectiva psicanalítica. **Pensando Famílias**, v. 19, n. 1, p. 105-113, jun. 2015.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.
- FRIESTINO, J. K. O. Ações para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 1, p. 341-346, jan. 2016.
- GAWRYSZEWSKI, V.P.; SILVA M.M.A.; MALTA D.C.; KEGLER, S.R.; MERCY, J.A.; MASCARENHAS, M.D.; NETO, O. L. M. N. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 24, n. 6, p. 400-408, Dec. 2008.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.
- HIRCHZON, C. L. M.; DITOLVO, H. H. S. Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 15, p. 387-392, mar./ago. 2004.

IBABE, I. Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. **Anales de Psicología**, v. 31, n. 2, p. 615-625, mai. 2015.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mato Grosso do Sul Campo Grande** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500270&search=||inforgr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 15 fev 2016.

JESUS, F. B., LIMA, F. C. A.; MARTINS, C. B. G.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 359-367, jun. 2011.

JUSTINO, L. C. L.; FERREIRA, S. R. P.; NUNES, C. B.; BARBOSA, M. A. M.; GERK, M. A. S.; FREITAS, S. L. F. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 781-787, dez. 2011.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **Introduction. World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization (WHO), 2002.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos), ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciências e saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, ago. 2009.

LIMA, M.A.D.S.; RÜCKERT, T.R.; SANTOS, J.L.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ACOSTA, A.M. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p.625-632, dez. 2009.

MALTA, D. C.; PORTO, D. L.; MELO, F. C. M.; MONTEIRO, R. A.; SARDINHA, L. M. V.; LESSA, B. H. Family and the protection from use of tobacco, alcohol, and drugs in adolescents, National School. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 14, supl. 1, p. 166-177, set. 2011.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; NEVES, A. C. M, SILVA; M. A. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1095-1105, mai. 2015.

MARCON, S. S.; FURUKAWA, T. S. Família, infância e adolescência: rememoração de internos da Penitenciária Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 60-67, mar. 2008.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 530-537, jul./ago. 2005.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 18, n. 4, p. 315-334, dez. 2009.

MARTINS, C.B.G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 660-665, ago. 2010.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Child abuse: a review of the history and protection policies. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 423-8, maio/jun. 2010.

MATIAS, S. dos S.; NASCIMENTO, E. G. C. do; ALCHIERI, J. C. A percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as implicações da violência intrafamiliar em crianças e adolescentes. **Saúde e Transformação Social**, v. 4, n. 4, p. 38-46, out. 2013.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Região de Campo Grande. **Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul nº. 9.075**, Anexo I, Poder Executivo, Campo Grande, 30 dez. 2015.

MAYEROFF, M. Major ingredients of caring. In: _____ **On Caring**. New York: Harper & Row, 1971. Cap. 2, p. 13-28.

MAYERNYIK, M. de A.; OLIVEIRA, F. A. G. de. O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 40, n. 1, p. 11-20, mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 375-383, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, nov./dez. 2009.

MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. ; ASSIS, S. G. ; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42.

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

MORAIS, R. L. G. L.; SALES, Z. N.; RODRIGUES, V. P.; OLIVEIRA, J. da S. Actions of protection for children and teenagers in situations of violence. **Journal Research Fundamental Care Online**, v. 8, n. 2, p. 4472-4486, abr./jun. 2016.

MOREIRA, R. R. A designação de violência em dicionários de língua. **Fragmentum**, n. 33, p. 40-48, abr./jun. 2012.

MOREIRA, T. das N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M.; SCHRAIBER, L. B. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 814-827, jan./abr. 2014.

MOREIRA, L. C. de O.; BASTOS, P. R. H. de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445-453, dez. 2015.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigação em psicologia social. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NASCIMENTO, K. C. DO; GOMES, A. M. T; ERDMANN, A. L. Representational structure of intensive care for professionals working in mobile intensive care units. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 176-184, fev. 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; DE MARCO, M. A. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 1, abr. 2010.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n.1, p. 136-141, jan./fev. 2008.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Health care professionals approaches to address family violence against children and teenagers. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. spe, p. 903-908, 2009.

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

PEREIRA, N.; VALLE, A. R. M. da C.; FERNANDES, M. A.; MOURA, M. E. B.; BRITO, J. N. P. de O.; MESQUITA, G. U. O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.4, n.3, p. 60-65, jul./set. 2011.

PIERANTONI, L. M. de M.; CABRAL, I. E. Crianças em situação de violência de um ambulatório no Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 699-707, dez. 2009.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247-256, mai./ago. 2007.

RUIZ, C. M. M. B. A testemunha e a memória. O paradoxo do indizível da tortura e o testemunho do desaparecido. **Ciencias Sociais Unisinos**, v. 48, n. 2, p. 70-83, mai./ago. 2012.

SANTOS, G. A.; COLLY, G.; PEREIRA, M. G. N. Síndrome do herói. **Revista Emergência (Novo Hamburgo)**, n. 82, p. 34-41, jan. 2016.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M.; GONÇALVES, L.; OLIVEIRA JUNIOR, M.; EGRY, E. Y. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avances em Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 353-362, jul./dez. 2011.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. Reflexões sobre a assistência de um caso de suspeita de infanticídio. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007.

SCHUURMAN, N.; CINNAMON, J.; WALKER, B. B.; FAWCETT, V.; NICOL, A.; HAMEED, S. M.; MATZOPOULOS, R. Intentional injury and violence in Cape Town, South Africa: an epidemiological analysis of trauma admissions data. **Global Health Action**, v. 8, n.10. 2015.

SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 947-951, set./out. 2011.

SILVA, M. R. S.; LUZ, G. S.; CEZAR-VAZ, M. R., SILVA, P. A. Trabalho familiar: distribuição desejada do trabalho doméstico e cuidados dos filhos entre cônjuges. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 124-131, mar. 2012.

SINAN NET. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Notificação de Violências – Ano 2015**. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sinan_net/default.asp>. Acessado em: 18 jan. 2016.

SIQUEIRA, A. C.; ALVES, C. F.; LEÃO, F. E. Enfrentando a violência: a percepção de profissionais da educação sobre a violação dos direitos de crianças e adolescentes. **Educação**, v. 37, n. 2, p. 365-380, maio/ago. 2012.

SOUZA, C. dos S.; COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C. de; ARAÚJO, T. M. de; AMARAL, M. T. R. Notification of juvenile violence in emergency services of the Brazilian Unified Health System in Feira de Santana, Bahia, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 80-93, mar. 2015.

TAQUETTE, S. R. Violência contra a mulher adolescente - revisão de estudos epidemiológicos brasileiros publicados entre 2006 e 2011. **Adolescência & Saúde**, v. 12, n. 1, p. 66-77, jan./mar. 2015.

TRABBOLD, V. L. M.; CALEIRO, R. C. L.; CUNHA, C. de F.; GUERRA, A. M. C. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. **Psicologia & sociedade**; v. 28, n. 1, p. 74-83, jan./abr. 2016.

TRAJANO, A. R. C.; CUNHA, D. M. da. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho, educação e saúde (Online)**, v. 9, supl. 1, p. 113-136, 2011.

VALENTE, L. A.; DALLEONE, M.; PIZZATTO, E.; SOUZA, J. F. de; LOSSO, E. M. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. **Brazilian Dental Journal**, v. 26, n. 1, p. 55-60, fev. 2015.

VIEIRA, F. de M.; WITTER, G. P. Ética e comportamento: análise da produção em duas bases de dados. **Brazilian Cultural Studies**, v. 2, n. 1, p. 39 - 54, jan./abr. 2011.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações Sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, vol. 41, n. 3, p. 379-390, set./dez. 2007.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 1. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 24, n. 3, p. 414-418, mai./jun. 2011.

WHO. World Health Organization. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: World Health Organization: 2014.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 143-150, mar. 2010.

ZAMBON, M. P.; JACINTHO, A. C. de A.; MEDEIROS, M. M. de; GUGLIELMINETTI, R.; MARMO, D. B. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 465-471, aug. 2012.

ZANETTI, S. A. S.; GOMES, I. C. A "fragilização das funções parentais" na família contemporânea: determinantes e consequências. **Temas em psicologia**, v. 19, n. 2, p. 491-502, dez. 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS

Dados de identificação

Sigla: _____	Escola/Universidade de formação: _____
Idade: _____	_____
Sexo: () Masculino () Feminino	Tempo de experiência profissional: _____
Estado civil: _____	Pós-graduação/Especialização: _____
Vive com cônjuge: _____	_____
Tem filhos? () Sim () Não	Tempo de experiência no SAMU: _____
Idade: _____	Capacitação em APH: () Sim () Não
Função: () Técnico(a) de Enfermagem	Participou de capacitação para atender
() Enfermeiro(a)	criança e adolescente em situação de
() Médico(a)	violência?
Equipe: () USB () USI () USA	() sim () não. Quando: _____
Tempo de formado (a): _____	Qual: _____

Concepções de violência

1. O que é violência contra crianças e adolescentes para o (a) senhor (a)?

Cotidiano e prática profissional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

2. Conte-me um atendimento que o (a) senhor (a) fez e que envolveu violência contra a criança e/ou o adolescente:

- Como foi?
- Quando foi?
- Quem estava envolvido?

3. Como é para o senhor trabalhar no SAMU e atender crianças e adolescentes em situação de violência?

- Percepções.
- Sentimentos.
- Significados.

4. Conte para mim como se dá o processo de trabalho no atendimento às ocorrências que envolvem violência contra a criança e o adolescente.
 - Serviços envolvidos.
 - Acionamento de Serviços de apoio (Polícia Militar, Bombeiros, outros).
 - Protocolo.

5. Na sua opinião, que aspectos favorecem a sua atuação ao lidar com a criança e/ou adolescente em situação de violência?

6. Na sua opinião, que aspectos dificultam a sua atuação ao lidar com a criança e/ou adolescente em situação de violência?

7. Gostaria de falar algo que você considera importante sobre o tema “violência contra a criança e o adolescente” e ainda não foi dito?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) senhor(a) a participar da pesquisa chamada CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO SAMU, cujo objetivo principal é “Compreender as representações sociais dos profissionais do SAMU frente a violência contra a criança e o adolescente”.

Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Lyvia Maria Torres Moura Donato da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Durante a entrevista, você será convidado (a) a contar suas experiências profissionais e como são suas percepções frente a um atendimento que envolve criança e adolescente em situação de violência.

Sua participação é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento, sem nenhum dano à sua pessoa. Não serão divulgados o nome ou qualquer outro dado que identifique os participantes, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em possíveis artigos, eventos científicos e para os pesquisados por meio eletrônico.

A pesquisa não contará com ressarcimento financeiro. Sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada pela pesquisadora em ambiente privativo. A mesma será gravada, transcrita e depois analisada. As gravações serão utilizadas exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas.

Rubrica do (a) participante

Rubrica da pesquisadora

Esta pesquisa pretende gerar conhecimento sobre o tema estudado, fomentar a promoção da qualificação profissional e a reformulação de políticas públicas sobre o assunto. Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder perguntas.

Em caso de dúvida a respeito deste estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora Lyvia Maria Torres Moura Donato pelo celular (67) 92378278 e em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone (67) 3345 7187. Os resultados serão apresentados aos participantes, mediante cópia digital do trabalho.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com as pesquisadoras e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a participar deste estudo.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE

Convido o (a) senhor(a) a participar do da pesquisa chamada CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO SAMU, cujo objetivo principal é “Compreender as representações sociais dos profissionais do SAMU frente a violência contra a criança e o adolescente”.

Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Lyvia Maria Torres Moura Donato da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Durante a entrevista, você será convidado (a) a contar suas experiências profissionais e como são suas percepções frente a um atendimento que envolve criança e adolescente em situação de violência.

Sua participação é voluntária. Ela se trata de um pré-teste para avaliar se a entrevista responde aos objetivos propostos. Portanto, sua entrevista não será incluída nos resultados do trabalho, mas possivelmente servirá para validar o instrumento de coleta de dados.

Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento, sem nenhum dano à sua pessoa. Não serão divulgados o nome ou qualquer outro dado que identifique os participantes, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em possíveis artigos, eventos científicos e para os pesquisados por meio eletrônico.

A pesquisa não contará com ressarcimento financeiro. Sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada pela pesquisadora em ambiente privativo. A mesma será gravada, transcrita e depois analisada. As gravações serão utilizadas exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas.

Rubrica do (a) participante

Rubrica da pesquisadora

Esta pesquisa pretende gerar conhecimento sobre o tema estudado, fomentar a promoção da qualificação profissional e a reformulação de políticas públicas sobre o assunto. Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder perguntas.

Em caso de dúvida a respeito deste estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora Lyvia Maria Torres Moura Donato pelo celular (67) 92378278 e em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone (67) 3345 7187. Os resultados serão apresentados aos participantes, mediante cópia digital do trabalho.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com as pesquisadoras e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a participar deste estudo.

Campo Grande/MS, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA – PRÉ-TESTE



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora LYVIA MARIA TORRES MOURA DONATO, está autorizada a realizar pré-teste do instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada "CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA" no SAMU 192 Estadual Corumbá/MS.

Corumbá/MS, 24 de junho de 2015

DINACI VIEIRA MARQUES RANZI
Secretária Municipal de Saúde – Corumbá/MS

ANEXO 2 – CARTA DE ANUÊNCIA SESAU CAMPO GRANDE



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de planejamento e Gestão em Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **LYVIA MARIA TORRES MOURA DONATO**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SAMU”**.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 12 de janeiro de 2015.



Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

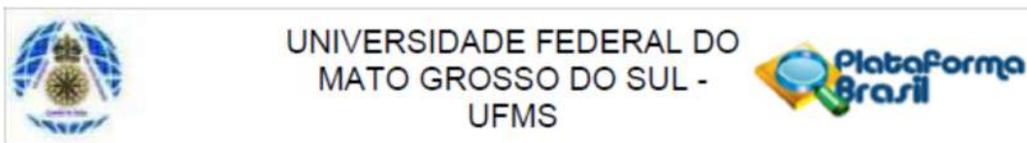
O protocolo CAAE 39404614.2.0000.0021 da Pesquisadora Lyvia Maria Torres Moura Donato intitulado “Crianças e Adolescentes em situação de violência: a percepção dos profissionais do SAMU” foi aprovado em 31 de março de 2015, Parecer nº 1.006782, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 8 de junho de 2015.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 3345-7187

ANEXO 4 – PARECER DO CEP - NOTIFICAÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SAMU

Pesquisador: Lyvia Maria Torres Moura Donato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39404614.2.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Alterações no Objetivo, Metodologia (TCLE) e Título

Justificativa: Na metodologia foi incluída a realização de pré-teste devido à necessidade de

Data do Envio: 03/07/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.151.363

Data da Relatoria: 16/07/2015

Apresentação da Notificação:

A pesquisadora apresenta notificação ao CEP para alterar objetivo geral, metodologia, título e TCLE, incluindo aos participantes em pré-teste.

Objetivo da Notificação:

Alterar objetivo geral, título, metodologia e TCLE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder perguntas. Quanto aos benefícios, esta pesquisa pretende gerar conhecimento sobre o tema estudado, fomentar a promoção da qualificação profissional e a reformulação de políticas públicas sobre o assunto.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.151.363

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

As notificações apresentadas atendem ao rigor metodológico das ciências. Altera-se os objetivos para: "compreender as representações sociais dos profissionais do SAMU frente a violência contra a criança e o adolescente". O título do projeto altera-se para: "crianças e adolescentes em situação de violência: representações sociais dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência". Na metodologia foi incluída a realização de pré-teste. No TCLE foram alterados título e objetivo e incluída a forma de divulgação dos resultados aos participantes, bem como incluído TCLE específico para os participantes da pesquisa em pré-teste.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 16 de Julho de 2015

Assinado por:

PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110

UF: MS Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br