



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



ALDER MOURÃO DE SOUSA

DINÂMICA DO CUIDADO A CRIANÇAS
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES DE PODER E A GOVERNAMENTALIDADE
EM SALVADOR-BAHIA

Salvador
2019

ALDER MOURÃO DE SOUSA

**DINÂMICA DO CUIDADO A CRIANÇAS
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES DE PODER E A GOVERNAMENTALIDADE
EM SALVADOR-BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ceci Vilar Noronha

Salvador
2019

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S725d Sousa, Alder Mourão de.

Dinâmica do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar na Atenção Básica: um olhar sobre as relações de poder e a governamentalidade em Salvador-Bahia / Alder Mourão de Sousa -- Salvador: A.M.Sousa, 2019.

216 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Ceci Vilar Noronha.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Violência na Família. 2. Cuidado da Criança. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Pobreza Urbana. 5. Vitimização. I. Título.

CDU 364



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ALDER MOURÃO DE SOUSA

Dinâmica do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar na Atenção Básica: um olhar sobre as relações de poder e a governamentalidade em Salvador-Bahia.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 10 de maio de 2019.

Banca Examinadora:

Ceci Vilar Noronha

Profª. Ceci Vilar Noronha - Orientadora - ISC/UFBA

Yeimi A. Alzate López

Profª. Yeimi Alexandra Alzate López – ISC/UFBA

Ana Clara de Rebouças Carvalho

Profª. Ana Clara de Rebouças Carvalho – FO/UFBA

Antonio Marcos Chaves

Prof. Antonio Marcos Chaves – IPSI/UFBA

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Profª. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR

Salvador
2019

Dedico esta tese a todos os profissionais da ESF.
Pessoas que transformam as letras frias da lei dessa política pública
em atos de cuidado às pessoas que usam essa Estratégia.

AGRADECIMENTOS

Sou grato a Deus pela centelha divina em cada um de nós.

Sou infinitamente grato à minha família biológica, pai, mãe, irmão e irmã pelo amor e apoio de sempre.

Sou imensamente grato à professora Ceci Vilar que me orientou com desvelo durante o percurso deste doutorado.

Aos professores do ISC, pelo processo de ensinagem durante as disciplinas cursadas.

Também aos colegas queridos da pós-graduação, Belens, Camila, George, Patrícia, Fernanda, pelo apoio durante a caminhada.

Às secretárias da pós-graduação que sempre estiveram disponíveis para ajudar na resolução dos trâmites burocráticos necessários à instituição.

E ao CNPq e a CAPES pelo financiamento recebido para a realização desta pesquisa através de uma bolsa de estudos.

Ao grupo de amados amigos do albergue acadêmico, capitaneado por Mariana, onde recebi sugestões, críticas e forças para seguir neste projeto, onde circularam Ana Clara, Andrija, Priscila, Marco e Juliana.

À minha família (bio)lógica que só vem aumentando com o passar dos anos: Eliane, Clarice, Kate, Miquelina, Carla, Renata, Ricardo, Sérgio, Márcia, Bel, Márcio, Ana, Jeane, Jerônimo, Ari, Jorge.

Aos profissionais que generosamente contribuíram com a produção dos dados desta pesquisa.

A todos, meu mais sincero agradecimento.

Sousa, Alder Mourão de. Dinâmica do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar na Atenção Básica: um olhar sobre as relações de poder e a governamentalidade em Salvador-Bahia. 2019. Orientadora: Ceci Vilar Noronha. 216 f. il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

A violência interpessoal é um fenômeno social e cultural complexo, multideterminado, que sempre esteve presente nas sociedades, ainda que invisibilizado perante outros problemas. Crianças costumam ser vítimas privilegiadas pelo grau de fragilidade e dependência próprios da infância e por terem menos poder na hierarquia familiar. O cuidado em saúde é um ato de natureza compreensiva, realizado através de mediações empáticas nos encontros entre profissionais e os usuários. Ao eleger a Atenção Básica como cenário de estudo, o autor desta pesquisa tomou as ideias de Michel Foucault sobre poder como referencial teórico, bem como o conceito de governamentalidade. Com o objetivo de analisar a dinâmica do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar nos contextos de trabalho da equipe multiprofissional da ESF, acompanhou por oito meses o trabalho de equipes implantadas em duas Unidades de Saúde da Família (USF), em bairro popular de Salvador-Bahia. Utilizou abordagem qualitativa, descreveu e analisou três casos concretos de vítimas infantis que receberam cuidados nessas unidades. Os dados foram produzidos no campo a partir da observação direta, diário de campo e entrevistas, resultando em 71 relatos e 19 entrevistas que foram codificadas e analisadas com a ajuda do *software* ATLAS.ti. A partir da descrição do território onde se localizam as USF, do contexto de violências que permeiam a vida e o trabalho dos profissionais nesses serviços, os resultados desta pesquisa apresentam nuances do cuidado a crianças em situações de violências físicas, psicológicas, sexuais e negligências. A análise se concentra nos atos de cuidado das equipes da ESF aos casos descritos, onde se discute o poder exercido por profissionais e por familiares que conduzem o cuidado nos casos. Os atos desempenhados através das consultas, visitas domiciliares e reuniões de equipe se mostram relevantes nesse contexto, bem como a própria organização dos serviços, operada pelas estratégias de governamentalidade via programas implantados nas unidades de saúde. Tais condicionantes concorrem para que certos atos de cuidado sejam desempenhados pelos profissionais no bojo dos parâmetros biomédicos. Este fato alia-se ao escasso repertório dos profissionais para lidar com diferentes modalidades de cuidado parental e resulta em negação, em evasivas e no efeito de invisibilidade das violências que envolvem crianças nesses serviços de saúde.

Palavras-chave: violência na família; cuidado da criança; Estratégia Saúde da Família; pobreza urbana; vitimização.

Sousa, Alder Mourão de. Children care dynamics of familial violence situations in Primary Health Care: a view about relations of power and governmentality in Salvador-Bahia-Brazil. 2019. Thesis advisor: Ceci Vilar Noronha. 216 s. ill. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

Interpersonal violence is a social and cultural complex phenomenon that can also be represented as an effect of multiple causes. Violence has always been present in human relations, although as a public subject is sometimes made invisible. Children are the privileged victims due to the fragility and dependence level proper to childhood. And also because they have less power in the family hierarchy. Health care is a comprehensive act, performed through empathic mediations between professionals and health service's users. Empirically speaking, the object of study is the Primary Health Care. As theoretical reference this research took the ideas of Michel Foucault, especially those about power and the governmentality. In order to investigate the dynamic of care for children under familial violence in the Family Health Strategy multidisciplinary team work context, the researcher followed their activities during eight months in two different health units in a popular area of Salvador – Bahia – Brazil. A qualitative approach was used and three cases of child familiar violence care were described and analyzed. Data were produced by the use of direct observation and interviews, resulting in 71 reports and 19 interviews. All the material were coded and analyzed using *ATLAS.ti* software. From the territory description of Family Health Strategy units and the context of violence as part of the personal life and professional job, the result shows nuances of child care in circumstances of physical, psychological, sexual violence and neglect. The analysis focused on the Family Health Strategy team activities for described cases, where the power exercised by professionals and by family members are discussed. Care activities performed through consultations, home visits and team meetings are relevant in this context, as well as the services' organization itself, which are conducted through the local authority governmentality strategies via implemented programs in the Family Health Strategy units. This context frame the care performed by the professionals within biomedical parameters. In addition, there is a limited staff's repertoire to deal with different parental care modalities resulting in denial, evasiveness and invisibility effect of children violence in these public health services.

Keywords: domestic violence; child care; Family Healthy Strategy; urban poverty; victimization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fotos da exposição 'A casa gigante'	15
Figura 2	Articulação entre os conceitos: poder, saber, discursos com efeito de verdade e governamentalidade	42
Figura 3	Divisão das equipes por cores e USF.	48
Figura 4	Roteiros de entrevistas com profissionais e policiais que trabalham nas USF.....	57
Figura 5	Árvore com 32 códigos utilizados na análise das entrevistas.....	59
Figura 6	Mapa de Salvador com identificação da Cidade Alta, Cidade Baixa, Pelourinho, Elevador Lacerda, Mercado Modelo, Farol da Barra, Cajazeiras, Pedra de Xangô .	61
Figura 7	Mapa com os vetores de expansão urbana da Região Metropolitana de Salvador na década de 1970.....	64
Figura 8	Mapa de Salvador e Região Metropolitana no estado da Bahia	68
Figura 9	Mapa com a divisão de Salvador em 12 distritos sanitários	69
Figura 10	Bairros do Distrito Sanitário Cajazeiras	70
Figura 11	Fotografias dos prédios do Complexo Residencial Cajazeiras.....	92
Figura 12	Código 'violência é' e códigos coocorrentes	119
Figura 13	Citações relativas ao código 'negação' e códigos em coocorrência.....	126
Figura 14	Atos de cuidado do caso Vanda e Valdir com identificação do período, atos de cuidado, profissionais que realizaram e que receberam as demandas do caso	149
Figura 15	Eixos teóricos e atos de cuidado do Caso A: Vanda e Valdir	150
Figura 16	Atos de cuidado do caso Vinícius com identificação do período, atos de cuidado, profissionais que realizaram e que receberam as demandas do caso	162
Figura 17	Eixos teóricos e atos de cuidado do Caso B: Vinícius	163
Figura 18	Atos de cuidado do caso Vitor e Virgínia com identificação do período, atos de cuidado, profissionais que realizaram e que receberam as demandas do caso	173
Figura 19	Eixos teóricos e atos de cuidado do Caso C: Vitor e Virgínia	174
Figura 20	Código 'medo' e 17 códigos coocorrentes	180
Figura 21	Citações relativas ao código 'emoções' e códigos coocorrentes	189

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DML	Depósito de Material de Limpeza
DS	Distrito Sanitário
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSf	equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PAV	Programa de Atenção à Violência
PSF	Programa Saúde da Família
SDG	Sistema de Garantia de Direitos
SM	Salário Mínimo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1	BREVE ABORDAGEM SOBRE A ESF E O PODER	20
1.2	OBJETO, QUESTÃO E OBJETIVOS DA PESQUISA.....	25
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	27
2.1	INFÂNCIA E VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR.....	27
2.2	ATOS DE CUIDADO EM SAÚDE.....	31
2.3	PODER E RELAÇÕES COM O SABER E A VERDADE	33
2.4	GOVERNAMENTALIDADE	37
3	MÉTODO, TÉCNICAS E PARTICIPANTES	43
3.1	TIPO DE ESTUDO E OUTRAS INFORMAÇÕES.....	43
3.2	AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	44
3.3	O TRABALHO DE CAMPO	45
3.4	OS PARTICIPANTES.....	48
3.5	AS TÉCNICAS.....	51
3.5.1	Observação direta	51
3.5.2	Diário de campo	54
3.5.3	Entrevistas e transcrições	55
3.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	58
4	CAJAZEIRAS: UM OLHAR ATRAVÉS DE DADOS SECUNDÁRIOS	60
4.1	CAJAZEIRAS: DO PLANEJAMENTO À INFORMALIDADE.....	61
4.1.1	O Miolo de Salvador	63
4.1.2	O Complexo Habitacional Cajazeiras.....	65
4.1.3	Um parêntese sobre a Região Metropolitana de Salvador	67
4.2	O DISTRITO SANITÁRIO CAJAZEIRAS	68
4.2.1	A população de Cajazeiras	71
4.2.2	ESF e outros equipamentos em Cajazeiras	76
5	SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS: O QUE DIZEM OS DADOS SECUNDÁRIOS?	79
5.1	MAPA DA VIOLÊNCIA E A REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR	79
5.2	NOTIFICAÇÕES DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR.....	80
6	AS UNIDADES ESTUDADAS, UM POUCO DA ROTINA E DAS PESSOAS	87
6.1	APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES: USF.1 E USF.2.....	87
6.1.1	USF.1, suas equipes e NASF	87
6.1.2	USF.2 e suas equipes	91
6.2	ALGUNS ELEMENTOS DA ROTINA NAS USF	96

6.2.1	Visitas domiciliares e reuniões.....	97
6.2.2	Produção e trabalho administrativo	99
6.3	OS PROFISSIONAIS E OS USUÁRIOS	100
7	“JÁ TÁ PODENDO IR NA ÁREA?”	103
7.1	OS “ENVOLVIDOS” E O CONVÍVIO NA VIDA PESSOAL.....	104
7.2	CONTEXTO DE VIOLÊNCIAS NO TERRITÓRIO DE TRABALHO	107
7.2.1	“É tiro, isso é tiro!”	110
7.2.2	Um vizinho baleado.....	112
7.3	VIOLÊNCIAS NA VISÃO DOS POLICIAIS	114
8	CONCEPÇÕES E NEGAÇÕES DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	118
8.1	‘VIOLÊNCIA É’ OU “TEM QUE TER UM CERTO OLHAR”	118
8.2	“PORQUE VOCÊ NÃO VAI PRO IPERBA?”	124
8.3	O CUIDADO DAS CRIANÇAS NA FAMÍLIA	128
9	CASO A: VANDA E VALDIR	132
9.1	“UMA RENCA DE MENINOS” E O CADASTRO	132
9.2	O TERRITÓRIO E A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR	134
9.3	AS CRIANÇAS, A MÃE	136
9.4	O PAI	137
9.5	VISITA DOMICILIAR COM ÁUREA, MARILDA E SELMA.....	139
9.6	REUNIÃO DE EQUIPE.....	142
9.7	CONSULTAS, ATENDIMENTOS E OUTRAS CONVERSAS COM OS PROFISSIONAIS	143
9.8	O CONSELHO TUTELAR	146
9.9	O RETORNO DE VALDIR.....	147
9.10	QUESTÕES DE INTERESSE PARA ANÁLISE	149
10	CASO B: VINÍCIUS.....	156
10.1	PATRÍCIA ATENDE UM “HOMINHO”	156
10.2	VINÍCIUS CONTA SUA HISTÓRIA	157
10.3	O PAI E A MÃE – A AVÓ E O PADRASTO	158
10.4	O SONHO DE VINÍCIUS.....	160
10.5	O QUÊ? O QUÊ?	161
10.6	EM NOVEMBRO DE 2018.....	162
10.7	QUESTÕES DE INTERESSE PARA ANÁLISE	163
11	CASO C: VITOR E VIRGÍNIA	166
11.1	VAI PARA A CASA DA AVÓ	166
11.2	ANDRESSA E ALBERTO CONHECIAM A FAMÍLIA	167
11.3	MELISSA ACOLHE	169

11.4	PATRÍCIA ATENDE	170
11.5	“NÃO TINHA O QUE FAZER, MAS EU OUVI”	171
11.6	ENCERRAMENTO DO CASO.....	172
11.7	QUESTÕES DE INTERESSE PARA ANÁLISE	174
12	EMOÇÕES GESTADAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE VÍTIMAS INFANTIS.....	179
12.1	MEDO NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	180
12.2	“HOJE EU NÃO VOU DORMIR!” E OUTRAS EMOÇÕES RELACIONADAS AO CUIDADO	186
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
	REFERÊNCIAS	200
	APÊNDICE A	207
	ANEXO A	209
	ANEXO B	209
	ANEXO C	211

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Há sempre um poder transitando entre as pessoas, ainda que não seja reconhecido ou considerado; se está continuamente envolvido em uma relação onde há um poder em exercício, seja entre pessoas de uma família ou em uma relação profissional, ou de outras formas. Ao tomar o cuidado parental¹ para com as crianças como exemplo, não é difícil perceber a existência de poder para que esse cuidado se concretize, seja no banho, na roupa, nas refeições, no sono, no lazer ou no tom de voz usado, nas brincadeiras; em todas essas ações, há poderes e micropoderes sendo operados. E, assim como no cuidado familiar, no trabalho em saúde também é possível observar relações de poder sendo operadas através dos atos de cuidado realizados pelos profissionais em seu ofício.

O cuidado está na base da relação humana, presente em todo o tecido social; nenhum ser humano sobrevive se não for cuidado. Qual o real sentido de todo o trabalho em saúde, da organização de um sistema de saúde, se não para cuidar de pessoas?

Ao longo da história, todas as sociedades, incluindo a maior parte das famílias, lidaram amplamente com a criança e a infância. No argumento de Peter Stearns (2006), em todas as partes, e sempre, as crianças precisam receber alguma preparação para o estágio adulto, necessitando também que lhes forneçam alimentação e cuidados físicos, principalmente as menores, e, sobretudo, lhes ensinem a lidar com as emoções de forma socialmente aceitável.

Considerando uma temporalidade diferente que distingue crianças de adolescentes no estágio do desenvolvimento humano – nas questões de dependência dos cuidados básicos, como alimentar-se e higienizar-se sozinho, sobre a possibilidade de permanecer sem supervisão de um responsável, inclusive sobre a elaboração racional de manifestar desejos pela comunicação oral e controlar emoções –, o recorte adotado para o objeto desta pesquisa concentra o foco de luz somente nas crianças, levando em conta seu maior grau de

¹ Cuidado parental se refere ao cuidado cotidiano e rotineiro da criança assumido em nossa sociedade como uma função da família (CASTRO et al., 2012). Realizado por mães e pais no caso de famílias nucleares; ou em um tipo coparental quando, principalmente, a avó assume certas atividades do cuidado à criança (FRIZZO et al., 2005) ou através de uma rede ampliada de cuidadores onde primas e babás também participam do cuidado à criança (CARVALHO et al., 2012).

dependência e menores possibilidades de reagirem e se protegerem de atitudes violentas, quando comparadas com adolescentes e adultos.

Quantas vezes nos pegamos pensando como é ser uma criança no mundo dos adultos? Ou como é o mundo dos adultos visto pelo ponto de vista ou do ângulo de uma criança? Poucas? Talvez nenhuma. A saída da infância nos faz perder esse ponto de vista e as fotos da exposição *A casa gigante*² (Figura 1) nos ajudam a ver o quanto o mundo é construído por e para adultos, que quando visto da altura de uma criança, a própria casa da família se torna um mundo de gigantes.

Figura 1 – Fotos da exposição ‘A casa gigante’



Fonte: imagens de Pascale Leprince-Ringuet

Pensar nas crianças é pensar na infância. A infância hoje compreende um amplo campo temático de pesquisas com extensas teorias, estudos em todas as áreas do conhecimento, utilizando diversas formas de abordagem e de posicionamento. A infância não é, simplesmente, uma fase biológica da vida, mas uma construção social, cultural e histórica. Construída a partir de saberes produzidos sobre ela em um dado momento a partir da identificação de suas necessidades e de projetos paternos projetados para ela.

² Imagens retiradas do livro ‘A criança no mundo dos adultos’ de Patricia Delahaie-Pouderoux (1996). Páginas 89, 94 e 97. Fotografadas na exposição realizada em 1984 no Instituto Para a Segurança (IPS) situado em Bologne-Billancourt, na região da Grande Paris.

Ainda que notório, o avanço no cuidado com as crianças, hoje ainda o discurso sobre projeto de vida, projeto de pessoa, de futuro, “o ser alguém”, é privilégio das classes abastadas, tomando-se em conta que nesta pesquisa trabalhei com crianças de famílias de classes de baixa renda.

Atualmente se reconhece a multiplicidade de formas e sentidos de família. Tendo ocorrido o declínio progressivo do modelo tradicional de família nuclear, emergiu, na sociedade contemporânea, a pluralidade de formatos e dinâmicas familiares que se refletem nas sociedades urbanas dos países ocidentais. Além da estrutura, as transformações alcançam também os papéis e as relações familiares que se tornam menos hierarquizadas e mais flexíveis, reflexos da progressiva incorporação da mulher no mercado de trabalho e de outras conquistas da população feminina; e ao se afirmar o caráter plural da família, reafirma-se também a sua complexidade e se evidencia a falência de modelos explicativos de pretensão universalista dessa instituição social (TRAD, 2010).

Visíveis ou invisíveis a terceiros, as violências produzem nas vítimas marcas físicas e/ou emocionais às vezes temporárias, noutras vezes permanentes, o que em certos casos e determinadas circunstâncias, nenhuma medida é capaz de reparar os danos já instalados.

A violência interpessoal é um fenômeno de colorido diverso que comporta uma imensidão de matizes, o que dificulta sinalização, generalização e a nomeação de atitudes violentas – fenômeno que possui diversas formas de expressão determinadas pela cultura, conceitos e valores utilizados por um povo. Situações violentas, tendo ou não a intenção, acabam por prejudicar, subtrair, subestimar, subjugar a quem a vivencia; atitudes que têm sempre embutidas nelas um conteúdo de poder, quer seja, físico, intelectual, econômico, político ou social, e que atinge de forma mais ameaçadora e destrutiva os seres mais vulneráveis da sociedade como crianças, adolescentes, mulheres, idosos sem, contudo, poupar os demais.

Sendo a violência interpessoal um fenômeno social e cultural complexo, fruto de multideterminações, o qual sempre esteve presente nas sociedades, ainda que invisibilizada, negligenciada perante outros temas.

Fato é que as concepções sobre o que é ou não uma ação violenta mudam e efetivamente se modificaram ao longo do tempo, considerando que a concepção da violência

é o resultado de uma construção sociocultural e histórica, o que leva a crer na afirmação de que hoje temos a violência desse tempo. Por exemplo, bater, xingar, humilhar, deixar de alimentar, não manter relações afetuosas nem sempre foi visto como problema de violência para com as crianças.

Conceitos de infância e mecanismos que a valorizam, em especial a infância pobre e desvalida, vêm sendo criados pela sociedade nos últimos séculos (ARIÈS, 2015; FREITAS, 2003). No período da Idade Média, como exemplifica Philippe Ariès (2015), a família era responsável pela transmissão da vida, dos bens e do nome, entretanto não desempenhava função afetiva tal como vimos na contemporaneidade. Em torno dos sete anos, quando deixavam de receber os cuidados das mães e/ou das avós, as crianças logo entravam no universo dos trabalhos e dos jogos dos jovens, adultos e idosos, não existindo uma distinção geracional como a conhecemos hoje; ou ainda podiam ser enviadas a outras famílias para serem educadas.

Ariès (2015) também descreve que é somente a partir do século XVIII que a família passa a valorizar mais a intimidade da vida privada, buscando um distanciamento da sociedade, assim como se iniciam as uniões conjugais estabelecidas pelo sentimento como conhecemos hoje; e a partir desse período, a família passa a operar como instituição reguladora do cuidado com as crianças, começa a se responsabilizar pela transmissão de conhecimentos, valores e também pela socialização da criança.

Nas sociedades ocidentais, a partir daquele período, as 'práticas de cuidados' e 'práticas exclusivamente disciplinares' para com as crianças tornam-se um problema, alvos passíveis de controle por parte do Estado.

A construção do problema da violência na sociedade atual resultou em uma legislação específica para a defesa das crianças e adolescentes em situação de violência, em um momento histórico onde a garantia de direitos dá o tom da proteção à pessoa humana (RIZZINI; BARKER; CASSANIGA, 1999). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010a) especifica que toda criança deverá estar protegida de ações que possam prejudicar seu desenvolvimento. No entanto, as práticas de transgressão a esse direito atingem uma parcela significativa de crianças, que têm seu cotidiano permeado por variadas formas de violência.

Há muitas violências intencionais ocorrendo de forma invisível em diferentes lugares, como nos lares, em instituições médicas e sociais; e são reconhecidas as dificuldades em se medir tais violências e seus impactos. Essas dificuldades se relacionam aos tipos de dados coletados para esse fim, questões relacionadas às fontes, problemas para coleta, qualidade e a disponibilidade dos dados, dentre outros (KRUG et al., 2002).

Apesar da dificuldade em se obter estimativas precisas sobre o custo da violência, ela gera um ônus de bilhões de dólares americanos em gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo. Entretanto, não é possível calcular o custo humano em sofrimento e dor, custo que na maioria das vezes é invisível e não considerado (KRUG et al., 2002). E ainda não se tem um real conhecimento acerca das consequências da violência para a criança e a família, ainda que seja conhecido que para a criança podem surgir danos de ordem física, psicológica, cognitiva e social (ALGERI, 2015). A família, por conseguinte, também é atingida.

Contudo, a introdução dos acidentes e violências como tema da área da saúde se deu através da epidemiologia. Aconteceu, sobretudo, pelas alterações observadas nos perfis de mortalidade e de morbidade, reflexo do aumento de mortes e lesões ou causas externas, em contrapartida de um maior controle médico das doenças infecto-contagiosas (MINAYO, 2004). Frente a esse cenário, a violência hoje tornou-se uma prioridade para a saúde, ocupando um tópico importante na agenda das instituições internacionais e nacionais de saúde como a Organização das Nações Unidas – ONU, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, assim como o Ministério da Saúde no Brasil.

Em todo o mundo, milhões de crianças passam por situações de violências físicas, psicológicas, sexuais, negligência, abandono, entre outras. De todas as formas, as violências físicas e psicológicas são as mais frequentes, sobretudo com as crianças de menor idade. Três entre quatro crianças de 2 a 4 anos em todo o mundo – aproximadamente 300 milhões de crianças – vivenciam disciplina violenta por parte de seus cuidadores e 250 milhões – cerca de seis em cada dez crianças – são punidas com castigos físicos (UNICEF, 2017). No Brasil, em 2016, foram registradas 60.362 notificações de atos violentos atingindo crianças menores de 1 a 14 anos, sendo 64% referentes a negligências e abandono; no mesmo ano, a Bahia foi o nono estado brasileiro em número de notificações (SINAN-NET, 2019). No município de Salvador, entre 2009 e 2018, foram notificados 3.799 eventos violentos com crianças nas faixas etárias de menores de 1 a 14 anos (TABNET-SALVADOR, 2019).

Embora já ninguém duvide que a violência seja um problema que afeta a saúde, ao longo dos anos esse fenômeno vinha sendo tratado como objeto exclusivo da segurança pública; apenas na década de 90 do século XX, o setor saúde começou a assumi-lo oficialmente (MINAYO, 2004). A mesma autora refere que a violência é, antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do campo da saúde; ela se torna um tema desse campo: 1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; 2) via concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integram.

A entrada da violência na agenda da saúde implicou em uma associação entre violência e doença, concretizada através do discurso epidemiológico. Por isso, o discurso usado é o da 'vigilância epidemiológica da violência'. Logo, o mesmo princípio da causalidade, que explica as doenças, também fundamenta a classificação da violência nos dados epidemiológicos (SARTI, 2005).

São as concepções sobre criança e violência que orientam os padrões relacionais vivenciados pela criança nos diferentes espaços sociais. As violências são entendidas como uma construção cultural, onde os atos violentos só são considerados como tal se houver a partilha de significados embebidos da dimensão histórica e cultural; e esse tipo de violência está fragilmente incorporado no repertório cultural biomédico em termos de categorização taxonômica (CARVALHO; NORONHA, 2012).

As concepções sobre violência contra crianças por parte dos profissionais de saúde de dois serviços de referência no atendimento secundário às vítimas desse tipo de violência no município de Salvador (BA) apresentam dois aspectos fundamentais: 1) a diversidade e a parcialidade de concepções relacionadas à infância e, a partir delas, as diferentes visões sobre as violências que envolvem esses sujeitos; 2) a heterogeneidade e o escasso consenso em torno do conceito de violência, o qual se contrapõe à tradição do conhecimento sistematizado no setor saúde, fortemente marcado pela precisão nas definições do conjunto de agravos (CARVALHO; NORONHA, 2012).

1.1 BREVE ABORDAGEM SOBRE A ESF E O PODER

A Saúde da Família é uma das principais políticas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro. Instituída com o intuito de reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Atenção Básica e de imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 1997; SOUZA, 2002). Tendo sido a única política elevada à categoria de estratégia de mudança do modelo assistencial pelo Ministério, a partir de 1998 vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS (TEIXEIRA, 2006). Através da ESF busca-se reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, para a promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões, técnica, política e administrativa, inovadoras (BRASIL, 1998).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um marco na incorporação da Atenção Básica na política do Sistema Único de Saúde brasileiro, pois uma política específica, nacional, nesse nível de atenção à saúde, nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso (ESCOREL et al., 2007). Atualmente, todos os estados brasileiros têm equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas, sendo mais de 42 mil eSF em todo o país, presentes em aproximadamente 98% dos 5.570 municípios da Federação (BRASIL, 2019).

A expansão da Atenção Básica, via ESF, ampliou o acesso ao cuidado (SILVA; CHAVES; CASOTTI, 2013; SOUSA, 2008; TEIXEIRA; SOLLA, 2005), embora esse serviço ainda não seja suficiente para todas as necessidades de saúde da população (AZEVEDO; COSTA, 2010), mesmo onde a ESF já está implantada.

Tendo como desafios da ESF a sua integração à rede assistencial, o aumento de sua resolutividade e da capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado, o Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atual Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com objetivo de ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçar o processo de territorialização e regionalização em saúde, na busca de superar uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010b, 2017).

Atualmente, mais de 4.400 NASF estão implantados em todo o território nacional (BRASIL, 2019).

A expressão ‘apoio’ é central na proposta do NASF (BRASIL, 2010b) e remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada ‘apoio matricial’, que agrega tanto a dimensão leve-dura,³ caracterizada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, quanto a tecnologia leve, caracterizada pela ação técnico-pedagógica que produz apoio educativo com e para a equipe (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Acrescente-se a definição de território⁴ adstrito, tão cara à organização da ESF, colocando-se como elemento norteador, ao buscar reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). A ESF é a política pública brasileira que oportuniza aos profissionais de saúde a possibilidade de desenvolver suas ações tanto na própria Unidade de Saúde da Família (USF), quanto em espaços da comunidade e nos domicílios.

A partir dessa possibilidade, as equipes da ESF têm mais oportunidades de interagir com crianças e famílias, o que favorece oportunidades de percepção de suspeitas e identificação de crianças em situação de violência, para além dos cuidados em atendimentos ambulatoriais, como consultas, vacinas, curativos etc., prestados nas próprias USF. A proximidade com a comunidade, o conhecimento das famílias adscritas e a realização sistemática de visitas domiciliares pelas equipes de Saúde da Família e do NASF levam os profissionais para a dimensão dos espaços privados das famílias atendidas e abrem um leque

³ Tecnologias em saúde: as tecnologias utilizadas em saúde não se restringem a equipamentos e máquinas (tecnologias duras), mas fazem parte da composição do trabalho em saúde; também, as ‘tecnologias leve-duras’, como os conhecimentos estruturados, como a clínica, a epidemiologia; e as ‘tecnologias leves’ caracterizadas pelas tecnologias relacionais, que se configuram no trabalho vivo em ato, nos ‘encontros’ entre trabalhadores e usuários, modulando, inclusive, a utilização de tecnologias leve-duras e duras (MERHY; CHAKOUR, 2006). É importante dizer que todos os tipos de serviços de saúde (inclusive os da Atenção Básica) utilizam os três tipos de tecnologias descritos acima, ainda que alguns se dediquem ou se caracterizem mais pela utilização de um ou outro tipo (BRASIL, 2012).

⁴ Noção de território: Compreende-se a noção de território em suas várias dimensões, tais como o ‘território físico’ (material, visível e delimitado), o ‘território como espaço-processo’ (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o ‘território existencial’ (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida). Na prática, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, se interpenetram e, às vezes, se tensionam. Um exemplo é o que ocorre nas chamadas ‘cidades-dormitório’, e outro é o dos territórios escolhidos/inventados pelas pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012). [Muitas vezes os participantes desta pesquisa usaram o termo território, assim como o termo área para se referir à área de abrangência da Unidade de Saúde. Usarei os dois termos nesta pesquisa com esses mesmos sentidos].

de outras oportunidades de suspeita e identificação de violências, além de outras possibilidades de atuação no cuidado.

Uma produção acadêmica significativa do setor saúde vem sendo desenvolvida desde as últimas décadas do século XX até o momento, sinalizando a dimensão da violência e o seu entendimento como uma questão de saúde, produção que também lança luz sobre dificuldades e deficiências das mais diversas naturezas no que tange ao enfrentamento dessas situações por parte dos profissionais nos serviços de saúde, indicando as limitações profissionais que estão mais vinculadas à ordem da racionalidade e mentalidade hegemônica da cultura biomédica do que às questões de ordem prática ou de recursos materiais, ou seja, de gestão e logística (CARVALHO, 2009; MARTINS, 2007; TRABBOLD, 2012).

Como assinalam Moura e Reichenheim (2005), seja por falta de conhecimentos, seja por temerem implicações legais e constrangimentos relacionais em seus territórios de trabalho, muitos profissionais abandonam os casos de vitimização por violências intencionais, responsabilizando-se apenas pelas medidas emergenciais. Abordagem que se mostra insuficiente para solucionar os problemas de crianças que vivenciam esse tipo de situação.

Nesse sentido, em 2010, o Ministério da Saúde publicou o documento Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2010c) com o propósito de sensibilizar e orientar gestores e profissionais da saúde a estabelecerem fluxos de atendimentos para uma ação contínua e permanente para esses casos; uma ação para alcance da integralidade do cuidado, que busca articular a produção do cuidado na Atenção Básica com os demais níveis de atenção e interação com as instituições do Sistema de Garantia de Direitos (SDG) para proteção e defesa das crianças através da proposta de trabalho em rede intrasetorial e intersetorial. Nesse documento estão descritas as ações das dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e acompanhamento dos casos na rede de cuidado e proteção social.

No ano seguinte, o mesmo Ministério lançou o documento Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2011), onde são sugeridos usos de metodologias participativas, a promoção de espaços de encontro e de comunicação que envolvam conjuntamente profissionais, crianças, adolescentes, suas famílias e a comunidade, principalmente através do trabalho em grupo.

Esse empenho em sensibilizar e instrumentalizar as equipes de saúde reforça a compreensão de que as violências interpessoais não vão encontrar suas soluções em produtos da indústria farmacêutica e tecnologias digitais; o que pode auxiliar nesses eventos é o investimento na construção de novos vínculos onde o que predomina é o cuidado.

O ponto de partida é o entendimento da família como a instituição intermediária entre o indivíduo e a sociedade, sendo a primeira instituição de socialização dos indivíduos, sobretudo das crianças. É na família que os indivíduos desenvolvem valores éticos e morais, suas individualidades e identidade emocional. O espaço da casa é o lugar onde a dinâmica e a organização das famílias se estruturam e nele compartilham seus sentidos, significados e afetos, em um complexo de relações sociais que envolvem conflitos, confiança, diferenças e projetos pessoais. Portanto, o espaço da casa é um espaço contraditório e também de disputas de poder que instiga sentimentos imprecisos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio, afirmação/poder/negação do outro entre seus membros.

Esses conflitos são guiados pelo uso diferente do poder entre os gêneros, seja no campo afetivo, motivados pela conquista de espaços, seja no campo da proteção, reprodução de necessidades básicas da condição humana. Os conflitos que se estabelecem entre o indivíduo e os vários grupos de pertencimento acabam sendo inevitáveis e necessitam ser renegociados a cada etapa do ciclo de vida em família.

Dentre todas as manifestações de violências interpessoais, a violência familiar pode atingir toda e qualquer pessoa, de ambos os sexos, em qualquer idade ou fase da vida, porém as crianças, adolescentes e idosos, vivenciam mais a violência praticada por meio de pessoas do convívio familiar e comunitário. Assim, a família, instituição que se espera figurar como porto seguro de seus membros, pode tornar-se, principalmente para as crianças, um espaço de agressão, vitimização, medo, conflitos e incertezas (ASSIS; CONSTANTINO, 2003; DESLANDES et al., 2006; MINAYO, 2006).

As ações de cuidado dos profissionais frente às situações de violência familiar com a criança se encontram relacionadas com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano; ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento (GOMES et al., 2002), além de questões culturais, sociais, também permeadas pela subjetividade dos profissionais

para a leitura das situações como sendo violentas. Situações estas que despertam diferentes emoções nos profissionais das equipes de saúde, como medo, raiva e tristeza. Os atos de cuidado às situações de violência também estão relacionados a questões que perpassam as relações de poder entre os profissionais da equipe multiprofissional, entre os profissionais e os familiares, inseridos nos contextos locais de trabalho.

Tal como definido por Michel Foucault (1999), o poder é algo que não tem forma, que não é um objeto natural, uma coisa, sendo mais uma prática social e, como tal, constituído historicamente. Foucault trata o poder como um exercício ou como um jogo de forças instável, em permanente exercício e não mero atributo que se tenha posse ou não, ou como uma coisa que seja passível de se tomar posse, apoderar-se. O poder transita pelo corpo e jamais está localizado aqui ou ali, jamais está entre as mãos de alguns, jamais é apossado como uma riqueza ou um bem. É algo que se exerce, que circula, que forma rede, e nessa rede os indivíduos estão sempre em posição de serem submetidos ao poder e também de exercê-lo. O poder não se aplica aos indivíduos e sim transita pelos indivíduos, que são sempre seus intermediários e jamais serão o alvo inerte do poder (FOUCAULT, 1999b).

Ademais o poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos da qual nada ou ninguém escapa, a qual não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a importante e polêmica ideia de que o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não (PASSOS, 2013). Por outro lado, onde há poder há resistência e a construção de contrapoderes.

Há milhares e milhares de relações de poder na sociedade e, conseqüentemente, relações de forças, de pequenos enfrentamentos, de microlutas, relações que existem na família, entre os pais e os filhos, entre um homem e uma mulher, entre profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, entre aquele que sabe e aquele que não sabe. A partir dessa forma de conceituar o poder, Foucault atribui poder às pessoas nas relações cotidianas. Entretanto, em nenhum momento ele diz que não existe poder no Estado, ou que é um poder menor ou maior, mas um poder diferente; e é verdade que essas pequenas relações de poder são com frequência conduzidas, induzidas do alto pelos grandes poderes de Estado ou pelas grandes dominações de classe. Em sentido inverso, uma dominação de classe ou uma

estrutura de Estado só pode funcionar bem se na base houver essas relações de poder (FOUCAULT, 2006).

Nesse sentido, torna-se compreensível que a condução de uns por outros – sua governamentalidade – seja mais eficiente, eficaz, econômica e duradoura, quanto mais suave e menos à força tal condução seja efetivada.

Essa preocupação com a maneira de governar os indivíduos gerou uma multiplicação das formas de governo. O governo das crianças, dos pobres, das famílias, das casas, do exército, das cidades, do Estado, do próprio corpo e do espírito. Em relação ao governo das crianças, a saúde, ao construir seus saberes, criou um campo embasado em discursos com efeitos de verdade em torno da criança, concomitante à aplicação de técnicas para produzi-la, ao instituir práticas que constituem e transformam a experiência das vidas singulares (DE LARA; GUARESCHI; HUNING, 2012).

Governar tem significado de gerir as coisas e as pessoas, e conseqüentemente, conduzir as maneiras de gerir seus modos de viver. Em relação à infância, governar supõe zelar, antes de mais nada, para a manutenção da vida das crianças, mas também para possibilitar que a vida se torne útil social e economicamente.

1.2 OBJETO, QUESTÃO E OBJETIVOS DA PESQUISA

Considerando tais questões introdutórias, esta pesquisa⁵ teve como objeto: o cuidado realizado por profissionais da ESF a crianças em situação de violência familiar.

E para sua realização, adotei a questão: Como se dá a dinâmica do cuidado e quais são as estratégias de saber-poder utilizadas pelos profissionais da ESF para cuidar de crianças em situações de violência familiar, em suas áreas adscritas?

Assumindo como objetivo geral a proposta de analisar a dinâmica do cuidado a crianças em situações de violência familiar nos contextos de trabalho dos profissionais da ESF, abordando relações de poder e emoções resultantes dos atos de cuidado.

⁵ Para a realização desta pesquisa, recebi bolsa de estudo do CNPq N° 141718/2015.3 entre 1/4/2015 a 31/3/2016 e da CAPES N° 1600132 entre 1/4/2016 a 31/3/2019.

Que, por sua vez, se desdobra em quatro objetivos específicos, quais sejam:

1. Descrever os contextos locais de trabalho da USF e seu entorno;
2. Identificar as concepções dos profissionais sobre crianças em situação de violência intrafamiliar;
3. Descrever as relações de poder entre os profissionais e os atos de cuidado utilizados nessas situações;
4. Descrever as repercussões do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar nas relações entre os profissionais, bem como as emoções resultantes dos atos de cuidado.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O objeto adotado para esta pesquisa agrupa em si os conceitos de criança, violência e cuidado. Nesta seção, descrevo o que seleciono e como articulo os conceitos que embasam o olhar que mantenho sobre o objeto da pesquisa e sobre a teoria utilizada para analisar os dados produzidos no campo, com o intuito de circunscrevê-los para compor seus recortes, sem a intenção de descrevê-los à exaustão.

2.1 INFÂNCIA E VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

A infância é uma construção social atual, uma invenção arbitrária fundamentada no acontecimento universal e natural do ciclo da vida. Como categoria social, a infância é uma construção surgida na modernidade. Durante a Idade Média, a infância não era considerada uma etapa do desenvolvimento como atualmente. Essa construção da categoria infância foi acontecendo durante as mudanças ocorridas na arte de governar a partir do século XVI e se reconfigurando nos séculos seguintes (RAMOS, 2013).

Até o século XVII, a ciência desconhecia a infância por não haver um lugar para as crianças naquela sociedade, fato caracterizado pela inexistência de uma expressão particular sobre elas. (NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, desde o período colonial até tempos mais recentes, é possível dizer não haver uma infância brasileira, várias são as infâncias e as violências a que estiveram submetidas, como mostram os diversos autores que assinam os capítulos do livro *História das crianças no Brasil* organizado por Mary Del Priore (2013). Sumariamente, antes do início da exploração dos portugueses no século XVI, as crianças nascidas nessas terras eram as crianças dos inúmeros povos indígenas. A partir de 1530, um misto de crianças começa a conviver, pelo menos na catequese conduzida pelos padres jesuítas: crianças indígenas, filhas de portugueses e mestiças.

O castigo físico com crianças já era algo conhecido no cotidiano colonial. Introduzido no século XVI pelos jesuítas, causando horror entre os indígenas que desconheciam o ato de bater nas crianças. No discurso dos jesuítas, esse tipo de correção era uma forma de amor e mimar as crianças lhes fazia mal e isso devia ser repudiado. A partir da segunda metade do

século XVIII, novo modelo de disciplinamento é instituído com o estabelecimento do recente modelo educacional adotado em Portugal e conseqüentemente no Brasil, que substituía o modelo jesuítico de educação, as chamadas Aulas Régias, em 1759, em que a palmatória era o instrumento de correção por excelência.

No século XIX, crianças de 9, 10, 11 e 12 anos foram forçadamente recrutadas para as Forças Armadas para completar as vagas não ocupadas por adultos para lutar na guerra do Paraguai. Somente no século XX, são escritos os dois primeiros códigos de menores do Brasil, nos anos de 1927 e 1979. E após a restauração das eleições presidenciais em 1989, a promulgação do ECA em 1990, uma nova dimensão de políticas públicas para as crianças é concretizada em articulação de ações privadas e governamentais. Tais referências divulgadas nos textos organizados por Del Priore (2013) evidenciam o quanto a concepção de criança/infância foi alterada ao longo do tempo.

A infância, enquanto categoria, passou a designar a primeira idade de vida: a idade de dependência, da necessidade de cuidados, de proteção e de investimento que perdura até os dias atuais (NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008).

O interesse pela infância observado hoje – mais aguçado e de natureza diversa – é resultado do contorno de novas ideias. A criança deixa de ocupar uma posição desimportante na família e na sociedade e passa a ser percebida como um valioso patrimônio para a nação. Na visão de Irene Rizzini (2011), a criança passa a ser vista como chave para o futuro, um ser em formação – dúctil e moldável – que pode ser transformado em um ‘homem de bem’ que seja útil para o projeto de nação ou um ‘degenerado’ a pesar nos cofres públicos.

Embora também se encontre na literatura autores como Neil Postman (1999) que defende a tese do desaparecimento da infância ou da criança em extinção, que ocorre de várias maneiras, sendo produzida por diferentes fontes, como por exemplo, provocada pelos meios de comunicação e com o desmonte da infância ao valer-se da forma e do contexto que lhes são peculiares. Como um dos exemplos, o autor cita a fusão do gosto e estilo de crianças como equivalentes ao mundo dos adultos.

Atualmente existe uma outra concepção sobre a infância, outra preocupação e propostas de trabalho, a se ver pela quantidade de organizações, associações que configuram a rede de instituições que trabalham em prol da infância: UNICEF, Child Fund, Pastoral da Criança,

Instituto Alana, Fundação ABRINQ, entre outras. Além de instituições e projetos/programas direcionados especificamente à primeira infância – período de zero a seis anos –, como a Rede Nacional Primeira Infância, A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, o Instituto Zero a Seis, os Primeiros 1000 Dias, entre outros.

Ainda assim, as crianças continuam sendo vistas como aquelas sobre quem se ‘cuida’ ou se ‘trata’, ou mesmo ‘se bem trata’ ou ‘se maltrata’. E, distante das concepções mais progressistas, raramente, elas são vistas como sujeitos com quem se constroem relações ou referenciais de cuidado; ou para quem se viabiliza condições concretas de cidadania, em seus mais diversos sentidos e significados (CARVALHO; NORONHA, 2012).

Por sua vez, o tema violência suscita problemas inomináveis, a começar por saber do que se está falando, em virtude de o termo amalgamar uma imensa reunião de noções, confusas ou intrincadas em maior ou menor grau (WIEVIORKA, 2004).

Em diferentes esforços de conceituação do termo, expressões como polifonia, polissemia, multiplicidade, complexidade são usadas na busca de abranger o que se pode nominar como violência. Em seu empenho de conceituar a violência, Elizabeth Stanko (2003) salienta que o termo é ambíguo e tem seu conceito adaptado de diversas formas pelos sujeitos para designar um extenso escopo de eventos e sentimentos. A mesma autora destaca que o significado da violência está enredado no contexto em que ela ocorre e que as mensagens que transmite têm uma ampla variação intersubjetiva e intercultural, pois são captadas através do contexto, e suas possibilidades de compreensão variam de acordo com a idade, o gênero, a orientação sexual, a identidade e a história pessoal de quem a sofre.

Sobre o contexto onde ocorre a violência, Maria Stella Porto (2010) argumenta que ao poder ser identificada de forma múltipla e diferenciada, os sentidos da violência não podem ser analisados independentemente do campo social em que se inserem.

Pesquisas que abordam o tema de crianças em situação de violência familiar por vezes são nominadas por maus-tratos ou seus tipos específicos, como a negligência, por exemplo. São pesquisas nacionais e internacionais sobre políticas públicas e privadas referentes à atuação de profissionais com crianças e suas famílias em situação de violência (CARDIA et al., 2016; GATEWAY, 2013; PENELLO, 2013; REICHENHEIM et al., 2011; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2006; WIRTZ et al., 2016).

O Ministério da Saúde brasileiro adota o conceito de violência utilizado pela Organização Mundial de Saúde, divulgado no relatório mundial sobre violência e saúde (KRUG et al., 2002), que descreve violência como quando a força física ou o poder que são usados de forma real ou em forma de ameaça – contra uma pessoa, grupo ou comunidade, ou contra si próprio – e que essa ação resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em privação, dano psicológico, lesão ou morte. Nesse particular, como objeto deste estudo já apresentado, vou me restringir à violência intrafamiliar.

Os termos violência familiar, intrafamiliar e doméstica aparecem frequentemente como sinônimos na literatura. É o tipo de violência que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, definida por laços de consanguinidade ou afinidade (SAFFIOTI, 2000). Compreendendo o conceito de família em termos amplos, Roudinesco (2003) refere que ela pode significar um conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento e a filiação, ou ainda pela sucessão dos indivíduos descendendo uns dos outros, como por linhagem, genes, raça, casa etc.

A violência contra crianças e adolescentes é conceituada como “todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas ou instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima” (MINAYO, 2001, p. 92). Esse tipo de violência tem como principal especificidade sua vinculação ao processo educativo, como instrumento de socialização (MINAYO, 2001), que faz com que muitas vezes seja naturalizada – principalmente entre crianças pobres –, e também uma questão privada da família, onde não caberia ação externa.

Azevedo e Guerra a definem a violência intrafamiliar dirigidas às crianças e adolescentes, como:

Atos e/ou omissões praticados por pais, parentes ou responsável em relação à criança e/ou adolescente, que sendo capaz de causar à vítima dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (2005, p. 16).

Crianças e adolescentes costumam ser vítimas privilegiadas, especialmente as crianças, por serem menos poderosas na hierarquia familiar e pelo grau de fragilidade e dependência próprios da infância e da adolescência (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

A literatura ainda aponta que os tipos de violências que ocorrem no espaço privado das famílias se apresentam entrelaçados, sejam violências dirigidas à mulher, ao idoso e à criança (CAMPBELL; LEWANDOWSKI, 1997; WIRTZ et al., 2016).

2.2 ATOS DE CUIDADO EM SAÚDE

Cuidado é um conceito amplo e que pode ser abordado a partir de diferentes referenciais, ainda que se esteja falando somente do cuidado no campo da saúde (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

Cuidar é sobre o reconhecimento, preocupação, afirmação, assistência, responsabilidade, solidariedade e todos os atos emocionais e práticos que permitem a vida, como colocam Kleiman e Gesst (2009). É fundamentalmente uma relação interpessoal, preocupação e compaixão, e, em um sentido maior, amor, por isso é tão crucial para as nossas vidas e a condição humana em geral.

Nas palavras de Leonardo Boff:

O cuidado se revela numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer, não numa relação de sujeito objeto, mas de sujeito-sujeito, não numa relação de domínio sobre, mas de con-vivência, não de intervenção, mas de inter-ação e comunhão (1999, p. 9).

O conceito de cuidado adotado nesta pesquisa calca-se nas formulações teóricas de José Ricardo Ayres, conceito que também fundamenta a proposta da Linha de Cuidado publicada pelo Ministério da Saúde para crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2010c). Para o autor, o cuidado envolve olhar, ouvir, dialogar. É um ato de natureza compreensiva na busca de um espaço relacional em que o usuário não seja tratado como um objeto e sim como sujeito, através da construção de mediações, de forma empática, no encontro terapêutico entre o profissional e o usuário, visando à promoção do bem-estar daquele que é cuidado (AYRES, 2009).

O ato de cuidar não é uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é uma atitude e um espaço de (re)construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela apenas a intervenção em saúde. Significa, antes, uma ampliação do sentido das práticas de saúde para além do puramente instrumental (AYRES, 2009).

Ele também entende o cuidado como uma categoria reconstrutiva das práticas de saúde onde existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, um espaço com possibilidade de diálogo entre as tecnociências médicas e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. O cuidado se propõe não somente ao controle técnico, mas também ao sucesso prático, a não olhar somente o sujeito, a patologia, mas olhar e considerar as intersubjetividades. A partir da noção de cuidado, é possível olhar o momento assistencial como o momento de uma possibilidade de uma intersubjetividade viva – a subjetividade do usuário e do profissional em busca de se alcançar uma fusão de horizontes: fusão do horizonte do usuário e do horizonte do profissional de saúde (AYRES, 2009).

Nesse sentido, a classificação dos diferentes estágios de conformação e operação das tecnologias em saúde proposta por Merhy (2000) é de extrema importância para o trabalho vivo em ato, principalmente na utilização das tecnologias leves. O espaço das tecnologias leves é aquele onde o profissional de saúde está mais imediatamente colocado frente ao outro na relação terapêutica; entendido por sua dimensão comunicacional, em um espaço de conversação.

Para cuidar há que se considerar e construir projetos. O cuidado é fundamental para a construção de projetos de felicidade, visando conseguir o sucesso prático – ou seja, o bem-estar do sujeito que recebe o cuidado – e não apenas o êxito técnico da ação do profissional. Quando se cuida, é preciso saber qual o projeto de felicidade, o projeto de vida bem-sucedida que está em questão na ação assistencial, ainda que os projetos de felicidade humana se construam cotidianamente com a participação (ou não) dos serviços de saúde (AYRES, 2009).

2.3 PODER E RELAÇÕES COM O SABER E A VERDADE

A principal categoria teórica que utilizei para analisar a dinâmica do cuidado a partir dos dados produzidos no campo foi a categoria poder em Michael Foucault, dividida em dois eixos: o eixo Saber-Poder e o eixo Poder-Verdade.

Foucault sempre teve o poder como fio condutor de seus pensamentos, ideias e pesquisas. Nas palavras do próprio autor em uma entrevista concedida em 1977 a S. Hasumi em Paris e publicada no mesmo ano na edição de dezembro da revista *Umi*, ele disse:

Durante muito tempo acreditei que aquilo de que eu corria atrás era uma espécie de análise dos saberes e dos conhecimentos, tais como podem existir em uma sociedade como a nossa: o que se sabe da loucura, o que se sabe da doença, o que se sabe do mundo, da vida? Ora, não creio que esse era meu problema. Meu verdadeiro problema é aquele que, aliás, atualmente, é o problema de todo mundo: o do poder (FOUCAULT, 2006, p.224-225).

Muito embora não tenha dedicado nenhum livro exclusivamente a respeito do poder, o que se encontra em sua obra é uma série de análises, em grande parte históricas, acerca do funcionamento do poder. Além disso, chama atenção o volume dessa ‘série de análises’ sobre o poder, para isso basta visualizar o sumário de um dicionário ou livro sobre o vocabulário de Foucault, como o produzido por Edgardo Castro (2016), e notar a quantidade de verbetes relacionados ao poder em relação aos outros conceitos com que ele trabalhou.

Entretanto, “não existe em Foucault uma teoria geral do poder” (MACHADO, 1999, p. 10); e o próprio Foucault afirma na mesma entrevista citada anteriormente que não tem uma concepção global e geral do poder (FOUCAULT, 2006, p. 227), o que significa dizer que em suas análises ele não considera o poder como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que ele procuraria definir por suas características universais. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação.

Foucault se dedicou ao estudo do poder não para criar uma teoria sobre ele, mas para identificar os sujeitos atuando sobre os outros sujeitos nas relações mantidas no convívio social. Desse modo, ele afirma que não existe o poder, o que existem são práticas e relações de poder, não estando este presente em um objeto, ou uma coisa. É algo que se exerce, que se efetua e funciona como um maquinário social que não está situado em um lugar

privilegiado ou exclusivo, e se dissemina em diversas relações por toda a estrutura social (MACHADO, 1999).

A análise ascendente que Foucault não só propõe, mas realiza, de estudar o poder não como uma dominação global e centralizada que se pluraliza, se difunde e repercute nos outros setores da vida social e de modo homogêneo, mas como tendo uma existência própria e formas específicas ao nível mais elementar. Ele afirmou que é preciso examinar o modo como, nos níveis mais baixos, tanto os fenômenos como as técnicas e os procedimentos de poder atuam para mostrar como esses poderes se deslocam, se estendem e se modificam, e analisar, especialmente, como eles são investidos, anexados por fenômenos globais; além de como poderes mais gerais ou lucros de economia podem inserir-se no jogo dessas tecnologias de poder, que ao mesmo tempo são relativamente autônomas e infinitesimais (FOUCAULT, 1999b).

Em suas próprias palavras retiradas de uma entrevista concedida em 1977, ele diz: “[...] é preciso dizer também que não se podem conceber essas relações de poder como uma espécie de dominação brutal sob a forma: *Você faz isto, ou eu o mato*. Essas não são senão situações extremas de poder”. Com efeito, as relações de poder são relações de força, de enfrentamentos, por conseguinte, sempre reversíveis; assim, não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável (FOUCAULT, 2006, p. 232. Grifo do original).

Esse autor busca ver como na vida cotidiana, nas relações entre os sexos, nas famílias, entre os doentes e os médicos, aparece e se manifesta o poder, “que nasce a cada instante, quase que a cada passo nosso [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 233). E o que me chama atenção no poder em Foucault é que ele coloca poder nas pessoas, em relações, nas possibilidades de diversas relações do cotidiano. Na visão foucaultiana, é impossível estarmos fora ou acima das relações de poder, da microfísica de seus acontecimentos, da sua dinâmica. É preciso entender tal dinâmica como uma luta de confronto permanente em um contexto onde a liberdade existe e resiste sempre.

Não há a categoria dinâmica dentre os estudos de Foucault; ele usa o conceito de *microfísica dos poderes*. Porém, usei nesta pesquisa o termo ‘dinâmica’ como sinônimo desse movimento dos poderes sinalizados como microfísica para Foucault para analisar o cuidado e

a dinâmica do cuidado nas ações dos profissionais da ESF em determinado contexto de Salvador.

O que Foucault chamou de *microfísica do poder* significa tanto um deslocamento do espaço da análise quanto do nível em que esta se efetua. Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e, nessa rede, os micropoderes existem integrados ou não ao Estado (FOUCAULT, 1999a). Seu interesse estava focado em analisar como os micropoderes, que possuem tecnologia e história específicas – como a medicina, por exemplo –, se relacionam como o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho do Estado.

Mas, ao relacionar o aparelho do Estado, Foucault não diz que o poder é negativo ou exclusivamente para dominação, já que ele mesmo afirma sobre o poder que: “Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir” (FOUCAULT, 1999a, p. 8). E é justamente o que faz com que ele se mantenha e que seja aceito. O poder simplesmente não pesa só como uma força que diz não, mas que, de fato, permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saberes e produz discursos, já nos sinalizava Foucault desde sua aula inaugural no Collège de France (FOUCAULT, 1970).

O reconhecimento do poder em seu lado produtivo, positivo, como um jogo de forças essencial à vida, tem sua compreensão dificultada possivelmente pelas relações observadas em nossa história política recente, como os poderes totalitários do último século e ao longo de sucessivos governos ditatoriais violentos nos impingiram uma visão do poder como algo negativo, massacrante, e ainda o poder como destruidor de toda forma legítima de relação social democrática (PASSOS, 2013); assim como há o entendimento do poder pelos seus efeitos de dominação que estão ligados à existência de um Estado e o funcionamento de seus aparelhos. Com isso, quando se pensa o poder, imediatamente, o que vem à mente é o exército, a polícia, a justiça (FOUCAULT, 2006).

Segundo o autor, o poder está em uma relação direta com o saber e a verdade, são as relações entre saber e poder e deste com os discursos de verdade que o preocupam. Em seus estudos, procura fazer aparecer essa espécie de camada, uma interface entre o saber e o poder, bem como, trata dos efeitos dos discursos com efeito de verdade (FOUCAULT, 2006).

Os saberes estão imersos em práticas discursivas e só engendram novos objetos e formas de problematização da experiência quando se ancoram em práticas e relações sociais efetivas. Para Foucault, todo saber é político, não porque cai nas malhas do Estado, mas porque é apropriado por ele e serve como instrumento de dominação, de governo, descaracterizando seu núcleo essencial porque todo saber tem sua gênese em relações de poder (FOUCAULT, 1999a).

Ao se exercer o poder em seus mecanismos finos, não há como fazê-lo sem a formação, sem a organização e sem a utilização de aparelhos de saber, onde operam instrumentos efetivos de formação e de acúmulo de saber, métodos de observação, aparelhos de registro, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa (FOUCAULT, 1999b), sendo esses dispositivos de poder.

Por conseguinte, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto onde há exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. Assim sendo, o hospital não é apenas um local de cura, mas também espaço de produção, acúmulo e transmissão do saber (FOUCAULT, 1999a). Nesse sentido, assim como o hospital representa esse espaço de acúmulo de saber, a Unidade de Saúde da Família também assume esse local de cura, quando instalada em uma comunidade e se torna uma referência para os cuidados de saúde de uma determinada população e território, tornando-se assim um local também de produção, acúmulo e transmissão de saber. Saber sobre determinada população e território.

Assim como o poder opera em relação com o saber, também se relaciona aos discursos que produzem efeitos de verdade. Ao falar sobre a verdade, Foucault não está preocupado com a verdade em si, e sim com a verdade e sua relação com o poder. Ele procurou ver como se atam os efeitos de poder em torno dos discursos considerados como verdadeiros (FOUCAULT, 2006).

Na sociedade ocidental, múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam e constituem o corpo social e essas relações não podem se estabelecer, nem se dissociar, nem funcionar sem uma produção, circulação, acumulação e um funcionamento do discurso tido como legítimo e verdadeiro. Pelo poder, somos submetidos à produção de verdade e só é

possível exercer o poder por meio da produção de verdade. Não existe exercício do poder sem uma ação dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir de e através dele (FOUCAULT, 2006).

A cada instante se produzem efeitos de verdade na sociedade e produzem-se verdades. Essas produções de verdade não podem ser dissociadas do poder, nem dos mecanismos ou dispositivos do poder, porque, concomitantemente, esses mecanismos de poder tornam possíveis e induzem essas produções de verdade; e também porque essas produções de verdade têm efeitos de poder que nos unem e nos atam (FOUCAULT, 2006).

O discurso verdadeiro veicula, propulsa efeitos de poder e também decide, em suas palavras:

Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder. Portanto, regras de direito, mecanismos de poder, efeitos de verdade. Ou ainda: regras de poder e poder dos discursos verdadeiros. E, de outro lado, somos igualmente submetidos à verdade, no sentido de que a verdade é a norma (FOUCAULT, 1999b, p. 29).

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade, isto é, os tipos de discurso que aceita e faz funcionar como verdadeiros, os meios pelo qual cada um deles é sancionado, as técnicas e procedimentos valorizados na aquisição da verdade; o *status* daqueles que estão encarregados de dizer o que conta como verdadeiro (FOUCAULT, 1999a, p. 12).

2.4 GOVERNAMENTALIDADE

Este é o termo criado por Michel Foucault na segunda metade da década de 1970 e por ele utilizado para se referir ao estudo das práticas de governo, entendido como todo o conjunto de ações pelas quais se conduzem as condutas, fenômeno fundamental na constituição das sociedades ocidentais. Termo também usado como sinônimo de táticas de governo ou da arte de governar (FOUCAULT, 1999a).

Termo descrito por Judith Revel em seu *O Vocabulário de Foucault* (2009), onde a governamentalidade é entendida como condução das condutas e o governo a instância

política de gestão estatal. Termo também usado como sinônimo de táticas de governo ou da arte de governar (FOUCAULT, 1999a), ou governmentação, como utilizado por Veiga-Neto (2015).

Etimologicamente a palavra “governar” deriva de ‘kubernan’ (grego) e ‘gubernare’ (latim) e, originalmente, se relacionava ao significado de conduzir alguma coisa, algum animal ou alguém, por um caminho. Hoje, dentre outros significados, denota a ação de um chefe – um governador – que exerce sua autoridade sobre os outros – os governados –; também denota controlar e dirigir a formulação e a administração da política, influenciar as ações e o comportamento de algo ou alguém uma ação de mando (HOUAISS, *on-line*).

Segundo Foucault (1999b), vivemos na era da governamentalidade desde o século XVIII, embora seus primeiros passos tenham ocorrido no final do século XVI e início do século XVII, período em que ocorre, como sinalizado por este autor, uma primeira forma de cristalização da arte de governar em função de uma razão de Estado no seu sentido positivo e pleno de governar segundo suas próprias regras racionais e deduzidas das leis da natureza ou divinas.

A arte de governar esteve ligada ao desenvolvimento do aparelho administrativo do Estado, evidenciada pelo aparecimento de uma série de aparelhos específicos de governo, no bojo dos modelos econômicos mercantilista e cameralista vivenciados naquele período histórico, e também ligada a um conjunto de análises e de processos através de saberes como a estatística, desenvolvida como ciência do Estado, essencialmente, para conhecimento de diversos elementos, dimensões e a relação entre os fatores de sua força.

Tomando-se em conta que não é nem o saber nem o poder o que constitui o tema geral das investigações realizadas por Foucault. Segundo Castro (2016), são as noções de governo e governmentação que permitem compreender que é o sujeito o tema central das investigações realizadas pelo autor.

A governamentalidade aparece nos estudos de Foucault como uma forma mais elaborada, mais evoluída de exercer outros dois tipos de poder por ele estudados: o poder disciplinar e o biopoder. Entendida não como uma substituição das formas anteriores de poder, mas como um avanço em sua complexidade.

Em termos foucaultianos, quando alguém conduz a conduta de outro(s) ou de si mesmo, o que ele está a fazer é o exercício do governo sobre esse outro ou sobre si mesmo. Dessa forma, como explica Edgardo Castro (2016), o governo pode ser exercido em dois eixos não excludentes: como relação entre os sujeitos em um conjunto de ações sobre ações possíveis, em que facilita ou dificulta, incita, induz, desvia, limita ou até impede completamente a ação alheia; e, no segundo eixo, como relação de um sujeito consigo mesmo, em que o governo se dá na relação que alguém mantém consigo próprio e cujo objetivo é, por exemplo, controlar-se ou dominar seus desejos e prazeres.

A governamentalidade é um fenômeno particularmente astucioso que se desenvolveu da evolução da arte de governar para a ciência política em um regime dominado pelas técnicas de governo, entretanto, de acordo com Foucault (1999b), sendo o fenômeno que permitiu a sobrevivência do Estado. Governo estatal que tem, essencialmente, a população como alvo e utiliza a instrumentalização do saber econômico, produzindo uma sociedade que, por sua vez, é controlada pelos dispositivos de segurança.

Foucault (2008) ressalta que é preciso compreender as coisas não em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar, e desta por uma sociedade de governo; ao contrário, trata-se de um triângulo, no qual seus três pontos – a soberania-disciplina-gestão governamental – têm os dispositivos de segurança como mecanismos essenciais e a população como principal alvo.

Na segunda metade do século XVIII, a família, como modelo de governo, desaparece e a população assume a centralidade dos interesses da arte de governar. A família passa a ser vista como um elemento no interior da população, como um segmento importante e, sobretudo, como instrumento fundamental. Período em que ocorre o que Foucault (1999b) chamou de um desbloqueio da arte de governar. Fenômeno que tem conexão com o surgimento da população como alvo das ações do Estado e que permitiu as condições para o seu desenvolvimento do campo de estudos econômicos, principalmente, em um cenário onde se isola, se identifica os problemas da população e se produz cálculos e sistematizações com o auxílio da estatística, ciência que a partir do século XVII adquire importância de governo.

Revel (2009) destaca que a governamentalidade colocou pela primeira vez o problema político da população, que, nesse sentido, não é entendida como a soma dos sujeitos de um

território, ou a categoria geral da espécie humana, mas um objeto construído pela gestão política global da vida dos indivíduos, uma biopolítica. No entanto, essa biopolítica implica não apenas em uma gestão da população, mas em um controle das estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter em relação a si mesmos e uns aos outros.

Foucault observa que a partir do momento em que o governo necessitou lidar com problemas relacionados à concentração de pessoas nas cidades e os problemas advindos dessa nova configuração como doenças epidêmicas, a fome, a ocupação dos espaços etc., a gestão da vida passou a ser tema central nas relações de poder. A gestão de aspectos relacionados à vida da população como a natalidade, a morbi-mortalidade e a dinâmica populacional foram incorporadas às preocupações do governo e assumidas pelo Estado (FOUCAULT, 1999a).

Preocupações que estão relacionadas com as questões que se abatem sobre a vida e as condições que enfraquecem, que diminuem a vida, interpretada pelo Estado como subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, pela produção não realizada e por tratamentos que podem custar caro. Preocupações traduzidas em um poder que intervém não só para fazer viver – controlando acidentes, deficiências e eventualidades –, intervindo também na maneira de viver e em como viver, especialmente para aumentar a vida e que seja útil e produtiva (FOUCAULT, 1999c).

Entre as mudanças das formas do poder descritas por Foucault nos últimos séculos, é possível constatar que houve uma admissão da vida pelo poder, ou seja, uma tomada do poder sobre o homem enquanto ser vivo e social, um deslocamento que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico e do social. A partir das tecnologias de poder sobre o homem – enquanto ser vivo, biológico e social –, o que se observa é um poder contínuo, científico, articulado, traduzido cada vez mais sobre a maneira de viver e como viver, no qual o investimento do poder estatal tem, sobretudo, o propósito de aumentar a vida útil e produtiva.

Com o início da estruturação do Estado moderno e o deslocamento do foco de interesse para o que está dentro do território e da sociedade – o governo das coisas e das pessoas –, as crianças se veem incluídas entre tais interesses a partir da identificação da infância como uma etapa da vida, portanto, digna de cuidados específicos.

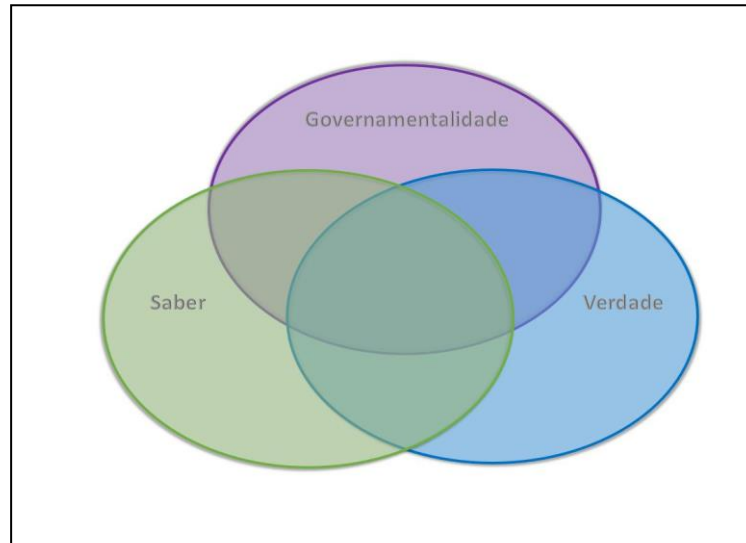
Famílias com crianças pequenas constituem hoje um importante alvo de estratégias que visam governá-las, indicando como se pretende investir em sua capacitação para que produzam as crianças adequadas às configurações dominantes das sociedades do presente (BUJES, 2015). Um exemplo disso pode ser visualizado no controle da mortalidade infantil e na garantia de condições de vida sadia às crianças, ações que dizem respeito à gestão da saúde por parte das instâncias estatais e também ao envolvimento daqueles que são objeto de tais ações – dos próprios sujeitos-alvos –, que se tornam coparticipantes do esforço governamental.

Nesse sentido, a ideia de infância é também interesse dos dispositivos de governo para administração da vida e da população, que passam a regular a população ao estabelecer novos critérios de normalização da vida. Cenário em que a infância é vista, ao mesmo tempo, como uma fase que carece de investimentos, e também, e pelo mesmo motivo, uma fase de passagem, de incompletude que antecede o momento pleno de crescimento, raciocínio e desenvolvimento a ser alcançado na fase adulta.

Assim sendo, a criança, a infância e o infantil seriam produzidos por esse dispositivo que os esquadriña; o poder estaria voltado para produzir a vida e ditar as características desses sujeitos que, se antes eram tratados sem distinção em relação aos adultos, agora passam a ser vistos como uma etapa bastante distinta do desenvolvimento humano. Essa ideia possibilita vislumbrar a finalidade da valorização da infância na sociedade de hoje e a necessidade construída de um investimento em seus corpos, não as deixando existirem por si só, mas investindo em seus corpos e na maneira como vivem para que possam ser produtivas na sociedade.

Estando o poder em relação com o saber, os discursos com efeito de verdade e a governamentalidade, a Figura 2 apresenta uma proposta didática de articulação entre os conceitos teóricos para fins desta pesquisa.

Figura 2 – Articulação entre os conceitos: poder, saber, discursos com efeito de verdade e governamentalidade



Fonte: Elaboração própria

3 MÉTODO, TÉCNICAS E PARTICIPANTES

Nesta pesquisa utilizei abordagem e técnica qualitativas, ainda que alguns dados quantitativos sejam apresentados – para facilitar a compreensão da magnitude do fenômeno estudado. Além do fato de eu poder lidar melhor com palavras e pessoas do que com números e métodos estatísticos, considero que a abordagem qualitativa permite um olhar de dentro, de ângulos não iluminados do objeto, qual seja, o trabalho dos profissionais da ESF com crianças em situação de violência.

Considerando também que a abordagem qualitativa permite acessar dimensões subjetivas quando a intenção é explorar o espectro de pontos de vista, opiniões, como colocam Minayo & Sanches (1993), além de aprofundar-se na complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão. Permite também que o pesquisador trabalhe intensivamente com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

3.1 TIPO DE ESTUDO E OUTRAS INFORMAÇÕES

Ao revisar diferentes teses, relatos de pesquisa, certas vezes me desperta o desejo de saber mais sobre o ‘como’, sobre o processo em que a pesquisa foi feita, o contexto, para além dos resultados. Então, destaco o processo científico–artesanal–acadêmico que foi produzir os dados com os participantes no campo, organizar seus discursos, podá-los, burilá-los, e com isso elaborar a forma de contar essa história. Uma história que se quer concisa, lógica e sobretudo crível.

O olhar que é lançado sobre o objeto no cotidiano das equipes da ESF, nas atividades realizadas no dia a dia da USF, no contexto de trabalho dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família e do NASF no distrito sanitário Cajazeiras.

Com esse intuito, para embasar meu olhar sobre o fenômeno da violência com a junção das lentes das Ciências Sociais e do campo da Saúde, utilizei manuais específicos desses campos de conhecimento, os quais serão citados em algumas seções, como: Bauer e Gaskell (2002); Bowling (2009); Fetterman (2010); Laville & Dione (1999). Em razão desse propósito,

apresento minhas antecipadas desculpas aos conhecedores dessas técnicas pela repetição do conteúdo.

O estudo de caso foi utilizado como método para alcançar o cuidado a crianças em situação de violência e conseguir visualizar e analisar sua dinâmica. Baseado em Creswell (2014), selecionei três casos concretos onde atos de cuidado foram realizados com crianças em situação de violência de diferentes naturezas – negligência, psicológica, física e sexual –, atendidos pelas equipes nessas USF, e aqui os apresento e analiso em três capítulos distintos, buscando ver o poder operando nas relações, bem como as ações embebidas na noção de governamento.

E antes que eu siga com a descrição das etapas do método utilizado, é preciso que eu diga que todos os dados que apresento nesta pesquisa foram produzidos em conformidade com as indicações éticas presentes nas normas brasileiras que estão atualmente em vigor no país.

3.2 AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Após o exame de qualificação – em junho de 2017 – e a realização dos ajustes sugeridos pela banca, seguindo as normas que norteiam pesquisas envolvendo seres humanos constantes nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, comecei o trâmite burocrático para a liberação da etapa de campo da pesquisa, que ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2017.

Inicialmente protocolei, em julho de 2017, na sede da Prefeitura Municipal de Salvador, a carta de apresentação da instituição onde realizei o programa de pós-graduação, que pode ser lida no Anexo A, com a solicitação para realização da etapa de campo na pesquisa em duas USF do município.

Após a carta de anuência recebida da Prefeitura, inserida no Anexo B, inscrevi, no início de agosto de 2017, o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, o qual recebeu o CAAE:

74323717.6.0000.5030 e foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC-UFBA,⁶ tendo sido apreciado e aprovado na reunião do mês de novembro do mesmo ano. Porém, o Parecer Consubstanciado (Anexo C) somente foi entregue após o atendimento ao ajuste de um único item do projeto: o cronograma de entrada no campo, sendo necessário ajustá-lo para dois meses à frente do que inicialmente proposto.

Em posse do Parecer Consubstanciado, entrei em contato com a coordenação do distrito sanitário onde a pesquisa seria realizada, que enviou e-mail às gerentes das USF adotadas como campo da pesquisa, e assim pude iniciar essa primeira etapa.

3.3 O TRABALHO DE CAMPO

Realizei a etapa de campo ao observar as práticas locais de saúde em duas Unidades de Saúde da Família – aqui chamadas de USF.1 e USF.2 – que operam no modelo da ESF, no distrito sanitário Cajazeiras, na cidade de Salvador, entre novembro de 2017 e junho de 2018. Sobre o distrito, descreverei algumas características macrossociais no capítulo seguinte, porém, antes de seguir com o detalhamento sobre o método e as técnicas utilizadas, considero relevante contar um pouco da história de como esse território delimitado pelos poderes da Saúde Pública se tornou o campo escolhido para esta pesquisa.

A entrada no campo nunca é fácil, ainda mais em uma cidade grande como Salvador. Considerando que realizar uma pesquisa acadêmica – com qualquer tema – não é uma tarefa simples, pois quando se ouve: pesquisador, pesquisa, [quase] todo mundo corre; a essa tarefa se acrescenta uma camada a mais de dificuldade quando a pesquisa proposta aborda qualquer nuance do tema da violência: corre-se mais rápido! As pessoas não querem falar, seja por receio de diversas ordens ou por não querer relembrar questões delicadas dos casos atendidos, ou ainda por um conjunto de outros motivos não explícitos.

A verdade é que, desde a minha mudança para Salvador em 2015, estava preocupado com o local onde faria o campo da pesquisa. Considerando também que chegar sozinho em uma unidade de saúde tornaria a pesquisa praticamente impossível de ser realizada, ou pelo

⁶ Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: <http://www.isc.ufba.br/comite-de-etica-pt/>

menos me colocaria a um tempo maior de vencer a barreira do discurso formal sobre as situações de violência. O acesso ao campo de estudo não é possível sem alguma ajuda, sendo sempre negociado com alguém que o autoriza, como sabiamente relata Bowling (2009), ainda que a permissão, muitas vezes, seja concedida sem consultar as pessoas que serão estudadas.

Com a mediação da orientadora e de amigos na pós-graduação, fiz contatos e algumas visitas para conhecer Unidades de Saúde da Família e profissionais em diferentes pontos da cidade; tive contato com profissionais de unidades dos bairros da Liberdade e do Calabar, além do bairro que optei por pesquisar. De todos, o contato mais próximo e mais solícito foi Edson,⁷ colega da pós-graduação, de áreas e temas distintos, trocamos algumas mensagens em busca de combinar uma visita preliminar para conhecer a unidade em que ele trabalhava. E o catalizador dessa visita foi a solicitação de uma atividade para uma disciplina de Método, com o intuito de exercitar alguns métodos propostos para a pesquisa, que por intermédio de Edson consegui fazer na USF.1.

A chegada ao campo por meio de um intermediário, que seja membro do grupo a ser observado, é a melhor entrada que o pesquisador pode ter (FETTERMAN, 2010). O autor explica que os membros do grupo podem não estar interessados no pesquisador pessoalmente ou no trabalho dele e um intermediário pode abrir as portas, sendo importante que este tenha alguma credibilidade com o grupo; e quanto mais íntimos os laços do intermediário com o grupo, melhor. A confiança que o grupo deposita no intermediário aproxima as pessoas e algum nível de confiança se estende ao pesquisador no início do estudo. Assim, o pesquisador se beneficia de um efeito de halo, se for introduzido pela pessoa certa, quando os membros do grupo darão ao pesquisador o benefício da dúvida e enquanto o pesquisador for demonstrando que merece a confiança do grupo, provavelmente a terá, o que reforça a capacidade do pesquisador de trabalhar com o grupo e melhorar a qualidade dos dados produzidos (FETTERMAN, 2010). Nesse sentido, considero que fui apresentado e introduzido pela pessoa certa.

Edson solicitou autorização de Glória – gerente da USF.1 – e em agosto de 2016, fui de carona com ele até a unidade. A entrada por intermédio de um integrante da equipe fez

⁷ Todos os nomes próprios utilizados para os participantes da pesquisa são fictícios para efeito de manter a privacidade das pessoas contatadas ou entrevistadas pelo pesquisador.

diferença na receptividade que tive dos profissionais; ele é um dos quatro enfermeiros da USF.1 e tem boa relação com os outros profissionais das equipes. Percorreu todos os espaços da unidade comigo para que eu pudesse conhecê-la e ia me apresentando como aluno-pesquisador da UFBA à medida que cruzávamos com profissionais nos corredores ou entrávamos em algumas áreas restritas, como a farmácia e a ala restrita dos profissionais.

Lá fui apresentado a Glória, à equipe do NASF que também realiza o matriciamento das equipes de PSF implantadas na USF.2. Tive de explicar várias vezes sobre a pesquisa durante as conversas iniciais, entretanto as conversas não progrediam. Os profissionais reconheciam a singularidade dos casos de crianças em situação de violência intrafamiliar e logo referiam que não tinham nenhum caso em sua equipe, encerrando o assunto. Após conversar com a orientadora e refletir, comecei a iniciar os diálogos falando sobre os cuidados das famílias com a criança, sobre as famílias que cuidam bem e as que não cuidam [tão bem]. As conversas não se interrompiam prematuramente, embora naquele momento inicial eu não tenha conseguido chegar ainda a conteúdos de experiências relativas à atenção aos casos de violência com crianças vítimas de seus próprios familiares.

Esse momento foi importante, o que considero como o pré-campo da pesquisa, pois percebi que precisava melhorar a apresentação da proposta da pesquisa para falar com as pessoas do campo em uma linguagem mais simples e coloquial, o que até esse momento havia sido somente discutida dentro dos muros da universidade. Glória aceitou responder algumas perguntas para o trabalho da disciplina e na semana seguinte retornei à USF.1 para essa atividade.

Entre janeiro e março de 2017, retornei à USF.1 para mais algumas conversas e observações, o que me fez crer que ali poderia ser o campo desta pesquisa, etapa que realizei entre novembro de 2017 e junho de 2018.

Minha entrada na USF.2, em fevereiro de 2018, não foi diferente da entrada na USF.1, também foi mediada por um integrante do grupo, um de ampla confiança. Ao conversar com Selma e Patrícia sobre a necessidade de iniciar as idas à USF.2, ao pedir e ouvir algumas sugestões de abordagem, Selma se ofereceu para fazer a mediação com Graça – gerente da USF.2. Graça foi receptiva, conversamos por alguns minutos, ela me contou sobre a unidade, sobre as equipes, sobre a experiência do trabalho naquela unidade, entre outras coisas.

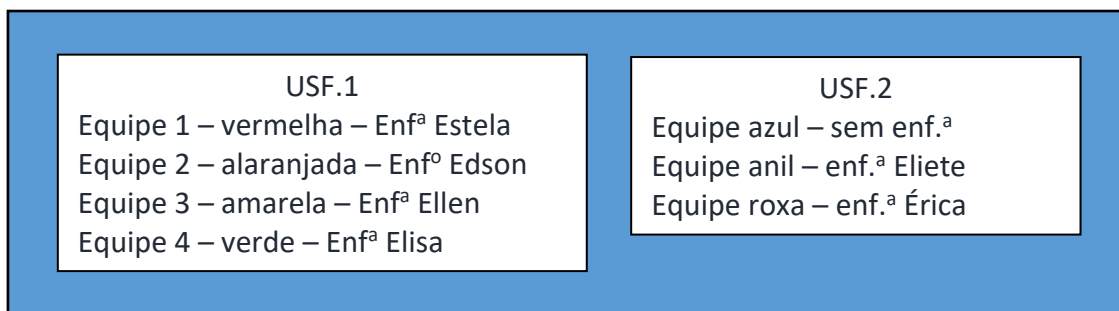
Durante o período de campo, algumas adversidades foram encontradas. Entretanto, o campo foi realizado, apesar de alguns eventos que dificultaram sua realização como o apagão ocorrido nas regiões Norte e Nordeste, em março de 2018; a paralisação dos rodoviários reivindicando ajustes salariais, que antecedeu a greve de ônibus em Salvador, ambos em maio de 2018; a greve dos caminhoneiros e as paralisações dos servidores municipais da Saúde por reajuste salarial, ambas em maio e junho de 2018. A produção dos dados também foi afetada por períodos como as festas de final de ano, onde certo número de profissionais utiliza folgas e goza férias, assim como o período do carnaval, quando a unidade esteve mais vazia, com menos atividade e sem frutos para a observação.

Finalizada a etapa de campo, entre julho e outubro de 2018 me dediquei à organização dos dados produzidos em conjunto com os profissionais; e em novembro e dezembro de 2018 retornei às USF para realizar oficinas sobre o tema da violência em agradecimento à colaboração recebida das equipes. Nesses dois meses, realizei cinco oficinas sobre a temática da violência envolvendo a criança e suas famílias no contexto de trabalho da Atenção Básica, além de ter realizado uma palestra também abordando a violência intrafamiliar com crianças no espaço de educação permanente planejado pela equipe verde, previamente agendada desde junho de 2018.

3.4 OS PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram os profissionais que integram as sete equipes das duas unidades estudadas no distrito sanitário Cajazeiras. Na USF.1 trabalham quatro equipes e na USF.2 trabalham três equipes, que foram identificadas por cores, como pode ser visualizada na Figura 3:

Figura 3 – Divisão das equipes por cores e USF.



Durante minhas visitas de observação, não foram poucas as vezes em que fui questionado se seria o enfermeiro da equipe azul, e ainda convidado para me candidatar à vaga.

Não tive contato com todos os profissionais, nem todos os profissionais se achegaram a mim, como já era esperado; com alguns, apenas cumprimentos foram trocados, outros, em menor número, nem isso. Atesto que isso não pareça uma reclamação, é tão somente um relato. Entretanto, alguns se aproximaram de uma forma profunda, abriram espaço para mim no seu cotidiano de trabalho, mostraram-se interessados na pesquisa, buscavam me direcionar, ora dizendo que faria uma visita domiciliar e me perguntando se eu gostaria de o acompanhar, ora me avisando que haveria uma reunião extraordinária.

Um momento ímpar da aproximação com os profissionais nas duas unidades era o momento do almoço. Grande parte dos profissionais leva marmita ou compra uma e almoça na própria USF. Em um momento no início do campo, a nutricionista do NASF me perguntou: *Já pediu o almoço?* Até então eu almoçava em algum dos restaurantes que servem pratos feitos nas proximidades da USF.1. Naquele momento, soube de uma moradora – vizinha à USF.1 – que divulga diariamente o menu do dia em um grupo de *whatsapp* criado especialmente para essa finalidade, e vários profissionais usam esse serviço. A pergunta da nutricionista me sinalizou que de alguma maneira eu já começava a participar de alguma forma daquele grupo. E ao passar a solicitar marmita e almoçar junto com os profissionais na própria unidade, passei também a circular por outros espaços e a ter mais contato com o grupo em um momento mais íntimo e menos formal do trabalho, onde outras trocas aconteciam, conversas pessoais sobre a própria família, filhos, viagens, férias, por exemplo. E nesse processo de conhecimento mútuo, porque eles também me inseriam nas conversas, alguns participantes foram se aproximando mais e mais, alguns tornando-se o que aqui chamo de participantes-chave.

E antes que comente sobre esses participantes, também preciso dizer que comentei com alguns participantes que não sabia que nomes usar para me referir à unidade, ao bairro, aos nomes dos profissionais no sentido de manter o sigilo: e para minha surpresa, houve quem se surpreendesse por eu estar planejando não usar os nomes verdadeiros deles, não

identificar as unidades nem os próprios profissionais, por considerar que o trabalho que eles fazem é importante e necessita de reconhecimento.

Então, como já dito, alguns profissionais participantes desta pesquisa se tornaram participantes-chave pelo modo como contribuíram para a produção dos dados. Aqui os apresentarei brevemente.

Edson tinha 32 anos, graduado em enfermagem há dez anos. Natural de outro estado da região Nordeste. Trabalhava há cinco anos como enfermeiro da equipe alaranjada em cargo concursado na Prefeitura Municipal de Salvador.

Selma era assistente social do NASF. Finalizou a graduação há sete anos. Trabalhava no NASF há três anos e meio, em cargo concursado. Natural de Salvador, tendo nascido, sido criada e estabelecido residência na região onde atuava profissionalmente. Possuía experiência profissional no setor de serviço social em instituição ambulatorial de referência cardiovascular. Casada e, na época, possuía uma filha de seis anos.

Patrícia tinha 37 anos, graduada em psicologia. Trabalhava há quatro anos como psicóloga, concursada, da equipe do NASF dando apoio às equipes de Saúde da Família nas duas unidades. Natural de Salvador, nascida em uma extensa família.

Áurea tinha 39 anos, era agente comunitária de saúde (ACS) concursada da Prefeitura. Trabalhava na equipe verde da USF.1 há um ano, tendo sido transferida da USF.2, juntamente com Alberto, após 13 anos de atividade. Natural de Salvador, casada e possuía dois filhos adolescentes.

Alberto tinha 35 anos, era ACS, concursado, trabalhava na equipe verde da USF.1 há um ano. Tendo trabalhado por 13 anos na equipe anil da USF.2. Anteriormente trabalhou na função de segurança em eventos e condomínios e como ajudante de gesso. Era casado e possuía duas filhas, de oito e dois anos.

Marilda, 32 anos, graduada em medicina há três anos. Contratada há dois anos pelo Programa Mais Médicos para a função de médica de família, iniciou a atividade no programa em uma USF na região do Subúrbio Ferroviário e, há sete meses, trabalhava como médica da equipe verde.

Melissa tinha 33 anos, graduada em medicina há seis anos. Especialista em Saúde da Família e dermatologia. Trabalhava há três anos na equipe anil da USF.2, sendo contratada também pelo Programa Mais Médicos. Casada e possuía uma filha de 2 anos.

3.5 AS TÉCNICAS

Utilizei um mix de técnicas entre observação direta, diário de campo e entrevistas para abordar um fenômeno complexo como a violência intrafamiliar expressa em corpos infantis. Descrevo em mais detalhes cada método em separado.

3.5.1 Observação direta

A observação é um modo de contato privilegiado possível de se estabelecer com o real; o que permite situar, orientar, reconhecer pessoas e situações e ainda emitir juízo sobre elas (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Se colocarmos, a grosso modo, a impressão geral – senso comum – sobre as prioridades dos atos de cuidado realizados em uma USF, é possível que se diga que as consultas clínicas – médicas sobretudo – vêm primeiro, depois as visitas domiciliares e por último as reuniões. Contudo, a relação da observação foi inversa – reuniões primeiro, visitas depois e por último as consultas – porque havia menos restrições em circular pelas reuniões. Só depois de algum tempo, começaram a surgir os convites para acompanhar as visitas e foi muito mais restrito observar as consultas. É preciso levar em consideração o ponto de vista do profissional em ter alguém estranho observando sua atividade laboral. Entretanto, não havia restrições em circular pelos espaços comuns das unidades, sala de espera, sala de reunião, copa etc.

No início do campo, nas duas USF, comecei a observação pela sala de espera. Simplesmente eu permanecia sentado em uma dessas cadeiras em dias e horários diferentes. Somente sentado observando. Percebi que alguns profissionais que já me conheciam se surpreendiam quando me viam sentado ali – como um usuário à espera de atendimento.

Na USF.1, por mais de duas vezes, a funcionária da recepção veio me perguntar se eu já tinha pego a ficha para o atendimento, agradei e respondi que não precisava, justificando que estava sentado lá, mas não marcaria ou demandaria uma consulta. Os profissionais que

já me reconheciam, nas primeiras vezes, ficavam surpresos com a minha presença ali, sentado entre os usuários. Uma funcionária, em especial, inicialmente ao me ver sentado entre os usuários, me convidava para ficar na sala de reunião com os profissionais.

Na USF.2, na segunda tarde em que eu estava observando a sala de espera, um garoto que estava com a mãe sentado ao meu lado me chamou e perguntou se eu era mesmo enfermeiro: sorri e concordei; e em outros momentos, ao avisar os profissionais que estavam na sala de reunião que eu ficaria algum tempo na sala de espera, ouvia questionamentos do que fazer ali e recomendações de que era melhor ficar na sala com ar condicionado – e realmente algumas vezes retornei à sala de reunião porque a sensação térmica era de que aquele cômodo não estava no planeta Terra e sim mais próximo ao Sol.

Muitos encontros com os profissionais ocorreram na sala de reunião, seja durante as próprias reuniões ou no intervalo entre uma atividade e outra, quando eles estavam naquele espaço realizando trabalho administrativo ou inserindo a produção das atividades no computador de mesa que ficava na sala; também durante o almoço, como já comentado, ou então no momento em que eles estavam esperando para tocar o ponto eletrônico com suas digitais, ação que se repete na chegada e na saída do dia de trabalho.

Entretanto, houve momentos em que fiquei sentado, calado, observando a movimentação naquela sala. Difícil ficar só observando sem puxar assunto. E isso em alguns momentos provocou em mim certo desconforto, por me imaginar no lado oposto, de ser observado por um estranho no próprio lugar de trabalho. Como aconteceu de uma enfermeira me convidar para pegar uma cadeira e sentar na sala onde ela estava fazendo ‘trabalho de papel’ ou o trabalho morto na visão de Merhy (2000) – entre formulários e prontuários –, e somente começou a conversar comigo quando Selma entrou na sala e puxou assunto.

Não que eu quisesse conversar a todo o momento, eu também tinha o desejo de parecer invisível, de provocar menos alteração possível na realidade – como se isso fosse possível – estando presente ali. E esse desejo era traduzido por mim em um comportamento pacífico, menos invasivo, ao largo, junto, observando o que era possível; falando o suficiente para manter as interações, sobretudo desejando observar a interação dos outros (profissionais e usuários ou entre profissionais e profissionais) sem que eles se intimidassem ou agissem de forma diferente pela minha presença ali.

Além disso, ficar calado na sala de reunião junto com outros profissionais era inevitável, também porque, em alguns momentos, todos os que ali estavam permaneciam conectados com seus computadores de bolso em punho.

Por vezes, minha presença em uma USF me remetia a observar algo que a mim era familiar, em outras oportunidades tive vontade de fazer algo, de meter a mão na massa, de me envolver mais em algumas atividades; e qual não foi a minha alegria enquanto observava Selma conduzir um encontro com o grupo de planejamento reprodutivo, quando ela me pediu para ajudá-la a preencher o formulário de um usuário, enquanto ela fazia o de outro.

Ao estar na sala de reunião, muitas trocas aconteceram, pois esse é um espaço de circulação intensa dos profissionais e também onde são realizadas algumas reuniões de equipe, que – como já dito – foram as atividades iniciais que observei nesse espaço. Eu ia conhecendo os profissionais e eles a mim.

Nesse tipo de observação, o pesquisador se integra às situações por uma participação direta e pessoal, o quadro de observação é pouco preciso, mas é importante que o registro de informações siga uma forma metódica a cada término de um momento de observação, como colocam Laville e Dione (1999), justamente por ela ser menos estruturada.

Contudo, meu objeto de pesquisa insistia em não aparecer e a verdade é que eu não podia ficar esperando ele aparecer para tentar me envolver e me vincular aos profissionais. Confesso que eu me esqueci do meu objeto algumas vezes. Lá aparecia de tudo, menos criança em situação de violência familiar. E no meu esforço de aproximação com os profissionais, aceitei todos os convites que surgiam e, com isso, acompanhei o atendimento do Programa Bolsa Família, vacinas, fui ao grupo da melhor idade, acompanhei visitas domiciliares para realização de curativo em idoso acamado etc. Eram todas essas oportunidades de estar junto com os profissionais, conhecer um pouco das famílias da comunidade, andar pelas ruas, ser visto com os profissionais da USF, o que também era importante para a minha permanência e trânsito entre as duas unidades. Até cheguei a fazer no mesmo dia, observação de grupo pela manhã na USF.1 e reunião de equipe na USF.2 durante a tarde.

Bauer e Gaskell (2002) afirmam que nesse tipo de observação o pesquisador está exposto a uma maior amplitude e profundidade de informação, o que lhe oportuniza

triangular diferentes impressões e observações, e que também possibilita conferir discrepâncias emergentes no decurso do trabalho de campo.

Observei também visitas domiciliares que são atividades que acontecem diariamente na unidade. Certamente não por todos os profissionais, todos os dias, mas sempre em cada turno de trabalho tem algum profissional fora dos muros da unidade visitando uma família cadastrada ou justamente para cadastrá-la.

Outra atividade que também procurei foram os grupos educativos. Nenhuma das duas unidades possui grupo educativo voltado para o público infantil e sua família. Embora tenham me dito que já houve e também sobre as dificuldades de mantê-lo com um público significativo.

As consultas – médicas e de enfermagem – foram observadas em um momento mais avançado do campo, depois de observar muitas reuniões, acompanhar muitas visitas domiciliares, no período em que eu já não era mais um estranho, que os profissionais tinham se acostumado à minha presença, inclusive já tendo iniciado as entrevistas. Nesse momento, senti que seria aceito ao solicitar para acompanhar consultas de puericultura sendo esse um espaço difícil para observação. Não só devido ao espaço físico restrito dentro dos consultórios, mas também à intrusão no espaço privado da relação profissional-usuário. Senti resistência com alguns profissionais, com outros, nenhuma. E não houve recusa dos profissionais quando requisitados para essa observação.

Como expõem Laville e Dione (1999), os resultados da observação possibilitam um ‘ver longe’ por não se limitar a uma estrutura definida, por articular várias facetas de uma situação sem isolá-las umas das outras. Entrar em contato com os comportamentos reais dos participantes, com frequência diferentes dos comportamentos verbalizados, e extrair o sentido que eles lhes atribuem.

3.5.2 Diário de campo

Iniciei o diário de campo ainda na fase do pré-campo por considerar que ele fornece o registro e a recuperação cronológica de informações importantes registradas no decorrer do trabalho. O diário de campo foi construído sistematicamente com registros de cada visita ao campo, com anotações de eventos importantes, tópicos, diálogos, impressões sobre os

profissionais e suas práticas. Antes disso, registrei os imbrólios da fase de preparação ao campo, das idas e vindas, dos contatos feitos com diferentes profissionais nas unidades.

Registrei cada visita realizada às unidades, atividade que tomava tempo. Por vezes me vi sentado por mais de três horas escrevendo o relato de um dia de visita. Finalizei o campo com 71 relatos, sendo dez relativos ao período de pré-campo, 33 referentes à USF.1 e 28 à USF.2. O diário de campo representou uma das técnicas mais importantes nesta pesquisa, inclusive para triangular os dados produzidos na observação com aqueles obtidos via entrevistas.

3.5.3 Entrevistas e transcrições

As entrevistas foram fundamentais para a pesquisa. Utilizei essa técnica com a intenção de aprofundar a compreensão de algumas questões que tinham surgido em conversas informais, na observação de reunião de equipe etc. Entre abril e junho de 2018, realizei 19 entrevistas semiestruturadas. Todos os participantes receberam informações sobre as questões éticas acerca de pesquisas com seres humanos, tendo lido e livremente assinado o termo de consentimento apresentado no Apêndice A. Entrevistei oito ACS, três enfermeiras, três médicas, uma técnica em enfermagem; também a assistente social, a psicóloga do NASF e dois policiais militares que faziam o trabalho de vigilância da USF.1.

Considerando que toda entrevista é um processo social, como sinalizam Bauer e Gaskell (2002), uma negociação de realidades que permite descobrir os pontos de vista e as perspectivas distintas de pessoas em relação a um mesmo fenômeno através de uma interação ou um empreendimento cooperativo, onde as palavras são o principal meio de troca. É uma técnica onde entrevistado e entrevistador estão envolvidos na produção de conhecimento, onde, embora nem todos os entrevistados compartilhem do mesmo ponto de vista e ainda que as experiências possam parecer únicas a cada um, as representações dessas experiências não surgem de mentes individuais. Ocorre que existe um número relativamente limitado de pontos de vista, ou posições, sobre um tópico dentro de um meio social específico e as representações sobre um tema de interesse comum, e os pontos de vista de pessoas de um meio social específico são, em parte, compartilhadas.

Na Figura 4, apresento o roteiro de perguntas que utilizei nas entrevistas com os profissionais e também o roteiro para entrevistas com os policiais militares. Estes últimos, incluídos nessa etapa da pesquisa por estarem presentes diariamente na USF.1 realizando a segurança local e sobretudo por também atuarem com o tema da violência em sua atividade laboral. Explicarei mais sobre os policiais militares no Capítulo 7.

As entrevistas tiveram, em média, duração de 90 minutos, mas houve a entrevista de Érica, por exemplo, que durou 150 minutos e a de Taís que durou 32 minutos. E, exceto a de Edson, todas foram realizadas na própria USF de trabalho, sendo a dele uma das poucas que não teve interrupções; quase todas as outras foram interrompidas em algum momento, algumas por mais de uma ou duas vezes. Ao final, contei 36 interrupções no decurso das entrevistas: eram usuários em busca de informações, profissionais em busca de materiais, alguns que não sabiam que ocorria uma entrevista ali, outros que sabiam, mas necessitavam falar com o entrevistado, entre outros motivos.

Foi interessante realizar as entrevistas com os profissionais no local de trabalho deles, quando, no auge da entrevista, estava embutida uma inversão de papéis. Esse, pois, é o local onde eles estão acostumados a entrevistar, a conversar, a buscar informações dos usuários e, naquele momento, era eu quem estava perguntando, buscando informações dos profissionais.

Chamou-me atenção também ao realizar as entrevistas, por exemplo, que Amanda e Selma se surpreenderam quando eu as convidei para irmos a um dos consultórios previamente liberados pela gerente ou por uma das enfermeiras que indicaram o consultório que estaria vago no turno. Esses espaços não são acessados por todos os profissionais. Amanda me disse que em dois anos de trabalho na USF.1 essa era a primeira vez que entrava naquele consultório. Além dos consultórios, houve entrevistas também realizadas na sala de curativo e na sala de coleta de exames laboratoriais.

Figura 4 – Roteiros de entrevistas com profissionais e policiais que trabalham nas USF.

Roteiro de entrevista com profissionais

Apresentação: Boa tarde. Como você leu no termo de consentimento, estou interessado em pesquisar sobre o cuidado destinado às crianças, realizado tanto pelas famílias quanto pelos profissionais na área da USF. Mas, antes de fazer a primeira pergunta, eu gostaria que você me contasse um pouco de si mesmo, da sua trajetória profissional, o que você considerar importante.

1. Gostaria que você me contasse a sua visão sobre os cuidados das famílias para com as crianças aqui na comunidade ou no território onde você trabalha [questões adicionais a depender da resposta]
2. Pode exemplificar situações/exemplos em que as famílias demonstram cuidar bem das suas crianças?
3. Conhece exemplos ou casos em que os pais parecem não cuidar de modo adequado das suas crianças?
4. Gostaria que você me dissesse com as suas próprias palavras o que lhe vem à mente quando pensa no mau cuidado (ou violência contra criança se o termo já tiver aparecido) [O que é? Conceito?]
5. Que pistas ou sinais você citaria para suspeitar ou identificar um caso de criança em situação de violência intrafamiliar?
6. Você poderia me dizer *se* e *como* esses casos chegam à USF? E com eles passam pela USF?
7. Que sentimentos lhe surgem ao observar que existem pais ou responsáveis que não cuidam bem de seus filhos?
8. Ao se observar uma criança em situação de violência, que tipo de ações são realizadas pelos profissionais ou equipe de saúde? [Procedimentos adotados, notificação, acionamento da rede de proteção] Como foram os atendimentos?
9. Quais os limites [desafios] da atuação profissional nesses casos?
10. Existem lacunas ou falhas no atendimento e acompanhamento dos casos de crianças maltratadas ou negligenciadas? Diga-me algumas.
11. São realizadas ações de prevenção à violência ou para promoção da cultura de paz?
12. Em 2010, o Ministério da Saúde lançou um documento orientador de uma Linha de Cuidado para crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Você conhece esse material? Em 2011, lançou um documento com sugestões de metodologias para atuação na Linha de Cuidado, você conhece?

Policiais Militares

Apresentação: Boa tarde. Como você leu no termo de consentimento, estou interessado em pesquisar sobre algumas questões de violência na sua experiência de trabalho da Polícia. Mas antes de fazer a primeira pergunta, eu gostaria que você me contasse um pouco de si mesmo, da sua trajetória profissional, o que você considerar importante.

1. Como é o trabalho da Polícia aqui na unidade?
2. Que tipos de evento costumam acontecer?
3. Já houve roubos ou assaltos contra a Unidade de Saúde?
4. Como é a participação do policial nos casos que envolvem violência? [Há intervenção? Na sua opinião, deveria haver intervenção?]
5. Quais os casos mais frequentes? E os encaminhamentos mais frequentes?
6. Os casos passam pela Polícia ou só pelas instituições de saúde?
7. Como é o contato com as famílias, tanto vítimas quanto agressores?

Todas as entrevistas tiveram o áudio gravado e foram transcritas integralmente, em um processo que é sim demorado e cansativo, mas que para mim também foi a primeira visualização e análise dos dados produzidos.

Nas transcrições, sinto a perda de expressões na voz, dos silêncios, das pausas entre as palavras que apareceram nas conversas com os profissionais, principalmente, nos momentos em que eles falavam sobre os sinais de violência, rememorando alguns casos marcantes. Também se perdem no texto escrito as entonações, algumas falas mais baixas, outras mais aceleradas. Contudo, esse é o caminho da comunicação da pesquisa, lugar onde o lamento precisa render-se às imposições da escrita.

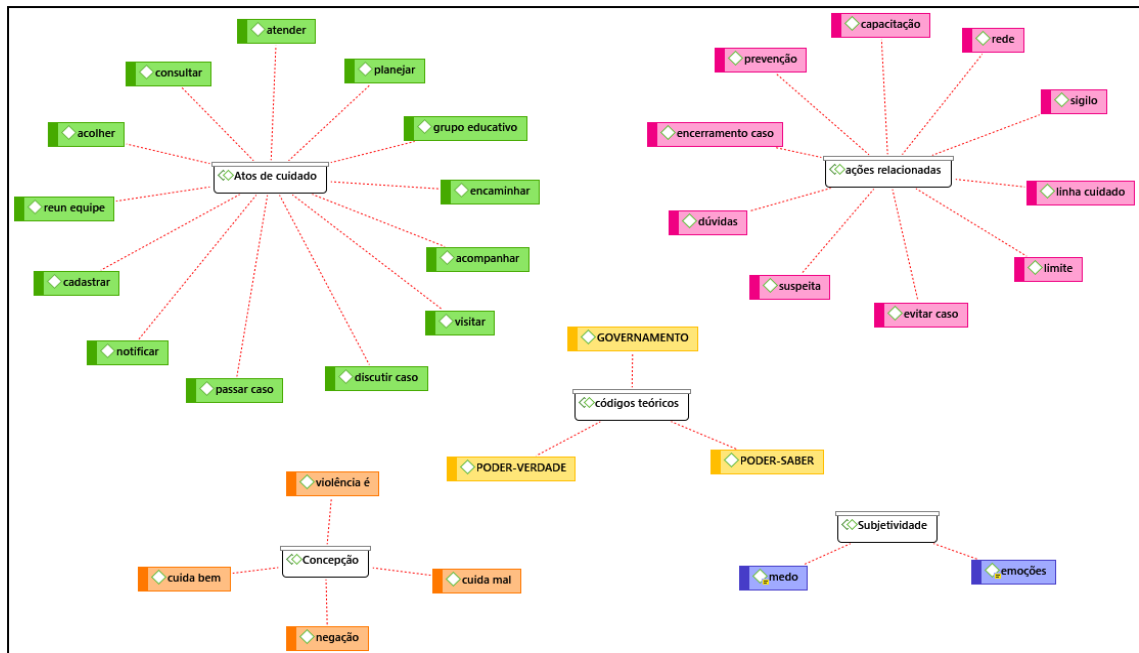
Penso que é importante também que eu diga que não realizei coleta de dados dos registros em prontuários. Ainda que eventualmente tenha tido acesso às informações desses documentos durante a observação de consultas, não o fiz por considerar que uma pesquisa aos registros individuais poderia ser interpretada pelos profissionais como uma investigação e afastá-los de mim.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na busca por realizar a organização sistemática dos dados produzidos com os participantes a partir das entrevistas e dos relatos de observação apoiados nas notas do diário de campo – com a intenção de dar sentido a esse material e permitir que ele conte uma história coerente a partir de um recorte da realidade, como mencionam Rossman e Rallis (1998) –, li e reli repetidas vezes o material buscando codificá-lo.

Utilizei o suporte do *software* ATLAS.ti (versão 8) para organizar todos os dados produzidos no campo – transcrições das entrevistas, imagens dos relatos escritos em cadernos. Elaborei dois livros de código a partir das repetidas leituras e posterior codificação dos dados. O primeiro livro, com 42 códigos, para organização de todos os dados, material utilizado para escrever os capítulos descritivos; o segundo, com 32 códigos, organizados em cinco grupos, para a análise exclusiva dos dados das entrevistas apresentados na Figura 5.

Figura 5 – Árvore com 32 códigos utilizados na análise das entrevistas



Fonte: elaboração própria

Apresento os resultados desta pesquisa em nove capítulos. São quatro capítulos descritivos que falam da própria USF, da sua rotina e do contexto do seu entorno, com destaque às questões de violências. Os outros cinco capítulos, com análise dos dados produzidos em colaboração com os participantes no campo, sendo três com a análise de casos concretos de cuidado a crianças em situação de violência.

Por fim, na escrita dos capítulos, segui as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT contidas no manual de estilo acadêmico da UFBA (LUBISCO; VIEIRA, 2019) e utilizei o *software* Mendeley para organizar as bibliografias e inseri-las no texto à medida que os escrevia.

4 CAJAZEIRAS: UM OLHAR ATRAVÉS DE DADOS SECUNDÁRIOS

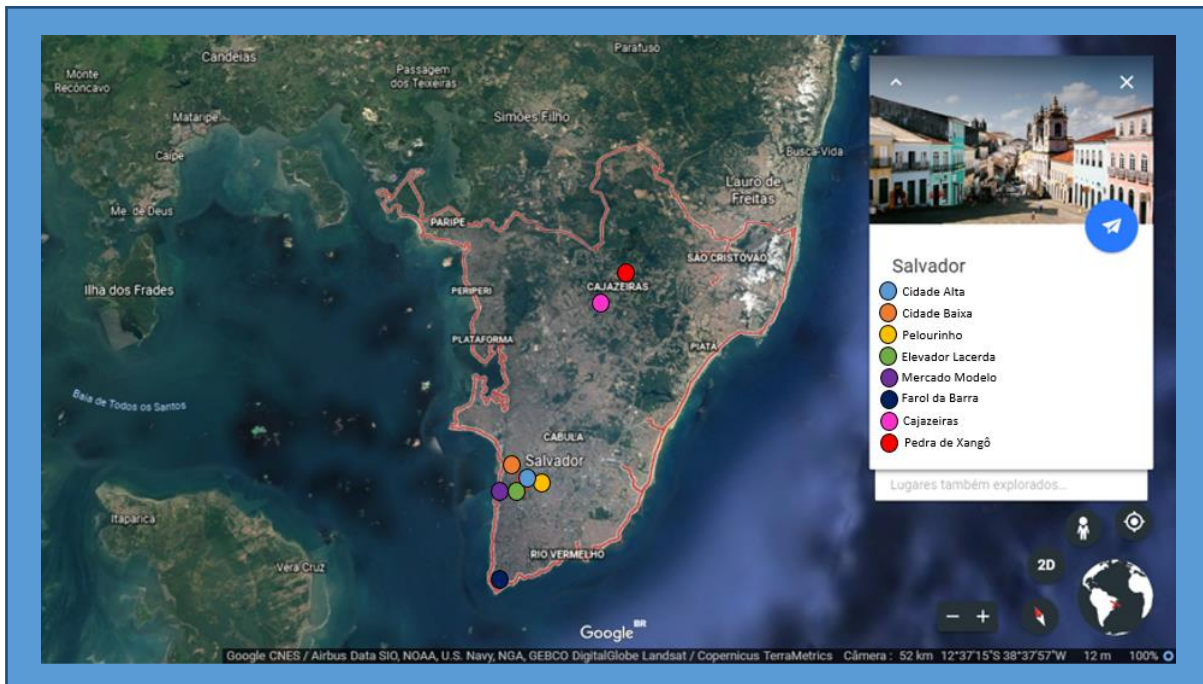
Cajazeiras é uma região conhecida da população da cidade de Salvador. Ainda que algum morador não conheça seu território físico em si por nunca ter estado lá, é possível que conheça por anedotas internas contadas na cidade. Contudo, creio que se a resposta for nenhuma das anteriores, deverá conhecer, provavelmente, pelas notícias que circulam em diferentes meios de comunicação – impressos, televisivos ou no pluriverso web –, sobretudo nas sessões policiais onde se veiculam matérias sobre as violências que ocorrem na região.

Salvador é uma metrópole regional com cidades internas e Cajazeiras ou *Cajazópolis* – como ouvi algumas vezes moradores jocosamente usando – é uma outra Salvador. A tradicional e histórica divisão da cidade em cidade alta e cidade baixa, não cabe para Cajazeiras. Nada de turístico há nessa região além da [Pedra de Xangô](#),⁸ que tem um caráter, sobretudo, religioso e, para alguns, turístico, que possui uma dezena de estórias relacionadas à fuga de escravos e à proteção dos quilombos. Por isso, talvez também caiba à região Cajazeiras algo da magia a que se refere Pablo Neruda no livro *Para nascer nasci* (1981), ao chamar Salvador de cidade encaracolada da magia.

Considerada longe da cidade, assim dita por moradores da região e participantes da pesquisa no campo, quando vão até o centro da cidade, dizem: *Vou na cidade*. É possível que fosse chamada de cidade além do 'miolo'. As tradicionais edificações do Pelourinho que aparecem na Figura 6 estão cerca de 20 km de *Cajazópolis*, como se pode ver sua localização no mapa a seguir.

⁸ A Pedra de Xangô, também conhecida como Pedra de Nzazi e de Sogbo ou ainda Pedra do Antigo Quilombo do “Buraco do Tatu”, considerada um patrimônio cultural, geológico, simbólico, mítico, tombada pelo município de Salvador em 2017, tem sido [alvo de vandalismo](#) motivado por [intolerância religiosa](#), o que tem mobilizado ações de proteção desse símbolo da cidade.

Figura 6 – Mapa de Salvador com identificação da Cidade Alta, Cidade Baixa, Pelourinho, Elevador Lacerda, Mercado Modelo, Farol da Barra, Cajazeiras, Pedra de Xangô



Fonte: Adaptação a partir de imagem do Google Maps

4.1 CAJAZEIRAS: DO PLANEJAMENTO À INFORMALIDADE

Cajazeiras é um universo em si mesmo, longe de alcançar o objetivo de seu planejamento. Foi planejada para ser um conjunto habitacional ocupando uma área ao norte do município, em região limite com os municípios de Simões Filho e Lauro de Freitas, municípios que pertencem à Região Metropolitana de Salvador. Mas, para falar sobre Cajazeiras e descrever suas atuais características, não será possível sem comentar alguns elementos do seu surgimento; e por ora também não é possível falar do surgimento de Cajazeiras sem situar – ainda que minimamente – o momento histórico pelo qual passava Salvador e apresentar algumas informações demográficas e socioeconômicas da época.

Em um esforço de síntese, nesse percurso é preciso voltar para a metade do século XX. Naquele período, Salvador vinha de um período de baixos índices de crescimento populacional e de desenvolvimento econômico, vivenciado entre as décadas de 1920 e 1940; com uma taxa de expansão demográfica de apenas 0,2%, a população de Salvador aumenta seu contingente em somente 10 mil habitantes nesse período, chegando em 1940 com 290 mil habitantes; o

estreito horizonte da economia até então baseada principalmente na exportação de três *commodities*: cacau, açúcar e fumo, atividades econômicas que não se modernizaram e foram ultrapassadas pela produção de açúcar em São Paulo e tabaco no sul do país; exceto na cacauicultura, não surgiu um novo produto capaz de garantir a expansão acelerada do conjunto da economia regional que produzisse um salto de qualidade; boa parte da população economicamente ativa era formada por descendentes analfabetos de escravos; os principais suportes econômicos do centro urbano de Salvador eram o comércio e a administração pública; além do número de estabelecimentos industriais e do tamanho reduzido do número de funcionários, outros elementos que compõem esse contexto são mais detalhadamente descritos por Paulo Henrique de Almeida (2008).

No entanto o cenário começa a mudar no período entre o final da década de 1940 e durante a década de 1950, quando recebe um importante equipamento público: no bojo inconcluso do Plano SALTE,⁹ é construído o Hospital do Subúrbio no bairro de Periperi, na região do Subúrbio Ferroviário; e Salvador também recebe os reflexos da construção de duas obras fora do seu perímetro urbano – a Usina Hidrelétrica de Paulo Afonso no Rio São Francisco e a conclusão da Rodovia Rio-Bahia – o que impacta no contexto de expansão pela qual passará Salvador nas próximas décadas.

Na década de 1960, mudanças no sistema de mobilidade urbana transformaram a cidade de Salvador, sobretudo com a abertura da Av. Paralela, onde antes a Mata Atlântica ocupava o solo. Um prenúncio do que aconteceria na década seguinte, o crescimento da população e a necessidade de buscar outros pontos da cidade para residências, que marcaram a década de 1970 como uma década de intenso incremento habitacional com a construção de vários conjuntos habitacionais em diferentes áreas distantes do centro da cidade, como na região do miolo de Salvador, descritos em mais detalhes por Fernandes e Regina (2005). Uma área que, além da ocupação residencial, a partir dessa década também recebeu importantes

⁹ O Plano SALTE foi o terceiro e também inconcluso plano econômico do Brasil, apresentado pelo presidente Eurico Gaspar Dutra e aprovado pelo Congresso Nacional em 1950. A designação SALTE foi tirada das iniciais dos quatro principais problemas que o plano se propunha a resolver: Saúde, ALimentação, Transporte e Energia. CALICCHIO, V. [Plano SALTE. Verbete. Dicionário CPDOC - FGV](http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-salte). 2009. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-salte>.

equipamentos públicos como o CAB,¹⁰ e sobremaneira por ter sido a área escolhida para receber o novo setor empresarial da cidade a partir da transferência das empresas da região do Comércio, da construção de novos prédios empresariais e um grande *shopping center*.

A partir de 1970, e nas décadas seguintes, as mudanças se tornam mais aceleradas também em decorrência dos investimentos do setor petroquímico, momento em que a Bahia se torna o principal estado produtor de petróleo do país, após a implantação da Petrobras para exploração do petróleo em áreas selecionadas do Recôncavo baiano, a partir da construção do terminal marítimo na cidade de Madre de Deus e da refinaria Landulpho Alves no município de São Francisco do Conde – Vila de Mataripe –, além dos investimentos nas fábricas do Centro Industrial de Aratu, do Complexo Petroquímico de Camaçari, tudo isso na Região Metropolitana de Salvador (ALMEIDA, 2008).

Foram obras que alteraram a dinâmica da cidade, resultando em um aceleração do crescimento urbano concentrado especialmente em Salvador e nas cidades do seu entorno, ocorrendo o que Almeida (2008) chama de “metropolização” de Salvador, um fenômeno comum a várias das capitais brasileiras naquele momento. Salvador havia crescido a taxas anuais de 3% a 5% ao ano, entre os anos de 1950-1990, e começaria o século XXI na condição de metrópole absoluta do estado.

4.1.1 O Miolo de Salvador

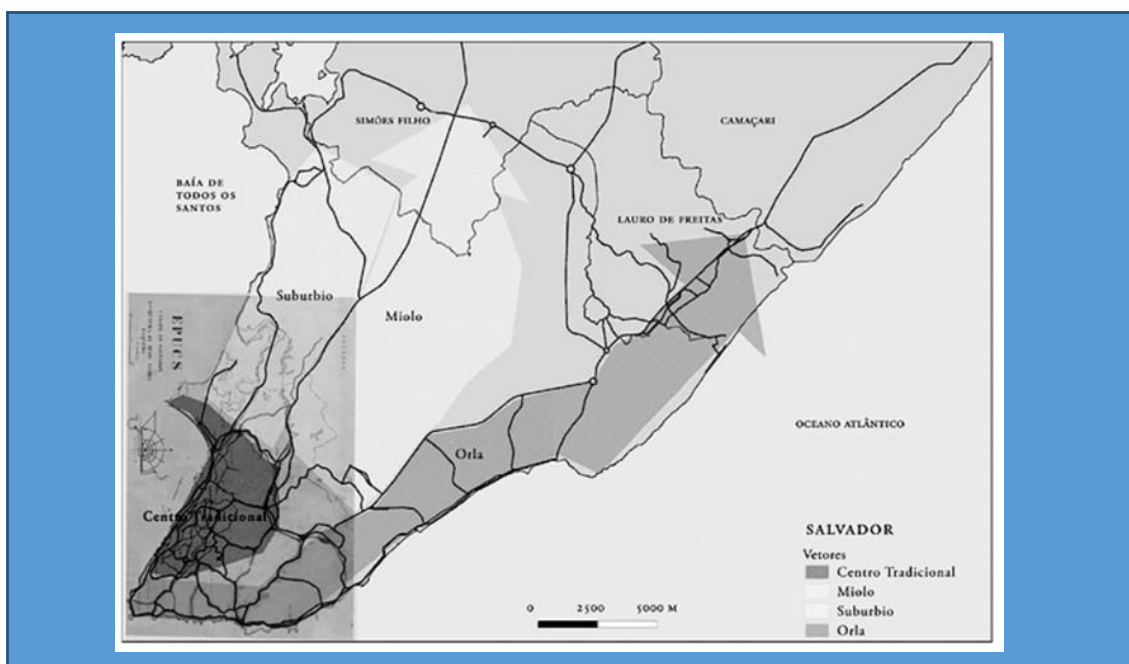
Até finais de 1940, o ‘miolo’ da cidade era praticamente rural. A partir de 1950, com o projeto de promover no Brasil um desenvolvendo equivalente a 50 anos em somente 5, a criação da nova capital, novas BR, estradas ligando as grandes cidades do país etc., Salvador não ficou de fora, entrou na mesma lógica. O crescimento urbano da cidade se concretizou principalmente nesse miolo, através do incentivo à formação de assentamentos urbanos geograficamente dispersos, pelo loteamento de velhas chácaras agrícolas, dando início à expansão horizontal e também à segregação urbana, que, de acordo com Fernandes e Regina (2005), a transformou na área de maior expressão do processo de periferização socioespacial da cidade, quando as

¹⁰ CAB. Centro Administrativo da Bahia. https://pt.wikipedia.org/wiki/Centro_Administrativo_da_Bahia.

alterações ocorridas foram impressionantes – até essa época, a região geograficamente central do município não era urbana. Fazendas e outras extensas áreas verdes estavam preservadas entre as bordas da península, a borda leste, banhada pelo Oceano Atlântico, ocupada por residências da classe média, e a borda oeste – banhada pela Baía de Todos-os-Santos – corresponde à região portuária e aos bairros do Subúrbio Ferroviário. Na década de 60, mudanças no sistema de transporte transformaram e impulsionaram a ocupação urbana da cidade. Nos anos 70, houve a implantação de importantes equipamentos e um intenso incremento habitacional.

Contudo, a denominação ‘Miolo de Salvador’ passou a ser usada a partir de 1970 em decorrência dos estudos do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano para a cidade de Salvador, conhecido como PLANDURB, para designar a região geográfica central da península que ocupa cerca de 35% da superfície da cidade (SOARES, 2006). A cidade torna-se então dividida estrategicamente em quatro regiões: Centro (tradicional), Orla, Subúrbio Ferroviário e Miolo. E é evidente na Figura 7, os dois vetores de expansão da cidade nesse período (CARVALHO; CORSO-PEREIRA, 2013).

Figura 7 – Mapa com os vetores de expansão urbana da Região Metropolitana de Salvador na década de 1970



Fonte: EPUCS Prefeitura Municipal de Salvador, 1976, *apud* Carvalho, Corso-Pereira (2013, p. 13)

E em 1970, Salvador ainda apresentava características urbanas e rurais em regiões distintas do território da cidade. Embora algumas propriedades agrícolas de proprietários de média-alta e alta renda tenham resistido, loteamentos ilegais em grande escala proliferaram-se na região. Mas não só os ilegais, o Estado também impulsiona o crescimento dessa nova região ao construir grandes conjuntos habitacionais através do Sistema Financeiro de Habitação em áreas distantes e quase sem infraestrutura, a exemplo da execução e consolidação dos projetos de Mussurunga, Narandiba, Cajazeiras e Castelo Branco que ditaram os rumos da ocupação da área, ao produzir acelerada expansão periférica e o aumento dos vazios entre a área urbana contínua e o limite urbano municipal. Nas décadas de 1980 e 1990, esse miolo cresceu com taxas superiores às de Salvador, constituindo-se num grande eixo de expansão da cidade (FERNANDES; REGINA, 2005).

O miolo da cidade não é homogêneo. É composto por diversas localidades distintas. São agregadas somente pelo quesito geográfico. É uma área com diferentes tipos de habitação, invasões, loteamentos legais e ilegais, e bairros consolidados (FERNANDES; REGINA, 2005).

Segundo Fernandes e Regina (2005), o rápido processo de periferação da cidade de Salvador tem sua melhor expressão na área do miolo, que em menos de três décadas contava com mais de 500 mil moradores. Cajazeiras é um dentre outros projetos de uma Salvador que cresce, com uma população que se expande e desloca a ocupação da cidade para o miolo.

4.1.2 O Complexo Habitacional Cajazeiras

Cajazeiras começou a surgir após 428 anos da fundação da cidade, a partir de 1977, em uma extensa área verde de Mata Atlântica no miolo da cidade onde laranja, café, mandioca e cana-de-açúcar eram cultivados no século XIX nas fazendas que ocupavam a região (PIRES, 2012) sobre um relevo ondulado, constituído por um conjunto de colinas dissecadas e entremeadas por vales estreitos e profundos. O governo do Estado desapropriou um total de 2 mil hectares¹¹ no perímetro entre a BR-324 e a Estrada Velha do Aeroporto, onde se localizavam as antigas fazendas: Fazenda Cajazeiras, Fazenda Grande (ou Jaguaribe

¹¹ Um hectare equivale a uma área de 10.000 m²; e 2.000 ha equivalem a 2.801,12 campos de futebol.

de Cima), Chácara Nogueira, Fazenda Boa União e outras, para a construção de Cajazeiras (SOARES, 2006).

Devido sua localização no coração da península, uma área estratégica que liga os lados leste e oeste da cidade, a execução do conjunto habitacional teve o objetivo de integrar os diversos núcleos habitacionais instalados nas proximidades, porém longe e desarticulada do centro tradicional da cidade (SANTOS, 2015).

Cajazeiras é um bairro marcado pela existência de vários conjuntos habitacionais, sendo um dos maiores dessa natureza na América Latina. Planejado para receber uma população estimada de 400.000 moradores (SOARES, 2006), o conjunto foi planejado para ser moradia de servidores públicos. Os imóveis foram financiados para servidores da Saúde, Educação, policiais etc. e, segundo Santos (2015), o bairro teve ocupação e expansão significativa a partir da década de 1990. Inicialmente foi planejado para ser um conjunto habitacional, tendo seu projeto expandido para o Complexo Habitacional Cajazeiras, com a construção dos quatro conjuntos da Fazenda Grande e Boca da Mata em anos mais recentes.

A criação do Complexo Habitacional de Cajazeiras insere-se nesse contexto histórico de expansão da cidade. Inicialmente planejado para abrigar segmentos da classe média baixa, foi ocupado, entretanto, desordenadamente, pela população menos abastada, sobretudo negra e parda (CARVALHO; PEREIRA, 2008).

Existem onze Cajazeiras. E embora Cajazeiras I e IX não apareçam nem nas listas, nem nos mapas, nem na indicação de transportes, uma moradora da região me contou durante uma conversa que Cajazeiras I e IX existem, mas são muito pequenas, espremidas, tendo outras Cajazeiras maiores ao redor e poucas pessoas sabem de suas existências.

Cajazeiras passou a ser legalmente um bairro de Salvador em 2017. Durante a segunda metade da década de 1970, enquanto a cidade de Salvador passava por uma acelerada expansão – período da construção de Cajazeiras – legalmente na cidade só existiam 32 bairros; dentre eles não figurava Águas Claras ou outros do distrito sanitário de Cajazeiras (SALVADOR, 1960). Em 2017, a Prefeitura, baseando-se no relatório da pesquisa *O caminho das águas em Salvador* (SANTOS et al., 2010), sancionou nova lei oficializando 131 bairros, incluindo os preexistentes, que passaram a figurar em documento legal (SALVADOR, 2017).

Hoje, Cajazeiras é um território popular traduzido em um aglomerado de bairros com uma população de diferentes origens, oriundas do interior do estado da Bahia e também de outros bairros populares de Salvador (SANTOS, 2015).

Uma Salvador que transcende Salvador, que em sua história é uma cidade articulada, social e culturalmente com as cidades do seu entorno, o Recôncavo, seja pela terra ou pela água. E a região de Cajazeiras está no final da cidade, em área de fronteira com outros municípios da Grande Salvador.

4.1.3 Um parêntese sobre a Região Metropolitana de Salvador

Criada em 1973, a RMS (Região Metropolitana de Salvador), conformada inicialmente por oito municípios, atingiu uma população de 1,8 milhão de habitantes em 1980, dos quais quase 1,5 milhão na capital (ALMEIDA, 2008). Mais cinco municípios foram incorporados paulatinamente ao longo dos anos seguintes.

De acordo com dados do IBGE divulgados no Censo Demográfico de 2010, a RMS era a sétima maior do país, com população de 3.984.583 habitantes e densidade populacional de 903,58 hab/m² (IBGE, 2010). Em uma área total de 4.375,123 km² (IBGE, 2018), atualmente a RMS engloba 13 municípios,¹² como é possível ver na Figura 8.

Com uma população de 3.899.533 habitantes, permanecendo a sétima maior região metropolitana do país, com uma densidade populacional de 891,3 hab/km², IDH considerado elevado, 0,743. Dentre todos os municípios da RMS, Salvador é o segundo maior em área territorial, porém é o mais populoso. Sua população estimada para 2018 era de 2.857.329 habitantes, sendo a quarta cidade mais populosa do Brasil (IBGE, 2018).

¹² São 13 os municípios que integram a Região Metropolitana de Salvador. Além de Salvador, fazem parte: Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz.

Figura 8 – Mapa de Salvador e Região Metropolitana no estado da Bahia



Fonte: Wikipédia. Artigo Região Metropolitana de Salvador

Parêntese para ressaltar que não só Salvador, como um todo, mas Cajazeiras é uma região que também está articulada com outros municípios da RMS, porque longe do centro da cidade, mas próxima a Simões Filho, Lauro de Freitas, Candeias e Camaçari, por exemplo.

4.2 O DISTRITO SANITÁRIO CAJAZEIRAS

É nesse distrito onde atuam as equipes das USF participantes nesta pesquisa. Aqui, ao falar de Cajazeiras, me refiro ao conjunto de bairros que estão reunidos administrativamente no Distrito Sanitário Cajazeiras.

O distrito de Cajazeiras é um dos distritos sanitários de Salvador. A gestão da Atenção à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador utiliza o modelo de macrozoneamento, dividindo a cidade em 12 distritos sanitários,¹³ como é possível visualizar na Figura 9.

Figura 9 – Mapa com a divisão de Salvador em 12 distritos sanitários



Fonte: Adaptado de Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (Salvador, 2010, p. 16)

Cajazeiras é um deles. O distrito¹⁴ leva o nome do bairro mais emblemático e pelo qual se originou grande parte das construções e do território que hoje se reconhece como Cajazeiras. É composto por 17 bairros: Cajazeiras II, III, IV, V, VI, VII, VIII, X e XI, Fazenda Grande

¹³ Distritos sanitários de Salvador em ordem alfabética: 1) Barra/Rio Vermelho; 2) Boca do Rio; 3) Brotas; 4) Cabula/Beiru; 5) Cajazeiras; 6) Centro Histórico; 7) Itapagipe; 8) Liberdade; 9) Pau da Lima; 10) São Caetano; 11) Subúrbio Ferroviário; 12) Valéria.

Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>

¹⁴ O uso futuro do termo distrito nesta pesquisa se refere ao distrito sanitário de Cajazeiras. A redução é êmica e segue o uso que os participantes da pesquisa se referem à instituição.

I, II, III e IV, Águas Claras, Palestina, Loteamento Nogueira, Boca da Mata e Bico Doce, que podem ser visualizados na Figura 10 (SALVADOR - SMS, 2017).

Figura 10 – Bairros do Distrito Sanitário Cajazeiras



Fonte: CONDER (2016, p. 47)

Então, é preciso que eu diga que ao mencionar futuramente Cajazeiras, estarei me referindo ao conjunto desses 17 bairros que compõem o Distrito Sanitário Cajazeiras, instituição que apoia diretamente a gestão dessas unidades estudadas.

Segundo o *Painel de Informações* sobre os bairros de Salvador, produzido pela CONDER (2016), Cajazeiras possui um batalhão e uma delegacia da Polícia Militar; não possui indústrias e é recente a instalação de pontos de distribuição e lojas de marcas nacionais e internacionais. Existe na região um intenso trânsito de pessoas, motos, ônibus e micro-ônibus, de carros, a pé; muita gente circulando de bicicleta, embora não existam ciclofaixas; as estações de ônibus e metrô Mussurunga e Pirajá são as mais próximas e intensamente utilizadas pela população.

Cajazeiras é a região que tem o quarto mais alto índice de área verde da cidade – índice medido em m²/habitante. Em 2009, estava atrás somente da Prefeitura-Bairro¹⁵ de Valéria com 137,1 m²/hab, Itapuã/Ipitanga com 81,44 m²/hab, e Subúrbio/Ilhas com 76,52 m²/hab (2009), tendo Cajazeiras 41,12 m²/hab; muito acima dos 7,05 e 0,38 m²/hab de áreas da cidade como PB Barra/Pituba e PB Cidade Baixa (CONDER, 2016).

Ainda conta com uma ampla diversidade de instituições religiosas, sendo as mais populares as evangélicas, candomblecistas e católicas. E nos caminhos encaracolados entre os bairros do distrito, há muitas rotatórias que receberam a funcionalidade de praças onde foram instalados brinquedos infantis e equipamentos básicos com o modelo de academia ao ar livre. Não possuindo praias, um dos lazeres da região acontece na barragem na região da Boca da Mata, onde há bares, pesque-pague e outras atividades.

4.2.1 A população de Cajazeiras

Aqui apresento alguns dados socioeconômicos que reuni a partir de dois documentos oficiais: o segundo volume do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SALVADOR - SMS, 2018), e o *Painel de Informações*, com dados socioeconômicos de Salvador por Bairros e Prefeitura-Bairro (CONDER, 2016); apresento dados sobre: 1) a população; 2) a escolaridade; 3) a renda; 4) o IDHM; 5) os domicílios; 6) abastecimento de água; e 7) mortalidade materna, infantil e fetal.

- 1) Totalizando uma área de 23,12 km², o distrito de Cajazeiras tinha, em 2015, densidade demográfica de 7.106 hab/km² e uma população de 173.614 habitantes, formada por 52,61% de mulheres e 23,81% de crianças menores de 1 ano até 14 anos e uma taxa de natalidade de 15,04 por 1.000 nascidos vivos no mesmo ano, como é possível observar na Tabela 1 (SALVADOR - SMS, 2018).

¹⁵ Prefeitura-Bairro: modelo de macrozoneamento de descentralização administrativa da cidade, utilizado desde 1987; o modelo atual, consolidado pelo Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do município de Salvador (PDDU) de 2016, que divide a cidade em 10 Prefeituras-Bairro (1-Centro/Brotas; 2-Subúrbio/Ilhas; 3-Cajazeiras; 4-Itapuã; 5-Cidade Baixa; 6-Barra/Pituba; 7-Cabula/Tancredo Neves; 8-Pau da Lima; 9-São Caetano/Liberdade; 10-Valéria) (SALVADOR - PMS, 2016); Prefeitura-Bairro está vinculada ao Distrito Sanitário de Cajazeiras, embora tenha os bairros de Águas Claras e Jaguaripe I que não pertencem ao referido distrito sanitário.

Tabela 1 – Dados demográficos por faixa etária e sexo e taxa de natalidade da população do Distrito Sanitário de Cajazeiras nos anos de 2005, 2010 e 2015.

	2005		2010		2015	
População N/(%)						
Menor de 1 ano	2.690	(1,71)	2.203	(1,39)	2.405	(1,39)
1 a 4	10.695	(6,82)	9.075	(5,71)	9.907	(5,71)
5 a 9	13.249	(8,44)	12.261	(7,71)	13.386	(7,71)
10 a 14	14.369	(9,16)	14.318	(9)	15.631	(9)
15 a 19	18.107	(11,54)	13.888	(8,73)	15.162	(8,7)
20 a 24	17.692	(11,28)	14.953	(9,4)	16.324	(9,4)
25 a 29	14.623	(9,32)	16.845	(10,59)	18.390	(10,59)
30 a 34	13.357	(8,51)	15.667	(9,85)	17.104	(9,85)
35 a 39	12.281	(7,83)	12.838	(8,07)	14.015	(8,07)
40 a 44	10.562	(6,73)	11.482	(7,22)	12.536	(7,22)
45 a 49	8.202	(5,23)	10.165	(6,39)	11.097	(6,39)
50 a 54	6.221	(3,97)	8.932	(5,62)	9.751	(5,62)
55 a 59	4.250	(2,71)	6.454	(4,06)	7.046	(4,06)
60 a 64	3.448	(2,2)	4.054	(2,55)	4.426	(2,55)
65 a 69	2.579	(1,64)	2.382	(1,5)	2.601	(1,5)
70 a 74	1.949	(1,24)	1.541	(0,97)	1.682	(0,97)
75 a 79	1.254	(0,8)	955	(0,6)	1.042	(0,6)
80 e +	1.360	(0,87)	1.016	(0,64)	1.109	(0,64)
Total	156.888	(100)	159.029	(100)	173.614	(100)
População por sexo N/(%)						
Masculino	75.163	(47,91)	75.372	(47,4)	82.284	(47,39)
Feminino	81.725	(52,09)	83.657	(52,6)	91.330	(52,61)
Natalidade (por 1.000 NV)						
Taxa de natalidade	14,84		14,30		15,04	

Fonte: IBGE (população estimada e Censo 2010; SINASC. Processados em 2017. Retirado de SALVADOR - SMS, 2018, p. 36.

- 2) Os dados sobre a escolaridade dos moradores nos anos de 1991, 2000 e 2010, disponíveis na Tabela 2, mostram que no distrito de Cajazeiras a população não alfabetizada reduziu-se de 8,58% para 3,89%; entretanto, mantendo-se a porcentagem de maior analfabetismo entre as mulheres nesse período. No que se refere aos anos de estudo do responsável pelo domicílio no período de 1991 a 2000, disponíveis na Tabela 3, ao comparar os dados relativos ao distrito de Cajazeiras e à cidade de Salvador, chama atenção o menor percentual de pessoas não alfabetizadas no distrito em relação à cidade, assim como um percentual maior de anos de estudos referentes sobretudo ao período do ensino fundamental no ano 2000; proporção que se torna inversa e acentuada em relação ao ensino universitário (CONDER, 2016). Em relação à rede pública escolar, o documento da SMS ainda identifica carência de creches e escolas técnicas, entretanto para o ensino

fundamental e médio existe uma rede pública regular que atende a população (SALVADOR - SMS, 2018).

Tabela 2 – População total residente acima de 15 anos, não alfabetizada, por sexo, no município de Salvador e na Prefeitura-Bairro Cajazeiras nos anos de 1991, 2000 e 2010

	População acima de 15 anos não alfabetizadas (%)			Homens acima de 15 anos não alfabetizados (%)			Mulheres acima de 15 anos não alfabetizadas (%)		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Salvador	9,84	6,28	3,97	8,10	5,53	3,52	11,3	6,92	4,34
PB Cajazeiras	8,58	5,85	3,89	6,79	5,17	3,51	9,77	6,45	4,23

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010; SANTOS *et. al.*, 2010. Adaptado de CONDER, 2016.

Tabela 3 – Anos de estudos do responsável pelo domicílio em 1991 e 2000 entre a população do município de Salvador (SSA) e do Distrito Sanitário Cajazeiras (DSC) em 1991 e 2000

	Anos de estudo do responsável pelo domicílio															
	Total de responsáveis por domicílio		ñ alfabet. (%)		Semi-instrução e < 1 a (%)		1- 3 a (%)		4-7 a (%)		8-10 a (%)		11-14 a (%)		15 a ou > (%)	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
SSA	481.174	651.278	11,2	7,8	10,7	6,8	14,3	13,4	28,1	26,6	13,8	14,4	22,8	27,5	9,3	9,7
DSC	29.904	44.970	9	6,8	9,2	5,8	12,6	14,3	31,6	30,1	20,1	20,3	23,6	27,4	1,2	1,5

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1991 e 2000; SANTOS *et. al.*, 2010. Adaptado de CONDER, 2016.

- 3) Em relação aos rendimentos da pessoa responsável pelo domicílio com dados do Censo de 2010, Cajazeiras é habitada por grande população residente com baixa remuneração: 15,4% não tem rendimento algum; 37,8% com até 1 salário mínimo (SM).¹⁶ A partir desses dados, é possível dizer que Cajazeiras é uma região de pessoas de baixo poder aquisitivo em 2010, onde 91,5% vivia com nada ou até 3 SM (CONDER, 2016).

¹⁶ Em 2010 – ano do referido Censo –, o salário mínimo do Brasil era R\$ 510,00.

- 4) Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM),¹⁷ dentre as 11 unidades de contagem existentes em Cajazeiras, os índices variam de muito alto (0,841) em uma unidade e baixo (0,591) em uma outra, um dos índices mais baixos da cidade; dentre essas, cinco unidades de contagem estão classificadas com índice alto e médio. Essa variação também ouvi na fala dos participantes, o que representa que mais da metade da população é de classe alta e média, conforme o que foi planejado para a ocupação do conjunto habitacional.
- 5) Segundo os dados censitários publicados pelo IBGE, contidos na Tabela 4, é possível constatar que a quantidade de domicílios dobrou em Cajazeiras entre os anos de 1991 e 2010; quanto aos domicílios particulares, classificados como permanentes ou improvisados para se referir aos materiais de edificação dos domicílios, houve um significativo aumento de domicílios permanentes e os improvisados diminuíram mais de três vezes. Entretanto, quanto aos domicílios classificados com subnormais pelo IBGE, para se referir a domicílios com condições precárias de habitação (CONDER, 2016, p. 5), houve aumento mais expressivo, de mais de 22% no período, passando de 4.068, em 1991, para 17.945, em 2010.

Tabela 4 – Total de domicílios por espécie em Salvador e na Prefeitura-Bairro Cajazeiras em 1991, 2000 e 2010

	Domicílios											
	Total			Particulares Permanentes			Particulares Improvisados			Subnormal		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Salvador	488.144	660.239	866.956	478.065	651.293	858.887	2.394	2.229	1.519	47.978	61.322	276.081
Cajazeiras	30.110	45.791	62.225	29.490	44.970	61.597	406	399	120	4.068	5.486	17.945

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010; SANTOS *et. al.*, 2010. Adaptação própria a partir de CONDER, 2016.

¹⁷ Dados baseados no IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), publicado no *Atlas de Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras* (PNUD; IPEA; FJP, 2014), onde setores censitários são agrupados para compor as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) existentes em cada cidade e para aferir os níveis de desenvolvimento humano das UDH através dos subíndices IDHM-E (Educação), IDHM-L (Longevidade) e IDHM-R (Renda).

- 6) Sobre a condição de ocupação dos domicílios, em 2010, a maioria dos domicílios particulares permanentes eram próprios, representando 81,47%; 15,07% alugados e 3,13% cedidos. Quanto à infraestrutura relacionada aos domicílios, houve evolução entre os anos de 1991 e 2010. A rede de abastecimento de água aumentou de 95,73%, em 1991, para 99%, em 2010; a rede de esgotamento sanitário cresceu de 58,75% para 78,12% no mesmo período e o serviço de coleta de lixo aumentou de 76,75% para 96,23%. Mas, no mesmo período, houve um aumento de 22% nos domicílios com condições precárias de habitação; nessas condições, não só a baixa qualidade dos materiais da edificação, mas também instalações elétricas precárias e ausência de abastecimento hídrico formal (CONDER, 2016). Perante esses dados, me questiono em que condições é oferecido o abastecimento de água em 99% dos domicílios, considerando que 28,8% deles são considerados subnormais no mesmo ano.
- 7) No que concerne ao coeficiente de mortalidade geral no distrito, em 2015, ocorreram 5,12 mortes por 1.000 habitantes. No mesmo ano, causas externas foi a segunda maior causa de morte, e afecções originárias no período perinatal ficou em sexto lugar. No período entre 2005 e 2015, houve aumento da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, redução da taxa de mortalidade materna e da taxa de mortalidade infantil, mas aumento da mortalidade fetal, como é possível observar na Tabela 5, onde também é possível visualizar o expressivo aumento do coeficiente de mortalidade fetal no mesmo período.

Tabela 5 – Distribuição do coeficiente de mortalidade geral e as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal no distrito sanitário Cajazeiras nos anos de 2005, 2010 e 2015.

	2005	2010	2015
Coeficiente de mortalidade geral (por 1.000 hab.)			
Mortalidade geral	3,92	5,16	5,12
Mortalidade específica segundo as principais causas (por 100.000 hab.)*			
Doenças do aparelho circulatório	87,96	112,56	111,17
Causas externas de morbidade e mortalidade	68,84	105,01	82,94
Neoplasias	52,27	69,17	78,91
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	28,00	24,52	38,59
Doenças do aparelho respiratório	47,80	55,34	35,71
Algumas afecções originadas no período perinatal	31,91	35,21	31,68
Taxa de Mortalidade Materna (N [por 100.000 Nascidos Vivos])			
Mortalidade materna	4 óbitos (165,36)	1 óbito (43,98)	1 óbito (76,39)
Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1000 Nascidos Vivos)			
Mortalidade infantil		49 óbitos (21,11)	41 óbitos (15,66)
Coeficiente Mortalidade Fetal (por 1000 Nasc. Vivos)			
Mortalidade fetal (cuja morte tenha sido com 22 semanas ou mais)	1,65		12,00

Fonte: SIM/SINASC/IBGE. Processados em 2017. Adaptado de Salvador-SMS, 2018, p. 37.

*Ordenamento com base em 2015, em ordem decrescente da taxa.

4.2.2 ESF e outros equipamentos em Cajazeiras

No distrito de Cajazeiras existem 20 equipamentos de saúde do SUS, sendo oito Unidades de Saúde da Família em atividade e somente uma Unidade Básica de Saúde, como é possível visualizar no Tabela 6 (SALVADOR - SMS, 2017).

Tabela 6 – Tipo e quantitativo de equipamentos de saúde da Rede SUS no distrito de Cajazeiras em dezembro de 2018

Equipamentos de Saúde	Quantidade
USF	08
UBS	01
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I	01
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II	01
Centro de Especialidade Odontológica	01
Unidade de Emergência Maternidade Estadual	01
Hospital Estadual	03
Hospital Municipal	01
Unidade de Atendimento da Rede Conveniada	02
Total	20

Nesse distrito, existem três equipamentos privados conveniados ao SUS, um hospital de grande porte e dois equipamentos ambulatoriais, sendo um com especialidade em clínica médica e outro em traumatologia.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família no distrito era de 49,72% em 2005, e reduziu-se para 43,2% em 2015 (SALVADOR - SMS, 2018).

Um dos indicadores de atenção do componente materno infantil é o número de consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, indicador que computa o número de consultas realizadas a crianças menores de um ano nas USF do distrito. Foram realizadas 845, 441 e 869 consultas a crianças menores de um ano em 2005, 2010 e 2015, com aumento de 2,7% no período (SALVADOR - SMS, 2018).

No site da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador consta que no distrito de Cajazeiras são oferecidos os serviços de controle de *diabetes mellitus*, saúde bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, posto de coleta (laboratório), imunização, aplicação de injeções, “dentre outros” (SALVADOR - SMS, 2017). Noto que são listados os serviços típicos da Atenção Básica, sobretudo das USF e UBS, e o uso da expressão *dentre outros* que é ampla, pode conferir existência ou não de serviços necessários à população.

São poucos os serviços disponibilizados pela Prefeitura na região. Diferente do que é encontrado em outras, tão periféricas e carentes como o distrito sanitário de São Caetano/Valéria, este com mais serviços que o de Cajazeiras. Além dos serviços disponíveis em Cajazeiras, Valéria tem a mais os serviços de: nutrição, pneumologia e serviço social; o DS de Pau da Lima, tem a mais também hebiatria e cardiologia, além do serviço social e nutrição; o DS do Subúrbio Ferroviário também dispõe de: serviço social, nutrição, urologia, hebiatria (SALVADOR - SMS, 2017).

No DS Cajazeiras há diferente e menor número de serviços disponibilizados em relação ao DS Barra/Pituba, região antiga e inicial da cidade, que historicamente mantém elevada concentração de munícipes com maior poder aquisitivo da cidade. No site da Prefeitura consta que são disponibilizados no DS Barra/Pituba os serviços de controle de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, saúde bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, posto de coleta (laboratório), serviço social. Além das especialidades: psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, neurologia, psiquiatria, farmácia,

aconselhamento coletivo e individual, serviço de atendimento infantil e eletroencefalograma (SALVADOR - SMS, 2017).

Embora a rede de proteção à infância seja composta por diferentes instituições do SGD, nos campos da saúde, educação, assistência social e justiça, nesta pesquisa manteve enfoque na atenção preponderante nos equipamentos de saúde, a Unidade de Saúde da Família, e pouca aproximação com os equipamentos sociais, nenhum de justiça, tampouco de educação. Entre as instituições que integram a Rede do SUAS, o DS Cajazeiras conta com um CRAS, dentre os 20 implantados na cidade de Salvador, além de um CREAS.

Entre julho e agosto de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador realizou uma *Oficina de Identificação e Priorização de Problemas* em cada um dos 12 distritos sanitários da cidade. Entre os problemas listados pelos participantes na oficina realizada no distrito de Cajazeiras,¹⁸ destaque: a baixa e insuficiente cobertura da Atenção Básica no distrito, com vazios assistenciais no território; equipes da ESF incompletas, com vagas de profissionais não ocupadas; USF com equipes descobertas pelo NASF; dificuldades para marcação de consulta e confecção do Cartão Nacional de Saúde;¹⁹ pouco acesso às consultas de pediatria; insuficiência de rede especializada e articulação CAPS-USF através de matriciamento (SALVADOR - SMS, 2018). Um quadro similar aos dados que observei no território.

¹⁸ A Oficina de Identificação e Priorização de Problemas do Distrito Sanitário Cajazeiras foi realizada no dia 6 de julho de 2017, tendo 67 pessoas participantes, sendo: 6 usuários, 42 profissionais, 3 residentes e 15 gestores de serviços de saúde (SALVADOR - SMS, 2018, p. 38).

¹⁹ Cartão Nacional de Saúde ou CNS, popularmente conhecido como Cartão SUS, é o número de cadastro e identificação de cada usuário do Sistema Único de Saúde brasileiro, necessário para agendamento e realização dos procedimentos nos serviços de saúde.

5 SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS: O QUE DIZEM OS DADOS SECUNDÁRIOS?

Neste capítulo, apresento dois tipos de dados secundários que revelam distintos traços do fenômeno da violência no território pesquisado, inseridos nos sistemas de informação oficiais, seja da Segurança Pública ou da Saúde. Para apresentar o contexto das violências, trago os dados: 1) do Mapa da Violência de 2018, com o intuito de situar um traço do contexto de violências em que convive a população residente em Cajazeiras; e 2) dados das notificações de violência dirigidas ao público infantil.

No campo da saúde no Brasil, a quantificação de ocorrências de violência tem sido feita especialmente através de duas fontes oficiais: o [SINAN](#)²⁰ e o [SIM](#).²¹ No SINAN, são notificados os casos de violência através do preenchimento da ficha de notificação de agravos, e no SIM, onde são inseridos os dados que representam o extremo da violência no convívio social através do número de mortes causadas em decorrência de atos violentos.

5.1 MAPA DA VIOLÊNCIA E A REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR

Entre 2007 e 2017, 553 mil pessoas perderam suas vidas no Brasil em decorrência de violências intencionais. Em 2016, foram registrados 62.517 homicídios, o que equivale à taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, correspondendo a 30 vezes a taxa da Europa no mesmo período (IPEA; FBSP, 2018).

Entre os jovens, a situação da violência letal aparece ainda mais grave. Os dados referentes a 2016 mostram que na juventude perdida no Brasil – na faixa etária entre 15 e 19 anos – os homicídios corresponderam a 56,5% da causa de óbito; ao ampliar a faixa etária para 15 a 29 anos, a taxa de homicídio por 100 mil habitantes foi de 142,7; taxa que sobe para 280,6 se considerada somente a população de homens jovens (IPEA; FBSP, 2018).

²⁰ SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos presentes na lista nacional de doenças consideradas de notificação compulsória. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>.

²¹ SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. Criado para obtenção regular e abrangente de dados relativos à mortalidade no país. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>.

A Bahia é o sétimo estado brasileiro com maior taxa de homicídios (46,9); no estado, entre 2006 e 2016, o número de homicídios aumentou 116,6%, tendo aumentado 19,3% somente entre 2015 e 2016 (IPEA; FBSP, 2018).

Nos dados apresentados no Atlas da Violência 2017,²² é possível observar que, no contexto baiano, a Região Metropolitana de Salvador apresenta dois municípios entre os 10 mais violentos do país: Lauro de Freitas e Simões Filho, com uma taxa de 97,7 e 92,3 mortes por 100 mil habitantes, ficando em segundo e quarto lugar, respectivamente, no âmbito nacional. Salvador ficou na 250ª posição com 59,3 mortes para cada 100 mil habitantes (IPEA; FBSP, 2017).

5.2 NOTIFICAÇÕES DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

A produção de informações oficiais sobre violência no campo da saúde no contexto brasileiro vem sendo feita, desde 2006, através do [Sistema VIVA](#),²³ sistema que em 2009 foi incorporado ao SINAN.

No Brasil,²⁴ entre os anos de 2009 e 2016, em todas as faixas etárias foram registradas 1.590.356 notificações de atos violentos, de todas as naturezas, onde a violência física foi a mais frequente em todos os anos do período pesquisado, seguida da violência psicológica e/ou moral, posteriormente pela violência sexual e negligência ou abandono. Com o destaque que todas essas modalidades apresentaram uma tendência de elevação no número de registros com o avançar dos anos no período.

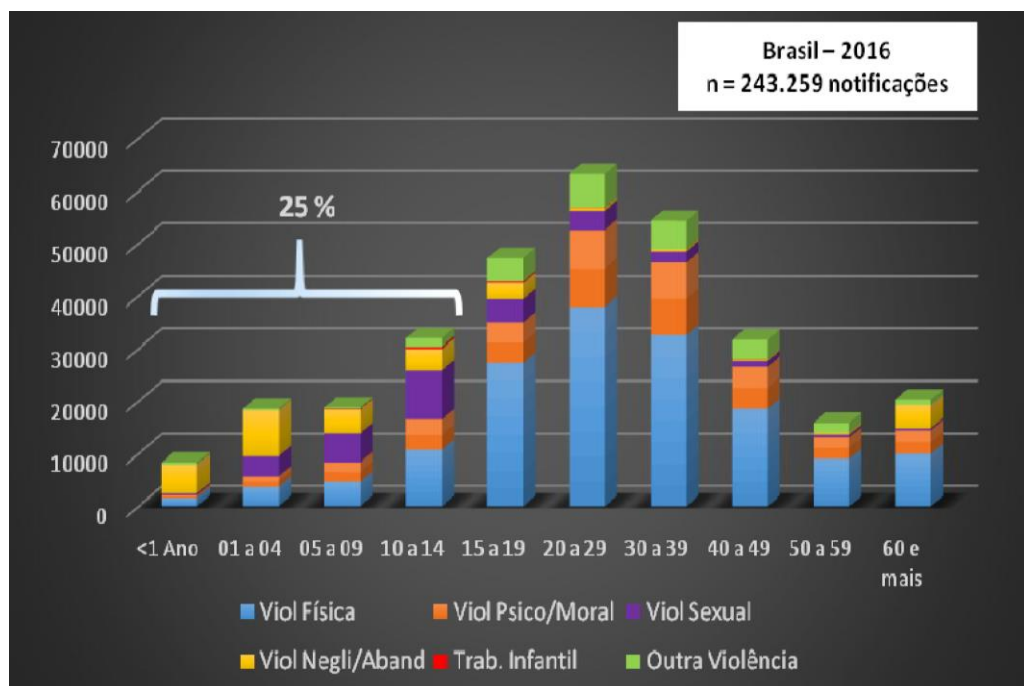
²² O estudo realizado pelo [IPEA](#) e [FBSP](#), lançado em 2017, considerou as mortes por agressão (homicídios) somadas às mortes violentas por causa indeterminada em municípios e unidades da federação com mais de 100 mil habitantes. Foram incluídos no estudo 304 municípios dos 5.570 existentes no país (IPEA; FBSP, 2017).

²³ Sistema VIVA, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. Constituído por dois componentes: a) vigilância de violência interpessoal e autoprovoçada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN); e b) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>.

²⁴ Os dados utilizados neste capítulo foram coletados a partir da versão *on-line* do TabNet no Ministério da Saúde, onde os dados mais recentes disponíveis para todo o território nacional brasileiro são de 2016. O TabNet é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados conforme a consulta desejada. Desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

Somente no ano de 2016, houve no Brasil um total 243.259 notificações de casos de violências interpessoais em todas as faixas etárias e entre todos os tipos de violências. Especificando mais, as violências nas faixas etárias entre < 1 ano e 14 anos representam aproximadamente 25% do total das notificações naquele ano. A faixa etária de 20 a 29 anos foi a que mais teve registros, enquanto o menor número de notificações ocorreu entre menores de 1 ano. Entre as naturezas das violências registradas, chama atenção o percentual de notificações de violências física e psicológica/moral que ocorrem em todas as faixas etárias, principalmente entre jovens e adultos; enquanto as negligências e abandonos têm seu maior percentual nas faixas etárias até os 4 anos e aumento significativo na faixa etária acima dos 60 anos, como é possível observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Frequência de notificações por natureza da violência (física, psicológica e moral, sexual, negligência e abandono, trabalho infantil e outras violências) distribuídas por faixa etária no Brasil em 2016

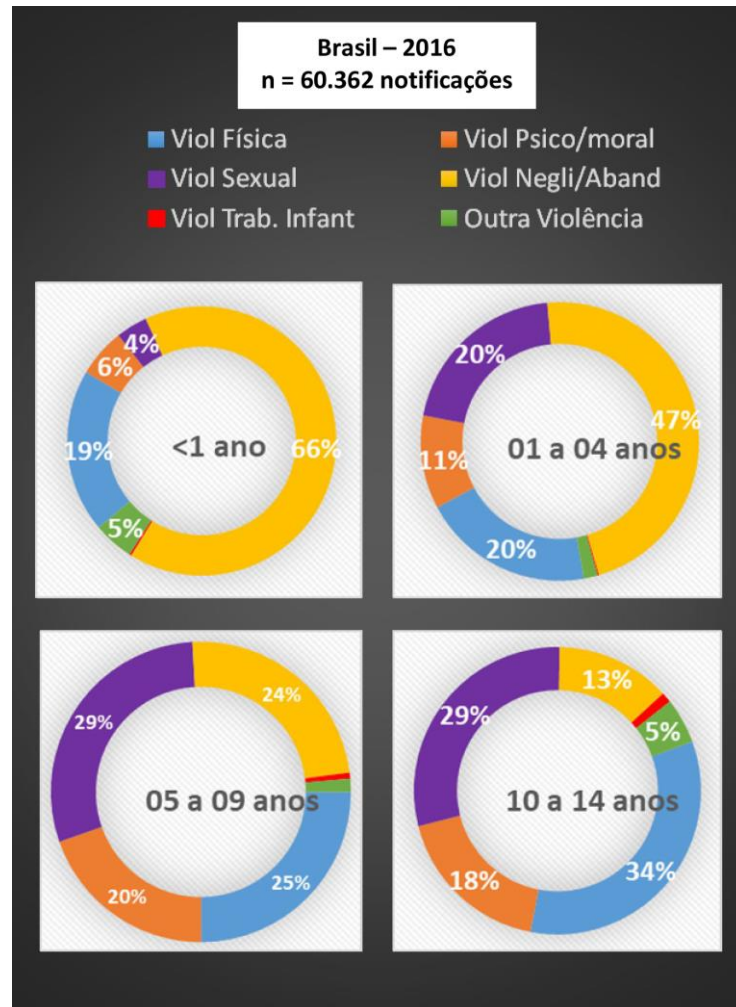


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - SINAN Net. Dados atualizados em 8/11/2018 e sujeitos à revisão. Dados acessados em 3/1/2019. Elaboração própria.

Ao observar especificamente os dados das faixas etárias infantis, é possível ver que no Brasil, em 2016, foram registradas 60.362 notificações; dentre elas, as negligências e abandono representam 64%, o maior porcentual entre os menores de 1 ano, natureza de violência que apresenta tendência de queda nas faixas etárias seguintes; enquanto que as

violências psicológica/moral, física e sexual apresentam tendência de crescimento desde os menores de 1 ano até 14 anos, como é possível ver no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Frequência de notificação de violência por natureza da violência (física, psicológica e moral, sexual, negligência e abandono, trabalho infantil e outras violências), especificadas nas faixas etárias menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, no Brasil, em 2016



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - SINAN Net. Dados atualizados em 8/11/2018 e sujeitos a revisão. Dados acessados em 3/1/2019. Elaboração própria.

Em um olhar específico sobre as notificações de situações de violência entre menores de 1 ano até 14 anos, nos estados brasileiros em 2016, também a partir dos dados retirados do TabNet, é possível observar que a Bahia é o nono estado em número de violências naquele ano. Estados das regiões Sudeste e Sul ocuparam as cinco primeiras posições com o maior quantitativo de notificações. Encabeça a lista o estado de São Paulo com quase 20 mil eventos violentos notificados, em segundo lugar o estado do Paraná com pouco mais de 11 mil

notificações, seguido por Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pará, Santa Catarina e o estado da Bahia que totaliza, em 2016, pouco mais de 2.000 eventos notificados.

De 2009 a 2018, foram registradas 29.481 notificações de violência em todas as faixas etárias na cidade de Salvador.²⁵ Pelos dados agrupados na Tabela 7, excluindo-se os dados ignorados, é possível ver que houve 3.799 eventos violentos notificados nas faixas etárias de menor de 1 ano a 14 anos, o que representa 16,7% do total de notificações; também é possível visualizar que Cajazeiras é o penúltimo distrito da lista com menor número de notificações, totalizando 770 notificações no período, o que representa 2,6% do conjunto. Contudo, chama atenção que, em 18% das notificações, no mesmo período, a identificação do distrito sanitário de residência tenha sido ignorada, percentual que é maior que o número de notificações dos distritos que encabeçam a lista: Cabula/Beiru (12,4%), Barra/Rio Vermelho/Pituba (11,7%), Subúrbio Ferroviário (9,7%).

Tabela 7 – Frequência de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (CID 10 - Y09) distribuída por faixa etária e por distrito sanitário de residência, em ordem decrescente, em Salvador, entre 2009 e 2018

Distrito Residência	Faixa Etária										Total
	<1 ano	1-4	4-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e +	
Cabula/Beiru	98	128	134	285	845	1290	618	192	56	12	3658
Barra/Rio Vermelho/Pituba	57	47	103	289	1046	1121	492	198	91	12	3456
Subúrbio Ferroviário	62	99	113	280	642	992	479	153	58	7	2885
São Caetano/Valéria	71	74	78	213	713	844	399	141	39	8	2580
Liberdade	55	42	62	116	564	806	446	174	51	5	2321
Brotas	23	45	60	165	679	707	298	115	42	3	2137
Itapuã	30	51	62	120	389	609	291	90	33	7	1682
Pau da Lima	28	53	49	132	361	554	272	68	30	2	1549
Itapagipe	40	48	32	99	353	428	233	99	40	5	1377
Centro Histórico	21	15	13	59	285	382	207	84	33	5	1104
Cajazeiras	15	20	34	81	231	191	127	54	12	5	770
Boca do Rio	12	20	20	46	162	247	114	42	7	2	672
Ignorado	101	179	280	561	1795	1291	617	266	173	27	5290
Total	613	821	1040	2446	8065	9462	4593	1676	665	100	29481

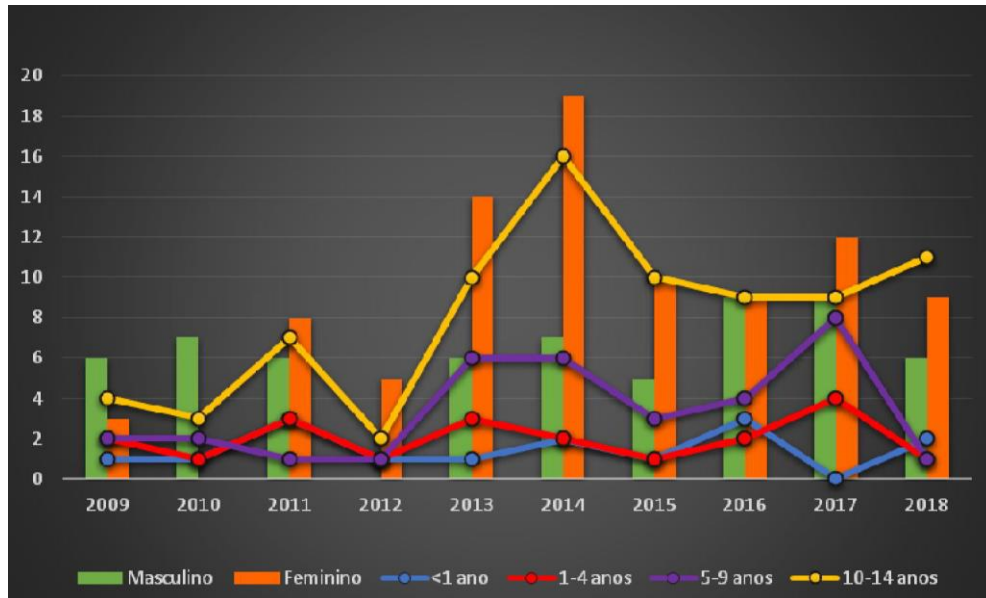
Fonte: SMS/SUIS-SINANNET. Acessado em 08/01/2019. Disponível em:

<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?sinannet/notindivinet.def>

²⁵ Os dados referentes às notificações na cidade de Salvador foram obtidos através do banco de dados do TABNET-SALVADOR, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador e registrados no código Y09 do CID.10 que se refere à Violência Interpessoal/Autoprovocada, detalhados pelos distritos sanitários da cidade e disponíveis no período de 2009 a 2018. Acessado através do site: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>.

Importante sublinhar que, a partir de 2011, no distrito de Cajazeiras, a maior parte das notificações foram de meninas em situação de violência, principalmente na faixa etária de 10 a 14 anos, como é possível visualizar no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Frequência de notificações segundo sexo e distribuídas por faixa etária (< 1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos, 10-14 anos) no distrito sanitário Cajazeiras entre 2009 e 2018

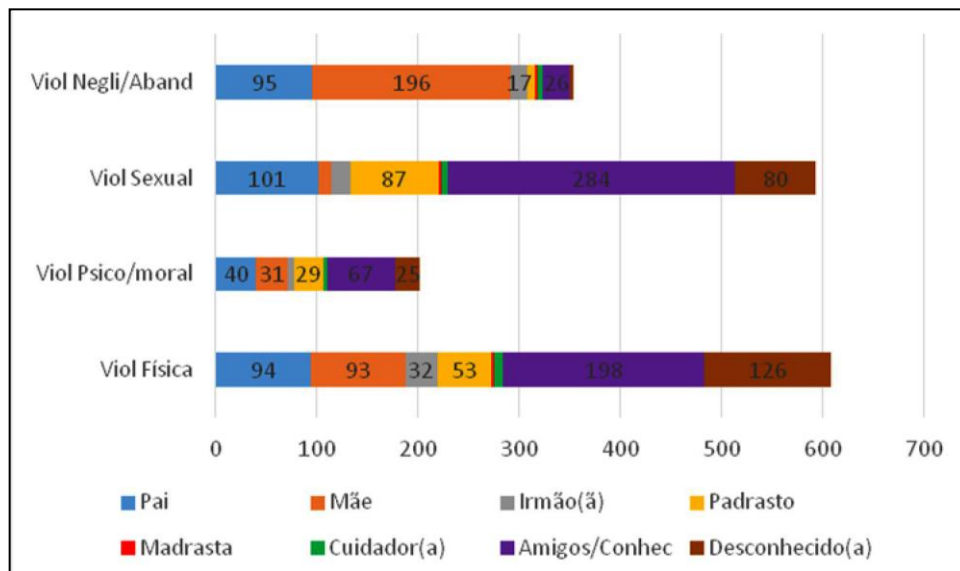


Fonte: SMS/SUIS-SINANNET. Acessado em 08/01/2019. Disponível em:

<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?sinannet/notindivinet.def>. Elaboração própria.

Particularmente em Salvador, de 2009 a 2016, no total de notificações de crianças menores de 1 ano até 14 anos em situação de violência (física, psicológica ou moral, sexual e negligência ou abandono), apresentadas no Gráfico 4, amigos e conhecidos da criança se destacaram como os principais agentes agressores de violências física e sexual, seguidos do pai. Ou seja, o agente da agressão está situado no círculo íntimo de relações sociais e isso provê acesso fácil à criança. A presença de um agente agressor desconhecido é mais baixa. Algo específico em relação à negligência é que amigos ou conhecidos da criança são os principais agentes agressores; a mãe é a agente mais apontada, seguida do pai, informação que também necessita ser considerada juntamente com a proporção de lares sem a figura paterna em Salvador, onde a dinâmica de lares desfeitos e de novos rearranjos familiares se faz notar pela presença do padrasto entre os agentes das agressões experimentadas por crianças.

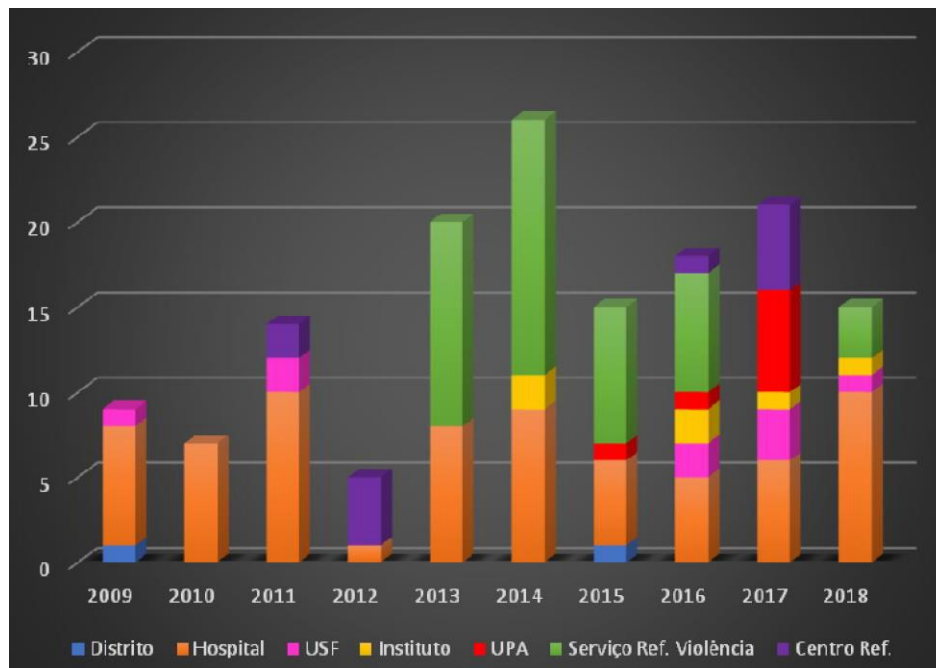
Gráfico 4 – Frequência de notificação por natureza da violência (negligência e abandono, violência psicológica ou moral, física, sexual) entre menores de 1 ano a 14 anos, por tipo de agressor, em Salvador, de 2009 a 2016



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - SINAN Net. Dados de 2009 a 2014 atualizados em 15/5/2018; Dados de 2015 e 2016 atualizados em 08/11/2018 e sujeitos à revisão. Acessados em 10/1/2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Elaboração própria.

Em um olhar sobre as unidades notificadoras no distrito de Cajazeiras, disponíveis no Gráfico 5, é possível observar a baixa participação das USF e maior participação dos hospitais e serviços especializados de violência. Ou seja, isso sugere que as unidades de saúde remetem os casos de violência contra crianças para o nível terciário da atenção.

Gráfico 5 – Frequência de notificações segundo o tipo de unidade notificadora no Distrito Sanitário de Cajazeiras entre 2009 e 2018



Fonte: SMS/SUIS-SINANNET. Acessado em 08/01/2019. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?sinannet/notindivinet.def>. Elaboração própria.

No mesmo período de 2009 a 2018, em todos os 150 casos notificados no distrito de Cajazeiras no Tabnet Salvador, a informação sobre a evolução do caso aparece ignorada ou deixada em branco. Algo que sinaliza o não acompanhamento dos eventos notificados por parte dos órgãos de vigilância e não revela minimamente a finalização dos processos iniciados.

Situação crítica porque o que aparece nos dados de notificações nos sistemas de informação é só uma parte do problema, a que se tornou visível, a que se tornou extrema, a que provocou incômodo na comunidade de convívio próximo.

Questões relacionadas às notificações vêm sendo relatadas na literatura especializada, como a que está presente no capítulo de revisão produzido por Joviana Avanci e colaboradoras (2017), onde assinalam a falta de adesão à obrigação de registrar adequadamente os agravos, o que contribui para a qualidade limitada dos dados inseridos nos sistemas de informação. Nessa publicação também é destacada a constante menção ao potencial da ESF em identificar e acompanhar as situações de violência, decorrente de sua imersão no cotidiano das comunidades onde estão inseridas. Embora isso não se reflita em notificações produzidas nesses serviços.

6 AS UNIDADES ESTUDADAS, UM POUCO DA ROTINA E DAS PESSOAS

6.1 APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES: USF.1 E USF.2

As duas unidades estudadas, aqui nominadas de USF.1 e USF.2, com a intenção de manter o anonimato e também preservar a identidade dos profissionais que participaram da produção dos dados.

6.1.1 USF.1, suas equipes e NASF

Na USF.1 trabalham ao todo 38 pessoas, diretamente ou dando suporte às quatro equipes implantadas: vermelha, alaranjada, amarela e verde, que assistem um quantitativo de 12 mil habitantes do território coberto pelas equipes de PSF.

O imóvel está localizado na via principal do bairro por onde passa o trânsito local, os ônibus, micro-ônibus, mototáxis etc., com fluxo de veículos constante; fica em um prédio construído para essa finalidade, inaugurado há mais de 30 anos, onde até 15 anos atrás funcionou uma Unidade Básica de Saúde no modelo tradicionalmente conhecido de serviço ambulatorial anterior ao modelo PSF.

O prédio foi reformado há menos de cinco anos e está dividido em duas partes: anterior e posterior. Na anterior se localizam a sala de espera, o balcão de recepção, a farmácia, as salas de vacina, de curativo e de coleta de exames e uma ala de acesso restrito aos profissionais na qual estão dispostas: a sala de reunião, a da gerente, a copa e dois banheiros, um depósito; estão conectadas por uma rampa e uma escada paralelas. Na parte posterior, estão localizados os cinco consultórios, incluindo um de odontologia, sala de esterilização e dois banheiros.

A sala de espera fica logo na entrada da unidade, em frente ao balcão de atendimento. É ampla e possui várias cadeiras brancas de plástico que são organizadas pelos próprios usuários da unidade em diferentes composições à medida que chegam e desejam sentar próximos [ou não] de alguém ou em busca de onde tem uma melhor circulação de ar. A sala tem quadro de aviso onde são fixados cartazes com divulgação das campanhas no Ministério da Saúde, papéis com informações sobre os dias e horários de atendimento da unidade, bem

como os nomes de todos os profissionais e respectivos cargos assumidos na função pública. Nessa sala também há uma pequena janela pela qual ocorre a dispensação de medicamentos da farmácia. O fluxo para retirada de medicamentos é frequente, nem sempre intenso. Raras vezes vi uma fila extensa para a espera, na maioria das vezes, duas ou três pessoas aguardando atrás de alguém que estava sendo atendido.

A sala de reunião é o primeiro cômodo à direita da ala restrita aos profissionais; à esquerda há um pequeno espaço interno [que algum dia poderá ser um jardim] para iluminação e ventilação natural. Inicialmente eu chamava a sala de reunião de sala multiuso, porque ela é tomada para múltiplas funções; observei diversas atividades ocorrendo nesse espaço, seja reunião de equipe com e sem o NASF, profissionais desenvolvendo seus trabalhos administrativos em papel ou no computador, ou fazendo uma pausa entre as atividades do dia, ou mesmo almoçando.

A sala de reunião está equipada com dois armários de ferro, duas mesas, duas cadeiras, um quadro de avisos e um ar condicionado antigo. Os armários são usados para guardar materiais de trabalho, sendo um utilizado pelas equipes da ESF e outro pela equipe do NASF.

As duas mesas são de plástico branco, quadradas, empilháveis; sobre uma delas fica uma pequena TV e é onde os profissionais colocam bolsas ou outros materiais, ou não colocam nada. E a outra mesa é onde acontece parte importante do trabalho dos profissionais da unidade. Ora essa mesa fica vazia, ora é utilizada pelos profissionais para reunião de equipe ou trabalho administrativo individual, atividade que deixa a mesa repleta de papéis. São prontuários, formulários, calendários, agendas, *notebooks* e/ou tablets. Tive a oportunidade de observar dois profissionais dividindo a mesa, com algum esforço, e depois três, em um malabarismo maior. Nem todos os materiais, sobretudo papéis, podiam ser dispostos na mesa quando ela estava sendo dividida; parte do material de trabalho estava apoiado em cadeiras posicionadas ao lado ou sobre as próprias pernas.

O ar condicionado esteve quebrado desde o início até o final da etapa de campo, o que causava incômodo aos profissionais devido ao intenso calor produzido pela incidência direta do sol no período de verão. Por conta disso, a porta e as pequenas e altas janelas ficam sempre abertas para manter a circulação de ar. E muitas das interações no campo dessa pesquisa aconteceram nesse espaço.

Como na sala só ficam duas cadeiras, sempre que mais profissionais precisam sentar, seja para fazer trabalho em papel, seja reunião ou para uma pausa entre as atividades, mais cadeiras são trazidas da sala de espera. Raras foram as vezes em que, ao me sentar na sala para observar, não foi preciso pegar uma cadeira extra.

No horário do almoço, a mesa é utilizada para os profissionais fazerem as refeições. Observei a rotatividade dos suportes de prato, talheres, marmitas trazidas de casa ou quentinhas de comida caseira solicitadas pelo *whatsapp* e entregues na unidade a partir de 11h30.

A reclamação sobre as dificuldades de trabalhar em uma sala pouco ventilada, consequentemente quente, e com uma mesa pequena já foi motivo de comentários descontentes de profissionais em conversas informais comigo, inclusive confidenciando que preferem levar o trabalho de papel para ser feito em casa. Corroborando com esse descontentamento do espaço, uma integrante da equipe do NASF informou durante uma reunião geral que a equipe passará mais tempo no decorrer da semana na USF.2, onde também são responsáveis pelo matriciamento de equipes da ESF, justificando que lá a infraestrutura é melhor, inclusive com ar condicionado em funcionamento.

A USF.1 possui seis consultórios que são utilizados em esquema de rodízio pelos profissionais das quatro equipes, o que não quer dizer que os profissionais usam qualquer consultório, geralmente rodiziam em duplas. Fazem rodízio porque dois são de odontologia; dos quatro restantes, dois têm maca ginecológica, os dois com banheiro privativo. Os profissionais do NASF também realizam atendimentos nos consultórios. Por não ter mesa ginecológica em todos os consultórios para a realização do exame de prevenção de câncer no colo de útero, há somente dois consultórios em que é possível fazer tal exame preventivo na USF.1.

Os consultórios dessa unidade são de tamanhos diferentes, maiores e menores, uns grandes e mais espaçosos; da esquerda para a direita os tamanhos vão diminuindo. Dois têm banheiros privativos. Um cronograma impresso desse rodízio fica fixado no quadro de aviso. E, rotineiramente, eu o consultava para verificar as atualizações decorrentes da entrada-saída de profissionais das equipes, férias e/ou licenças.

A sala de procedimentos é o setor para onde os usuários são direcionados antes das consultas que acontecem na unidade. Cada usuário é pesado, tem sua temperatura e pressão aferidas e anotadas em um pequeno pedaço de papel que é levado pelo próprio usuário ao profissional que tem o atendimento agendado. Em outros lugares isso se chamaria de pré-consulta. Essa verificação é feita por um ou dois técnicos de enfermagem, a depender do turno ou se algum deles está em atividade extramuros, frequentemente em visita domiciliar. Cada equipe tem direito de ter dois técnicos de enfermagem, embora não tenha esse quantitativo em todas as equipes.

Outros setores onde trabalham os técnicos de enfermagem são as vacinas e os curativos. São setores de fluxo intenso de usuários, principalmente para a vacina. Não observei atividades no setor de curativo, mas na vacina tive algumas oportunidades.

A USF.1 também tem um cômodo chamado de biblioteca, embora pouquíssimos livros sejam guardados ali. Fica junto ao espaço onde estão as salas de vacina e curativo. Certamente é o menor cômodo de uso comum da unidade e nele ficam duas estantes de ferro com livros, coletâneas, folhetos do MS e outros materiais de uso comum. Uma mesa de plástico, algumas cadeiras e um ventilador potente, fixado na parede, e que funciona. A sala fica no meio da unidade e por isso não tem ventilação nem iluminação naturais. O uso frequente da sala é feito pelos ACS para trabalhos com papéis, para organizar os materiais de trabalho antes ou depois das visitas, ou ainda para sentar um pouco entre as atividades, respirar e dialogar um pouco com os colegas de trabalho.

Há pouco mais de dois anos, um equipamento de ponto eletrônico foi instalado na USF.1. Ouvi a opinião de alguns profissionais sobre essa forma de controlar o horário de atividade dos profissionais. A maioria dos profissionais aprova e legitima o método. Diz que melhorou o período de permanência dos profissionais no serviço. Houve ainda quem dissesse que essa foi a melhor estratégia de gestão adotada pela Prefeitura.

O NASF, que amplia o cuidado das sete equipes implantadas nas duas unidades estudadas, é composto por uma equipe de seis profissionais: assistente social, psicóloga, nutricionista, dois fisioterapeutas e terapeuta ocupacional. Esse núcleo iniciou os trabalhos nas unidades há quatro anos, em 2014. Ou seja, dez anos após o início das atividades da ESF nessas unidades. Esses profissionais são

servidores públicos e trabalham 40 horas semanais, com exceção dos dois fisioterapeutas que foram contratados cada um somente por 20 horas semanais.

A USF.1 conta com policiais militares fazendo a segurança da unidade. São três policiais que estão presentes a cada dia durante todo o turno de atividade da unidade.

6.1.2 USF.2 e suas equipes

Na USF.2 há três equipes atuando: azul, anil e roxa, onde trabalham 29 pessoas – entre profissionais de saúde e outros trabalhadores –, assistindo um quantitativo de aproximadamente 8.500 pessoas em sua área de abrangência, além das pessoas do território de influência,²⁶ o qual não é possível de ser quantificado, pois abrange partes de quatro pequenos bairros da região que estão descobertos por unidades de saúde. Os moradores do denominado território de influência se dividem entre a USF.2 e outras duas localizadas em outros distritos.

Tendo sido construída nos primeiros anos de 2000 para essa finalidade, passou por uma reforma há pouco mais de cinco anos. No momento, há um projeto de ampliação do espaço físico da mesma e expectativa para receber mais uma equipe.

Das três equipes, duas estão completas com a seguinte composição de profissionais: uma médica, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. E uma equipe está incompleta, com a vaga para uma enfermeiro. A mesma equipe do NASF, que matrícia as equipes da USF.1, também faz o matriciamento das três equipes da USF.2.

Nessa unidade eu fui conhecendo as instalações à medida que as visitas foram ocorrendo, ao passo em que a observação ia se desenrolando. Minha apresentação aos profissionais foi paulatina, após contato com a gerência e liberação para observar as reuniões de equipe e circular pelo serviço. Apresentei-me individualmente aos profissionais à medida

²⁶ O termo área de abrangência se refere à delimitação geográfica onde residem as famílias cadastradas pelas equipes de Saúde da Família, e o termo território de influência se refere ao espaço geográfico próximo ou com acesso facilitado a uma USF, porém não coberto por esta ou outra unidade de saúde, ainda que os moradores possam utilizar seus serviços.

que surgia uma oportunidade de interagir com eles, ou quando eles vinham até mim para indagar quem eu era.

A USF.2 está localizada em uma rua secundária da comunidade onde está inserida. É uma via onde há baixo fluxo de veículos, basicamente só os moradores do local, usuários e profissionais da unidade circulam por ali. A via não faz ligação com outra, levando somente às ruas menores de dentro da comunidade. A localização é próxima ao ponto final de algumas linhas de ônibus e alguns micro-ônibus, por isso há sempre uma certa quantidade desses tipos de veículos chegando ou saindo, ou estacionado nas redondezas.

Há um pequeno comércio local nas proximidades: são pequenas lojas de material de construção, pequenos mercados, bares, padaria, artigos para celulares etc. As residências e edificações que estão nas proximidades da USF são, em sua maioria, casas, e as ruas do entorno seguem o mesmo padrão de organização do bairro, setores, quadras e caminhos. Caminhos é como são chamadas a ruas menores de cada bairro. Há poucos prédios na área mais próxima da unidade e seu número vai aumentando à medida que se vai distanciando. Os prédios seguem o padrão de quatro andares, característicos da região de Cajazeiras, como é possível visualizar na Figura 11.

Figura 11 – Fotografias dos prédios do Complexo Residencial Cajazeiras



Fonte: Acervo próprio

A USF.2 não tem uma grande área física. Há somente um andar e um nível de edificação. Possui cinco consultórios, sendo um de odontologia, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma farmácia, uma sala para procedimentos, uma sala de desinfecção de materiais, uma sala de esterilização, uma sala de reunião, uma copa, dois banheiros para usuários – um masculino e um feminino–, dois banheiros para funcionários, um depósito, uma sala para a gerência, uma sala para acolhimento e a recepção.

A sala de espera dos usuários fica logo na entrada da USF.2, sendo a primeira sala. É ampla, onde estão localizados o balcão da recepção, a sala de acolhimento, a sala de vacina, a janela de dispensação de medicamentos da farmácia, um bebedouro, a entrada para os banheiros dos usuários e os dois corredores que levam aos outros cômodos do prédio. O corredor da esquerda leva aos cinco consultórios da unidade, a sala de procedimentos e o corredor da direita dá acesso à sala de curativo, sala de reunião, sala da gerente, setor de esterilização, depósito de materiais, copa e quatro banheiros, dois para funcionários, dois para usuários.

Na USF.2 os usuários que já confirmaram sua chegada no balcão da recepção, aguardam o atendimento na própria sala de espera e não no corredor dos consultórios, como na USF.1. Os próprios profissionais vêm chamar os usuários para o atendimento ou os usuários que acabam de ser atendidos avisam aos seguintes que o profissional já lhe aguarda. Se o atendimento buscado é a vacina, os que chegam perguntam aos que estão sentados se alguém está aguardando; e a fila se auto-organiza ali mesmo, sem necessidade de fichas.

Antes de ir à USF.2, eu tinha a expectativa de encontrar outros policiais militares fazendo a segurança da unidade e assim conhecer outras experiências desses trabalhadores. Fui surpreendido ao chegar e verificar que essa unidade não conta com pessoas para desempenhar essa função. Nem policiais, nem profissionais de empresas terceirizadas. Já houve trabalhadores para tal finalidade – seguranças terceirizados, guardas municipais, ambos sem arma de fogo – e depois, sem motivo nenhum relatado, uma vez que os profissionais de saúde locais não têm informações sobre o contrato e sobre decisões dos níveis hierárquicos mais altos, eles foram retirados. E alguns profissionais se mostraram surpresos ao saber que na USF.1 havia três policiais militares desempenhando a função de segurança em cada dia.

Na minha chegada à USF.2, muito da aproximação com os profissionais também aconteceu através do acompanhamento regular das reuniões de equipe. Assim, os profissionais iam me conhecendo e eu a eles. Acompanhei diversas reuniões das equipes anil e roxa. A equipe azul, sem enfermeiro há um ano, não realiza reunião de equipe, uma situação que denota seu capital político e desvalorização dessa atividade.

Depois de observar as reuniões, minha inserção avançou para acompanhar visitas domiciliares. Os ACS realizam diariamente visitas domiciliares e a realização dessa atividade por outros profissionais é ocasional. Técnicos em enfermagem realizam a atividade quando há necessidade de atenção a algum usuário ou usuária acamada, seja para verificação de sinais vitais, como a aferição da pressão arterial ou glicemia capilar, ou ainda para a realização de curativos de usuários que não conseguem ir na unidade. Médicas e enfermeiras realizam essa atividade também quando há uma necessidade de atenção no domicílio.

Durante o período de observação direta, a equipe roxa iniciou grupos educativos mensais com os usuários com hipertensão e diabetes devidamente cadastrados na referida equipe. Os encontros acontecem em um espaço na comunidade, na microárea mais distante da unidade, na laje de uma senhora que tem uma lanchonete conhecida na região e é usada como ponto de referência pelos moradores. Na USF.2 também há um grupo da melhor idade organizado pela equipe do NASF com dois encontros semanais no início da manhã. Contudo, é recorrente a reclamação de profissionais de que não há grupos educativos ocorrendo na unidade como deveria e sinalizam a inexistência de grupos voltados para o público infantil e de famílias grávidas.

A farmácia está sempre aberta e tem um fluxo pequeno mas constante de usuários na frente de sua janela de vidro fumê, com uma pequena abertura semicircular por onde passam de um lado as receitas e do outro os medicamentos.

A sala de curativo é a única sala de procedimentos que fica no corredor da direita, ao lado da sala de reunião, e mais próxima ao setor de esterilização. Logo no início do período de observação, cheguei a ver usuários aguardando para serem atendidos. Entretanto, a quebra do ar condicionado dessa sala foi decisiva para a suspensão dos serviços e até o final do período de observação o equipamento não tinha sido consertado ou substituído por um novo, permanecendo o setor sem oferecer seus serviços.

A sala de vacina fica em uma sala grande, com porta para a sala de recepção e um fluxo intenso e constante de famílias ou mães com bebês e/ou crianças; em sua maioria são adultos, especialmente mulheres, e alguns poucos homens. A espera não é longa. Na maioria das vezes trabalham dois técnicos de enfermagem no setor e o procedimento é feito em duas etapas: o registro das doses e a aplicação das doses; um fazendo os registros necessários na caderneta da criança ou cartão de vacina do adulto e nas planilhas de quantificação das doses aplicadas. Tais informações são inseridas no Sistema Vida²⁷ através do número do Cartão SUS de cada usuário. Após os registros devidos, as doses de vacina necessárias são aplicadas.

A sala de procedimentos fica no corredor da esquerda, o mesmo dos consultórios. Nesse setor trabalha um técnico de enfermagem que realiza a aferição de pressão arterial, de glicemia capilar, temperatura etc. E o principal motivo da procura é para aferição da pressão arterial, me diz o técnico do setor.

Na USF.2 não tem pré-consulta. A mensuração dos sinais vitais como temperatura, pressão arterial etc., são realizadas pelos profissionais durante as consultas médicas ou de enfermagem.

Os técnicos de enfermagem, apesar de estarem vinculados às equipes, não participam das reuniões de equipe, não realizam visitas domiciliares regulares/rotineiras, exceto em casos extremos, como para a realização de curativo, onde a técnica que fica no setor se organiza e faz visita, pelo setor, independente da equipe na qual o usuário é cadastrado.

A USF.2 possui cinco consultórios, sendo um utilizado pelas duas odontólogas que compõem a equipe. Os outros quatro consultórios são utilizados principalmente para consultas médicas e de enfermagem, menos frequente para consultas de psicologia, nutrição e os atendimentos do assistente social e fisioterapeutas da equipe do NASF. São, portanto, utilizados em esquema de rodízio entre os profissionais.

Nessa unidade também há um equipamento de ponto digital em funcionamento e, segundo informado, sua instalação não teve impacto significativo na rotina dos funcionários

²⁷ Sistema VIDA: Sistema integrado de informações utilizado pela gestão da Prefeitura de Salvador para as unidades do serviço público de saúde através do SUS, em paralelo aos sistemas de informação utilizados pelo MS. www.vida.saude.salvador.ba.gov.br.

porque a gerente dessa unidade já fazia pessoalmente um controle sistemático e rigoroso do ponto e dos horários de trabalho dos funcionários, disse-me isso a própria, além de outros funcionários.

Há também na USF.2 uma horta plantada em pequenos vasos no corredor de trás do prédio que começou a ser feita durante o período em que eu realizava o campo por incentivo da nutricionista do NASF com os participantes do grupo da melhor idade, com o objetivo de colher para as oficinas de alimentação saudável realizadas com o grupo. Acompanhei atividades desse grupo e conversei com alguns de seus participantes. Conversamos sobre as plantas, doei húmus e chorume da minha composteira e isso também estreitou os laços com alguns profissionais e usuários que circulavam pela unidade.

6.2 ALGUNS ELEMENTOS DA ROTINA NAS USF

Diversas atividades fazem parte da rotina de trabalho no cotidiano das equipes nas USF. É possível que a primeira atividade pensada sejam as consultas médicas, mas além dessas, há outras como as consultas de enfermagem, de odontologia, os atendimentos dos profissionais do NASF, além dos procedimentos dos profissionais de nível técnico.

As duas unidades estudadas organizam suas atividades de forma diferente entre os dez turnos semanais de trabalho. Considerando que essa pesquisa se concentra na área de Ciências Sociais em Saúde e não na área de planejamento e gestão na Saúde Coletiva, mesmo assim considero importante pontuar essa questão da organização da rotina do trabalho porque ela está relacionada a toda ordem de coisas que podem ou não acontecer.

Todas as atividades realizadas semanalmente pelos profissionais advêm de um planejamento estruturado pelas equipes, aprovado pela gerência, segundo normas instituídas pela Prefeitura. Na USF.1, entre os profissionais de nível universitário das quatro equipes, os turnos semanais são divididos basicamente em cinco períodos de consultório, um período de reunião e VD intercalados por semana, um período de educação permanente uma vez ao mês e três períodos livres. Enquanto na USF.2 os turnos semanais são organizados com sete períodos de consultório, um de reunião de equipe, um de VD e um de atividade educativa semanalmente. A programação semanal de atividades entre as equipes nas duas unidades são

importantes expressões das relações de poder entre os profissionais, na gestão do tempo de trabalho e do planejamento das atividades realizadas.

6.2.1 Visitas domiciliares e reuniões

Parte importante do trabalho dos profissionais do PSF não acontece no espaço físico da unidade e sim na própria casa das famílias assistidas, previamente cadastradas pelos ACS. Nas duas USF, tive a oportunidade de acompanhar o trabalho realizado nos domicílios através de visitas executadas por ACS, inicialmente; também com técnica em enfermagem, assistente social, enfermeira e médica.

As visitas com os ACS aconteceram em maior número e pude observar mais de perto o trabalho de alguns desses profissionais que concordaram com a minha presença e me referiam um misto de tensão por serem observados e também por se sentirem valorizados, em decorrência de alguém querer observar o trabalho por eles desempenhado.

Contudo, acompanhar o trabalho das visitas realizadas por Áurea, Alberto, Amanda e Adriana foi importante não só pelas visitas em si – o estar dentro da casa de moradores de Cajazeiras – mas por conhecer mais do território; e também pela oportunidade de observar a interação entre usuários e profissionais em outro espaço que não o da USF. É possível dizer que o trabalho não acontece só dentro do domicílio e durante a visita, acontece também durante o percurso da ida e o da vinda onde os ACS são reconhecidos pelo uniforme ou não, são parados, solicitados, onde orientações e informações também são trocadas.

A microárea de Áurea é bem perto da USF.1, tem umas ladeiras longas e íngremes. No primeiro dia em que acompanhei as visitas realizadas por ela e conheci a família da Vanda e Valdir – o primeiro caso a ser analisado no capítulo 10 – era um dia de sol pleno e estava muito calor. Ela me disse que naquele dia daria prioridade para visitar as famílias que têm crianças porque estava comigo. Fizemos cinco visitas antes de chegar à casa de Vanda e Valdir, que era uma família que ela sugeriu que eu conhecesse quando soube o tema da pesquisa que eu realizava ali.

Nessa manhã, durante uma das visitas, a vizinha da casa da frente chegou. Áurea falou para ela: *Nunca te vejo em casa*, e ela responde: *Pra quê?* Áurea diz que é para fazer o cadastro do posto, e a vizinha: *Pra que eu quero essa porcaria? Você vai lá morrendo e eles não fazem*

nada. Na saída da VD, a vizinha chama Áurea e pergunta como faria o cadastro. Áurea explicou e sem demora combinaram uma visita para a tarde do dia seguinte.

Ainda com Áurea, mas na segunda visita à casa da Vanda e Valdir, dessa vez com Marilda e Selma também, elas foram reconhecidas no caminho de volta à unidade: um homem as parou na rua, reconheceu as três, conversaram rápido. Também foram paradas outra vez por uma mulher solicitando informações sobre marcação de consulta, encaminhamento para especialidade médica.

Além das consultas e visitas domiciliares, muitas reuniões são realizadas. São, sobretudo, reuniões de equipe, mas também algumas reuniões extraordinárias com integrantes de outras instituições, reuniões técnicas e reuniões gerais. Observei várias reuniões e em uma das que participei, na equipe amarela, um ACS se dirigiu a mim logo que entrei e falou com um timbre forte e num volume alto que todos puderam ouvir – o que nem precisava, porque estávamos no menor consultório da USF.1. Ele disse: *Poxa, você gosta de uma reunião, hein!* Minha resposta mais humorada foi dizer: *Não posso ver uma que quero participar!* Todos rimos.

A reunião de equipe foi o tipo de reunião mais regular e sistemático encontrado no campo. Acontecendo em regularidade semanal em quase todas as equipes, participei de muitas reuniões das equipes: roxa, anil, alaranjada, amarela, um pouco menos da verde.

As reuniões de equipe foram adotadas por mim como um espaço de observação, na busca de captar as trocas entre os profissionais, as questões ocorrendo na equipe, conhecer a equipe, eles me conhecerem etc. Mas, no processo de organização e análise dos dados, as reuniões de equipe tomaram uma dimensão maior quando percebi o quanto do trabalho é feito no espaço dessa atividade, ou seria a oportunidade para fazê-lo.

Raras foram as vezes em que vi técnico de enfermagem participando das reuniões de equipe. Cheguei a questionar algumas enfermeiras e alguns técnicos sobre o tema, mas não houve unanimidade. Houve quem achasse extremamente importante a participação desses profissionais nas reuniões de equipe, alegando que se perde no conjunto quando não se tem todos os integrantes da equipe na reunião. Mas ouvi também que eles assumem os setores da unidade, e que isso não os permite estar nas reuniões, dito com um certo ar resignado com

a situação. O que me sugere que, nessas unidades, os técnicos são mais dos setores da unidade do que propriamente das equipes de Saúde da Família.

Outro tipo de reunião observada foi a reunião geral, que consiste no encontro de todo o grupo de profissionais que trabalha na unidade, com o objetivo de compartilhar distintos informes, apresentar e discutir questões inerentes ao trabalho e à rotina do serviço.

As duas USF têm esse tipo de reunião, com similaridades e distinções. As similaridades se referem ao objetivo da reunião e o encontro de todo o grupo de profissionais. Quanto às distinções, por exemplo, na USF.1 tais reuniões são realizadas mensalmente e há um calendário anual fixado no quadro de aviso da sala de reunião. Durante o campo observei quatro delas, todas no período da manhã onde os atendimentos são suspensos e em certos momentos me pareceu ser conduzida em um tom *pro forma*, com reduzido espaço para discussões, com vistas a precipitar seu término. Na USF.2, durante o período de campo, ocorreu somente uma reunião geral. Nessa unidade elas são agendadas mediante a necessidade percebida por Graça, a gerente. Também ocorre a suspensão dos atendimentos, com a reunião durando todo o período da manhã quando Graça leu um texto motivador no início, proferiu alguns informes, em seguida Patrícia conduziu uma dinâmica de integração e a reunião foi finalizada com uma apresentação técnica sobre a vacina contra influenza, que teria sua campanha iniciada em algumas semanas.

Outra modalidade de reunião observada foi a reunião técnica, reunião observada somente na USF.2. Consiste em um encontro que a gerente promove com os profissionais de formação universitária das três equipes e o NASF para discussão de questões emergentes no serviço. Não observei esse tipo de reunião por sugestão de alguns profissionais que consideraram que minha presença decerto promoveria certos constrangimentos.

6.2.2 Produção e trabalho administrativo

Além do trabalho diretamente relacionado aos usuários, os profissionais do PSF desempenham trabalho administrativo rotineiramente. Seja de registro diário, semanal, mensal ou outra frequência. Existem diversos formulários, inúmeros códigos em diferentes interfaces, alguns em papel outros com interface digital para registro das atividades laborais.

Muitas facetas da governamentalidade da ESF passam por essas formas de registro que apontam para a adequação necessária ao trabalho no campo normativo da saúde e são previstas pela esfera central do poder.

Em muitas vezes, nas salas de reunião da USF.1 e da USF.2, a oportunidade de interagir com os profissionais ocorreu pelo fato de eles estarem sentados realizando trabalho administrativo. É uma atividade que requer tempo. E na opinião de alguns profissionais, estão sujeitos a trabalhar com materiais de baixa qualidade, como sistemas operacionais lentos e com instabilidade na conexão, ou sobre o desajuste da gramatura e qualidade do papel para diferentes atividades, como um envelope de prontuário confeccionado com papel fino e de baixa qualidade e um formulário de produção mensal de características opostas.

Entre os ACS, ouvi frequentes reclamações relacionadas aos tablets usados para o cadastramento e acompanhamento das pessoas. Me foram relatados defeitos de diferentes ordens, de sistema que não funciona, equipamentos que não ligam, aplicativos que não rodam, à explosão de bateria. Não foi incomum observar que alguns ACS trabalham com um caderno, até então um dos equipamentos fundamentais do trabalho, ao lado de ACS com seus tablets em uso. São questões que estão diretamente relacionadas às condições de trabalho, ou às condições que favoreçam a possibilidade de fazer um trabalho de qualidade.

6.3 OS PROFISSIONAIS E OS USUÁRIOS

O que seria de uma Unidade de Saúde da Família sem as pessoas que nela estão envolvidas nas muitas relações? Seja nas consultas, nos grupos, ao agendar uma consulta, ou realizar um curativo, para não me estender nos exemplos. Nas USF, as pessoas estão em constantes relações de trocas e de poder. É possível dizer que não haveria serviço se não houvesse pessoas para atender e, principalmente, para serem atendidas, cuidadas. Cuidado que, no contexto da ESF, se aspira em uma relação continuada, que se quer duradoura entre as pessoas envolvidas. No entanto, outro elemento do cotidiano nessas unidades foi a rotatividade de ambas as classes de pessoas: tanto de profissionais como de usuários.

Entre os profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde são os mais duradouros na atividade desempenhada. Quase a totalidade do grupo está há 14 anos na profissão. O que não acontece entre os profissionais das outras categorias da equipe. Nos relatos, ouvi que

esse não era um problema naquele momento. As diferentes formas de contratação dos profissionais estavam entre as justificativas mais recorrentes, como o REDA,²⁸ que impõe contratação temporária sem a possibilidade de renovação do contrato.

Durante os oito meses consecutivos no campo, as quatro equipes da USF.1 não tiveram médica simultaneamente. A equipe verde estava desfalcada há alguns meses e então chegou a Dra. Marilda, contratada pelo Programa Mais Médicos. A equipe alaranjada teve uma médica com especialidade em neurologia que, após quatro anos, assumiu uma vaga em uma clínica privada na região; após meses sem médica, entrou uma que trabalhou durante um mês e estando recém-formada, optou por se dedicar à residência em clínica médica em uma universidade privada; poucos meses depois, entrou outra médica na equipe alaranjada com contrato do tipo REDA, da Prefeitura, recém-formada, com gana de trabalhar e experiência em ambulatório de ortopedia. Na equipe amarela, a médica que trabalhou durante três anos na equipe rescindiu o contrato nos últimos meses do campo, pois sua esposa foi transferida para outro estado e ela a acompanhou. A equipe vermelha tem uma médica contratada pelo Programa Mais Médicos que está há três anos na equipe e até o final do campo não manifestou planos de retirada.

Na USF.2, com três equipes, a equipe azul tem a médica que trabalha há mais tempo na unidade, são seis anos. Nesse universo empírico, ela é a única profissional da categoria que é servidora pública. Dra. Mercedes trabalhou por quatro anos na equipe roxa e foi desligada do Programa Mais Médicos em 2017. E Dra. Melissa, também contratada pelo Programa Mais Médicos, está há dois anos na equipe anil.

Entre as enfermeiras, a situação é mais estável. O caso isolado é da equipe azul que, ao final do campo, estava sem enfermeiro há 11 meses, completados em junho de 2018. No meu retorno à USF.2, em dezembro de 2018, para realizar as oficinas, conheci a nova enfermeira da equipe azul. No total, a equipe ficou 16 meses com esse desfalque. As outras equipes da USF.2 tinham enfermeiras com quatro anos na função, no mínimo. Entre os

²⁸ REDA: Regime Especial de Direito Administrativo, modalidade de contratação temporária para compor os quadros dos serviços públicos.

técnicos de enfermagem, nem todas as equipes possuíam os dois profissionais que são previstos para os quadros nas duas unidades estudadas durante o campo.

Ao considerar que as condições de trabalho são fundamentais para o resultado final dos atos em saúde, e estas vão além do espaço físico e da infraestrutura para a realização do trabalho, o termo *condições de possibilidade* é utilizado por Foucault (1999a) para se referir ao cenário de possibilidades favoráveis para o desenvolvimento da ciência e da medicina, por exemplo.

Uma questão estrutural foi a falta ou a rotatividade de profissionais nas equipes, sinalizada na Oficina de Identificação de Problemas, citada no capítulo 4 (SALVADOR - SMS, 2018). Entradas e saídas de profissionais nas equipes fazia parte da experiência de trabalho daquele grupo, ainda que o grupo de ACS fosse majoritariamente o mesmo desde a implantação do PSF em Salvador há 14 anos, completados em 2018.

Em relação aos usuários, os profissionais relataram que o perfil de pessoas que utilizam os serviços disponíveis na unidade é heterogêneo. Uma população diversa, com muitos aposentados, adultos e jovens, pessoas com diferentes graus de escolaridade. Uma população que mora em diferentes condições de habitação, desde os apartamentos dos blocos projetados para o conjunto habitacional a casas construídas nos caminhos, até em áreas de invasão e vivendo na extrema pobreza. Comentaram também sobre a rotatividade da população que mora no território da USF. As famílias se mudam com frequência. Grande parte é estável, mas outra parte é rotativa. Isso impacta no trabalho, na confiança, no conhecimento das situações, algo que não se alcança na primeira consulta ou visita.

Me disseram também que em Cajazeiras residem pessoas que foram ou são funcionários públicos e que têm Planserv – plano de saúde dos servidores públicos do estado da Bahia – além de outras pessoas com outros planos privados, e que a maioria delas não usa as unidades. Mas, ressaltam que as exceções a essa regra têm aumentado nos últimos anos e relacionam isso a dificuldades de regulação e os altos valores cobrados pelos planos. Não foi incomum ouvir que há pessoas que usam serviços diferentes dos dois tipos de serviços de saúde, público e privado. Além desses, há outro tipo de usuários em condições econômicas menos favoráveis que utilizam exclusivamente os serviços da USF.

7 “JÁ TÁ PODENDO IR NA ÁREA?”

Neste capítulo, eu apresento alguns pontos de vista sobre o contexto de violências no território que tomei como campo para realizar esta pesquisa, Cajazeiras. Apresento algumas experiências violentas relatadas pelos participantes no contexto de suas vidas pessoais, nos lugares onde residem e onde circulam; episódios como ‘paredão’ e sobre a proximidade da troca de tiros e a residência. Realizo um exercício composto em parte com as lentes das minhas próprias impressões ao visitar, estar e me relacionar nesse território único e particular de Salvador, e, em parte, com a visão expressada pelos participantes da pesquisa e suas falas acerca de experiências violentas no território de trabalho ao falar dos “envolvidos”; e para economizar laudas e não fugir do foco, conto um episódio ocorrido em cada USF. E também incluí dados produzidos juntos aos policiais que fazem a segurança da USF.¹, trabalhadores com uma percepção perscrutadora sobre a periculosidade do amplo território de Cajazeiras e, sobretudo, do território no entorno da Unidade de Saúde da Família, local onde eles desempenham uma outra experiência laboral, em colaboração com as equipes de Saúde da Família.

Durante os meses de trabalho de campo, episódios de violência no território sempre estiveram presentes nos encontros. O tema violência aparece a todo momento em segmentos no diário de campo sobre conversas, informes, comentários durante o almoço etc., assim como nos relatos nas entrevistas, sobretudo dos ACS, mas também nos relatos de profissionais de todas as outras categorias da equipe.

O convívio com a iminência de episódios de violência permeou o campo desde as primeiras idas, como demonstrado a seguir a partir do registro feito no diário de campo:

Fui de ônibus do terminal Lapa. Levei 70 minutos no trajeto. Nesse ônibus, iam alguns funcionários da mesma empresa (estavam com o mesmo uniforme) e iam conversando com o motorista e o cobrador. Minha tensão aumentou quando um dos funcionários comentou: “Eles fecharam a Cajazeiras Y! Disseram que o negócio pegou lá!” Não sei ao certo ao que se referia e fiquei com receio da minha segurança. Nada aconteceu no trajeto de ida, nem no de volta, nem mesmo durante a estada na USF, que tenha atingido minha integridade (Diário de campo, 4/11/2016).

Na época, eu não estava familiarizado com o território, não sabia onde era Cajazeiras Y e nem se aquela linha de ônibus passaria por lá. Depois soube que a região Y ficava no final do Complexo Habitacional Cajazeiras, um dos últimos bairros que foram construídos.

O receio de todos, inclusive o meu, era sempre a iminente possibilidade de circular por locais onde há a presença do tráfico de drogas. Conteúdo que apareceu claramente na fala dos participantes.

7.1 OS “ENVOLVIDOS” E O CONVÍVIO NA VIDA PESSOAL

O tráfico é uma realidade do cotidiano no território de trabalho. A presença do tráfico de drogas aparece em diferentes momentos: em explicações que me deram sobre usuários e famílias, sobre a característica da microárea de trabalho, ou nas falas durante as reuniões de equipe etc. Contudo, a palavra ‘tráfico’ poucas vezes é mencionada. Nesse sentido, “envolvido” é o termo utilizado pelos profissionais para se referirem a uma pessoa que trabalha, ou de alguma outra forma tem alguma ligação com tráfico de drogas.

Nas primeiras vezes que ouvi essa expressão, não tive certeza do que se tratava. Como o uso é somente do termo “envolvido” e a palavra tráfico raramente é mencionada, a minha dúvida persistia e tive que perguntar: *Envolvido em quê?* Nesse momento, parece óbvio, mas naquele não era.

Experiências violentas fazem parte da vida dos membros das equipes da ESF fora do período e local de trabalho por estarem presentes no cotidiano da vida pessoal. Assim, alguns relatos de situações de violência nesse contexto foram compartilhados comigo.

Diferente de outros profissionais, como médicas e enfermeiras, os ACS – profissionais que residem mais perto do território da USF e em diferentes regiões de Cajazeiras – têm relatos onde transparecem as violências no convívio com os “envolvidos”.

Uma profissional, que não revelarei o nome ou a USF para preservar seu sigilo e de sua família, me contou que um colega de trabalho perdeu um filho assassinado na região por envolvimento com o tráfico.

É possível dizer que o tráfico faz parte do cotidiano, tendo reflexos nas relações de convivência entre os moradores da região que percebem as mudanças ocorridas, como é possível observar nas falas de Adriana e Augusto apresentadas a seguir:

Adriana: Sobre Cajazeiras L, eu não gosto de falar, me reto quando as pessoas falam, [sussurrado, inaudível] a droga. Quantos jovens já morreram... morreram jovens, crianças foram morrendo, novos, tudo preto [...] por causa do tráfico. Como a rua que eu moro é uma rua que você olhando não diz.

Alder: É uma rua perigosa?

Adriana: Pra mim que eu moro, não. Mas é perigoso, e o perigo lá era o fim de linha de Cajazeiras F, mas o povo [do tráfico] subiu tudo agora pro Loteamento Nogueira, agora tá perigosa.

Alder: Tem tráfico?

Adriana: Tem tráfico, tem muito tráfico. Eu digo assim, a gente sempre brigou, mas hoje o ponto chave é o tráfico. Não tem pra onde correr, é o tráfico.

Alder: E isso muda o convívio de onde você mora, os horários pra entrar e sair de casa...

Adriana: Tudo! Você tem que /-/ 18 horas a gente abre o portão, não vê gente, já tá tudo /-/ porque, assim, fizeram muros muito altos e aí todo mundo entra pra casa, atrás de seus muros, você só vê se sair.

Alder: Ninguém fica pela rua?

Adriana: Não!

Alder: Mas dá pra chegar ou sair se for preciso?

Adriana: Os moradores saem, a gente que é morador chega e sai numa boa. Eu posso chegar lá 1h da manhã e sair 1h da manhã que não acontece nada porque eu sou moradora. Mas se você vem de fora...

Augusto me fala de uma região em que costumava andar livremente em Cajazeiras e que hoje não pode mais, é preciso que se identifique como agente comunitário de saúde e receba autorização para transitar, disse-me ele:

Augusto: [...] Hoje em dia, eu passo nessa mesma área e não tem nada, aqui fora na principal, mas lá dentro se eu entrar, é capaz de eu ser morto.

Alder: Morto?

Augusto: É! Porque é uma área de tráfico de drogas, quem chega ali que é novato ou quer droga ou quer ver alguma coisa. É espião ou quer ver alguma coisa, ou tá disfarçado. Eles vão perguntar: Quem você é? E eu digo: Eu sou agente comunitário da USF.2, tô passando aqui, posso passar? Tá entendendo? É isso. Então tem crescido muito, muito mesmo.

Alder: Então, pelo que você tá me falando, o tráfico de drogas tem mudado a movimentação do bairro.

Augusto: Completamente, 100%, 100%.

Outro episódio do contexto de violências na vida pessoal dos profissionais me foi contado por Tomás – técnico em enfermagem do setor de vacina na USF.1 – no início do período de uma tarde em que eu acompanhava as atividades desses profissionais.

Enquanto conversávamos nos intervalos entre um atendimento e outro, ele me mostrou o sistema operacional digital onde são registradas as vacinas e também comentou sobre a violência no bairro onde mora na região de Cajazeiras. Na sua opinião, o bairro é violento, tem “tráfico pesado”, e é possível ver “meninos” transitando com armas nas mãos, além da ocorrência das festas de paredão que acontecem todos os finais de semana.

Paredão, termo pelo qual é conhecida a festa realizada pelas facções do tráfico, ainda que atualmente o termo tenha sido generalizado e seja usado para se referir a festas realizadas com automóveis com equipamentos de alta potência sonora. Porém, nas festas relatadas por Tomás, os “envolvidos” são os organizadores e as pessoas que circulam com as armas em punho. Ele também relata que nas noites em que acontece o paredão, os moradores evitam circular, permanecem com as casas fechadas. A festa dura a madrugada, o som é alto e é difícil dormir.

O receio que ele tem e que compartilha com a vizinhança é que a polícia chegue a qualquer momento para dispersar a festa, como já houve, o que não ocorre sem troca de tiros. Na opinião dele, as pessoas entram para o tráfico não só por falta de oportunidade. Tem muita gente lá sem oportunidade e que não entra (Diário de campo, 3/4/2018).

Outro profissional, que não identificarei para preservar seu sigilo e de sua família, contou, entre as conversas do almoço, que estava à tarde na casa da mãe – em um bairro vizinho a Cajazeiras – na sexta-feira da Semana Santa, após o almoço, família reunida na sala, janela para a rua aberta. Em um instante começou uma briga entre as gangues que disputam a região. Afirmou que os integrantes da gangue eram meninos e jovens. No relato que ele fez da experiência, só deu tempo de todos se jogarem ao chão. Não deu tempo nem de fechar a janela. Na sala estavam reunidas três gerações da família, a matriarca, filhos e filhas e ainda

netos e netas. Disse que lá não era violento assim e que começou a ficar por causa das brigas de gangue pelo território do tráfico, tendo piorado em tempos recentes.

7.2 CONTEXTO DE VIOLÊNCIAS NO TERRITÓRIO DE TRABALHO

Numerosos episódios de violência vivenciados pelos profissionais foram relatados e também observados durante o período do trabalho de campo e aqui relato alguns. Entretanto, há, nas duas USF, profissionais que não consideram violento seu território de trabalho, como Adriana, Augusto, Marilda e Melissa, por exemplo, que afirmaram que seu território de trabalho é calmo em comparação com outros locais de Salvador.

Contradições também foram expostas, como na fala de Érica ao não considerar o território da USF como violento, embora haja a presença do tráfico e de ter havido brigas na rua e situações de espancamentos entre os próprios vizinhos, agressões com arma de fogo e morte. Algo que sinaliza a possibilidade de naturalização das situações de violências naquele contexto de trabalho, após alguns anos de atividade.

Enquanto eu observava uma das reuniões da equipe amarela, Ellen – a enfermeira da equipe – perguntou: “Já tá podendo ir na área?” Ademir, o ACS responsável pela microárea mais perigosa, disse que sim, embora não soubesse o paradeiro dos “envolvidos”, se mudaram de local ou se morreram; frisou que há cinco dias não via mais a comercialização de drogas ocorrendo na rua. Ellen, então, pediu para os ACS adiantarem os cadastros desse território, agora que os traficantes não estavam lá (Diário de campo, 15/3/2018). O comentário de Ellen revela que é preciso saber a hora em que se pode circular e realizar a rotina de trabalho e quando se deve evitar adentrar a área por razões de segurança e preservação da integridade física.

Na mesma reunião da equipe amarela comentada acima, uma ACS reclamou que a partir da territorialização foi transferida para uma microárea em que havia três bocas de fumo. Ela contou que enquanto efetuava um cadastro na porta da casa de uma família houve uma “confusão” na rua, correria e tiros. Nesse momento, a usuária entrou em casa, fechou a porta e a ACS ficou do lado de fora (Diário de campo, 3/5/2017).

Um dos profissionais me contou que a área da equipe amarela é a mais perigosa dentre as equipes da USF.1, tendo relatado que durante a reterritorialização foi necessário pedir

autorização para os profissionais entrarem com o carro do distrito sanitário na área. A equipe que fazia a contagem precisou esperar cerca de 15 minutos para sair porque havia uma entrega (de drogas e/ou armamentos, não se entrou nesse detalhe) sendo feita no mesmo momento. Naquele período, havia duas facções na área da USF.1: uma na região da frente e uma na região de trás, quando eventualmente ocorrem brigas e também há períodos de calma. Antes, as duas áreas citadas pertenciam à mesma equipe, mas por questões de segurança e também de sobrecarga, as áreas foram divididas entre as outras equipes.

Também foi mencionado por algumas ACS, a existência de locais dentro de suas microáreas nos quais elas não realizam visitas sozinhas. As visitas são realizadas em duplas, para aumentar a segurança ao circular nos locais considerados por elas com maior potencial para ocorrência de eventos violentos.

Em certa ocasião, nas atividades rotineiras de trabalho no território, Alberto e Áurea foram fotografados pelos “envolvidos”. Posteriormente um deles falou com Alberto, explicou que a foto foi feita e compartilhada entre os “envolvidos” para que ninguém mexesse com os ACS na área (Diário de campo, 6/5/2018).

Em entrevista, Áurea me disse que a área “é muito complicada”, com locais de difícil acesso, vários trechos sem asfalto e ainda com existência de pontos de tráfico nas áreas de vale. E ao acompanhá-la em um período de visita domiciliar, observei um diálogo em que a ACS dizia não encontrar uma pessoa cadastrada em casa, sempre via a casa fechada. Ao que a usuária confirmou que a casa permanecia a todo momento trancada, mesmo estando dentro de casa, e comentou não ver o que passava na rua hora nenhuma, principalmente à noite, e repetia: “Não vejo isso, não vejo isso!” (Diário de campo, 5/3/2018).

O contexto de violência no território também foi sinalizado por Augusto. Embora ele tenha dito que não considera violento seu território de trabalho, ele sinalizou mudanças ocorridas com intuito de aumentar a segurança local, como a construção de muros. Disse-me ele:

Augusto: Não, não é violenta, não. [...] Mas dizem que a oportunidade faz o ladrão, né? Ali na rua passa gente de bem, passa pastor, passa deputado, passa ladrão... né? O cara vê a oportunidade... então o que o pessoal está fazendo? O pessoal está se fechando. Esses blocos aí que você vê do setor Q, a rua principal toda ali, era toda aberta; era bom e ruim. Era bom porque qualquer coisa que acontecesse todo mundo tava vendo, por outro lado tava aberto pra

tudo também, principalmente à noite. E cresceu, não só aqui, em todos os lugares cresceu o índice de usuários e traficantes de drogas. Num desses blocos que não é da minha área, tinha um casal de traficantes que foi morto recentemente, dentro de casa: os caras vieram, tiraram eles e mataram na porta de casa. Já tinham os muros. Mudou o quê? [...] Quando era aberto, quando não tinham esses muros, você não ouvia falar em tráfico de drogas, se você ouvisse era marmelada, era pouca coisa. Depois que o pessoal começou a botar os muros, fechou os blocos, ficaram becos e aí? É naqueles becos ali que acontece o tráfico. É no escondido. [...] Então, por um lado é segurança e por outro lado é disfarce. O ladrão, o traficante, seja lá o que for, ele se aproveita daquele muro ali. [...] Mas o pessoal acha que cercando de muro vai proteger, vai evitar que o cara invada a casa de alguém, mas não que a violência não continue ali do lado. Infelizmente o que acontece é isso.

Na manhã em que acompanhei as visitas domiciliares realizadas por Alberto, andamos bastante, corremos da chuva, subimos e descemos ladeira. Fomos à “nova invasão” da sua microárea, um local repleto de barracos construídos com madeiras e materiais reutilizados. A ida se destinava a realizar uma visita domiciliar a uma mulher no período de puerpério e seu filho recém-nascido.

A mulher, mãe, tinha aproximadamente 21 anos, falante e, junto com Alberto, relatou que começou o pré-natal no final da gestação, quando já estava com a barriga grande, e foi à USF realizar teste de gravidez. Vinda do município de Candeias, havia mudado recentemente para Cajazeiras e por não possuir um documento que comprovasse sua nova residência, não conseguiu fazer o cartão SUS com o endereço de Salvador. A equipe de saúde não pôde cadastrá-la no sistema com o cartão SUS de Candeias, mas mesmo assim abriu prontuário e fez o pré-natal, já quase no 3º trimestre de gravidez. Foram solicitados exames de sangue e ultrassonografia, procedimentos não realizados em decorrência da falta do cartão SUS. Ela fez uma ultrassonografia em um serviço particular no final do pré-natal, teve parto cesárea e o filho estava bem. O marido não estava em casa, a visita ocorreu na porta e Alberto não demonstrava ter a intenção de entrar. Na frente da casa havia uma horta com quatro canteiros onde vi crescendo mandioca, alface e couve plantadas pelo marido, segundo ela.

Após terminar a visita e nos afastarmos, Alberto perguntou se eu havia notado a geladeira inox da família. Disse-me também que havia uma televisão de tamanho grande no outro cômodo e que isso contrastava com o tipo de moradia, construída de madeira e forrada com plástico preto. Em seguida, Alberto me segredou que o marido da puérpera que acabara de visitar era o chefe dos “envolvidos” da área. E acrescentou que os “envolvidos” quebraram

um muro ao final da rua e fizeram uma passagem para a área de invasão. Os moradores da rua construíram novamente o muro, que foi quebrado novamente. Um dos moradores chamou a polícia e depois foi ameaçado pelos “envolvidos”, tendo abandonado sua casa que seguia vazia, próxima ao final da rua.

7.2.1 “É tiro, isso é tiro!”

Contudo, um dos episódios mais marcantes de violência no contexto de trabalho aconteceu em uma quarta-feira, no final da manhã em que eu acompanhava as consultas de puericultura realizadas por Edson. Era o atendimento da última criança, antes do almoço, ele acabara de chamá-la e, no momento em que a mãe passa com a criança pela porta do consultório ouvimos dois disparos muito altos, pareceram muito próximos. Numa fração de segundos, trocamos olhares, surpresos, a fim de identificar o que tínhamos ouvido, na dúvida... Que foi isso? Tiro? A usuária era a mais assustada de nós e, rapidamente, com pânico nos olhos, afirmou: *É tiro, isso é tiro!* A porta do consultório aberta, Edson e eu sem termos certeza – ele não parecia estar com medo, eu não estava – e ela ao ver nossa incredulidade repetiu com mais ênfase: *É tiro, isso é tiro!* E logo nos puxou para dentro do consultório e trancou a porta com chave. Ela, mais que depressa, pegou seu filho e foi para o lado oposto da porta de entrada em busca de um canto do consultório que lhe pareceu mais seguro e demonstrava seu receio porque eu continuava perto da porta do consultório. Eu queria ouvir o que se passava no corredor. A usuária, ao ver a porta do banheiro privativo do consultório, perguntou a Edson se estava aberto, mas já foi abrindo antes de ouvir a resposta, e com pressa nos chamou vigorosamente para entrarmos e logo fechou com chave a segunda porta. Enquanto estávamos os quatro trancados no banheiro do consultório, ela – buscando se manter controlada – disse que tínhamos que ficar ali trancados porque “qualquer coisa que acontece eles correm e entram pela primeira porta aberta que veem”. Ficamos alguns instantes ali, nos olhando e com os ouvidos atentos em busca dos sons do exterior. Não deve ter passado muito tempo, talvez nem dois minutos, e nenhum outro som ou ruído que nos sinalizasse qualquer movimentação fora daquele banheiro dentro do consultório no fundo da USF.1.

Naquele momento, tive o ímpeto de sair, mesmo contra as advertências de que não deveríamos sair e de que deveríamos esperar mais um tempo ali. A usuária justificava sua

atitude de medo, dizendo que conhecia o som de tiro, que mora numa área violenta onde há sempre brigas de facções do tráfico na região, e que tiros são rotineiros nesses eventos. Pela sua experiência, o melhor era ficar trancado em um lugar seguro por algum tempo.

Como não ouvíamos nada vindo do lado de fora, quis sair e ver o que se passava, ainda hesitei com as suas afirmações de que era melhor ficar lá dentro. Mas sugeri que, com a minha saída, eles trancassem novamente a porta do banheiro. Ainda tive receio de sair do consultório e, ao abrir a porta com cuidado, atento, ouvi pessoas falando, observei o corredor vazio, mesmo porque era horário de almoço, nenhum usuário estaria ali naquele momento à espera de consulta. E fui saindo, me aproximando devagar de uma posição em que conseguisse olhar para a entrada da unidade.

Nesse momento vi alguns funcionários, dois policiais e outras pessoas que eu não conhecia. Uma mulher – de aproximadamente 40 anos – sentada em uma cadeira posicionada bem na porta de entrada, local onde não era usual ter cadeiras, ofegante, suada, sendo abanada. Outros funcionários ali por perto, todos assustados. Uma funcionária me contou que a mulher na cadeira havia sido assaltada. Ela era corretora de imóveis e estava na região para mostrar um imóvel a um cliente; usava o celular para se comunicar com ele no momento em que um homem passou em uma bicicleta e lhe tomou o celular da mão. Alguém na rua viu o assalto e ofereceu uma carona para ela até a USF.1, argumentando que lá havia policiais militares. No trajeto da carona até a unidade, o motorista passou pelo assaltante de bicicleta; já na unidade, ela contou o ocorrido, os policiais viram o assaltante passando pela frente da unidade, gritaram, e dois saíram correndo atrás dele, que acelerou as pedaladas. Durante a corrida, os policiais dispararam os dois tiros que ouvimos.

Instantes depois, já com essas informações, voltei ao consultório. Edson ainda estava trancado no banheiro com a usuária e seu filho. Com ela já sentada na cadeira do consultório, comentei que ela conhecia mesmo o som de tiro, e ela ainda sobressaltada confirmou que conhece bem o som, que reside em uma área onde ocorrem brigas entre as facções de venda de droga e trabalha há 10 anos como agente de endemia,²⁹ entrando em lugares onde atua o

²⁹ Agente de Endemia, popularmente conhecido no Brasil como Agente da Dengue, é um profissional que realiza visitas em domicílios e pontos comerciais para inspeção de possíveis lugares propícios para focos do *Aedes aegypti*, mosquito que pode transmitir dengue, zika e/ou chikungunya.

tráfico. Disse que já teve experiências de entrar em casas onde os traficantes estavam embalando as drogas para serem vendidas, ficava sempre com medo por ser mulher e estar sozinha, mas buscava abstrair e não olhar diretamente para a ação desempenhada por eles, “mantendo o profissionalismo e fazendo o trabalho necessário, no menor tempo possível, para sair dali.”

Nesse mesmo dia, durante a tarde, conversei com alguns profissionais e com um dos PM enredados no episódio. Profissionais que estavam na sala de reunião e na sala da gerente ouviram os disparos e se surpreenderam com colegas de trabalho assustados que entravam nessas salas em busca de proteção. O policial com quem conversei relatou que, ao efetuar o disparo, parou o carro de um civil e pediu ao motorista que seguisse a bicicleta. Não conseguiu pegar o assaltante que desceu uma das ladeiras que leva a uma das áreas de acesso restringido pelo tráfico. Tendo visto uma poça de sangue em frente a um comércio próximo, o policial comentou comigo: “Ele tomou um pipoco pra ficar esperto e não roubar mais aqui”.

7.2.2 Um vizinho baleado

Esse episódio aconteceu após o término do período de campo. Como continuei me comunicando com alguns profissionais, em uma das conversas que tive com um deles, ele me disse não estar muito bem, e contou um episódio em que um homem de 45 anos, vizinho da unidade, estava saindo com o carro, havia aberto o portão do caminho onde mora, retirado o carro e quando – provavelmente – já descia do carro, recebeu um tiro, um tiro só. O portão pelo qual ele saía fica ao lado da unidade. Após o tiro, ele conseguiu chegar até a porta da unidade, cambaleando, tentando se apoiar nas cadeiras de plástico da recepção e lá caiu. Nesse momento, sem qualquer sangue aparente.

Naquela manhã, por volta das 10 horas quando tudo aconteceu, a sala de espera da unidade estava cheia, pessoas para agendar consultas, outras para passar em consulta previamente agendada, ou receber vacina, retirar medicamento na farmácia, realizar curativo, um dia corriqueiro com todos os setores funcionando. As pessoas que estavam na unidade – usuários e trabalhadores – ouviram o disparo da arma de fogo, mas ninguém viu o autor ou autores do delito.

Só notaram o vizinho baleado cambaleando à porta da unidade e caindo logo depois de ultrapassar a porta de entrada. Segundos infinitos de desespero, corre-corre, gritaria. As pessoas correram para todas as direções, exceto para fora da unidade. O corpo na porta não impedia, mas inviabilizava a saída; e se quem atirou entrasse na unidade para conferir ou referendar o resultado? Correram pelos corredores da esquerda e da direita, entrando, invadindo os setores, consultórios, sala de reunião, copa e até a sala da gerente.

Decorrido um período quando puderam se julgar seguras e assim assistir o vizinho baleado, sem serem surpreendidas com o portador da arma de fogo, uma médica e uma técnica em enfermagem realizaram os procedimentos de emergência. Uma ambulância foi solicitada, não demorou a chegar, mas o óbito do vizinho baleado já havia sido constatado.

Gestores do distrito foram avisados e compareceram à unidade. Ainda que tenha sido considerado não suspender as atividades daquele dia – ainda antes do almoço – após o desfecho trágico, os usuários foram todos embora, alguns profissionais também; as consultas e outros serviços programados foram cancelados, o restante dos profissionais dispensados. Contudo, na saída, era necessário passar pela sala de espera onde estava o corpo já coberto do vizinho, rodeado de uma poça de sangue, que continuava no lugar onde caiu até ser retirado pelo IML,³⁰ por volta das 14 horas.

Após a retirada do corpo, da limpeza da poça, ao checar o fechamento de janelas, o desligamento de ar condicionado e ventiladores, depois de horas descobriu-se que três usuárias ficaram propositalmente trancadas na sala do acolhimento; não queriam ver a cena, o corpo, e aguardaram até que tudo estivesse encerrado para então sair da sala.

Na semana seguinte, entre os profissionais, pouco se comentou; a vontade deles era de não retornar prematuramente ao local de trabalho. Entrar na USF significava ter que passar pelo cenário da violência.

Na vizinhança também pouco se comentou; e nesse pouco disseram que não viam um motivo. O carro ficou lá, intocado, disseram em todas as versões, o portão do caminho aberto.

³⁰ Instituto Médico Legal.

Dentro do carro, permanecia o celular, nada foi mexido. A chave do veículo foi encontrada com o dono.

Houve quem dissesse que a vítima do homicídio era pastor, também ouvi que era segurança – desses treinados. Deixou uma família: a esposa e três filhas adultas que já não moravam mais com os pais.

7.3 VIOLÊNCIAS NA VISÃO DOS POLICIAIS

Os policiais que trabalham na USF.1 são policiais militares e o fazem em esquema de rodízio; são sempre três a cada dia e ficam na unidade durante todo o período em que ela permanece aberta. Tive contato, principalmente, com dois dos nove policiais que compõem a escala: PM Cabral e PM Coelho.

Logo no início do campo, me despertou a curiosidade de saber o porquê do trabalho deles na USF.1, ainda que, naquele momento, eu ignorasse que não havia funcionários para essa função na USF.2. Em uma conversa informal com o PM Coelho, ele me disse que em sua opinião há um acordo entre a PM e a Prefeitura para disponibilizar esse serviço em locais específicos e que não sabia os reais critérios de escolha desses lugares. No distrito de Cajazeiras, outras instituições de saúde possuem essa parceria com a Polícia Militar – unidades de saúde e hospitais, entre outros –, mas não todas; o mesmo acontece em outros distritos sanitários de Salvador.

Todos os PM podem se candidatar para essa atividade de vigilância em estabelecimentos públicos, por eles entendida como complementação do orçamento pessoal. Essa atividade é desempenhada fora da carga horária de trabalho da Polícia Militar, ou seja, nas folgas da escala oficial de trabalho. Existe procura por essa atividade extra entre os policiais, o que gera uma lista de espera; dessa forma, o policial não pode cometer faltas porque a penalidade é a exclusão da atividade e é difícil conseguir uma nova vaga.

De acordo com os PM Cabral e Coelho, o trabalho na USF.1 é tranquilo, tendo ambos sinalizado que tem unidades piores na região, como serviços de emergência, por exemplo. O trabalho é realizado somente dentro da unidade de saúde para a segurança do patrimônio, além da segurança dos profissionais, como exemplificado na fala do PM Cabral durante entrevista:

PM Cabral: Basicamente, o serviço da gente aqui no posto de saúde é lidar com situações, tipo, desacato, o que acontece muito devido algumas insatisfações que as pessoas têm com relação ao atendimento do serviço público de saúde. E a gente sempre vem aqui fazer uma intermediação. Rola muito desacato. Já tive algumas situações de alguém querer agredir algum funcionário, fisicamente, e a gente intervir e chegar até a abrir um inquérito com relação a essa situação.

Ambos os PM negaram situações violentas de maior gravidade no serviço. Entretanto, citaram dois episódios de furtos ocorridos na unidade. O primeiro, ocorrido logo após a inauguração do serviço de saúde, momento em que não havia policiais para essa atividade, quando computadores foram furtados. E o segundo, já com os policiais em atividade na USF.1, quando houve o furto de doses de um tipo específico de vacinas, quando foi necessária a formalização do ocorrido através de um boletim de ocorrência realizado pela gerente da unidade e pela enfermeira responsável pelo setor de imunização, embora não tenha sido identificada a autoria do furto.

Em relação à violência na região de Cajazeiras, os dois PM entrevistados divergem nas opiniões. PM Coelho considera que a região de Cajazeiras é pouco violenta, quando comparada a outras regiões de Salvador, e o PM Cabral considera que é alto o índice de violência, embora ambos tenham citado o tráfico como ponto central dos episódios violentos ocorridos em Cajazeiras, como é possível constatar nos trechos retirados das entrevistas:

PM Coelho: Cajazeiras, eu acho até pouco violenta comparada a outros bairros daqui de Salvador mesmo. [...] Quanto ao índice de violência aqui, eu considero até baixo, comparado a outros lugares daqui. [...] A gente tem um índice de homicídios mesmo, por exemplo, um programa que o Estado criou para redução de homicídios. Então a cada semestre são divulgadas as áreas que tem os homicídios, onde tem diminuição, onde tem redução. E por incrível que pareça, Cajazeiras, digamos que de 23, Cajazeiras está em 18 a 20. Então, para o tamanho de Cajazeiras, para o que é, eu acho que aqui é até pouco violento quanto a isso. [...] Tem os pontos de violência aqui próximos da unidade também. Na rua aqui atrás mesmo, o índice de roubos é incrível; depois aqui do colégio, é o tráfico; aqui na [Fazenda] Progresso é tráfico. Então são pontos relativamente bem próximos da unidade que têm essa tensão maior. O pessoal da companhia que cobre essa área tem um trabalho mais específico porque tem seus pontos críticos aqui próximos.

PM Cabral: O nível da violência aqui da região é alto. Muito alto. É porque historicamente a USF.1 está no centro de uma região muito forte no tráfico de drogas. Ela fica entre uma boca de fumo grande, onde o tráfico é muito intenso, que fica na comunidade de Fazenda Progresso; fica na região também da boca de fumo do Condomínio São Luís, que inclusive faz parte da

área [de abrangência] do posto, da área de atuação dos profissionais aqui do posto. Isso tudo é circundando a unidade, viu? Boca de fumo da Quadra 6 da Pintassilgo, boca de fumo da Fazenda Nascente, que é uma área rural aqui de Cajazeiras, área de chácara. [...] E aí eu vou lhe dizer mais, aqui tem mais duas bocas de fumo e tudo está dentro da área do posto de saúde. E nisso há uma guerra entre eles porque são várias facções.

A proximidade dos “envolvidos” não se restringe somente ao entorno da unidade. Os dois PM relataram experiências em que essas pessoas usam os serviços disponibilizados pelo serviço de saúde, a exemplo do setor de curativo. Foram citados episódios em que usuários – interrogados como suspeitos ou foragidos – compareceram à unidade para realizar curativos em lesão por projétil de arma de fogo. E na interação entre os profissionais da USF com os PM, em busca de segurança devido à iminência de perigo no entorno, tais episódios foram sinalizados pelo técnico em enfermagem responsável pelo setor aos policiais, e foram averiguados pelos PM no momento em que o usuário aguardava o atendimento, como se pode ver no trecho a seguir:

PM Coelho: Aqui no setor de curativo mesmo já teve um rapaz que foi baleado e ele falou que foi um tiro de uma bala perdida. [...] Ele já tinha vindo uma vez antes e o técnico tinha se sentido desconfortável quanto a isso e me falou: “Eu atendi uma pessoa assim, assim, assado e, eu não sei, ele ficou falando umas coisas lá...” E aí, pelas características que ele dá, você já fica mais atento. E aí no outro dia que ele veio, eu percebi o local do ferimento e tal. [...] Por atuar na área, você consegue identificar mais ou menos o perfil de uma pessoa que anda errado e você começa a questionar: Como foi isso? E quando foi? E aí você começa a ver que a conversa não é bem aquilo que ele disse anteriormente, ele começa a se contradizer. Você começa a fazer perguntas, e às vezes você faz a mesma pergunta três vezes, de formas diferentes, e aí ele se contradiz. Nessas coisas, aí você começa a perceber que não é bem a história que ele diz, mas também não tem como você prender ele ou nada do tipo; você pergunta se ele tem passagem [pela polícia]; eu perguntei, ele assumiu que tinha passagem; eu perguntei se ele estava devendo, se estava indo assinar, ele falou que não, que a passagem era antiga e tal. Mas chega a ter casos que não foi aquilo que a pessoa estava dizendo, mas você não pode fazer nada naquela hora. Já teve esses casos aqui.

Além dos atendimentos a possíveis “envolvidos” na Unidade de Saúde da Família, a proximidade deles no cotidiano da população que reside no entorno, por vezes, também se revelou durante o campo. Como em uma tarde, no final do expediente, ao conversar com o PM Cabral na porta de entrada da USF.1, passou um casal jovem – em torno de 30 anos – que

o cumprimentou e em seguida o PM perguntou: *Cadê a criança?* E o rapaz respondeu: *Vamos pegar agora.* E seguiram andando. Depois o PM contou que esse casal ganhou um apartamento do programa Minha Casa Minha Vida e morou durante um tempo no imóvel. Traficantes da região “cismaram com eles” e “expulsaram” o casal do apartamento; o PM não soube dizer que ocupação foi dada ao imóvel, mas sabia que naquele momento o casal morava em uma casa alugada e trabalhava na informalidade com a venda de picolé para sobreviver (Diário de campo, em 14/5/2018).

A proximidade com os “envolvidos” interferindo no cotidiano dos usuários da USF.1 também foi revelada em outro episódio relatado pelo PM Cabral, em que ele foi solicitado por profissionais de saúde a orientar uma usuária com uma situação peculiar. Me contou sobre uma senhora que tinha uma queixa constante de dores de cabeça e insônia, mas que “não era uma patologia”, frisou na entrevista. E ao conversar com a médica que lhe atendia, a senhora relatou que há alguns meses ela vinha sendo coagida por “envolvidos” que realizavam a comercialização de entorpecentes na porta de sua casa, obrigando-a a manter a casa fechada, não acender as luzes da entrada e não sair no período em que eles estivessem lá. A médica solicitou a orientação do PM Cabral e este conversou diretamente com a senhora, que ele me disse já conhecer de outras idas à USF. A par dos fatos, o PM Cabral relatou ter informado diretamente o setor de inteligência da unidade em que trabalhava e que dias depois realizou uma ação em que prendeu os “envolvidos” em flagrante e que até conseguiu “levar algumas peças para formalizar as provas materiais”.

Nesse contexto, em que há situações de violência envolvendo os usuários do serviço, a solicitação dos profissionais de alguma forma de abordagem ou orientação aos policiais revela a proximidade que esses profissionais de segurança pública têm com as pessoas presentes no serviço de saúde (profissionais ou usuários). Tendo sido, por vezes, solicitados a desempenhar alguma forma de atuação em parceria com os profissionais de saúde. Situações que demonstram que os discursos emitidos pelos profissionais produziram efeitos de verdade que se traduziram em ações realizadas pelos policiais militares que trabalhavam na USF.1. Além do saber-poder, tanto dos profissionais de saúde como dos policiais ao buscarem formas alternativas, que não prescritivas a uma patologia, para resolução dos conflitos.

8 CONCEPÇÕES E NEGAÇÕES DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

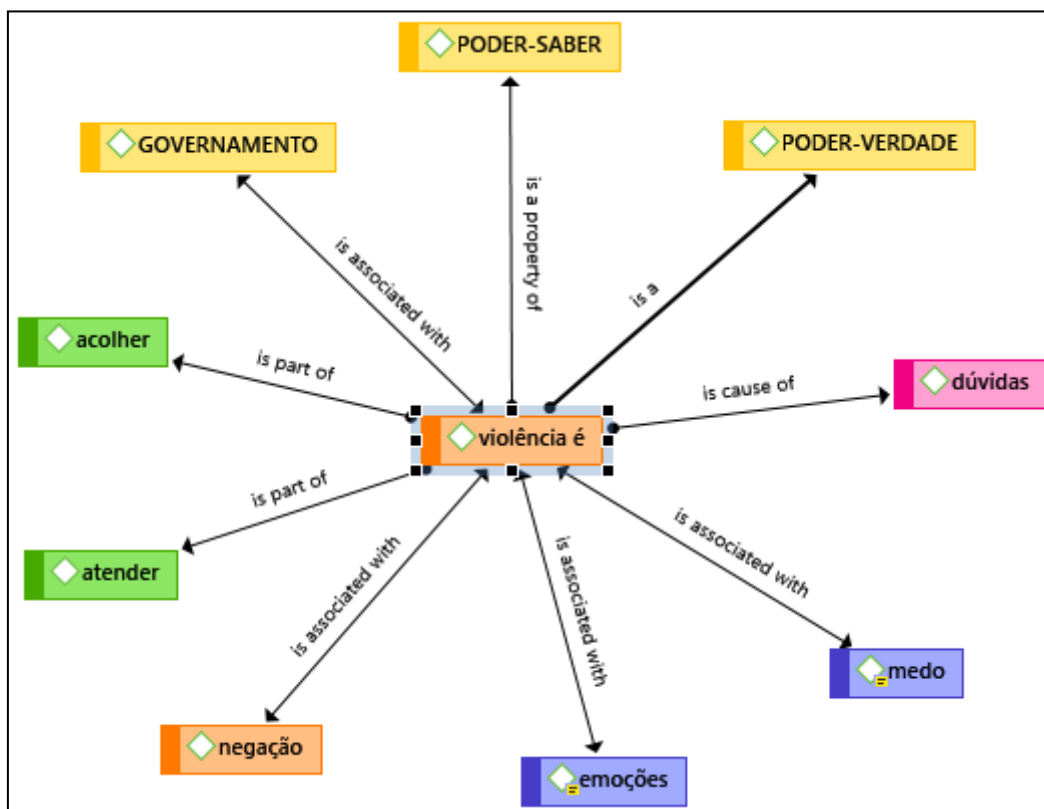
Neste capítulo, apresento parte da teia de relações mantidas com os participantes da pesquisa para chegar aos conteúdos relativos às violências envolvendo crianças no contexto familiar. Compreende declarações dos profissionais que vão desde concepções sobre crianças em situação de violência, às opiniões sobre o cuidado parental e a ênfase dada por eles à negação desse tipo de situação no território da USF.

8.1 'VIOLÊNCIA É' OU "TEM QUE TER UM CERTO OLHAR"

Identificar as concepções de violência foi um dos objetivos específicos que assumi ao me propor realizar esta pesquisa, considerando que as ações e atitudes realizadas pelos profissionais passam pelo filtro de como eles concebem as violências intencionais, e também que é esta concepção que pauta as percepções e ações quando da suspeita, identificação, discussão em equipe, notificação e encaminhamento de casos concretos de crianças que são vitimizadas no contexto intrafamiliar.

Na análise realizada a partir do ATLAS.ti, o código 'violência é' surge em coocorrência com outros nove códigos, como é possível visualizar na Figura 12.

Figura 12 – Código 'violência é' e códigos coocorrentes



Fonte: Elaboração própria a partir do *software* ATLAS.ti

Para os participantes desta pesquisa, o conceito de violência não é algo homogêneo, consensual. Existem diversas versões e interpretações do que seja uma violência dirigida à criança.

Ao pedir uma conceituação sobre o fenômeno, houve quem manifestasse dúvida e hesitação ao ter que definir o que considera como ato violento com uma criança, como aparece no trecho da entrevista realizada com Érica, inserido a seguir:

Érica: Ah, Jesus, não sei... é uma agressão, né? Agressão física, psicológica, moral, social, que pode gerar uma degeneração da pessoa violentada, agredida, né, e vários outros transtornos para a vida da pessoa, né? Acho que é assim.

No conjunto de opiniões, está claramente marcado que são indicadas como 'violência' somente as violências consideradas graves: as agressões físicas, espancamentos, os abusos

sexuais e estupro, como na fala de Ellen a seguir; e situações como, por exemplo, o abandono parental não são consideradas como violência:

Ellen: Eu não, eu não peguei muitos casos de violência propriamente dita, né!? Quando eu falo da violência propriamente dita eu falo da violência física, sexual, eu não peguei muitos casos [...]

Alessandra: Olha, na minha ideia, a violência contra criança é espancamento, abuso sexual, né, que graças a Deus nunca teve, e... o quê? E não chega a ser uma violência [ênfase], mas aqueles pais que tiram, aqueles pais que têm seus filhos, abandonam e não ligam de dar uma boa educação, botar na escola, não chega a ser uma violência.

As violências físicas são mencionadas por profissionais da ESF como sendo as formas mais marcantes, sendo as que ocupam o primeiro lugar nas respostas. Conteúdo similar que também foi encontrado entre os participantes das pesquisas de autoria de Andrade e colaboradoras (2011), Ramos e Silva (2011), Morais (2012) e Souza e Santos (2013), e na revisão realizada por Schenker, Avanci e Silveira (2017), em que essa natureza da violência recebeu um destaque nos discursos dos profissionais, ainda que outras naturezas também tenham sido sinalizadas.

Ao mesmo tempo, chama atenção o não entendimento da ACS Alessandra sobre o abandono e a negação do direito à educação dos filhos como formas de violências às quais crianças podem ser expostas. Apesar da valorização dos ACS da identificação dos casos, nas pesquisas de Ramos e Silva (2011) e de Lobato, Moraes e Nascimento (2012), esses profissionais foram identificados como os que apresentam mais dificuldades de nominar as situações de violência como tal, em relação aos demais membros da equipe.

Quem, de maneira mais descritiva, exemplificou o que concebe como uma situação de violência envolvendo criança foi Selma, ao referir “trocar em miúdos” o que é violência ao precisar falar diretamente com a população assistida a partir da minha pergunta:

Alder: Se você fosse definir para alguém que não sabe o que é violência com criança, como você diria?

Selma: Quando a gente tá /-/, se a gente tá falando para leigos na comunidade, eu troco em miúdos sem o menor problema, né? É você dar castigos de fome, né? É você negligenciar o cuidado na escola, é você fazer pressão psicológica para ‘ene’ coisas, né, e pai e mãe, cuidador faz isso, né? É o abuso físico, né, do emprego exagerado da força para com a criança; e é o abuso sexual, com

certeza, é o toque maldoso, o beijo na boca que os pais acham que não tem nada demais. Eu troco em miúdos sem o menor problema.

Além das agressões físicas, Selma citou outras maneiras de crianças sofrerem violências como castigos, o disciplinamento exagerado, o direito à educação negligenciado. Algo também encontrado em outras pesquisas na literatura especializada, como nos resultados das pesquisas realizadas por Lobato, Morais e Nascimento (2012) com profissionais do PSF no Rio de Janeiro; e também Lopes e colaboradoras (2012) na revisão de literatura empreendida com pesquisas nacionais.

Entretanto, não somente as formas mais graves de violência foram citadas pelos profissionais. Atos violentos 'mais leves', mais sutis também foram sinalizados, como na fala da técnica em enfermagem a seguir:

Taís: Olha, muitas vezes as pessoas têm a noção que violência é você bater, é você esturpar, mas eu não acho, eu acho que violência é tudo que você faça que vá de encontro ao ser humano. O seu modo de chegar até o ser humano, da forma que for, pode ser uma violência. O seu modo de tratar, de receber ele, entendeu? Até a palavra que você vai usar com ele, você pode o estar violentando, porque tudo magoa e tudo fere. Então, até quando você vai chegar numa pessoa, você tem que ter esse olhar e esse cuidado. Violência é um contexto de tudo, de todas as formas, então você tem que tá procurando sempre a melhor forma pra tá chegando no ser humano, porque você pode violentar ele, até sem saber que você o está violentando.

Outros condicionantes envolvidos na concepção do que é ou não considerado violência, para além das violências física e psicológica, que podem ser vistas no trecho a seguir:

Edson: Olha, eu tô pensando aqui numa ação que causa dano ao outro e aí eu tô pensando isso de diversas formas, né, psicológica, financeira, física; que tem formas que eu percebo que nós convivemos com elas diariamente. [...] O que também vai perpassar pela minha subjetividade, o que eu não reconhecer *a priori* e eu não conseguir classificar como dano talvez eu não reconheça como violência, ainda que afete diretamente a vida do usuário, né? [...] Uma outra coisa que eu também penso, é que eu acho que a gente naturalizou muito as violências, então, tem muita coisa que não é violência mais, né, enfim, e está ali, acabou. [...] Ou seja, é eu achar que é natural a mãe gritar com a criança e puxar a criança pelo braço, isso não é violência, ou melhor, isso é uma violência que eu posso permitir, ou seja, essa tá ok, ela vai conviver com essa e tá tudo ok, ou a violência do grito. Então, enfim, eu acho que isso é outra lacuna também que vai depender do que eu naturalizei, né? Isso é um problema ao longo dos anos, provavelmente, né, talvez daqui a dez anos eu tenha muito mais coisas naturalizadas do que agora, isso é algo que eu preciso pensar como não naturalizar [risos], é nisso que eu tô pensando aqui agora.

A fala de Edson aponta para a subjetividade do profissional para considerar ou não uma situação como sendo violenta e a naturalização das formas de violência com a qual se convive diariamente. Algo da interação entre pais e filhos observado no cotidiano das relações de uma parcela das famílias brasileiras consta da revisão empreendida por Joviana Avanci e colaboradoras (2017), e também comentado por Ferreira (2002), como uma ‘normalidade’ da ação violenta, seja com palavras ou com o emprego do poder para com os filhos – o que precisa de um investimento para que o mito desse tipo de abordagem com as crianças seja desconstruído e outra referência de interação seja construída.

Os participantes desta pesquisa também relataram que, para conceber certas situações vivenciadas por crianças como uma situação de violência, são observados nas oportunidades de encontro com as crianças os comportamentos das crianças na interação com os pais durante as consultas na unidade e durante as visitas domiciliares. Algo relacionado tanto à experiência de trabalho, como à subjetividade de cada profissional, e que é percebido através de um olhar atento. Questão que aparece claramente na fala proferida por Amanda ao me contar como ela realiza seu trabalho durante as visitas domiciliares, que pode ser visualizada no trecho a seguir:

Amanda: Eu acho que tem várias coisas que se pode observar, tipo na higiene de uma casa. [...] Então, quando eu entro em uma casa, eu tenho que ter um olhar observador, atento; às vezes a pessoa acha que a gente tá ali e não tá observando nada, mas você tem que ter um certo olhar, como eu te disse, atento. [...] Então, são essas coisas que a gente fica com olhar atento, tipo quando eu olho uma criança quando eu entro numa casa, eu fico olhando o jeito que a mãe tá tratando o filho ali, como é que ela tá... porque uma hora ou outra ela amacia, porque se você tá ali, uma hora ou outra você vai pegar alguma coisinha assim. [...] Então, eu acho que a percepção do agente quando ele entra na casa é justamente isso, porque quem está aqui na USF, no consultório, não tem como ele ver, né? Tanto que quando a gente vai numa consulta médica, não tem aquele negócio de histórico que, às vezes, fica fazendo várias perguntas da vida íntima e às vezes a casa está no meio ali das perguntas.

É a partir desse olhar atento que surgem as percepções do que é ou não, do que pode ser ou não uma situação de violência com a criança. Questão que sinaliza que não é suficiente saber teoricamente a definição dos tipos e a natureza das violências interpessoais. A fala de Amanda sobre o que é possível ver em uma visita domiciliar e não no consultório, também é importante, e demonstra a possibilidade do olhar profissional da ESF em um outro espaço. O

domicílio abre outras possibilidades e agrega olhares sobre a família que o encontro com um profissional no consultório não possibilita. Através da circulação pelos domicílios é possível perceber como as relações entre pais e filhos se dão, o que permite a observação de situações que podem ser concebidas como violentas.

Em outro momento da entrevista com Edson, além das dúvidas, a concepção de violência também se mostrou relacionada às questões técnicas do “manejo” de situações violentas e à governamentalidade operada pela gestão dos serviços de saúde, como é possível constatar no trecho a seguir:

Edson: Ao perceber um caso de violência sexual, o ideal é eu abordar ali a mãe ou não? É deixar para um segundo encontro? É já acionar a psicóloga ou a assistente social que podem me dar suporte? Então, assim, do manejo técnico mesmo daquela questão de saúde, de algo que não faz parte, nem fez parte – fortemente – de minha formação, nem é uma prioridade na organização do serviço, porque quando eu penso nas questões que me são demandadas em uma perspectiva de gestão, isso não é uma temática, ou seja, no meu consolidado de crianças menores de dois anos não tem a pergunta: Você percebeu algum sinal de violência? Mas tem a pergunta do aleitamento, do peso, da estatura, da vacina, que isso também acaba construindo o meu olhar, né? Então, o meu olhar acaba sendo priorizado para aquelas questões que eu sei que eu terei que responder depois sobre ela.

Nesta fala, Edson explicita uma das maneiras que utiliza para estruturar seu saber-poder em virtude do que previamente sabe a respeito das informações solicitadas através dos formulários e documentos dos programas implantados na unidade de saúde. Nos quais, segundo ele, não se configuram questões relativas à vitimização de crianças no contexto familiar.

Outro dado produzido que chamou atenção foi o fato de somente Melissa ter sinalizado que conhecia a proposta de Linha de Cuidado para crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências sugerida pelo Ministério da Saúde em dois documentos (BRASIL, 2010c, 2011). Documentos que não só propõem a organização de uma Linha de Cuidado para a atenção local nos serviços de saúde como também contém uma proposta de atuação em rede de instituições nos diferentes níveis de atenção, além de metodologias para o trabalho direto com as famílias nos serviços de saúde.

8.2 “PORQUE VOCÊ NÃO VAI PRO IPERBA?”

Eu já disse isso no capítulo de método, mas vou repetir aqui porque me parece importante: desde o início pressupunha que não seria fácil chegar aos conteúdos de violência. No mesmo capítulo, também mencionei algumas questões sinalizadas por Fetterman (2010), sobre a entrada do pesquisador no início do campo, o efeito de halo que recebe do integrante que o apresenta ao grupo a ser estudado. Se o acesso ao campo é difícil *a priori* ao pesquisador, a isso se acrescenta mais uma camada de dificuldade quando o projeto proposto aborda questões relacionadas à violência, seja qual for o sujeito – mulher, idoso, adolescente –, e com criança não seria diferente. Eu já esperava resistência em conversar sobre um tema que provoca receio e tensões nas pessoas, sejam elas profissionais da saúde ou não; ainda considerando o baixo número de notificações realizadas nas Unidades de Saúde da Família em relação às notificações produzidas nas unidades hospitalares e serviços de emergência na cidade de Salvador.

Vencer a primeira barreira para falar sobre experiências de atendimentos a crianças em situação de violência com um pesquisador tampouco foi menos difícil. Quando da minha chegada à USF.1, logo na apresentação – ainda no período de pré-campo –, minha recepção se deu com a negação de casos de crianças nesse tipo de situação. “Não tem caso de violência contra criança aqui”. Ouvi diversas vezes essa afirmação dita por diferentes profissionais ao realizar a apresentação da proposta da pesquisa e, em muitas ocasiões, essa negação mudava o clima do encontro e encerrava o diálogo.

Ao iniciar o período de campo na USF.1, as negações continuaram. Uma ACS, que depois pouco interagiu comigo, me disse logo no início: “Acho que você não vai conseguir fazer sua pesquisa aqui, talvez em outra unidade do distrito. [...] Se fosse pesquisa sobre violência contra a mulher tem, mas contra criança, não!” (Diário de campo, 27/11/2017).

No final do expediente daquele mesmo dia, tive a oportunidade de conversar com Patrícia na sala de reunião, ouvi mais uma negação de crianças em situação de violência naquela unidade, mas seguimos conversando sobre questões de violência em geral. Conversamos sobre os impactos que esses atendimentos poderiam gerar nos profissionais de saúde, sobre o quanto é difícil lidar com essas situações devido às complexidades envolvidas, que transcendem o campo [normativo] da saúde e o quanto isso poderia mobilizar emoções

nos profissionais, produzindo preocupações, e esse me pareceu o ponto da virada para superar a negação. Patrícia comentou que os casos de violências “mexiam” com ela, e ali no breve momento em que ficamos sozinhos na sala de reunião, enquanto esperávamos o ritual do ponto eletrônico, ela me falou de dois casos que “mexeram” com ela. Falou brevemente do caso de Vinícius e depois de Vitor e Virgínia, mas destacou que foram casos que já haviam passado pela unidade (Diário de campo, 27/11/2017). Assim, a superação da negação e o início da partilha de alguns casos de crianças em situação de violência se deram através dos conteúdos da subjetividade, das emoções que esses casos produziram nos profissionais que os atenderam.

Já na USF.2, na primeira ida ocorrida no final de fevereiro de 2018, também houve negação, embora não tenha persistido por mais de dez minutos. Na sala de reunião onde eu estava sendo apresentado e indagado sobre a pesquisa e minhas experiências profissionais por Érica, Mercedes e a odontóloga da equipe roxa, Mercedes contou que na equipe roxa só houve um caso de suspeita, e que foi investigada e não foi confirmada (Diário de campo, 28/2/2018).

Circulando pela USF.2, e sempre tendo que fazer uma breve explicação da pesquisa, estava eu no setor de curativos conversando com uma das técnicas de enfermagem, quando ela perguntou o que eu fazia lá na unidade. Expliquei a proposta da pesquisa e ela logo me questionou: “Porque você não vai pro IPERBA?³¹ Lá que você vai encontrar esses casos!” (Diário de campo, 4/4/2018). Embora tenha sempre tentado explicitar o meu interesse em olhar essas práticas no cenário da ESF, a realidade voltava a me mostrar que é na especialização que ela está calcada. É no serviço de referência onde esses casos estão. E eu continuava a insistir em encontrá-los na USF.

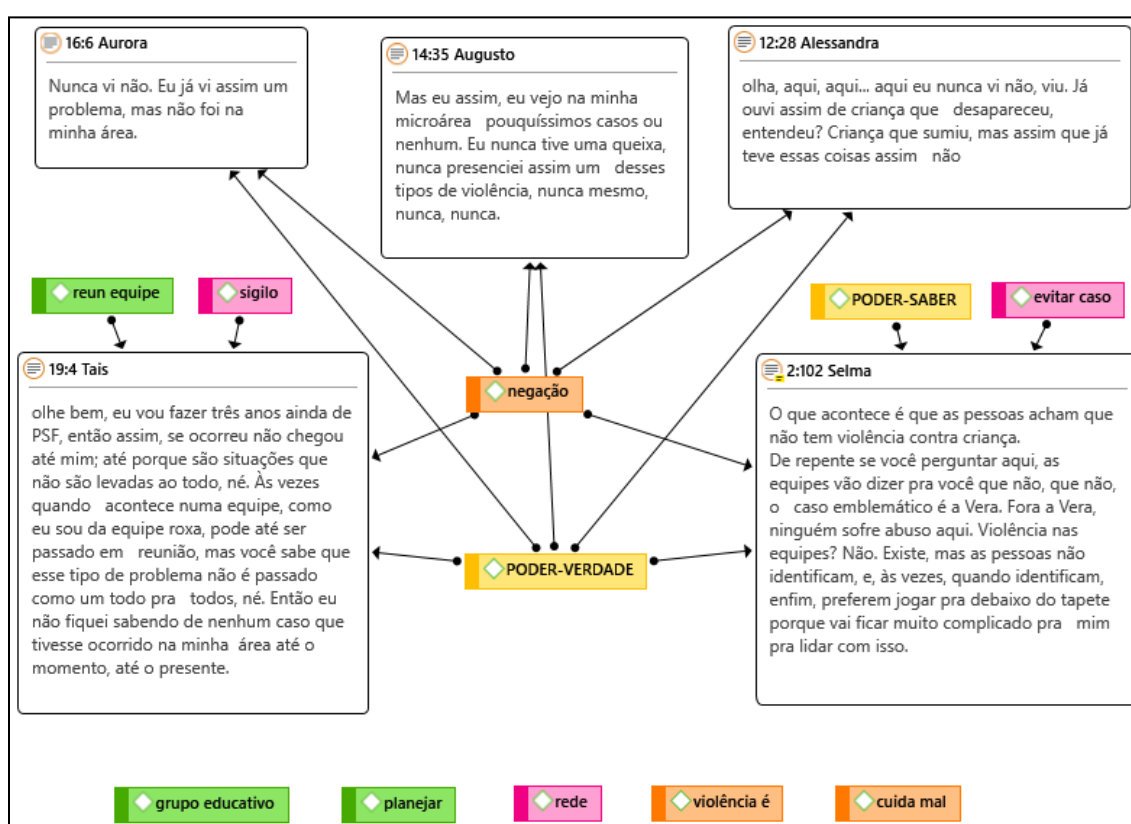
A negação aconteceu no começo, mas não deixou de permear todo o campo. Durante as entrevistas, a negação continuou sendo expressada, feita por profissionais de todas as categorias da equipe mínima. Entre os ACS, Amanda negou em entrevista; Aurora e Augusto

³¹ [IPERBA](http://www.saude.ba.gov/maternidade/iperba/) – Instituto de Perinatologia da Bahia. É um hospital de médio porte, referência em média complexidade, sendo uma Unidade de Saúde Pública de assistência, ensino, pesquisa e centro de capacitação de profissionais nas áreas de saúde da mulher e do recém-nascido, tanto para serviços ambulatoriais quanto hospitalares. Retirado do site do instituto em 10/2/2019: <http://www.saude.ba.gov/maternidade/iperba/>.

e Alessandra também disseram que até aquele momento não tinham sabido de nenhum caso. No conjunto das enfermeiras e médicas, também houve negação na fala de Ellen e Mercedes. E ao final da análise, registrei 28 trechos das entrevistas com o código negação em coocorrência com outros nove códigos no ATLAS.ti.

A seguir, na Figura 13, apresento algumas citações de profissionais de diferentes categorias agrupadas com o código 'negação' e os 10 códigos em coocorrência com este:

Figura 13 – Citações relativas ao código 'negação' e códigos em coocorrência



Fonte: Elaboração própria a partir do *software* ATLAS.ti

Nas citações apresentadas na Figura 13, é possível observar que as negações expressas pelos profissionais estão todas relacionadas a discursos com efeitos de verdade sobre a ausência desse tipo de situação no trabalho das equipes. Resultados similares aos encontrados por Veloso (2015) entre os 174 participantes de sua pesquisa, profissionais da ESF de um distrito de saúde de Belém (PA).

Chama atenção, na fala de Taís, que sua negação está relacionada ao não conhecimento dessas situações por não participar das reuniões de equipe e ainda por serem

situações em que se busca a preservação do sigilo, a fim de evitar exposições desnecessárias dos usuários perante os demais profissionais.

No discurso de Selma, a negação aparece de uma maneira mais ampla entre os profissionais das diferentes equipes, estando relacionada ao saber-poder dos profissionais em cuidar de crianças envolvidas nesse tipo de situação, o que resulta na atitude de evitar esse tipo de caso e agir como se eles não existissem. Conteúdo similar ao encontrado por Carvalho (2009) ao entrevistar profissionais de um serviço de saúde de Salvador, ao evitar constituir uma situação de violência como um caso.

A negação dos casos me fez pensar que os profissionais me negavam experiências notificadas. Isso me sugeriu que, ao responderem: “Não tem caso de violência contra criança aqui”, isso tinha mais um sentido de: *Não temos casos de crianças em situação de violência notificados por esta unidade de saúde*. Ao seguir nessa linha de pensamento, a associação – depois confirmada com alguns participantes – era que sem notificação não havia caso. Esse raciocínio é uma das possibilidades para compreender a negação inicial ‘de casos’; o que nas entrelinhas, não afirma a inexistência de crianças em situação de violência no território.

Então, primeiramente, a violência é negada, mesmo que depois ela apareça. Como se no território de atuação da unidade de saúde não houvesse violências intencionais e o local onde ela está localizada – o distrito e seu entorno – não fosse uma região violenta, como mostram os dados apresentados em capítulos anteriores.

As negativas me fizeram mudar a abordagem com os profissionais e me levaram a manifestar interesse em possíveis ocorrências de violências que são percebidas, mas não são notificadas, situações em que não se pode ou não dá para se ‘entrar’.

‘Entrar no caso’, jargão utilizado nesse tecido social, tem o sentido de assumi-lo enquanto um problema a ser resolvido pela equipe, ainda que possam ou não serem formalizados através da notificação. À vista disso, sim, há crianças em situações de violência no território de trabalho da unidade estudada e algumas experiências no cuidado a essas crianças foram relatadas, formando a base dos casos apresentados nos três capítulos seguintes.

Entretanto, são pouco os casos atendidos nas Unidades de Saúde da Família estudadas. Um conteúdo presente nas falas de Mercedes e Melissa durante entrevista:

Mercedes: Rapaz, esse negócio foi bom até para a gente se lembrar que existe, né? Porque, às vezes, a gente fica tão focada em doenças crônicas, em outras coisas, e a gente não tem olhado para detectar uma possível violência, ou um caso suspeito, ou que pode ser levado a uma violência ou não. E assim, a gente tem que melhorar ainda mais, viu? É triste falar que eu não tenho relato. Deve ter, com certeza tem, só que às vezes nem todos chegam, né, se abrem, contam a sua vida.

Melissa: O público maior aqui realmente é HIPERDIA, é hipertenso e diabético. [...] E pré-natal, ô... pré-natal é uma beleza [riso]. Então é o quê? É coisa de cuidado continuado, puericultura até dois anos, pré-natal, hipertensão e diabetes. Esse é o carro chefe da unidade. Aí vêm os casos pontuais, alguns de saúde mental, de abuso de álcool e drogas, de violência, mas é mais pontual.

As citações das médicas apresentadas acima revelam que a prática não é de violência todo dia, e apontam o enfoque do trabalho desempenhado nesses serviços de saúde, que é a partir da implantação dos programas voltados para atenção às pessoas com hipertensão, diabetes, o acompanhamento de saúde de crianças até dois anos e de mulheres durante o pré-natal que se configuram como as demandas mais requisitadas, embora outras demandas pontuais também estejam presentes no cotidiano de trabalho. Algo sinalizado ao se referirem às demandas que os programas implantados no serviço direcionam aos profissionais.

8.3 O CUIDADO DAS CRIANÇAS NA FAMÍLIA

Outra abordagem alternativa utilizada para superar as negações foi indagar os participantes sobre os cuidados parentais desempenhados para as crianças. Com isso, incluí duas perguntas nas entrevistas utilizando categorias êmicas de “cuida bem” e “cuida mal”, que também foram utilizadas como códigos do ATLAS.ti.

Nas entrevistas, houve variação no espectro de modalidades do cuidado parental. De modo geral, o cuidado parental da maioria das crianças atendidas na USF foi considerado bom e os pais que cuidam mal foram considerados exceções. Entretanto, as descrições sobre “cuida mal” foram mais amplas e detalhadas.

Como exemplo dos pais que cuidam bem de seus filhos, foram citadas mães zelosas e preocupadas, e questões do cuidado mais básico como vacina em dia, banho, roupa limpa, frequência na escola, brincar; e que trazem regularmente a criança à unidade, principalmente na fala dos ACS. “Conforme a área da saúde pede”, me disse Avelina. O que, na visão

foucaultiana, expressa bem a visão de que o campo da saúde exerce um poder normativo, que indica, ordena, diz o que ‘deve’ e o que ‘não deve’ ser feito para determinada ação.

Entre as enfermeiras e médicas, o espaço da consulta foi sinalizado como o local de observação desse cuidado. Tendo sido citadas mães zelosas, amorosas e preocupadas e crianças que não ficam sem supervisão em casa. Trazer as crianças para as consultas médicas e de enfermagem, manter a vacinação em dia e a amamentação também surgiram como indicadores do cuidado parental para essas profissionais.

Também é relevante nas falas de Ellen, Érica, Edson, Áurea e Melissa a menção do cuidado infantil centrado na mãe. Os participantes não se referem ao pai ou aos pais como um cuidado coparental. O cuidado infantil centrado na mulher é algo encontrado em similaridade a outros contextos sociais de sociedades ocidentais contemporâneas semelhantes à brasileira (CASTRO et al., 2012), embora outras configurações da divisão sexual do trabalho também venham sendo descritas, persiste a existência de famílias nas quais as mulheres empenham mais horas em atividades externas e internas do lar em comparação aos homens.

Entre o “cuida bem” e o “cuida mal”, o cuidado parental foi sinalizado como suficiente, razoável. Chamou atenção que muitos profissionais relacionaram o cuidado parental associado à condição financeira família, em uma relação de mais dinheiro com melhor cuidado.

As respostas dos participantes que falaram sobre o “cuida mal” foram mais descritivas da situação.

Ellen comentou que boa parte das famílias melhorou o cuidado com as crianças. As que usam o serviço de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos nos atendimentos de puericultura, as famílias cuidam bem, as crianças vêm “direitinhas, limpinhas, cheirosinhas, bem cuidadas”; já as maiores – como não vêm ao posto – Ellen percebe, em visita à área, que o cuidado “deixa a desejar”, que são “filhos soltos por aí” ou que ficam sob o cuidado da avó, por exemplo, após a separação ou abandono dos pais.

Entre os ACS, Alberto e Áurea fizeram comentários significativos. Ele referiu que em sua opinião o cuidado dos pais com as crianças “é horrível”, assinalou não ver preocupação

das mães com o acompanhamento da educação e da saúde dos filhos como um direito social. Áurea comentou o mesmo que Edson e Melissa sobre o cuidado parental grosseiro. Disse que claramente vê crianças maltratadas, sendo tratadas como “qualquer coisa” por pais sem paciência. Existem famílias extensas coabitando o mesmo pequeno metro quadrado do imóvel e isso lhe entristece.

Áurea também relatou ver crianças por um período do dia sem a supervisão de um adulto em casa, tendo sinalizado que entende que os pais precisam trabalhar, mas pontuou que o local de residência “não é apropriado”, se referindo que é perigoso. Falou que também vê crianças “que vivem muito pela rua” e demonstrou sua preocupação de que se nada acontecer, elas possam entrar para o “mundo das drogas”, tendo relatado que já conheceu meninos de nove e dez anos que ‘se envolveram nesse mundo’ e que hoje não vivem mais, foram mortos.

Em sua resposta, Melissa comentou sobre violência no território, sobre desarmonia da dinâmica familiar, que em sua opinião se reflete no comportamento das crianças, e citou: pai ‘envolvido’, alcoolismo, violência conjugal, desagregação familiar, famílias monoparentais tendo mulheres como responsáveis, jovens mães, com necessidades tanto materiais quanto afetivas. E, em suas palavras, “isso gera violência nas crianças”. Referiu também não gostar do tipo de cuidado parental observado em algumas famílias por observar que o disciplinamento das crianças, “geralmente, é com palavra pesada [xingamento], às vezes, com palmadinha também”.

Edson falou de um modo mais amplo, pontuando que o território da unidade não tem um perfil homogêneo das famílias. Comentou sobre a vulnerabilidade de famílias que residem em alguns bolsões de pobreza ao destacar diferentes áreas de vulnerabilidade distribuídas entre as equipes, onde há usuários que residem em assentamentos e invasões, e também as áreas de famílias de classe média que moram em apartamentos de algum bloco ou nas casas de algum caminho [as ruas locais], alguns com carteira assinada, outros trabalhadores informais. E pontuou que as negligências que observa entre as famílias, que as compreendia, sobremaneira, decorrentes do desconhecimento de como operar o cuidado com as crianças e não como uma ação deliberada de violência. Tendo destacado que sua visão é baseada, sobretudo, no olhar que dirige às crianças menores de dois anos nas consultas de puericultura e não para as maiores, pois estas frequentam menos a unidade de saúde, sinalizando a falta

de um programa voltado para elas. E comentou, ainda, que lhe chamava atenção a falta de perspectiva de futuro nas famílias cadastradas, referindo que não via nas famílias um planejamento para o futuro das crianças, somente a perspectiva de presente, do hoje.

Em sua resposta, Selma disse não ter exemplos de famílias que cuidam bem. “A gente sempre chega na hora crítica”, referindo que a equipe do NASF só é solicitada quando a equipe mínima do Saúde da Família não consegue lidar com determinadas situações. Relatou ainda que, como assistente social, ela é requisitada somente para os casos mais complexos, e nessas famílias o cuidado “normalmente é ruim”. No cotidiano de trabalho, era chamada para questões que envolvem crianças em situações de negligências, suspeita de maus tratos, suspeita de abuso sexual e disse: “A gente recebe o que é bem ruim”; e finalizou dizendo que “a forma como as famílias lidam com essa fase da vida é bem ruim”.

A fala de Selma completa os diferentes ângulos pelos quais os profissionais enxergam as famílias e as crianças que atendem. Não é espantoso uma assistente social revelar que é chamada para atuar em casos mais graves.

No entanto, chama atenção que outros profissionais tenham concentrado o foco na frequência às consultas agendadas na unidade como indicador da qualidade do cuidado parental que a criança recebe.

Além da presença nas consultas, as modalidades do ‘cuida mal’ foram relacionadas, em grau maior ou menor, ao acompanhamento da educação formal dos filhos, à falta de paciência dos pais, às crianças ficarem sem supervisão de um adulto responsável, enquanto aspectos relativos ao estilo de disciplinamento dos filhos.

Esse mal cuidado, ainda que não nominado como violência, na visão dos profissionais, não está ligado somente às habilidades dos pais, está sim atravessado por questões sociais e pelo contexto em que as crianças vivem.

No plano das dimensões macrossociais, a qualidade do cuidado foi descrita como algo suscetível à variabilidade dos arranjos familiares, ao número de famílias em condições de vulnerabilidade social, à desarmonia e à desagregação familiar com a disseminação do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas.

9 CASO A: VANDA E VALDIR

Esse foi um caso sinalizado, referido, comentado por diferentes profissionais. Conheci Vanda, seus irmãos e sua mãe em repetidos encontros entre os membros dessa família e os profissionais da USF.1. Observei visitas domiciliares, consultas médicas, discussões do caso em reunião de equipe, um encontro com o Conselho Tutelar, assim como foi possível conversar com vários membros da ESF e também interagir um pouco com a família. Dentre os três casos analisados nesta pesquisa, esse foi o que tive mais proximidade, pois seu cuidado seguia em andamento e, em virtude disso, é o que possui mais informações.

Em uma das conversas com Ellen, ela me disse que Dolores e suas crianças são um “caso antigo” da USF.1. Alguns profissionais chegaram a dizer que as crianças e Dolores constituem um “caso crônico” na unidade. Ellen comentou comigo que todos na USF já ouviram sobre esse caso. Ela já trabalha há oito anos na USF e Dolores já era atendida lá desde então.

Meu contato com esse caso se deu através de Áurea, quando a conheci no final de fevereiro de 2018. Na ocasião, eu disse que realizava ali uma pesquisa sobre crianças em situação de violência em suas famílias e ela, ao se mostrar atenciosa e curiosa, logo comentou que na microárea de sua responsabilidade havia uma família de uma mãe com muitas crianças, com um pai ausente que não cuidava dos filhos e que, na sua visão, ela via isso como uma violência com essas crianças. Com certo entusiasmo, ela disse que eu poderia ir na área acompanhá-la em suas visitas e se eu quisesse poderia conhecer essa família. Logo aceitei e agradei pela receptividade e colaboração. Combinamos que ela falaria antes com a família, solicitando que ela pudesse estar acompanhada na visita.

9.1 “UMA RENCA DE MENINOS” E O CADASTRO

Vanda e Valdir são irmãos, ela tem 11 anos e ele 9 meses, são filhos de Dolores que tem 32 anos. Essa família havia sido recentemente cadastrada pela equipe verde, embora já viesse sendo atendida há algum tempo por diferentes profissionais da USF.1. Por isso, é uma família conhecida pelos profissionais da unidade, conhecida principalmente pelo seu tamanho.

Vanda e Valdir não são os únicos filhos de Dolores, Vanda é a mais velha e Valdir o mais novo. Depois de Vanda, nasceu Vicente que, em fevereiro de 2018, estava com 10 anos; depois Vilma, com 9 anos e, após um intervalo de quatro anos, Dolores engravidou novamente e nasceu Valério, que tinha 4 anos e 3 meses. Na sequência, nasceu Vander, que tinha 1 ano e 8 meses e ainda há quase um ano nasceu Valdir, com 9 meses naquele momento; no total, são seis crianças.

A família mora há vários anos na área que hoje – após a territorialização – foi assumida pela equipe verde. Porém, segundo me informaram, a família já era atendida pelos profissionais da unidade quando esta ainda não era uma USF e operava no modelo de UBS. Desde fevereiro de 2017, após a territorialização da USF.1, o local onde está a residência da família passou a ter ACS. Dolores e as crianças moram na última casa com família cadastrada por Áurea naquela região. Se morassem do outro lado do córrego, continuariam sem cadastro, pelo menos nessa territorialização feita em 2017.

A partir do cadastro da família e com o início das visitas domiciliares, a equipe passou a ter outras informações sobre a família, além das obtidas na USF, situação que Selma e Patrícia trouxeram durante suas entrevistas. Patrícia (NASF) me disse que, embora conheça, não atende a família de Vanda e Valdir, entretanto ela é quem melhor sintetiza a visão dos profissionais sobre a família e essas crianças:

Alder: Outro caso que eu queria que você comentasse, a partir do lugar onde vê, é o caso de Dolores e seus filhos.

Patrícia: Sim, eu lembrei dela enquanto eu estava falando aqui. Dolores morava até bem pouco tempo em uma área sem ACS, né, agora com a reterritorialização é que passou a ter agente comunitário e foi a partir daí que a gente teve a dimensão dos problemas enfrentados por Dolores. A gente conhecia, pelo menos eu conhecia Dolores, por ser aquela mulher que vinha com uma renca de meninos no posto, porque era assim que falavam: *Lá vem ela, aquela paciente de Elisa com uma renca de meninos*. E dizem que os meninos botavam o consultório abaixo porque ela só vinha com todos. Não é à toa que a fama era essa, mas depois que houve agente comunitário foi que a agente comunitária relatou as condições precaríssimas em que ela vivia, que a gente não imaginava que ela vivesse nessa condição, que inclusive Selma a visitou, a médica da equipe também a visitou, né?

E Selma comentou da sua percepção de que as equipes recuam em certos casos e têm receio de lhe inserir nas equipes e comentar certos casos, decorrente do estigma que ronda a atividade da assistente social, principalmente com a retirada das crianças da família.

Comentando que a equipe anteriormente não “abraçou a causa”, dizia que não havia problemas com Dolores e seus filhos. Entretanto, Selma ponderava que diante de tanta vulnerabilidade vivenciada pela família, era necessário realizar visitas para saber também se ocorriam situações de violência com a família.

9.2 O TERRITÓRIO E A PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR

Na manhã do dia 5/3/2018, acompanhei o trabalho de Áurea nas visitas domiciliares. Ela percorreu partes do seu território de trabalho visitando famílias com crianças e ao tempo em que avançávamos nas visitas íamos nos aproximando do final da pequena rua em que estávamos. Era perceptível que nos dirigíamos para o lado mais pobre do território. A rua se estreitava, as calçadas pioravam de estado ou inexistiam. Mais mato, menos pavimentação.

Assim como era nítida a mudança no padrão das casas à medida que avançávamos, os materiais iam mudando, os tamanhos reduzindo, o calçamento da via, o asfalto, deixava de existir abruptamente e o caminho final era no barro. Nessa parte do caminho, onde já se via as últimas casas, já era um caminho aberto e marcado pelas pisadas no que antes era só grama. Eram casas de alvenaria, pequenas, simples, várias. Chegando ao final da rua, foi possível ver mais um barranco pequeno, porém íngreme, sem asfalto ou cimento, a escada estava esculpida no próprio barro, com os sulcos moldados por tantas pisadas. Chamou atenção que elas fossem construídas afastadas umas das outras, com um espaço considerável de terra entre elas; nesse final observei não só casas de alvenaria, alguns barracos construídos com material reaproveitado também foram erguidos no local. Vi bastante verde ao redor, mata fechada.

Ainda de cima foi possível ver a casa de Vanda lá embaixo, após Áurea me sinalizar qual era. Quatro crianças sentadas no batente da porta já nos indicavam que eles estavam nos esperando e de lá acenaram para Áurea quando ainda estávamos no topo da ladeira.

A casa em que Dolores mora com os filhos fica no final da microárea de Áurea, a cerca de um metro do que antes certamente era só um córrego, hoje acrescido do esgoto das famílias que por ali residem. O córrego é o limite das famílias cadastradas e não cadastradas. Áurea me disse que as demais famílias que moram depois do córrego podem usar e usam os serviços da unidade, mas não são cadastradas pelos ACS, conseqüentemente, não recebem

visitas domiciliares. Chama atenção a quantidade de lixo e o esgoto a céu aberto no entorno do domicílio.

Já na porta de casa, as crianças ainda estavam sentadas, pareciam apáticas. Áurea pediu que chamassem a mãe, que veio instantes depois enxugando as mãos. Dolores estava lavando roupa, usava um vestido sem alças, molhado, meio caindo, nos recebeu na frente da casa e nos convidou para entrar. Chamou-me atenção uma máquina de lavar empoeirada na entrada da casa, encostada em um canto, o que me sugeriu que não tinha uso ali.

Já lá dentro, foi inevitável não notar a quantidade de calçados infantis no chão. Vários tamanhos – do pequeno ao muito pequeno – diversas cores, sobretudo cor de rosa e as crianças descalças naquele momento.

A casa onde moram é pequena, construída em alvenaria, tem quatro cômodos: sala e quarto separados por um guarda-roupas que faz as vezes de uma parede e divide os dois cômodos, além de cozinha e banheiro. Fica em uma área de invasão, a uns 20 minutos a pé da unidade, passando por algumas ruas e vielas, subidas e descidas, para além da via principal do bairro. Estando ali foi inevitável não observar o precário estado de manutenção da casa: antiga, sem reparo, em mau estado de conservação e limpeza, com um odor forte de urina.

A casa é própria. Porta deteriorada, até parecia não fechar direito, algumas janelas sem vidro. O mobiliário da casa era reduzido, se resumia a um guarda-roupas, duas camas – uma de casal no quarto e a outra de solteiro na sala; dois televisores antigos de modelo de tubo – um no chão e outro em uma pequena estante maltratada pelo tempo – e a máquina de lavar na entrada da casa; tudo com um estado de conservação precário e aparência de quebrado. Observei ainda alguns sacos plásticos com roupas em cima da cama de casal, Dolores falou que os usa como guarda-roupa. O chão da casa era revestido com um piso frio de baixa qualidade já desgastado pelo uso. O fornecimento de água e luz não era feito pelas empresas responsáveis e Dolores comentou que a corrente elétrica não tem estabilidade e por isso a máquina de lavar e a televisão estavam sem uso no momento.

Dois cachorros, um filhote deitado na sala, parecia doente, tremendo; o outro sujo, com pelo embolado e odor que sugeria falta de banho, entrava e saía da casa durante a visita.

9.3 AS CRIANÇAS, A MÃE

Todas as crianças estavam em casa naquele momento. Vilma estuda pela manhã, mas não tinha ido à escola. Dolores disse que as crianças não se sentiam bem naquele dia. Elas pareciam sem ânimo, com um certo vazio no olhar.

Áurea já sabia que Valdir estava doente. Estava resfriado, com coriza, tossindo e sem febre. No caminho da ida, ela havia comentado comigo que esteve lá na tarde anterior para pedir permissão a Dolores para fazer uma visita acompanhada. Na época, com 9 meses, Valdir estava abaixo do peso, olhar sem vida, com atraso no desenvolvimento neuromotor: não ficava sentado sem apoio, não se arrastava, nem ensaiava engatinhar, também sem conseguir passar objetos de uma mão para a outra, aquisições esperadas para um bebê entre 6 e 9 meses; também não possuía o corpo firme nem sentava com apoio, que são posturas esperadas para um bebê entre 4 e 6 meses. Dentre as aquisições dessa fase, somente virava-se na cama de um lado para o outro. Valdir passava o dia na cama ou no carrinho, sem ficar no chão.

Exceto Vanda, as outras crianças pareciam magras, fracas e sem ânimo. À vista, todas pareciam estar abaixo do peso esperado para a idade de cada uma. As três crianças mais velhas estavam matriculadas na mesma escola. Vanda e Vicente no 3º ano e estudavam no período da tarde, na mesma turma. Vilma, no 2º ano, estudava pela manhã e Vanda é quem a levava e buscava. A escola ficava na Cajazeiras do lado, a 20 minutos, e elas iam andando.

Dolores tinha 32 anos, aproximadamente, 44 kg e 155 cm. Vanda nasceu quando Dolores tinha 21 anos; aos 27, já tinha quatro filhos e não teve nenhum aborto.

Áurea perguntou a Dolores sobre a alimentação de Valdir, ela lhe respondeu que naqueles dias estava fazendo leite em pó e repetia: *Mas sem açúcar, sem açúcar, eu não boto açúcar*. Depois pediu para verificar os cartões de vacina das crianças. Dolores os guardava em uma pasta, pegou também os cartões do SUS e outros documentos que estavam guardados em uma pequena bolsa com zíper. Tudo à mão e em ótimo estado de conservação. Valdir estava com vacina atrasada, um mês de atraso; ela disse que não o levou porque ele não estava bem de saúde.

Ao observar a conversa de Áurea e Dolores, me pareceu, ainda que como uma interrogação, que Dolores possuía algum problema de ordem cognitiva, ainda que leve. As respostas que dava e os comentários que fazia eram evasivos, por vezes enrolados. Não foi possível compreender o que dizia. Era um discurso sem emoção, com a entonação da voz sem oscilar. A conversa de Áurea com ela foi difícil, não fluiu, as respostas não eram claras; às vezes, me pareceu falar de outro assunto, ou que ela não acompanhava o que era conversado.

Chamou-me atenção que ela estivesse lavando roupa à mão no tanque que tem na cozinha e não na máquina de lavar que fica na entrada da casa. Em um momento, ela disse que comprou a máquina através de um crediário, porque sempre quis ter uma máquina, e que pagava as parcelas mensalmente com juros, disse: “Eles aumentam”, se referindo aos juros porque pagava o boleto somente após a data do vencimento. Dolores estava recebendo R\$ 400,00 por mês do programa Bolsa Família e o programa disponibilizava o recurso financeiro em data posterior à do vencimento; com parcelas vencidas no dia 8 e o recurso do programa entrando no dia 21 de cada mês, assim havia um atraso cíclico nos pagamentos, sem que ela conseguisse se organizar para guardar dinheiro do mês anterior para a parcela seguinte.

Ao término da visita, já fora da casa, veio uma criança do outro lado do córrego correndo, pedindo para Áurea esperar. A mãe daquela criança queria perguntar algo sobre um exame. Ela vinha andando com dificuldade, carregando um corpo com mais peso que a proporção do seu biotipo. Áurea lhe informou.

9.4 O PAI

Todas as crianças foram geradas por Dolores e um único genitor. Dolores e o pai das crianças não são casados e não moram juntos. Áurea disse não saber onde ele mora, embora Dolores já tenha lhe dito que é perto. Ele tem outra família, Áurea disse que Dolores é uma amante. Entretanto, ele registrou todos os filhos, mas pouco vai na casa onde estão os filhos, também não participa do cuidado com as crianças. Áurea já o viu uma vez enquanto fazia uma visita para a família, em sua opinião ele se mostrou um homem bruto. Sabe que ele é conhecido na região como o “Senegalês” por conta da coloração da sua pele, embora não tenha nascido no Senegal; conseqüentemente os filhos de Dolores são chamados de “os filhos do Senegalês”. Áurea me disse que na ocasião em que o encontrou na casa da família, pediu para ele ir ao

posto, mas não sabe outras informações sobre ele, como a respeito de trabalho, sobre a outra família etc.

Dolores também disse não ser casada com “Senegalês”. Contou que ele traz comida e vai embora. Feijão, arroz, açúcar, às vezes mortadela e salsicha. Não é sempre que vem e também não é sempre que a família tem comida. Ela não falou em fralda ou leite para os filhos menores. As negligências desse genitor vão desde a omissão ao provimento das necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social dos filhos, até a negligência emocional.

Na conversa que tive com Áurea, durante a entrevista, pedi que me dissesse o que considera como uma situação de violência e em sua resposta ela falou sobre a situação dos filhos de Dolores:

Áurea: Eu acho assim, sabe, violência, normalmente quando as pessoas falam assim, violência, só se pensa mais nesse lado de agressão, da violência sexual, alguma coisa assim. Mas eu acho também, assim, as pessoas colocaram tanto filho no mundo sem condições de dar o básico, pelo menos o que comer, o que vestir; de vez em quando levar a criança pra dar um passeio pra disfarçar um pouco a cabeça, sei lá, de vez em quando, alguma coisa assim. [...] Não que essas outras coisas que eu falei aqui não sejam, mas às vezes você vê, [...] como o caso de Dolores mesmo, você vê aquelas crianças ali passando fome e não têm o que comer, não têm. De você chegar dentro da casa dela e ela dizer que só tem feijão no fogo, feijão sem nada, só ali com aquele tempero e, às vezes, só com o sal. Você ver, como eu cheguei na casa deles e vi, os meninos tomando um chá com aquele cuscuz seco, seco, seco, os meninos comendo como se fosse a coisa mais gostosa do mundo, quer dizer, eu acho que isso é uma violência, eu acho que a pessoa colocar tanto filho no mundo desse jeito, não sei, não sei, tem várias formas de violência, mas pra mim essa é uma também. É uma e, às vezes, as pessoas não olham muito pra isso, sabe? Não olham. Não olham. Só olham aquela questão mesmo, que realmente é também, da violência de uma criança, né, ficar em casa com alguém e ser abusada, de estar sendo agredida. [...] É complicado. É isso.

Áurea me contou também que logo que conheceu o contexto em que a família se encontrava, se compadeceu e comentou com Alberto. Juntos, conseguiram algumas doações de roupas, alimentos e móveis e levaram para a família em um dia fora do horário de trabalho. Senegalês estava na casa nesse momento e ela pediu-lhe permissão para fazer as doações, que foram recebidas.

Em uma conversa com Elisa, a enfermeira que trabalha na equipe verde, ela me disse que Senegalês não frequenta a unidade de saúde, os profissionais não o conhecem. Relatou

que ele só veio na unidade uma vez e foi há muito tempo, para tirar satisfação com um ex-agente de portaria que se desentendeu com Dolores. Na ocasião, o funcionário e Dolores trocaram xingamentos e ela repetia que ia chamar o Senegalês para vir tirar satisfação; ele veio mesmo, brigou com esse ex-funcionário e segundo Elisa não foi nada grave.

9.5 VISITA DOMICILIAR COM ÁUREA, MARILDA E SELMA

Ao regressar da visita com Áurea à unidade, comentei com Marilda e Selma que conheci as crianças e Dolores. A verdade é que fiquei impressionado, talvez chocado seja o termo mais próximo do que me ocorreu ao ver as condições em que Vanda e Valdir habitam com seus irmãos.

Selma me disse que já conhecia a família, que fez uma visita com Áurea e comunicou o caso ao Conselho Tutelar através de um relatório enviado por e-mail em janeiro de 2018. Marilda, não conhecia nenhum membro da família, não fez nenhuma consulta e até aquele momento só ouviu comentários. Marilda me disse que diante da situação, das informações que recebeu, das demandas relativas ao mal-estar das crianças e, principalmente, do estado de desenvolvimento em que se encontrava Valdir, também faria uma visita domiciliar com a ACS, o que ficou combinado para ocorrer no prazo de dois dias. Perguntei se poderia acompanhá-las na visita e fui imediatamente aceito, sem sinais de resistência.

Então, no dia 7/3/2018, também pude observar a realização da visita domiciliar que Marilda fez para a família, juntamente com Áurea e Selma. No início da visita, Marilda dedicou um tempo para fazer anotações de dados que dizem respeito à saúde das crianças, sentou à sombra em uma cadeira em frente da casa da vizinha para anotar o peso, altura, perímetro cefálico, idade de todos. Áurea ditava os dados que estavam nas cadernetas e Marilda escrevia. A ACS tinha ido no dia anterior com uma balança e havia pesado e também medido as crianças porque sabia que esse procedimento não fora realizado recentemente. Dolores não ficou por perto nesse momento, estava dentro de sua casa, depois Vanda comentou que Dolores não tinha boa relação com a vizinha que morava em frente da casa onde Marilda estava sentada. Em seguida, disse que a mãe não queria que os filhos falassem ou entrassem na casa dessa vizinha por ela “ser macumbeira”.

Marilda entrou na casa para avaliar Valdir. A casa estava mais limpa que na visita de dois dias atrás. As crianças estavam mais animadas, exceto Vicente, que ainda estava sem ânimo, embora estivesse em pé, interagindo com as irmãs e irmãos. E para realizar a avaliação física, colocou Valdir na cama da sala, que nesse dia estava com um lençol limpo. Examinou, fez prega na pele, auscultou. Marilda estava sem uma fita métrica para medir o perímetro cefálico, Áurea tinha uma e emprestou. Marilda também pediu para eu fazer fotos de Valdir e depois enviar para ela pelo *whatsapp*, fiz e as enviei. Áurea comentou discretamente comigo que a cama de solteiro que estava na sala, onde Marilda examinava Valdir, era a cama que ela tinha conseguido em doação para a família.

Ao indagar sobre a alimentação de Valdir, Dolores disse que ele toma leite e mingau de maisena. O leite que tiver, pó, caixa, qualquer um. Hoje, o que ela tinha era um leite em pó já açucarado de uma marca popular. Marilda circulou pelos cômodos, olhou o conteúdo das panelas no fogão e disse que só tinha arroz nas panelas. Dolores afirmou que o almoço naquele dia seria arroz e mortadela.

Valdir e Vander ainda usavam fralda naquele momento. Dolores referiu comprar um pacote de fralda média para usar em ambos, tamanho que ficava justo em Vander e folgado em Valdir. No momento da visita, só havia três fraldas no pacote. Dolores disse estar sem dinheiro para comprar outro e, quando acabasse, no lugar de fralda ela colocaria saco plástico de supermercado. Esse é um recurso que já utilizou outras vezes, mesmo sabendo que provocaria assaduras, disse ela na sequência; antes de qualquer comentário dos profissionais, disse que, se ocorresse isso, depois iria no posto e solicitaria pomada de assadura, como já fez.

O filhote de cachorro estava tremendo do mesmo jeito que vi na visita anterior. Selma insistiu que a família deveria se livrar logo dele. “Hoje!” A profissional foi enfática. E a orientação me pareceu ser para Vanda – a mais velha – que parecia ser a mais incomodada com a necessidade e urgência de se separar do animal. Vanda ainda argumentou com Selma dizendo que um homem deu remédio e ela ia dar para o animal melhorar; quando Selma questionou: *Que homem? Que remédio?* A criança sem saber o que dizer, não deu resposta. Além de cachorro, há também gatos na casa, vi dois dentro e um fora. Selma depois comentou em separado que não falou nada sobre os gatos, pois naquela situação os compreende como

“redução de danos”, por causa dos ratos, ao me lembrar que a família mora ao lado do córrego.

Na continuação das ações dessa visita, os profissionais ficaram cientes de que, no mês anterior, Dolores não recebeu a dose do anticoncepcional injetável que usa trimestralmente. Em uma explicação confusa para ser plenamente compreendida, ela disse que não deu. Marilda verificou que Valdir também estava com vacina atrasada há um mês, então convidou a mãe para ir na unidade atualizar o cartão de vacina e receber o anticoncepcional.

A última parte da visita, Marilda dedicou a fazer perguntas sobre o pai das crianças. Ela e Selma começaram a fazer perguntas que Dolores também não respondia claramente. Imaginei que Dolores já devia ter repetido essa história diversas vezes para diferentes profissionais [ou não]. Ao responder, ela repetia que ele estava na igreja naquele momento, como ele não tem trabalho fixo, naquele momento estava na igreja fazendo um bico no telhado. Disse também que ele havia ido lá na casa cedo naquele dia, deixou a mortadela que seria o almoço juntamente com o arroz.

Vi dois sacos plásticos com latas de alumínio amassadas no chão da sala. Me indaguei se eles vendem para conseguir mais um dinheiro, além do recurso financeiro do Bolsa Família. Depois perguntei para Selma e Áurea, mas elas não sabiam dizer o porquê desses sacos com latas, não os tinham notado.

A visita foi encerrada, mas antes Marilda reforçou a orientação a Dolores de comparecer à unidade para receber a dose do seu anticoncepcional injetável e dar a vacina atrasada de Valdir. Disse que preencheria a requisição de exames de sangue, fezes e urina para toda a família, que seriam entregues por Áurea; ela havia esquecido de levar receituário e requisição de exames. Tive a impressão de que ela não estava preparada para o que iria encontrar.

Já na unidade, Marilda e eu sentamos por um tempo no consultório com ar condicionado para reequilibrar a temperatura do corpo. Ellen acabara de atender nesse consultório e estava fazendo trabalho administrativo, e ao saber que voltávamos de uma visita à casa de Dolores e filhos, disse, fechando os olhos e balançando a cabeça negativamente, que Dolores é um caso antigo da unidade.

Para muitos, essa pode ter sido só mais uma quarta-feira sem uma memória específica. Mas para Marilda, foi o dia em que ela conheceu a casa de Vanda e Valdir. Ali, sentada na maca, Marilda disse que pegaria uma daquelas crianças de Dolores para criar, se fosse possível. Disse ainda que achou a situação de Dolores mais complicada do que inicialmente imaginava, dizendo: “A gente sabe que tem famílias muito pobres, mas não assim tão perto. É aqui do lado do posto!”

Naquela noite, Marilda me enviou uma mensagem pelo *whatsapp* compartilhando que não parava de pensar em Dolores. Na mesma noite, sonhou com Dolores e me relatou na manhã seguinte, ainda sob o efeito do choque e da emoção. No sonho, Dolores morava na mesma casa, no mesmo lugar, mas a casa estava arrumada, limpa e tinha uma piscina. A piscina era motivo de inveja dos vizinhos que queriam usá-la, mas Dolores não deixava.

9.6 REUNIÃO DE EQUIPE

Selma me contou que o caso foi discutido na reunião de equipe da semana seguinte, juntamente com a equipe do NASF, Elisa estava em férias. Foram conversadas questões sobre a visita domiciliar feita pela médica, a situação das crianças, a não participação do pai no cuidado das crianças, da questão alimentar da família, os exames solicitados por Marilda e um possível encaminhamento ao Conselho Tutelar.

O caso de Vanda e Valdir voltou a ser discutido na reunião da equipe verde ocorrida em 6/6/2018, que teve início com a leitura da ata da reunião anterior. Selma e Patrícia chegaram pouco depois do início da reunião vestidas com a camisa utilizada pelos servidores públicos em mobilização de greve. Na reunião foram expostas questões sobre os tablets quebrados, foi realizado o planejamento da educação permanente da equipe e conversado sobre a necessidade de enviar uma carta ao distrito, em nome da equipe, solicitando um odontólogo para a equipe, que Elisa se comprometeu em redigir.

A discussão do caso iniciou com Marilda, ao compartilhar que no dia anterior realizou consulta para Valdir e que após a consulta ficou se sentindo mal o resto do dia. A médica disse que ele continua abaixo do peso esperado para a idade e sem avanço nas aquisições motoras. Esse foi o único caso discutido na reunião, tendo mobilizado um bom tempo da mesma.

Acerca do caso, os profissionais se ocuparam em discutir questões sobre a dificuldade em dialogar com Dolores, a responsabilização do pai pela condição em que a família vive, além de algumas questões de ordem clínica do desenvolvimento das crianças.

Selma comentou sobre sua dúvida a respeito de Dolores possuir ou não algum déficit cognitivo e que na sua percepção, às vezes, ela “protege informações”. Coisas que considera que ela não quer falar sobre a própria vida, sobre a família. Selma informou que encaminhou um relatório sobre o caso ao Conselho Tutelar por e-mail e acrescentou que o CT já havia sido informado da história dessa família porque a escola onde as crianças estudam já havia acionado o CT anteriormente, tendo a agressividade das crianças na escola como motivo. Selma ainda compartilhou um receio seu em relação às meninas maiores, Vanda e Vilma, dizendo que as meninas já estão “ficando mocinhas” e moram em uma casa sem segurança e que se preocupa pela segurança delas em uma região que considera perigosa.

Algo diferente nessa reunião foi a presença de Tereza, a técnica de enfermagem da equipe. Ela compartilhou sua experiência de atendimento a Dolores e seus filhos na sala de vacina, dizendo que quando Dolores leva os filhos para vacinar, ela sabe todas as vacinas que são para serem recebidas, ou estão atrasadas, e as datas das próximas doses. E Tereza ressaltou que, na sua opinião, Dolores “se confunde um pouco” e apesar de algum problema cognitivo que Dolores possa ter, ela conhece os filhos, sabe os dias em que precisa levá-los ao posto, e que ela cuida dos filhos dentro de suas possibilidades.

Na mesma reunião, Alberto falou que sabe quem é o pai de Vanda e Valdir. Disse que ele vende picolé em frente a um hospital privado conhecido na região de Cajazeiras; disse também que ele usa uma conversa com conteúdo religioso, e em seguida compartilhou que na sua percepção ele usa isso, mas que não é verdadeiro. Contou ainda que já foi na casa de Dolores, inclusive à noite, levar doações para a família: roupa, cama, armário, objetos que, segundo ele, foram estragados em pouco tempo. Nessa reunião, Elisa orientou a todos os profissionais que atenderem a família, a registrar o atendimento no prontuário.

9.7 CONSULTAS, ATENDIMENTOS E OUTRAS CONVERSAS COM OS PROFISSIONAIS

No dia 5/6/2018 cheguei na USF.1 no final da hora do almoço e encontrei Selma e Marilda na sala de reunião quando elas conversavam sobre o caso de Vanda e Valdir. Selma

disse que a situação continua a mesma, o Conselho Tutelar não deu retorno, nem realizou nenhuma ação. Marilda contou que Áurea trouxe novamente uma demanda de Valdir, naquele momento com um ano, continuava somente deitado na cama, sem se virar e sem sustentar a cabeça. Marilda solicitou que Dolores trouxesse Valdir para consulta e que utilizaria uma vaga extra para atendê-lo.

Tive a oportunidade de observar essa consulta médica em que a família toda estava no consultório. Marilda pediu que ficassem quietos, enquanto conversava com Dolores e falava sobre o Conselho Tutelar. Dolores conversava como se estivesse falando sobre os animais na casa [filhote de cachorro doente], o tópico que Selma frisou na última visita, mas Marilda falava sobre a preocupação dela com o Conselho Tutelar, sobre retirar, abrigar as crianças; quem entendeu e reclamou foram as crianças – Vanda, Vicente e Vilma disseram que não queriam ir para abrigo nenhum. Dolores não comentou nada sobre esse assunto.

A demanda inicial era de Valdir, entretanto Vanda também tinha uma demanda. Marilda deu retorno dos resultados de exames colhidos [depois comentou que ao considerar os “riscos” de saúde envolvendo a família, havia solicitado todos os exames, frisando, “todos” os exames possíveis, até sorologias]. Nos resultados, Dolores e as crianças apresentavam verminose. Os maiores já foram medicados ali mesmo no consultório com Albendazol mastigável em dose única.

Marilda examinou somente Valdir. Não pesou nem mediu a criança. O consultório estava sem balança, a balança da sala dos ACS estava quebrada e a sala de procedimentos estava interditada pela Vigilância Sanitária por conta do estado do ar condicionado. Enquanto Marilda externava sua preocupação com o desenvolvimento de Valdir, Dolores lhe perguntou: *Tem algum remédio para o desenvolvimento?* Ao final da consulta Vanda se mostrou constrangida para falar com a médica, por isso me retirei do consultório.

No retorno ao consultório, depois da consulta, enquanto Marilda registrava o atendimento no prontuário, pude atentar nos registros dos atendimentos de Valdir, que naquele momento tinha 1 ano, que ele só havia tido três consultas de puericultura. Aos 2 meses foi atendido pela enfermeira e pelo médico, aos 5 meses foi a uma consulta de enfermagem. Já apresentava baixo peso quando dos atendimentos aos 2 e 5 meses.

Em uma conversa que tive com Elisa na sala de reunião, conversamos um pouco enquanto ela fazia trabalho administrativo. Ela me perguntou sobre a pesquisa e depois da minha resposta começou a falar sobre a família de Dolores. Afirmou que Dolores já utilizava a USF.1 e que os profissionais, da época em que ainda era UBS, sabendo das condições precárias em que Dolores vivia com os filhos, fizeram doação de cesta básica. Algo que os profissionais atuais também relataram ter feito.

Elisa também comentou que a opção da laqueadura ou vasectomia já foi discutida em equipe e que haviam lhe sugerido o procedimento durante uma consulta, quando Dolores negou a possibilidade de realizar o procedimento ao justificar que não há com quem deixar os filhos no momento da internação hospitalar. Referiu ainda que tampouco o Senegalês planejava realizar a vasectomia.

Nos quatro anos em que trabalha na USF.1, Elisa disse ter atendido diversas vezes Dolores e as crianças e que na sua opinião Dolores não tem déficits cognitivos, e que ela não fala tudo mesmo porque não quer. Segundo Elisa, Dolores cuida bem das crianças dentro do que é possível, mas também diz que Dolores falta e não é regular no uso do anticoncepcional. Relatou também que já se irritou com Dolores por faltar aos atendimentos e que quando ela não vem tomar o anticoncepcional e some por algum tempo, ao chegar uma nova demanda, primeiro imagina que será um novo pré-natal.

Relatou ter feitos os últimos três pré-natais de Dolores e no último, na gravidez de Valdir, período em que a equipe esteve sem médica, fez uma solicitação de uma ultrassonografia obstétrica à maternidade, e não para a referência estabelecida pela regulação para esse procedimento. A maternidade escreveu ao distrito e foi preciso justificar a solicitação de procedimento para outro ponto de referência da rede de pré-natal, fora do protocolo estabelecido. Elisa argumentou que Dolores não foi até o local onde o procedimento pactuado era oferecido: é longe e ela não se desloca para lugares distantes, mesmo dentro de Cajazeiras. Sendo a maternidade o local mais perto e por Dolores conhecer o serviço, essa foi uma tentativa de garantir pelo menos um ultrassom no pré-natal. O procedimento foi realizado. Foi o único ultrassom realizado no pré-natal de Valdir. Elisa disse ainda que Dolores já teve pré-natais sem nenhum ultrassom.

Ela ainda me contou que não conhece a casa na qual a família reside, só teve contato com a mãe e as crianças nos atendimentos na unidade. Também não conhece o pai das crianças. Disse que já o chamou para consulta, mas ele não veio. Relatou também que já pediu para Dolores não trazer todos os seis filhos quando viesse à USF, quando não fosse necessário. As crianças correm na unidade, gritam, não param durante a consulta, mexem em tudo no consultório. Sugeri que ela trouxesse só os menores e deixasse Vanda, a mais velha, em casa como responsável pelos demais.

Enquanto continuávamos a dialogar, Marilda entrou na sala de reunião e participou do final da conversa. Nesse momento, Elisa expressava seus sentimentos de tristeza, de ficar arrasada, que pensa muito nessa família, mas ressaltou que Dolores não é proativa. Marilda disse que esse caso lhe deixa arrasada e que, se pudesse, adotaria uma das crianças de Dolores.

9.8 O CONSELHO TUTELAR

No início de junho de 2018, Selma me relatou que havia combinado com Áurea e que havia solicitado um carro do distrito para irem ao Conselho Tutelar de surpresa para falar com o conselheiro.

Dois dias antes, Marilda conversou comigo e me disse que gostaria de acompanhar a assistente social ao Conselho Tutelar ou de fazer um relatório sobre o caso para anexar ao da assistente social. Na dúvida sobre fazê-lo ou não, perguntou no grupo de *whatsapp* dos integrantes do Programa Mais Médicos sobre como proceder. Seu preceptor e os colegas do programa lhe orientaram a não se envolver para se preservar e sugeriram que ela não fosse ao Conselho Tutelar; também foi cogitado que essa atitude poderia ser interpretada como algo superior à opinião da assistente social, ao entender que essa não é uma função dela na equipe.

No dia 8/6/2018, acompanhei a ida de Selma e Patrícia ao Conselho Tutelar. O conselheiro de plantão que as recebeu perguntou o motivo da ida. Selma fez uma breve explicação do caso e disse que já havia enviado um relatório por e-mail explicando o caso, um em janeiro de 2018 e outro há algumas semanas. Ele informou que não sabia do caso,

procurou o relatório de Selma no e-mail, demorou alguns minutos e encontrou após ela lhe dizer a data do envio. Ele imprimiu e leu na hora.

Ele fez algumas perguntas, Selma explicou a situação de novo. Ainda sugeriu algumas saídas para o caso, como implicar o pai, buscar outro familiar que possa ficar com as crianças para evitar o abrigo. O conselheiro fez mais algumas perguntas sobre o caso e o local da residência da família. Releu o relatório e, depois de alguns instantes, disse que estava cobrindo as férias de outra conselheira, que o trabalho estava apertado, dobrado; que teria uma saída na próxima semana e que levaria o caso ao conhecimento do colegiado, também para saber sobre a região onde a família mora, se é possível entrar lá ou não, porque também tem áreas que eles não entram. Também comentou sobre uma funcionária do CRAS da região que pode ser solicitada a ir junto, porque ela tem acesso a certas regiões consideradas perigosas do distrito.

Antes de finalizar, Selma e Patrícia também falaram de outro caso de violência, uma adolescente que estava em situação de violência intrafamiliar com um pai agressor e que ela estava com episódios de automutilação.

Já na volta, Selma se mostrava indignada com o fato de ter enviado dois e-mails ao Conselho Tutelar e de não haver ciência da situação de violência relatada.

9.9 O RETORNO DE VALDIR

Em novembro de 2018, voltei à USF.1 para realizar as oficinas programadas e perguntei sobre o caso de Vanda e Valdir. Fui informado que o CT não fez nenhum contato e que Áurea trouxe uma nova demanda da família para a equipe. Dolores pediu que um profissional tivesse um tempo e pudesse ver o filho dela, porque ela está preocupada. Ele já passou de 1 ano e não anda, só fica sentado na cama. Áurea agendou uma consulta com Marilda.

Depois do almoço, eu estava na sala de espera e vi quando Vanda, segurando a mão de Vicente, entraram na unidade. A chegada deles na unidade não passa despercebida. São muitos, falam alto, as crianças brincam, sorriem, parecem felizes.

Enquanto esperavam a consulta, cumprimentei Dolores e perguntei se ela lembrava de mim, ela disse que sim, lembrava que eu tinha ido em sua casa. Perguntei se lhe causaria

constrangimento se eu acompanhasse a consulta de Valdir, ela disse que não. Assim, enquanto esperávamos, eu perguntei se ela era de Cajazeiras. Ela disse que não, que era de Sussuarana, havia passado a infância e adolescência na casa dos pais; tinha mais um irmão e uma irmã que ainda moram no mesmo bairro. Perguntei sobre como ela tinha conhecido o pai das crianças, ela me contou que conheceu o Senegalês quando tinha 20 anos, namoraram e ela saiu da escola quando engravidou de Vanda. Ainda lhe perguntei sobre a sua mudança para Cajazeiras e ela me falou que ganhou um apartamento do programa Minha Casa Minha Vida. Nessa época, só tinha os três primeiros filhos, morou um tempo com o Senegalês e as crianças nesse apartamento, não foi clara em dizer por quanto tempo. Contou que depois de algum tempo, Senegalês vendeu o apartamento por 20 mil reais e comprou a casa onde ela mora hoje, pagou 10 mil e o restante ela não sabe, ficou com ele. Comentou que a casa hoje está muito velha, precisando de reparos, e como fica ao lado do córrego, quando chove forte o córrego sobe e a água entra na casa.

Nessa conversa, Dolores ainda me disse que desejava ter somente um filho, contudo os outros vieram sem parar, disse-me ela. Ainda consegui perguntar se Dolores tinha algum sonho, algum plano para melhorar a condição em que se encontrava, ao que ela me respondeu que se pudesse teria um carrinho de cachorro-quente para vender na esquina da avenida. Ela disse gostar de cachorro-quente, mas não fez nenhuma vez em casa para comer com os filhos pela falta de dinheiro.

A consulta médica foi como as anteriores, todas as crianças com a mãe no consultório. Valdir havia ganhado um pouco de peso, estava com a aparência melhor, já ficava sentado sem apoio, mas Dolores estava preocupada por ele estar com quase um ano e meio e não andar. Disse que todos os outros filhos já andavam com essa idade.

Até a última informação obtida sobre o caso, em novembro de 2018, a família seguia em atendimento da USF.1 e a equipe não tinha nenhum retorno do Conselho Tutelar.

Antes de discutir o caso, apresento, na Figura 14, um resumo dos atos que indicam a dinâmica do cuidado nos atendimentos realizados à família de Vanda e Valdir:

Figura 14 – Atos de cuidado do caso Vanda e Valdir com identificação do período, atos de cuidado, profissionais que realizaram e que receberam as demandas do caso

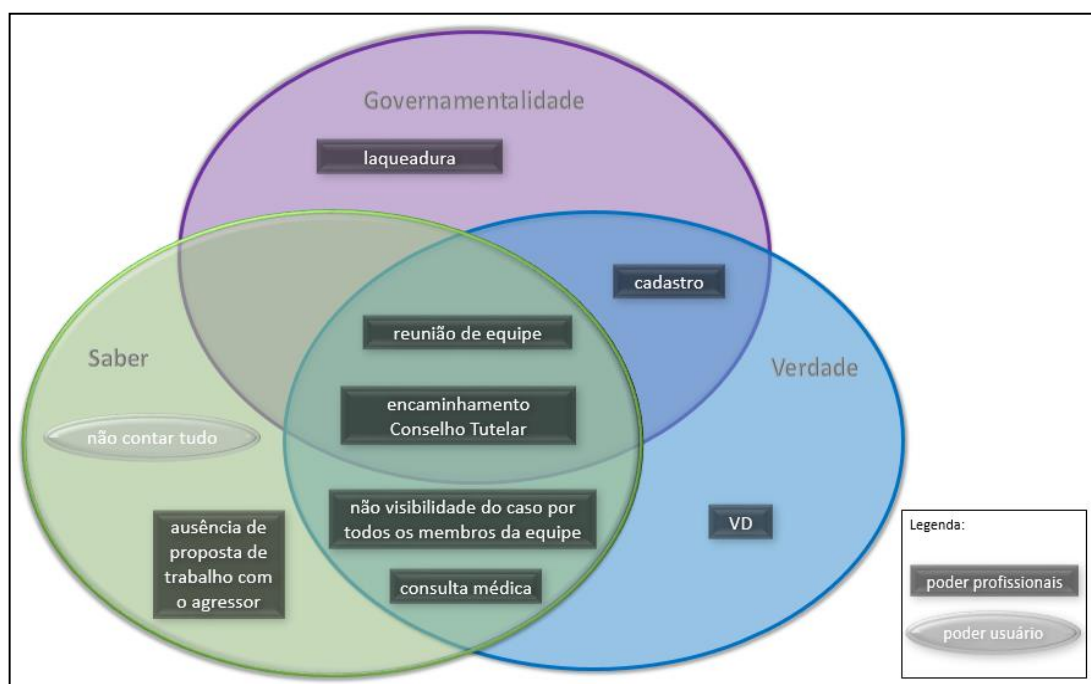
Datas	Atos de cuidado	Profissionais	Recepção
Dezembro 2017	Cadastro + VD	ACS	
	Passa caso	ACS	Equipe verde + NASF
Janeiro 2018	VD	Assist. social + ACS	
	Discussão caso	Assist. social	Equipe verde
	Relatório CT	Assist. social	Conselho Tutelar
Fevereiro 2018	VD	ACS	
	VD	ACS	
Março 2018	VD	Médica + ACS + Assist. social	
	Discussão caso	Equipe verde + NASF	
	Solicitação exames	Médica	
Abril 2018	VD	ACS	
	VD	ACS	
Maio 2018	VD	ACS	
Junho 2018	VD	ACS	
	Passa caso	ACS	Médica
	Consulta	Médica	
	Discussão caso	Equipe verde + NASF	
Julho	Encaminhamento	Assist. social + Psicóloga	Conselho Tutelar
	VD	ACS	
Agosto	VD	ACS	
Setembro	VD	ACS	
Outubro	VD	ACS	
Novembro 2018	VD	ACS	
	Consulta	Médica	

Fonte: Elaboração própria

9.10 QUESTÕES DE INTERESSE PARA ANÁLISE

O caso de Vanda e Valdir coloca questões importantes que permeiam os casos de crianças em situação de negligência, como: a) uma visão parcial que membros da equipe apresentam sobre a situação familiar, que além das vulnerabilidades sociais em que a família está envolta, se configura como um caso em que também há violência contra as crianças; b) as dificuldades em planejar os atos de cuidado para “manejar” a situação; c) o uso pouco resolutivo das consultas, visitas domiciliares e reuniões de equipe nesses casos; d) e ainda as adversidades de articulação dos profissionais com a Rede de Proteção. Questões que fazem transparecer a dinâmica de poderes entre os profissionais e os usuários no cuidado a esse caso e que aparecem sinalizadas na Figura 15.

Figura 15 – Eixos teóricos e atos de cuidado do Caso A: Vanda e Valdir



Fonte: Elaboração própria

A primeira questão que se revela nesse caso é a mudança de ponto de vista que as visitas domiciliares, recentemente incluídas entre os atos de cuidado à família de Vanda e Valdir, agregam para o cuidado naquele núcleo familiar. O início recente das visitas domiciliares realizadas por Áurea incrementa o discurso dessa profissional sobre a família, que encontra em Selma uma profissional disposta a ir até o domicílio. E em consequente à chegada de Marilda, o discurso agora referendado por Selma, chega a produzir um efeito de verdade que as faz realizar uma visita domiciliar compartilhada para conhecer a família. A partir do conhecimento da condição social em que vivem os membros da família, o estado de conservação e higiene da casa, a disponibilidade de utensílios e móveis, foi possibilitada por esse ato de cuidado uma percepção que ampliou a perspectiva de compreensão sobre a conjuntura daquele núcleo familiar, algo que os anos de atendimentos na unidade não permitiram ver. Atos de cuidado que também estão cingidos de estratégias de saber-poder dos campos da saúde e da assistência social. São saberes que embasam a abordagem a ser realizada durante uma visita domiciliar, não somente ‘o quê’, mas também o ‘como’.

Questão que envolve não somente o poder e o efeito do discurso de verdade, mas também é reflexo do poder do nível central de gestão dos serviços de saúde ao escolher as áreas onde as equipes de Saúde da Família serão implantadas, circunstância envolta nas estratégias de governmentação. Registre-se aqui a redução do número de agentes comunitários de saúde pelo mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde, reduzindo-se de seis para quatro profissionais da categoria em cada equipe.

Observo também na fala de Elisa um discurso com efeito de verdade que transparece uma naturalização da situação em que a família vive. Sucede que depois de tantos anos de atendimento na unidade de saúde, a situação da família passa a provocar menos incômodos aos profissionais, o que produz um discurso de que Dolores não tem problema, que ela não quer responder aquilo que lhe é perguntado, o que, por sua vez, tem um efeito de verdade sobre certos profissionais da equipe, onde esperar o próximo pré-natal é a atitude.

A família de Vanda e Valdir é uma família que, dentro da sua maneira de operar, encontrou seus meios para desempenhar as funções cotidianas, o que pode sobrecarregar alguns dos membros, como Vanda que faz o trajeto entre a casa e a escola quatro vezes por dia. Pela manhã para levar Vilma e à tarde ela própria vai estudar.

Em relação às diferentes concepções sobre as violências vivenciadas por essas crianças, além de Áurea, outros profissionais, como Selma, Marilda, Patrícia, também interpretam a situação de Vanda, Valdir e seus irmãos como uma situação de negligência, ainda que ela esteja conectada a uma situação de extrema vulnerabilidade social. O que não é compreendido da mesma forma por outros integrantes da equipe de saúde. Essas distintas compreensões dificultam o planejamento conjunto dos atos de cuidado em saúde, algo percebido na fala de Selma ao referir não ser incluída em certas discussões de casos específicos pelo receio que os profissionais têm a partir da perspectiva de uma assistente social sobre o caso. Questão que também se mostra relacionada à visão biomédica da saúde, onde o diagnóstico de uma patologia orgânica por vezes pode ser mais preciso que a confirmação de uma situação de violência.

A ação de dar cesta básica configura-se uma ação pontual, é importante e coerente, mas não é todo o trabalho em equipe que Dolores e sua família necessitam. Além de saciar a

fome da família, seria elementar, na agenda da equipe, o planejamento de uma ação conjunta, consistente, frequente, rotineira, de ajuda, de cuidado, escuta e orientação.

A partir desse caso, também se revela o limite de somente lançar mão dos atendimentos clínicos em casos que envolvam negligências com crianças. Manter o enfoque do atendimento apoiado somente nos parâmetros bioquímicos limita o que se pode visualizar do indivíduo. Não sendo o indivíduo somente um conjunto de matéria orgânica e um dado biológico, manter a atenção somente nos resultados de exames de sangue, entre outros, não abarca a complexidade do ser humano e de sua situação de saúde.

Algo que também está relacionado à formação em saúde, já sinalizado pela literatura como insuficiente para cuidar de situações mais complexas que os distúrbios bioquímicos do corpo físico, como a constatação de verminose na população. Situação que revela a ligação entre o poder e o saber, na qual o saber médico sobre o corpo em detrimento do saber social sobre os indivíduos abre possibilidades à produção de discursos sobre o estar ou não com uma patologia.

Uma questão que revela o alcance da governamentalidade na organização e disponibilização dos serviços de saúde à população sinalizada na apresentação desse caso é a situação de marcação da ultrassonografia obstétrica de Dolores. Procedimentos que, por vezes, podem ser agendados em locais distantes da residência, ou ocorrer em outros bairros. Situação que se agrava na condição de Dolores que não se desloca para lugares distantes, mesmo dentro de Cajazeiras. O que a impede de acessar certos serviços disponibilizados em locais distantes do seu círculo de reconhecimento.

A sugestão da laqueadura de Dolores, também sinalizada como uma alternativa para a condução do caso, revela a ideia sobre o controle do biológico, o controle dos corpos no campo da saúde, atuação que Foucault descreveu como o biopoder. Tipo de poder que se verifica sendo exercido, basicamente, sobre populações pobres. Algo que não deixa de estar relacionado à governamentalidade dessas populações, quando o Estado se organiza para resolver os problemas de tais populações com a indicação desse tipo de procedimento e, por conseguinte, também organiza a visão dos profissionais para as medidas mais fáceis, a eliminação do útero.

Outra questão importante para análise a partir das categorias foucaultianas selecionadas é a instância de poder-saber representada pela reunião de equipe. A partir desse caso, a reunião de equipe surge como um espaço em que micropoderes transitam entre os profissionais. Não somente porque a discussão de um caso em equipe revela diferentes pontos de vista, mas porque esses pontos de vista ganham outra possibilidade de se agregarem, de produção construtora e organizadora do cuidado. Embora naquele espaço eu tenha observado uma valorização dos aspectos clínicos em detrimento dos aspectos que envolvem a dimensão social, o aumento do escopo de olhares de diferentes profissionais da equipe de saúde, que tiveram contato com os usuários em atos e momentos diferentes, revelam distintos saberes sobre o indivíduo. Acúmulo de conhecimentos que pode possibilitar meios de atuação sobre o cuidado realizado pela equipe.

A reunião de equipe pode funcionar como um espaço de compartilhamento de saberes, onde o cuidado vai sendo pensado conjuntamente, não se restringindo a uma divisão de tarefas. Ressalto a importância do aumento do escopo de olhares, de informações e sobretudo de possibilidade de pensar junto a atuação da equipe.

Na reunião de equipe observada quando o caso de Vanda e Valdir foi discutido, algo diferenciado ocorreu. Não foi usual observar técnicos em enfermagem participando dessa atividade junto à equipe de Saúde da Família nas duas unidades que integraram esta pesquisa. Dessa forma, algo se perde com a ausência de um integrante da equipe, algo que poderia ser agregado à discussão e, conseqüentemente, ao cuidado.

A presença da técnica em enfermagem Tereza na reunião da equipe verde trouxe mais um ponto de vista sobre o cuidado que Dolores desempenha com seus filhos a partir da sua experiência na sala de vacina. Experiência que também permitiu a enunciação de um discurso com efeitos de verdade sobre o cuidado daquela mãe com seus filhos.

A ausência dos técnicos de enfermagem na atividade em equipe é algo que se mostra relacionado também à governamentalidade exercida sobre a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, em que as equipes não estão completas, o que gera uma carência na cobertura dos setores da unidade para que os profissionais possam se reunir com suas equipes e assim pensar o cuidado. Situação que se mostra ligada à planificação e gestão dos programas implantados na USF. Nessa questão, ressalto que, em sentido amplo, todos os

profissionais que compõem as eSF são técnicos, profissionais com conhecimento técnico acerca do campo da saúde e, com isso, se faz imprescindível a participação de todos nas atividades realizadas em coletivo.

Uma outra questão a ser discutida em relação ao caso de Vanda e Valdir diz respeito ao encaminhamento feito ao Conselho Tutelar. Nenhuma notificação formal foi mencionada, apesar de reconhecer que Vanda, Valdir e seus irmãos vivenciam situações de negligências financeira e emocional ora por parte do pai, ora da mãe. O relatório escrito e enviado por e-mail pela assistente social formaliza em uma medida a solicitação de colaboração dessa instituição da Rede de Proteção à Criança, embora não seja o meio pactuado para esse tipo de situação. A possibilidade de uma notificação de um caso de criança em situação de violência coloca profissionais, família e comunidade em um lugar de incertezas. Algo que sustenta preocupações com o devir, sobre o que acontecerá com a criança, com a família.

A ida das profissionais, pessoalmente, ao CT sem prévia informação, também revela o poder por elas exercido na atividade de trabalho e o conhecimento de como opera essa instituição da rede. Também não é possível deixar de comentar a atuação de Selma, que demonstra seu saber-poder ao sugerir ao conselheiro alternativas ao seguimento do caso. Por outro lado, também explicita o poder exercido pelo CT ao não se pronunciar meses depois de ter recebido o relatório.

Ainda sobre o Conselho Tutelar, uma questão importante a destacar é a orientação recebida pela médica vinculada ao Programa Mais Médicos de não se envolver com o caso, ainda que seja para sua autopreservação. Entretanto, sugerir que esse tipo de caso fuja ao âmbito da atuação médica se mostra como um limite na compreensão da complexidade que envolve esses casos e reforça a ideia de que a atuação médica deve se ater às questões clínicas. Tipo de apreensão que contribui para manter o discurso com efeito de verdade em que o profissional médico é agente do biológico e não do social.

Outra questão a ser aqui analisada em relação a esse caso foi a ausência de menção ou qualquer tipo de trabalho direcionado ao agente paterno da negligência. O trabalho realizado com Dolores envolveu acima de tudo as orientações proferidas por diferentes profissionais da equipe, seja nas consultas ou nas visitas. Entretanto, nenhuma menção a uma proposta de atuação junto ao Senegalês foi comentada. O medo, as dúvidas se ele é ou não

um “envolvido”, revelam não só uma autopreservação dos profissionais que conhecem o contexto violento onde trabalham, mas também a escassez de habilidades em saber como abordar a situação com um agente agressor.

Ainda me chama atenção que nenhum dos participantes tenha comentado sobre a história de vida de Dolores antes das crianças, sobre as primeiras gestações, a mudança de bairro. Algo que a mim parece estar relacionado à não necessidade de ir em busca desse tipo de informação.

Também é preciso comentar uma questão em relação ao poder que não estava prevista nos objetivos. O poder dos usuários, que também pode ser entendido como resistência. Para Foucault onde há poder, há também resistência, o que permite a construção de contrapoderes. Nesse sentido, destaco o poder exercido por Dolores ao não contar tudo. Posição que demonstra um conhecimento ao saber o que falar e o que não falar com os profissionais. Algo que se revela não somente na seleção de fatos compartilhados com os profissionais, mas também em suas respostas, como no momento em que Áurea lhe pergunta sobre a alimentação de Valdir, ela responde que faz o leite em pó, mas frisa que não adiciona açúcar na fórmula. Orientação que, depois de seis gestações, me parece que já deva ter recebido dos profissionais e, por isso, antes que receba novamente a orientação, já lhes responde afirmando que não o faz.

10 CASO B: VINÍCIUS

O caso de Vinícius me foi contado por Patrícia – psicóloga –, em novembro de 2017, enquanto conversávamos no final do expediente na sala de reunião da USF.1, sem outras pessoas presentes. Ela comentou brevemente sobre um menino de 11 anos que apanhava do pai e que ela havia feito atendimentos com ele, a mãe e a avó. E que esse caso tinha lhe sensibilizado.

10.1 PATRÍCIA ATENDE UM “HOMINHO”

Patrícia contou-me mais sobre o caso de Vinícius durante a entrevista e no instante em que me contava, ela não lembrava exatamente que tipo de demanda o havia levado até lá, cogitando ser mau comportamento na escola. Contudo, sabia que atenderia um menino, uma criança, e para sua surpresa, ao abrir a porta, ela se deparou com um *hominho*. Disse-me ela durante a sua entrevista:

Patrícia: Honestamente não lembro como foi que ele chegou aqui, mas eu vou falar até de uma forma mais informal assim também, viu? Ele parecia um hominho, todo bonitinho, ele tinha, acho que era 11 anos, acho que era isso, 10 para 11 anos, mas ele era todo fortinho. Quando ele chegou para a consulta comigo, eu sabia que eu ia atender uma criança, acho que ele tinha 10 anos, aí quando eu abri a porta do consultório [...] e eu chamei ele para entrar, ele estendeu a mão para me cumprimentar como um homem, sabe? [riso] Postura, assim, ele não se intimidou, assim do tipo, “ela é uma adulta e sou uma criança”, ele estendeu o braço seriamente mesmo para me cumprimentar, eu achei aquilo tão bonitinho, né, a postura dele.

Pertencia a uma família de classe média, a mãe era dona de casa, o pai trabalhava como segurança. Tinha mais dois irmãos, um com 8 e uma irmã com 3 anos.

Vinícius era morador de uma área de influência da USF e teve seu primeiro atendimento feito por uma médica que trabalhou na equipe alaranjada. Por isso, quando usa os serviços de consultas, a marcação é sempre feita para os profissionais dessa equipe, muito embora ele não seja cadastrado por uma ACS e, com isso, também sua família não receba visita domiciliar.

10.2 VINÍCIUS CONTA SUA HISTÓRIA

Patrícia relatou-me que conversou com a mãe em separado e depois somente com ele, dizendo que sempre faz isso para evitar constrangimentos para a criança e também para entender melhor o porquê daquela criança estar vindo para o atendimento. Na conversa com Vinícius, em abril de 2017, ele trouxe questões da casa, da família, contou que é o mais velho de três irmãos, que o pai batia muito nele e quase não batia no irmão. A partir do seu ponto de vista, tudo era sempre com ele e que ele não entendia o porquê. Patrícia ressaltou que, ao relatar as agressões, ele não estava se fazendo de vítima e que se surpreendeu e sensibilizou com aquela criança que veio com uma aparência de uma criança 'adultecida'. Ela me disse:

Patrícia: [...] Quando uma criança consegue perceber, ela não entende, ela não tem todas as informações, mas ela percebe que aquilo ali tá errado, sabe? E ela verbalizar é muito /-/ é porque é muito difícil. Eu, enquanto psicóloga, eu sei o quanto é difícil, às vezes, as pessoas verbalizarem um sentimento. E ele é um menino que veio com toda a carga do estereótipo dessa forma machista, né? Da forma do posicionamento que deve ter, do comportamento, ele sentadinho, conversando. A vontade que dava era de abraçar ele e botar no colo [risos] de tão fofo que ele era, sabe? Ele não tava se colocando no lugar de vítima. Ele falou da questão de ir para a escola, que ele aprontava mesmo, que ele brigava com os colegas, aquelas coisas que a gente vê, típicas dos problemas que são vivenciados na escola, mas ele tinha a dimensão de que ele tinha um tratamento diferenciado dentro de casa, né? Então, você ter a clareza, poxa /-, porque na escola, certamente, ele ouve. E quando a gente, por exemplo, nós – instituição de saúde – quando chegamos lá e falamos: Vocês são crianças, vocês têm direito, vocês podem ter acesso a isso, vocês merecem isso, merecem aquilo, e dentro de casa ele vê que ele não tem, ele tá vendo que tá errado! Né?

Patrícia me contou também que foi um caso que sensibilizou, nas palavras dela:

Patrícia: [...] E teve um momento que me sensibilizou, nessa hora assim, quando ele chorou, que ele falou /-/ ele tinha o estereótipo do menino marrentinho na escola, sabe? Aquele menino que todo mundo respeita, que, né, está na frente das coisas, e ele chorou aqui quando falou: *Meu pai quer que eu me comporte como um /-/ me trata como homem, mas eu sou só um menino.* A percepção dele de que ele é criança, de que /-/ ele queria ser tratado como criança, ele não queria ser tratado como homem e ele achou que o pai exigia isso dele; e cobrava dele, exigia que ele tinha que ser forte, ele tem que, né, é /-/ e que na verdade eu acho que era para além disso, mas essa foi a percepção dele.

10.3 O PAI E A MÃE – A AVÓ E O PADRASTO

Patrícia contou que, após o primeiro atendimento de Vinícius, achou algo estranho e lhe chamou a atenção que a avó desempenhava um papel protetor; conversou com Selma, e as duas optaram por realizar um “atendimento compartilhado”, como se referem ao atendimento de situações que fazem em dupla, e chamaram a mãe e a avó para uma nova conversa.

Patrícia: E aí ele veio com a mãe e a gente achou estranho; a gente percebeu que o vínculo dele era com a avó e suspeitamos que a mãe estivesse protegendo informações da gente. Então, marcamos com a avó e com a mãe, separadamente. Vieram as duas [...] atendi compartilhada com Selma. E aí, a avó, realmente, defende ele porque a mãe /-/ e depois a mãe por perceber /-/ saber que a avó vinha, sabia que não tinha como proteger as informações, porque a avó ia dizer. Ela [a mãe] não relatou os casos [os atos] de violência que o menino sofreu, por exemplo, ele contou pra gente que o pai gargelou [tentou asfixiar] ele, né, pegou ele pelo pescoço, né, que /-/ como se fosse estrangular ele, né, e a mãe não tem pulso firme pra /-/ não teve pra defendê-lo.

E foi através da avó que Patrícia e Selma souberam que Vinícius não é filho biológico do homem que ele conhece como pai, e isso a criança não sabia. Patrícia não lembrava se a mãe já estava grávida quando houve a união ou se foi um outro relacionamento durante a união do casal. Mas frisou que ele tinha conhecimento de que não era o pai biológico e nessa condição permaneceu no relacionamento e mesmo assim assumira o menino como filho. E me contou sobre a conversa com a mãe:

Patrícia: Então, a gente identificou que tinha essa demanda, aí a mãe não teve como esconder isso da gente porque foi conversado, Selma conversou com a avó antes de conversar com a mãe. Então, quando a gente foi conversar com a mãe, a gente já sabia que o menino não era filho do /-/ dele, filho biológico. Então, ela não teve como esconder. Aí ela teve que trazer mais alguns elementos e, realmente, ela se mostrou como se ela se sentisse impotente dentro daquele relacionamento, porque é uma mulher que não trabalha. Eu acredito que o menino foi fruto de um relacionamento /-/ de uma infidelidade mesmo; e eu acho que talvez isso tivesse uma culpa nela que fazia com que quando ele tinha esses comportamentos agressivos em relação ao menino, ela não sentia firmeza para poder contestar, para poder proteger, né, mas de toda forma a criança estava sendo agredida.

Patrícia relatou que o que despertou sua intuição de que seria construtivo chamar a avó de Vinícius para uma conversa, foi o fato de que, ao final do atendimento, ao solicitar o número de uma pessoa de referência na família com que pudesse entrar em contato, Vinícius lembrou o número de celular da avó, era esse o número que ele sabia decorado e o da mãe ele não lembrava. Patrícia contou que ela e Selma acharam estranho e associaram ao fato dele ter comentado sobre a avó algumas vezes durante a conversa com elas.

A avó foi ao atendimento agendado, e ao ouvirem a versão dela, as profissionais souberam que era ela a referência de proteção de Vinícius. Era a avó quem o socorria das situações de violências vivenciadas com o pai, tendo relatado que inclusive já havia formalizado uma queixa relativa às agressões por ele proferidas.

Ao todo foram três atendimentos do NASF: um com a criança, um com a avó e um com a mãe, e ao buscar seguir nas tentativas de entender melhor o caso, obter mais informações para ver de que forma poderiam dar suporte a ele, após a revelação do caso de vitimização de Vinícius, seguiu-se o afastamento da família dos atendimentos. Algo que Patrícia também comentou na entrevista:

Patrícia: [...] E aí quando a gente ia fazer um novo atendimento com ele, já de posse de algumas informações trazidas pela avó, que na verdade, a gente precisava entender /-/ sabia que tinha uma questão de violação ali, mas a gente precisava entender melhor como a gente poderia atuar, né? E aí, a gente não teve como dar andamento para esse caso porque ele não veio mais. A gente marcou, depois a mãe chegou aqui /-/ nesse intervalo ela já veio aqui umas duas vezes no posto: *Ah, Patrícia, doutora, eu queria marcar...* e aí eu estava com a agenda lotada, depois eu disse: *Não, é, eu vou marcar;* e aí marquei, ele não veio, ela não veio, não trouxe, entendeu? [...] Ele morava numa área sem agente comunitário. A gente não tinha acesso. A avó dele trabalhava, a avó veio naquele dia porque a gente chamou, mas quem poderia realmente trazê-lo era a mãe, e a mãe nunca mais veio, se esquivou mesmo, né? Não tivemos como chegar até ele, infelizmente. [...] A gente não teve como dar andamento. Como a territorialização ainda não chegou para a gente, eu espero que ele tenha agente comunitário porque aí fica mais fácil para a gente. Uma vez ele chegando aqui e tendo o gancho, aí a gente tem acesso a ele de novo. [...] Então, foi uma pena, a gente ficou muito sentida com o caso desse menino, por conta disso, né, porque todos os casos de violência em certa medida me sensibilizam, né?

Nesse caso, em especial, a sensibilidade de Patrícia foi tocada pelo fato de Vinícius representar a imagem de um *hominho*, me disse ela:

Patrícia: Mas no caso dele acho que foi a fala, né? Ele que vinha com todo aquele estereótipo do hominho, seguro de si, do que faz tudo, mas quando chegou aqui, na primeira oportunidade, [...] e falou isso: *Eu só queria que ele me tratasse como menino*. Ele ainda chegou a relatar outras agressões do pai, né, de bater, de maltratar o cachorro dele, essas coisas assim.

A psicóloga, conjuntamente, citou algumas questões que a equipe considerava delicadas, a exemplo do pai ser considerado “um homem duro”, com alto nível de exigência do filho, ao exigir uma postura adulta de Vinícius e por também trabalhar como segurança em uma das escolas do bairro onde a equipe da USF.1 realiza atividades do [programa Saúde na Escola](#) – mais conhecido pela sigla PSE – sendo também a mesma escola onde o filho estuda. E, no momento da entrevista, Patrícia se indaga sobre o nível de estresse que Vinícius estava submetido, ao estar sob os olhos do pai em casa e na escola.

Ao que, ao relatar que o caso de Vinícius lhe sensibilizou pela peculiaridade da situação de violência exposta, e também tocou a Selma, Patrícia referiu que ambas se sentiram “de mãos atadas”, impotentes diante do contexto em que o caso de Vinícius estava inserido.

10.4 O SONHO DE VINÍCIUS

Vinícius não seria um caso analisado nesta pesquisa se eu não o houvesse conhecido em uma consulta com Edson dois meses depois da entrevista com Patrícia.

Em uma tarde, enquanto observava as consultas de enfermagem feitas por Edson, conheci esse menino, ainda sem saber que ele era o *hominho*. Era um menino de 12 anos, estava acima do peso, tomando pela proporção do seu biotipo e altura, que veio trazido pela mãe à consulta com “a demanda de sempre”: sobrepeso, triglicérides e colesterol em níveis também acima do esperado. Transcrevo em seguida um trecho do diário de campo registrado em 21/5/2018 acerca da observação da consulta:

Vinícius diz que tem dor no pescoço, a olho nu está bem acima do peso. Edson investiga as atividades do menino, ir para escola e ficar na rua. Às vezes brinca na rua. Nos finais de semana, vai para a casa da avó e lá encontra outros primos e primas. Tem alergia a ovo, descoberta quando recebeu uma vacina. Na consulta anterior, há um ano, pesava 58 quilos, hoje com 69 quilos, 154,5 cm

de altura, IMC 29,36³² e PA 130 x 90 mm Hg. Ele contou o que comeu hoje: dois pães com mortadela e margarina + café. Após o seu almoço, comeu o resto do almoço da irmã + refrigerante, depois o resto dos pais + copo de guaraná; depois + um pastel + uma coxinha [a consulta era já quase no final da tarde]. Edson pergunta se ele faz atividades físicas. Não faz. Chega da escola e fica em casa. Edson pergunta da escola: diz que tudo bem, faz educação física, corre, que ‘marca mole’, apanha e bate. Edson questiona o que é marcar mole – não entendi direito, algo como não poder dar a resposta correta à pergunta que a professora fez; no caso, os colegas se juntam para bater em quem marcou mole. Diz que a professora fica no *whatsapp* e não vê, a diretora diz que é para falar com a professora e a professora faz que não vê.

Após a consulta, Edson comentou que lembra desse menino sempre que ele vem às consultas. Embora não seja cadastrado, quando relê o prontuário antes da consulta para saber o histórico no serviço, relembra quem ele é. Desde os 2 anos de idade ele é atendido regularmente na unidade. E em um dos atendimentos com Mércia – a médica anterior da equipe alaranjada – contou que tem o sonho de entrar para a facção do tráfico da região onde mora. Eu fiquei sem atitude após a revelação desse projeto de futuro. Edson riu do meu não-verbal e acrescentou: *Está registrado aqui no prontuário!* Mércia registrou no prontuário e passou o caso diretamente para Patrícia (NASF), após ter lhe contado sobre o sonho da criança.

Ele me mostrou o prontuário e, ao vê-lo, identifiquei que era a criança que Patrícia havia me contado durante a entrevista.

10.5 O QUÊ? O QUÊ?

No dia seguinte, indo de carona com Edson e em companhia de Patrícia para almoçar no restaurante a quilo próximo à unidade, comentei com Patrícia que Vinícius havia sido atendido por Edson no dia anterior. Ela não lembrava dele pelo nome, expliquei que era o menino que ela contara na entrevista que é um *hominho* e que não é filho biológico do homem que ele conhece como pai. Edson: *O quê?* Nesse momento, ele comentou que só conhecia o caso porque Mércia havia dito que ele tinha sonho de entrar para a facção, informação que fez Patrícia se surpreender e repetir: *O quê?* Nesse momento, Patrícia lembrou que ele havia

³² IMC: Índice de Massa Corporal. Nas medidas atualmente adotadas pela OMS, pessoas com IMC entre 25 e 29,99 são consideradas com sobrepeso e IMC entre 18,5 e 24,99 são consideradas com peso normal.

sido encaminhado por Mércia, ainda que realmente tivesse comportamentos violentos na escola.

Edson disse que Patrícia já havia atendido o menino que sonha em entrar para uma facção do tráfico, o que a surpreendeu. Conteí-lhe que o *hominho* tem duas ou três consultas anuais com médica ou enfermeira para acompanhar seu sobrepeso. Nesse momento, Edson e Patrícia se atualizaram sem a minha mediação, por exemplo, ele não sabia que o menino com sobrepeso vivia uma dura disciplina com o pai, na verdade, padrasto.

10.6 EM NOVEMBRO DE 2018

Ao voltar, em novembro de 2018, para fazer uma atividade de educação permanente na reunião da equipe verde, conversei com Patrícia sobre Vinícius. Ela me disse que “o caso andou”. Ele voltou a ser atendido por ela e agora pela nutricionista também. Disse que as agressões do pai não são mais uma demanda para os atendimentos. Elas cessaram, a mãe estava em processo de separação do pai e Vinícius agora sabe que o pai não é seu pai biológico.

Patrícia comentou da esperteza de Vinícius – tive a mesma impressão –, que ele ouviu uma conversa em casa e foi perguntando aos familiares, até que uma tia lhe contou. Seu pai biológico era alcoolista e já tinha falecido, segundo ele relatou para Patrícia. Vinícius segue em atendimento psicológico e clínico, sem demanda de vitimização por violência intrafamiliar.

Na Figura 16, apresento um resumo dos atos que indicam a dinâmica do cuidado nos atendimentos realizados a Vinícius e membros da sua família:

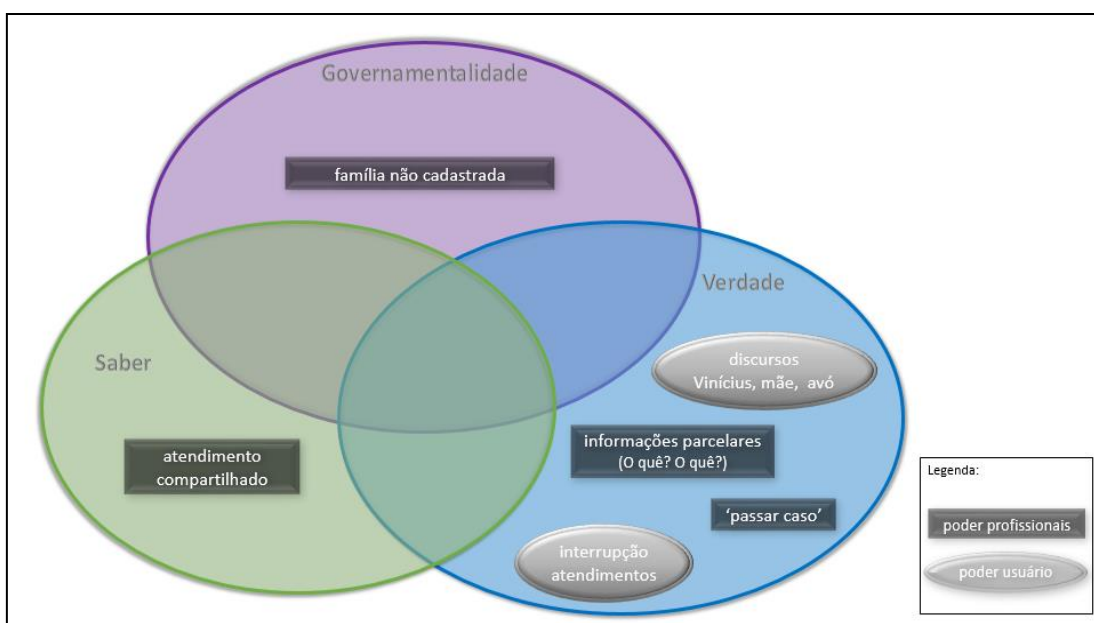
Figura 16 – Atos de cuidado do caso Vinícius com identificação do período, atos de cuidado, profissionais que realizaram e que receberam as demandas do caso

Data	Atos de cuidado	Agentes do cuidado	Recepção
Abril 2016	Consulta	Médica	
	Passa caso	Médica	Psicóloga
	Atendimento	Psicóloga	
	Atendimento	Assist. social + Psicóloga	
	Atendimento	Assist. social + Psicóloga	

10.7 QUESTÕES DE INTERESSE PARA ANÁLISE

O caso de Vinícius expõe questões importantes que permeiam os casos de crianças em situação de violência física e psicológica no contexto familiar. Múltiplos são os poderes exercidos entre os profissionais e os familiares envolvidos nesse caso, sinalizados de forma gráfica na Figura 17 entre os três eixos de poder e suas interseções.

Figura 17 Eixos teóricos e atos de cuidado do Caso B: Vinícius



Fonte: Elaboração própria

Entrevejo micropoderes nos diferentes agentes do cuidado envolvidos. Primeiro, a médica, que, certamente, se surpreendeu com um menino de 11 anos falando que seu projeto de felicidade era entrar para uma facção do tráfico. Em razão disso, aciona a equipe do NASF através da psicóloga e passa o caso.

A psicóloga a par do caso também exerce um micropoder ao convidar Selma para seguir o acompanhamento através de atendimentos compartilhados, alternativa utilizada para aumentar o escopo de olhares, além de dividir o peso dos atendimentos de casos mais complexos. Algo que se mostra relacionado ao saber-poder, à experiência de trabalho, bem como o *feeling* de perceber que algo parece não ter sido revelado em sua completude e solicitar a vinda de outro membro familiar que não os dois inicialmente incluídos.

No primeiro contato nas equipes da ESF com as vítimas já se iniciam os atos de cuidado. A busca por perceber a disponibilidade e o interesse de membros familiares em participar no cuidado à criança.

Além do poder exercido pelas profissionais que atenderam o usuário desse caso, também estão, nas relações estabelecidas, os micropoderes exercidos pelos membros familiares, em que todos produzem discursos com efeito de verdade. De certo, são esses os poderes que conduzem o caso e não os atos de cuidado dos profissionais. O próprio Vinícius exerce micropoder ao compartilhar seu sonho com a médica que lhe atendia, ao não se intimidar com uma adulta, desconhecida, e relatar as situações violentas experimentadas em casa com o pai.

A avó, também, talvez até o poder mais evidente de ser visualizado nesse caso, ao relatar detalhes sobre a relação e a dinâmica familiar, o que a mãe de Vinícius não fez. Sendo essa avó a pessoa que desempenha o papel protetor, mediadora das violências vivenciadas pelo neto.

A mãe que exerce poder quando não conta tudo sobre a relação de paternidade entre Vinícius e o pai, nem para o filho, nem para as profissionais – psicóloga e assistente social – na edição que faz da história em seu relato durante o atendimento. Ela não conta para a equipe de saúde sobre as agressões ao filho, em uma atitude de “proteger informações”, na interpretação das profissionais do NASF. Em situações desse tipo, a própria família esconde, mascara as situações de violência, algo que externa questões íntimas da família, que quer que permaneçam no cenário privado da família (AVANCI et al., 2017).

Nesse caso, a mãe se mostra sem recursos para proteger o filho. Dona de casa, sem independência financeira, envolta em uma história que fere as regras morais da conjugalidade. Questiono-me se nesse caso também haveria necessidade de atendimento para essa mulher, além da manutenção do atendimento a Vinícius.

Outro micropoder exercido pela mãe é observado na interrupção dos atendimentos com o NASF, no momento em que ela não leva mais o filho ao serviço por um tempo. Mas volta depois de alguns meses, quando Vinícius já traz outras demandas e não mais a relação violenta com o pai. Assim, as idas às consultas médicas e de enfermagem prosseguem. Aí, precisamente, a mãe decide para qual tipo de atendimento levar o filho.

Esse caso também expõe a regulação delicada e complexa dos micropoderes entre os atos de saúde para cuidado de casos de crianças em situação de violência. Nesse caso, o agente das agressões trabalha em uma escola na área de abrangência da USF, instituição visitada pelos profissionais para realização de atividades de educação em saúde.

Além do fato da família não ser cadastrada pela equipe, sendo uma família residente na área de influência da USF.1, é uma família que não tem ACS e, por isso, não cadastrada – o que restringe o olhar da equipe apenas às situações que ocorrem nos consultórios. Excepcionalmente, os casos envolvendo famílias não cadastradas são discutidos em reunião de equipe, questão que revela aspectos da governamentalidade nesses serviços de saúde, ao oferecer esse tipo de serviço para uma parcela da população do bairro, deixando outra parte dessa população descoberta.

Em relação ao tópico *O quê? O quê?*, Patrícia e Edson atendiam ou atenderam Vinícius, mas por demandas diferentes. Porém, ambos não sabiam que tinham atendido o mesmo usuário e desconheciam informações importantes a respeito dele, o que demonstra falta de discussão de certas informações entre os membros da ESF.

A surpresa ao tomar conhecimento das informações, aumentada ao saber das demandas distintas e das informações fornecidas em cada atendimento, ambas registradas no prontuário, sinaliza conteúdos relacionados aos discursos com efeito de verdade pronunciados a partir do ponto de vista de cada profissional. A demanda sobre as questões de obesidade para um e de situações de violência para outra. Verdades parciais que poderiam ser agregadas na ocorrência de uma discussão sobre o caso.

Essa discussão não aparece nos conteúdos relatados sobre o caso, o que indica uma outra questão importante a respeito do ‘passar o caso’. A ideia de discussão de caso pressupõe um diálogo em um encontro dos profissionais de uma equipe para pensar juntos estratégias de acompanhamento da situação e mediante as necessidades do usuário. Algo contrário à ideia de ‘passar o caso’, que sugere uma transferência da responsabilidade. Nessa segunda concepção, o caso ora está com um profissional, ora com outro, algo distinto da ideia de trabalho em equipe. Ação que evidencia similaridade com o modelo de atendimento ambulatorial, como o modelo de uma UBS, ainda a ocorrer em uma USF.

11 CASO C: VITOR E VIRGÍNIA

Na mesma tarde de novembro de 2017, quando superou a negação e comentou sobre o caso de Vinícius, Patrícia também discorreu sobre outro caso de crianças em situação de violência intrafamiliar envolvendo as crianças Vitor e Virgínia, atendidos pela equipe anil da USF.2, juntamente com o NASF. Foi um comentário breve, mas com detalhes significativos. De certo, naquele instante, ela relatou esses dois casos para me exemplificar o quanto essas situações com crianças são eventos que mobilizam emoções nela própria e nos profissionais, de maneira geral. Posteriormente reuni informações mais detalhadas a partir de conversas e entrevistas.

11.1 VAI PARA A CASA DA AVÓ

Vitor e Virgínia eram irmãos, na época ele com 10 e ela com 11 anos. Moravam com a mãe e o padrasto. Em um dia comum, Vitor disse que iria visitar a avó e saiu de casa; ele e a irmã sempre iam para a casa da avó, às vezes dormiam lá. Por isso, ninguém da família achou estranha essa atitude. Mas, ao chegar na casa da avó, dona Dalva ficou admirada que dessa vez ele tenha chegado lá com muitas roupas, mais que o habitual, e conversou com o neto. Ainda que ele não tenha revelado suas reais intenções logo no início da conversa, após algum tempo Vitor pediu a dona Dalva para morar com ela, disse não querer voltar para a casa da mãe.

Vitor contou para a avó que vinha recebendo ameaças do padrasto. Ele não quis falar nada antes porque sentia medo, mas naquele momento declarou que não queria mais ficar na casa com *aquele homem*. Patrícia relatou-me também que dona Dalva transparecia ser uma mulher paciente e atenciosa, e querendo chegar ao conteúdo das ameaças, dona Dalva seguiu conversando com o neto. Vitor contou que sentia pela irmã que continuava na casa, dizendo que ela também recebia ameaças do padrasto. Ao contar o conteúdo das ameaças para a avó, Vitor relatou que via quando o padrasto se aproximava de Virgínia com toques maliciosos e estimulação de seus órgãos genitais. Como Vitor via e sabia o que se passava com a irmã, o padrasto ameaçava os dois e ambos tinham medo de que algo acontecesse consigo ou ao outro. Dona Dalva conversou com Virgínia e a neta confirmou as situações de violências

sexuais e psicológicas. O que também revela uma negligência da mãe no cuidado aos dois filhos, tendo em vista que as violências realizadas com as crianças se passavam na casa dela, produzidas pelo parceiro dela, e ela não se apercebia.

Na percepção de Patrícia, dona Dalva demonstrava ser uma pessoa com esclarecimento e me disse que ela também conversou com a filha – a mãe das crianças. No entanto, não entrou em detalhes sobre essa conversa entre mãe e filha, mas frisou que dona Dalva acolheu os dois netos em casa.

11.2 ANDRESSA E ALBERTO CONHECIAM A FAMÍLIA

Andressa já conhecia a família de dona Dalva anos antes de iniciar a atividade de ACS porque mudou-se aos 7 anos de idade para a região de Cajazeiras, quando até foram vizinhas. Em 2004, se tornou agente comunitária de saúde dessa família, e após três anos de acompanhamento se tornou responsável por outra microárea. Nesse período, Alberto assumiu o acompanhamento da família. Assim como Andressa, ele também já conhecia essa família, antes mesmo de ser ACS, pelo fato de morarem no mesmo local, tendo sido também vizinhos. A mãe das crianças e Alberto moravam na mesma rua quando adolescentes e, segundo seu relato, ela gostava de namorar e ir para festas.

A família residia no Sítio Boa Vista, uma área cercada, local onde também habitavam – em outras casas – outros núcleos familiares, todos parentes. Exceto a mãe das crianças, os outros filhos moravam em casas no mesmo sítio. Todos trabalhavam e se ajudavam financeiramente. Disse-me Andressa que a casa era dividida, não tinha propriamente conforto, mas era estruturada para eles e possuía o essencial de um domicílio.

Com o retorno de Andressa à microárea em que residia dona Dalva, aproximadamente nove anos depois, em agosto de 2017, numa conversa com dona Dalva, durante uma visita domiciliar, pelo vínculo que tinham, Andressa soube das violências ocorridas. Nesse momento, os netos já estavam sob a proteção da avó e dona Dalva perguntou se Andressa preferiria ouvir a história contada pelas crianças. Com a recusa da ACS, a tia retirou as crianças da sala.

Dona Dalva relatou sobre as situações de violências ocorridas meses antes e que a partir da orientação de outras pessoas foi até a polícia. Andressa não soube informar quem a

orientou e assim como também não soube dizer se dona Dalva foi a uma delegacia circunscricional ou à especializada em crimes contra crianças e adolescentes, provavelmente a segunda opção. Entretanto, destacou que Virgínia já havia passado por exame clínico no IML, tendo sido confirmada a violação genital. A neta estava abalada, se escondia buscando proteção na avó ao ver qualquer homem.

Andressa comentou que em casos como esse, busca-se manter sigilo e comentar somente o essencial nas reuniões a fim de evitar exposição desnecessária. Ressaltou que, apesar das limitações financeiras, dona Dalva se esforçava para cuidar dos netos. E, na sua opinião, Virgínia era uma menina esperta e falante, já estava crescida, capaz de compreender o que havia ocorrido.

Dona Dalva, naquele momento com 65 anos, tem cinco filhos, sem menção ao marido ou pai de seus filhos. Ela era considerada pelos profissionais como uma pessoa boa, simples e pacata. Teve poucos anos de estudo e sempre trabalhou em supermercado, sem menção à função que desempenhava. Segundo Andressa, era uma mulher cansada, que teve uma vida dura. Tinha uma filha de 37 anos que possuía um problema na coluna que lhe dificultava a permanência nos trabalhos e estava em busca de uma aposentadoria por invalidez, recebendo ajuda financeira de dona Dalva e também residindo com suas duas filhas adolescentes na casa dessa senhora.

A mãe, agora aos 36 anos, não tinha um trabalho estável, com poucos anos de estudo, fazia bicos e era conhecida por gostar de beber. Alberto disse nunca ter ouvido comentários sobre uso de drogas.

Tendo coabitado com diferentes companheiros, ela morava à época das agressões, com os filhos e com o companheiro agente das violências relatadas – em uma pequena casa alugada em um local próximo ao sítio de dona Dalva, porém sem cobertura das eSF. Andressa também acrescentou que a casa ficava no trajeto entre a residência de dona Dalva e a escola das crianças, o que convertia a ida à escola em uma situação estressante para as crianças, tendo estas chegado a ver o agente agressor na janela da casa, por vezes a proferir ameaças. Disse-me ainda que em uma ocasião chegou a ver Vitor e Virgínia fazendo o trajeto da escola sozinhos.

Alberto disse ainda que, ao saber das violências, ficou indignado com a situação de abuso sexual e coação às crianças que lhe foi revelada, produzindo um sentimento de revolta, raiva da mãe e ódio do companheiro dela, tendo sentido vontade de fazer algo pior com ele para dar-lhe uma lição.

11.3 MELISSA ACOLHE

Andressa levou o caso ao conhecimento da equipe. Dra. Melissa, médica da equipe anil, solicitou que dona Dalva trouxesse os netos para um atendimento no dia e horário que pudessem, e que ela faria uma consulta de encaixe na sua agenda, no turno em que lhes fosse oportuno.

Durante a entrevista que fizemos, pedi que ela me contasse um pouco mais sobre o caso e transcrevo em seguida um longo trecho em que ela descreveu as situações de violências e o primeiro atendimento que fez para as crianças, na presença da avó:

Melissa: [...] Tenho esse caso de uma criança que hoje deve estar com 8 ou 9 anos, não me recordo bem agora; Virgínia, só o primeiro nome, né, não tem como identificar. Ela..., é como eu digo, ela tem uma mãe que é etilista e que troca de parceiro com frequência, e um desses parceiros, não é bem o pai, um desses parceiros começou a abusar dessa menina. Ela [a mãe] troca frequentemente, vai morar junto frequentemente com parceiros diferentes. E como ela saía para trabalhar, essas crianças ficavam sozinhas e parece que ele começou a tocar a menina, molestar a menina e o irmãozinho pequeno presenciava tudo. E ele ameaçava os dois, que se [um dos dois] contasse, ele bateria, tanto no menino, como nela também. [...] Eu acho que foi uma violência muito grande com essa criança porque ela foi fazer exame de corpo de delito. Foi um caso que ficou conhecido. E o irmão que presenciava, isso também é uma violência. [...] E denunciaram, [mas] como não encontraram conjunção carnal com essa menina, ficou essa coisa no ar, né, de ser julgado em liberdade e tal e nada aconteceu porque nada ficou provado.

Alder: Eles tiveram atendimentos aqui na unidade?

Melissa: Tiveram, tiveram atendimentos aqui na unidade e num serviço de referência, não sei se é o CREAS, eu não me lembro agora, mas ela já estava sendo acompanhada, inclusive ela já veio referenciada de um outro serviço, né, eu acho que é o CREAS, se eu não me engano.

Alder: Como foi esse caminho?

Melissa: Foi a agente comunitária que trouxe essa demanda e aí marcamos como demanda espontânea, no dia que eles pudessem vir os três pra mim mesma: a avó e as duas crianças.

Alder: Me conta um pouco desse atendimento.

Melissa: Então, a avó, muito sofrida com aquela situação que aconteceu com os netos. [...] Agora o conflito familiar muito sério, o desajuste familiar, a maioria desses problemas é por desajuste familiar, troca de parceiro frequente e aí aconteceu isso e a menininha ficava calada e o irmãozinho também, se distraíam, meio que não focavam a atenção em mim, não fixavam o olhar em mim, sabe? É como se sublimassem. A avó era quem contava, ela é carente também, tem problemas de saúde, mas mesmo assim ela abraçou os netos e aí resolveu cuidar. Aí eu pedi exames e como ela estava em um outro serviço de referência foi bom que eu compartilhei a responsabilidade.

Alder: Como assim?

Melissa: A menina estava em outro serviço, eu acho que o CREAS, ela estava fazendo acompanhamento com um psicólogo, ela fez todo o tratamento lá também, então foi bom que eu dividi.

Após o acolhimento e atendimento das crianças, Melissa conversou com Patrícia e fez o encaminhamento do caso para o NASF.

11.4 PATRÍCIA ATENDE

Em entrevista, Patrícia relatou que agendou um atendimento com dona Dalva na mesma semana, e na conversa com a avó soube que até aquele momento Virgínia havia ido duas vezes no Projeto VIVER,³³ na região de Periperi, e não ao CREAS como anteriormente sinalizado por Melissa, e estava melhor. Contudo, o projeto encerrou suas atividades na unidade de Periperi e no momento em que o caso chegou à USF.2 a criança já estava sem acompanhamento no VIVER. Isso foi o que motivou dona Dalva a revelar a situação que vivenciava com os netos naquele período à ACS. Ela buscava dar seguimento aos cuidados para a neta em uma instituição.

A avó também comentou no atendimento com Patrícia que os familiares quando tomaram conhecimento das situações de violências queriam fazer justiça com as próprias mãos, o que não aconteceu. Disse também que Virgínia chegou a ver o padrasto rondando a

³³ Projeto VIVER: gerido pela Secretaria Estadual de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Segurança Pública da Bahia, realiza atendimento psicossocial a crianças e adolescentes com experiências de violação sexual. No primeiro semestre de 2017, através de veículos jornalísticos como o [Bahia Já](#), [G1](#) e [Correio](#) foi exposta a situação pela qual passava o projeto por problemas de insuficiência no quadro de funcionários.

casa da avó algumas vezes, o que deixava a criança ainda mais assustada. A mãe, segundo dona Dalva, insistia em levar os filhos de volta para a casa dela.

A avó ainda comentou que buscava a guarda dos netos através de meios legais. Já havia conversado com o Conselho Tutelar e reclamou da morosidade da instituição em dar um retorno; e como meio de denunciar tal comportamento, confidenciou que cogitava informar a situação a um programa de televisão local afamado pela abordagem sensacionalista das situações. Após frisar o papel cuidador de dona Dalva, Patrícia disse que a avó voltou atrás, tendo acatado a sugestão de preservar as crianças e evitar a exposição que elas experimentaríamos na comunidade próxima, na escola, por exemplo.

Ao final do atendimento, Patrícia combinou que dona Dalva retornaria com ela, tendo explicado que iria ao CREAS conversar sobre o caso e a possibilidade de encaminhamento para a instituição.

11.5 “NÃO TINHA O QUE FAZER, MAS EU OUVI”

Melissa expôs que quando o caso chegou, ela também já conhecia a avó. Dona Dalva era cadastrada da equipe anil há algum tempo, possuía hipertensão arterial sistêmica e antes das situações de violências vivenciadas pelos netos já fazia seu acompanhamento de saúde na unidade. Contou também que, durante os atendimentos, do ponto de vista clínico, poucas eram as possibilidades de atuação e que lhe chamou atenção que as crianças nada comentavam; era a avó que relatava as situações de violências, disse-me ela:

Melissa: Então, assim, as crianças já estavam fora da janela de algum tratamento por terem sido submetidas ao abuso, já tinha sido feito teste rápido; eu digo do ponto de vista clínico: teste rápido, medicação, tratar uma vaginose, alguma coisa. [Virgínia] já tinha sido avaliada fisicamente porque ela fez exame de corpo de delito; eu não tinha muito o que fazer clinicamente, mas eu escutei. [Para Virgínia] ficou o trauma [...] e realmente ela ficava muda na consulta, não falava nada sobre [o abuso]; é como se ela sublimasse, como se ela deletasse aquele acontecimento da cabeça dela, ela e o irmão. [...] Então eu confesso, eu não fiz nada, eu não fiz exame, eu não... /-/ não tinha coisa para se fazer: dar vacina, antibiótico, profilaxia, não. Não tinha o que fazer, mas eu ouvi. E sei o que está acontecendo no meu território, com meus assistidos, sei os riscos que aquela criança está correndo.

Segundo Melissa, para esse caso houve três atendimentos: duas consultas médicas e um atendimento da psicóloga do NASF. Patrícia relatou que foi ao CREAS, conversou com a psicóloga, discutiu o caso e, posteriormente, preencheu o formulário de referência para a instituição, dizendo-me:

Patrícia: Uma vez eu falei com você de um caso da USF.2 de dois irmãos, que o menino, primeiro ele saiu, fez a trouxinha dele e foi embora para a casa da avó, e depois que /-/ a menina sofria violência sexual e o menino sofria violências psicológicas. E a coisa meio que se perdeu mesmo por causa da família buscar outros serviços paralelamente ao nosso, do posto, né? Nós chegamos a fazer uma ficha de referência, está guardada com a gente, porque nós fomos ao CREAS, conversamos lá no CREAS por conta da situação, da sutileza que havia e a gente precisava lidar com a situação, né, porque o agressor morava perto, tinha acesso às vítimas, né, então era tudo assim muito complexo da gente lidar. Mas a gente precisava da parceria da agente comunitária também, que tivesse fazendo as visitas regularmente, pelo menos para a gente saber: *E aí, foi para que órgão? Foi ou não foi?* Mas a agente deu /-/ não é que a agente comunitária tenha que se expor mais do que nós, não é isso; mas, assim, algumas informações de forma genérica ela poderia ter, poderia trazer; que a avó não voltou mais para a unidade e o que a gente teve conhecimento é de que até estava buscando outros órgãos, outras atenções, outros serviços para eles, entendeu? Então, acaba se perdendo, acabam se perdendo alguns casos assim.

O caso não teve seguimento com Patrícia, que reclamou que a ACS não trouxe mais informações sobre a avó, chegando a se indagar se dona Dalva havia mudado de casa. Algo que não aconteceu, segundo Melissa e Andressa. A ACS comentou posteriormente que conseguiu atendimento para Virgínia em outra instituição por intermédio de uma pessoa conhecida. Não soube dizer que instituição era. Entretanto, segundo seu relato, Patrícia informou que dona Dalva não retornaria para pegar a referência para o CREAS.

11.6 ENCERRAMENTO DO CASO

Andressa relatou que as crianças, até aquele momento, ainda estavam com a avó. A mãe continuava morando próximo, ia visitar as crianças, que pareciam estar bem.

Melissa continuava vendo dona Dalva nas consultas realizadas para assistir o problema da hipertensão arterial, e, nesse momento, via Vitor e Virgínia, que sempre acompanhavam a avó à unidade. Disse-me também que as crianças pareciam estar bem e que, após algum

tempo, a mãe já estando com outro parceiro, as crianças desejavam voltar a morar com ela.

Copio um trecho da entrevista com a médica:

Melissa: Agora, como eu disse, eles têm um nível razoável, não são assim abaixo da linha da pobreza. A avó pegou esses meninos e eles ficaram relativamente bem com ela; passando por certas privações porque ela é carente, mas os meninos estavam bem cuidados com a avó. [...] A menina queria ir para a casa da mãe, que está de novo com outro parceiro estranho: *Meu amor, fique com sua avó, sua avó gosta de você*. Ela começou a ficar um pouquinho rebelde, [...] começou a brigar com a avó: *Eu quero ver minha mãe, eu quero ir para casa de minha mãe, eu quero, eu quero!* Aquela coisa já de pré-adolescente, já com nove, dez anos começa a ser mais questionadora: *Fique com sua avó, na casa de sua avó você tem mais conforto, você tem mais carinho. Sua avó, às vezes, reclama com você porque quer seu bem. Mamãe agora não tem condições de ficar com você, você pode visitar sua mãe, eu tenho certeza que dona Dalva não vai impedir, mas fique com sua avó que é o melhor para você agora no momento.* [...] Mas no mais, graças a Deus, eles estão seguindo a vidinha normal com a avó. E são crianças normais, felizmente. O que vai acontecer no futuro, o que vai acontecer com a cabecinha deles no futuro, só o tempo, né, dos dois, tanto do irmão menor como dela.

O caso foi encerrado e, na opinião dos profissionais, as crianças estavam melhores do que quando chegaram. Dona Dalva seguia em busca de obter a guarda dos netos e Virgínia vinha sendo atendida em outra instituição.

Na Figura 16, apresento um resumo dos atos que indicam a dinâmica do cuidado nos atendimentos realizados a Vitor, Virgínia e dona Dalva.

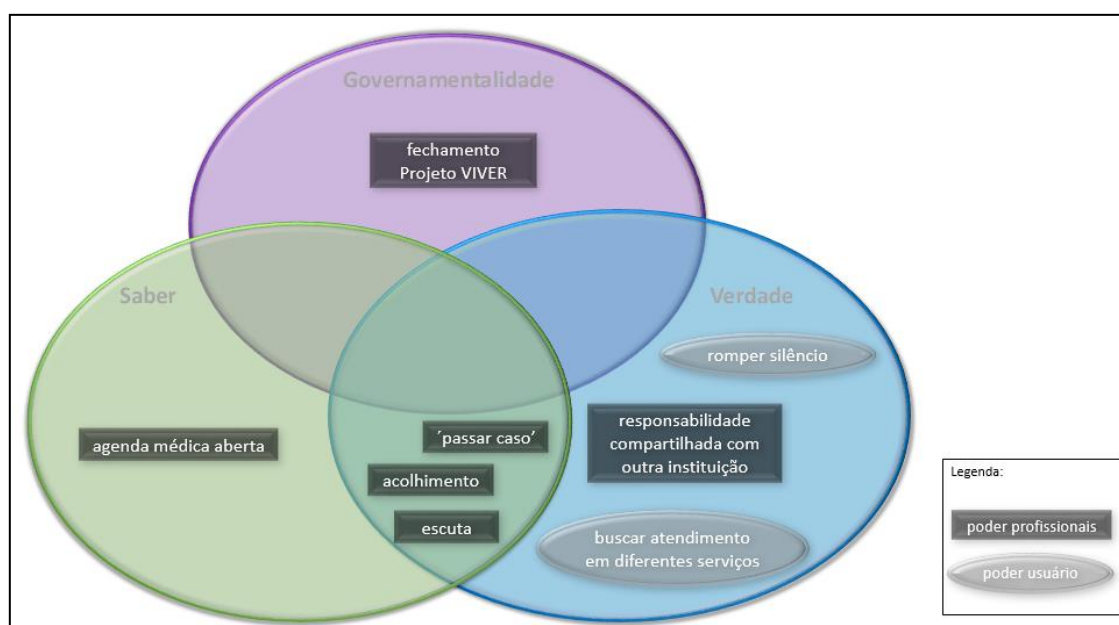
Figura 18 Atos de cuidado do caso Vitor e Virgínia com identificação do período, atos de cuidado, profissionais que realizaram e que receberam as demandas do caso

Datas	Atos de cuidado	Agentes do cuidado	Recepção
Agosto 2017	VD	ACS	
	Reunião de equipe	ACS	Equipe anil
	Consulta	Médica	
	Encaminhamento	Médica	Psicóloga
	Atendimento	Psicóloga	
	Discussão caso	Psicóloga NASF	Psicóloga CREAS
Setembro 2017	Referência preenchida	Psicóloga	CREAS
	Consulta	Médica	
	VD	ACS	

11.7 QUESTÕES DE INTERESSE PARA ANÁLISE

O caso de Vitor e Virgínia apresenta questões importantes que permeiam os casos de crianças em situação de violências psicológica, sexual e negligência, situações que produzem problemas e confusão nas famílias, além de perplexidade entre os profissionais. Nesse caso, assim como nos anteriores, também é possível observar múltiplos micropoderes sendo exercidos nas relações entre os profissionais e os familiares envolvidos. A partir das categorias foucaultianas, despertam atenção as questões sobre a visita domiciliar, o acolhimento, a consulta médica, o 'passar o caso' e também o poder dos usuários, sinalizados na Figura 19.

Figura 19 Eixos teóricos e atos de cuidado do Caso C: Vitor e Virgínia



Fonte: Elaboração própria

Nesse caso, a visita domiciliar também aparece como o local no qual ocorreu o surgimento da demanda de cuidado. O domicílio se configura como um espaço de segurança da família, diferente do consultório, espaço de segurança dos profissionais. Ao realizar atos de cuidado no domicílio, permite-se outras trocas, em outro tempo, num local em que os usuários têm mais oportunidades de pautar a relação profissional-usuário. Questão que sinaliza o uso do saber profissional ao conversar em sigilo com a avó, além de permitir a emissão do discurso da ACS para a equipe de saúde durante a reunião.

Esse caso também revela uma faceta da especificidade do trabalho no PSF. Quando a demanda de cuidado chegou para a equipe anil, os profissionais já conheciam a família de dona Dalva, suas condições de vida, de habitação. A médica – membro há mais de três anos da equipe – também já a conhecia e realizava seu acompanhamento de saúde com enfoque no acompanhamento da hipertensão arterial.

Esse pré-conhecimento facilita oportunidades para um cuidado mais embasado nas necessidades da família e mostra que a chegada de demandas para uma equipe de Saúde da Família, por vezes, ocorre de modo diferente do que ocorreria em um serviço de saúde ambulatorial não estruturado para a atenção familiar. Nessa circunstância, há a necessidade de se relatar um conjunto de informações relativas ao usuário e seu contexto para que os profissionais possam desenhar um mapa das condições e dinâmicas que envolvem a pessoa atendida.

Nesse caso, uma família que vivia em condições de restrições econômicas. Dona Dalva, já idosa, a trabalhar em um supermercado, ainda que recebesse ajuda financeira de alguns filhos, participava no sustento da filha e das duas netas adolescentes que com ela residiam. Após os atos violentos que atingiram seus outros dois netos, passou a assumir também o cuidado e o sustento de mais dois membros da família, Vitor e Virgínia.

Durante o campo, os relatos foram feitos a partir das lembranças que os profissionais guardavam dos atendimentos. E, naquele momento, os profissionais não sabiam informar com precisão de quando dona Dalva teve conhecimento das situações de violências com os netos, em que contexto se deu retirada de Virgínia da casa da mãe ou sobre o encaminhamento de Virgínia para o VIVER. Foram compartilhadas algumas informações vagas sobre a união e a separação da mãe com diferentes companheiros, inclusive com o agente das situações de violências.

A partir das categorias foucaultianas, o acolhimento imediato do caso realizado tanto pela ACS como pela médica e a psicóloga revela os micropoderes sendo operados nas relações entre essas profissionais, através dos discursos proferidos uma a outra no momento em que o caso de Vitor e Virgínia era passado a outro profissional.

Na chegada do caso à equipe anil, considero importante destacar a priorização da médica ao atendimento, tomando a atitude de manter a agenda de atendimentos aberta para

o dia e horário mais oportuno para dona Dalva. Ação que revela uma faceta do saber-poder da médica em controlar e organizar seu turno de trabalho.

Em relação à consulta clínica realizada pela médica, chama atenção a menção de que ela *compartilhou a responsabilidade* no acompanhamento de Virgínia pelo fato da criança ter recebido atendimentos em outra instituição, embora não tenha aludido sobre uma discussão do caso com profissionais da instituição de origem. Esse discurso toma o sentido de não ter assumido unicamente a responsabilidade de atuação sobre o caso, algo por si já esperado no contexto da ESF, em que o trabalho em equipe é o meio estratégico de operar nos serviços.

Algo significativo no discurso da médica foi relativo à inexistência – do ponto de vista clínico – de atos de cuidados a serem realizados durante a consulta na USF para o cuidado a Virgínia. Embora o tenha feito através do ato da escuta, questão que se mostra relacionada aos efeitos de verdade surgidos a partir do discurso proferido ao focar e citar procedimentos como exames clínicos, teste rápido, vacina. Segundo ela, nada havia a ser feito na dimensão clínica, dimensão em que se reconhece como profissional e que a vincula à instituição em que trabalha, tendo esse discurso efeitos sobre o seguimento do cuidado com aquela profissional. Questão que evidencia o não saber o que fazer com esses casos que não podem ser curados pelo arsenal farmacêutico do complexo industrial do campo da saúde, atestados através de resultados de exames laboratoriais e fármacos a serem prescritos.

Contudo, apesar da não identificação da existência de procedimentos clínicos a serem feitos, ela citou que realizou a escuta da situação proferida pela avó. Escutar é um bom fazer. Mas a escuta surge nesse contexto como se não fosse algo a ser realizado também nos atendimentos. Algo vinculado à ordem do saber-fazer. É como se o profissional de saúde só fizesse algo relacionado aos procedimentos biomédicos estritamente necessários.

Ainda em relação às consultas médicas, uma questão de destaque no contexto de cuidado às crianças em situação de violência é a forma como abordar a situação diretamente com a criança, a fim de evitar revitimizá-la mediante a reprodução/rememoração da cena, por parte da vítima, durante os atendimentos.

Nesse sentido, chama atenção também que a versão das situações de violência sejam versões relatadas pela avó. E, acima de tudo, não sejam reproduzidas na frente das crianças durante os atendimentos. Questões que também se mostram ligadas ao saber-poder. O saber

como abordar, como conduzir esse diálogo, que técnicas utilizar. Sobre isso, somente Andressa sinalizou as repetições dos eventos contados por dona Dalva na frente das crianças como algo que tenha evitado durante a visita domiciliar.

No caso de Vitor e Virgínia também surge a questão do 'passar o caso' quando da informação sobre a situação trazida pela ACS na reunião de equipe, decidindo-se o encaminhamento para o NASF após a consulta médica. Questão que se mostra ligada tanto ao saber-poder de como fazê-lo como também aos efeitos de verdade dos discursos proferidos que produzem impacto nos outros profissionais da equipe.

Em contrapartida, em nenhum momento foi mencionado planejamento de trabalho conjunto e continuado de visitas, consultas e atendimentos à família atendida. Ou ainda, registro de outras reuniões de equipe em que o caso tenha sido discutido. Questão que se tornou evidente na fala de Patrícia quando diz não saber se dona Dalva mudou ou não de casa.

Também não houve menção a um projeto terapêutico singular (PTS) para o caso, algo relacionado à Linha de Cuidado para crianças e famílias em situação de violência. Algo que, no nível da governamentalidade, foi comentado por Edson – em outra situação – ao se referir que não há um programa implantado na USF que seja específico e compreenda perguntas sobre violências interpessoais a serem respondidas e informadas aos níveis superiores de gestão.

Nesse caso, assim como nos anteriores, também se revelam os micropoderes exercidos pelos usuários. Aqui, Vitor, inicialmente, e, sobretudo, dona Dalva na continuidade da atenção prestada ao caso.

A ação de Vitor em sair de casa em busca de proteção em uma pessoa que representa a figura de segurança e não desejar retornar é algo que sinaliza o nível de estresse a que aquela criança estava submetida e ainda revela o poder por ele exercido em romper com o silêncio.

Nesse caso, algo notório são os micropoderes exercidos por dona Dalva no percurso realizado para que a neta recebesse atendimento após o encerramento do Projeto VIVER, além de outras instituições da Rede de Proteção.

Os atendimentos realizados a Virgínia no Projeto VIVER, em Periperi, sinalizam duas coisas: a primeira, a ausência de um serviço similar que possa acolher esse tipo de demanda

em uma região próxima ao domicílio, que por vezes pode impactar no acesso a tais serviços. A segunda, se relaciona ao fato de ser um serviço em um bairro distante da região de Cajazeiras, o que implica questões de deslocamento e também a necessidade de uma organização semanal da família para que os atendimentos em instituições distantes sejam mantidos pelo tempo necessário. Contudo, o fechamento do serviço, que funcionava com contratos do tipo REDA, revela uma situação de insegurança trabalhista e também da manutenção do funcionamento da instituição a partir desse tipo de contratação, bem como a priorização das instituições a serem mantidas em funcionamento pelo poder público. Algo relacionado ao governo das instituições

O fechamento do Projeto VIVER, justificado por questões de gestão na renovação dos contratos dos profissionais, ocorreu no primeiro semestre de 2017, um período em que o Brasil passava por um momento delicado de legitimidade na instituição presidencial. Após um processo de impeachment – alvo de críticas de legalidade – um vice-presidente sem popularidade assumiu o cargo máximo da democracia nacional, momento em que foi adotada uma medida política de congelamento do financiamento estatal aos setores de Educação e Saúde, além de ajustes no orçamento de outras pastas do governo federal, como a do Desenvolvimento Social. Situação refletida na priorização de serviços a serem mantidos em oferta à população.

Nesse sentido, após o encerramento do projeto na unidade em que Virgínia era atendida, revela-se também o poder de dona Dalva em busca por atendimento à neta. Os micropoderes por ela exercidos na busca pela guarda dos netos, em obter informações com outras pessoas, além de escolher os atendimentos aos quais retornar, como observado na recusa em retornar ao atendimento com a psicóloga da USF para receber o formulário de encaminhamento para o CREAS.

Contudo, dona Dalva demonstrava desempenhar o cuidado cotidiano aos netos. É possível dizer que a partir do perfil cuidador descrito para essa avó, se um dos netos não estivesse bem, em uso de seu poder, ela certamente buscaria mais vezes o serviço da USF.2 ou outro, como já o tinha feito. O que sugere que as crianças não estavam desassistidas. E assim, como no caso anterior, o caso de Vitor e Virgínia foi encerrado na USF.2 em virtude dos micropoderes operados pela família.

12 EMOÇÕES GESTADAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE VÍTIMAS INFANTIS

Neste capítulo, apresento conteúdos relativos às emoções que envolvem profissionais no cuidado a crianças em situações de violência intrafamiliar. Nas Ciências Sociais é problematizada a visão de que as emoções são fenômenos universalmente compartilhados e fruto de uma unidade biológica e psicológica. Rezende e Coelho (2010), por exemplo, expõem a ideia comum de que as emoções emanam de uma natureza interior e não social do indivíduo, e também o tensionamento da concepção de que emoção é uma qualidade indistinta e universalmente vivenciada do mesmo modo por todos os seres humanos, produzindo uma passagem do plano da singularidade para o universal sem qualquer mediação da sociedade ou da cultura.

Emoções são fenômenos situados no corpo, tanto em função de sua origem quanto também de suas manifestações, sem que isso signifique afirmar que sejam naturais. Com isso, é possível dizer que as emoções possuem uma dimensão psicológica, entretanto o modo como expressá-las recebe influência da sociedade. Portanto, as emoções não podem ser pensadas isoladas do contexto das interações sociais, havendo um aparato acionado em cada contexto da experiência (REZENDE; COELHO, 2010).

E para os profissionais da ESF pesquisados, ao trabalhar com esse conteúdo de violência com famílias em contexto de vulnerabilidade, como nos casos relatados, não era sem sentido pensar que emoções estivessem envolvidas nesse tipo específico de ato de cuidado. Ponderando que é concebível que o cuidado a outros eventos do ciclo da vida que fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF também produza diferentes emoções, como o cuidado ao pré-natal, a pessoas com patologias crônicas e a morte, por exemplo, não seria diferente pensar que as situações de violência envolvendo crianças não produziram também um rol de emoções a elas relacionadas.

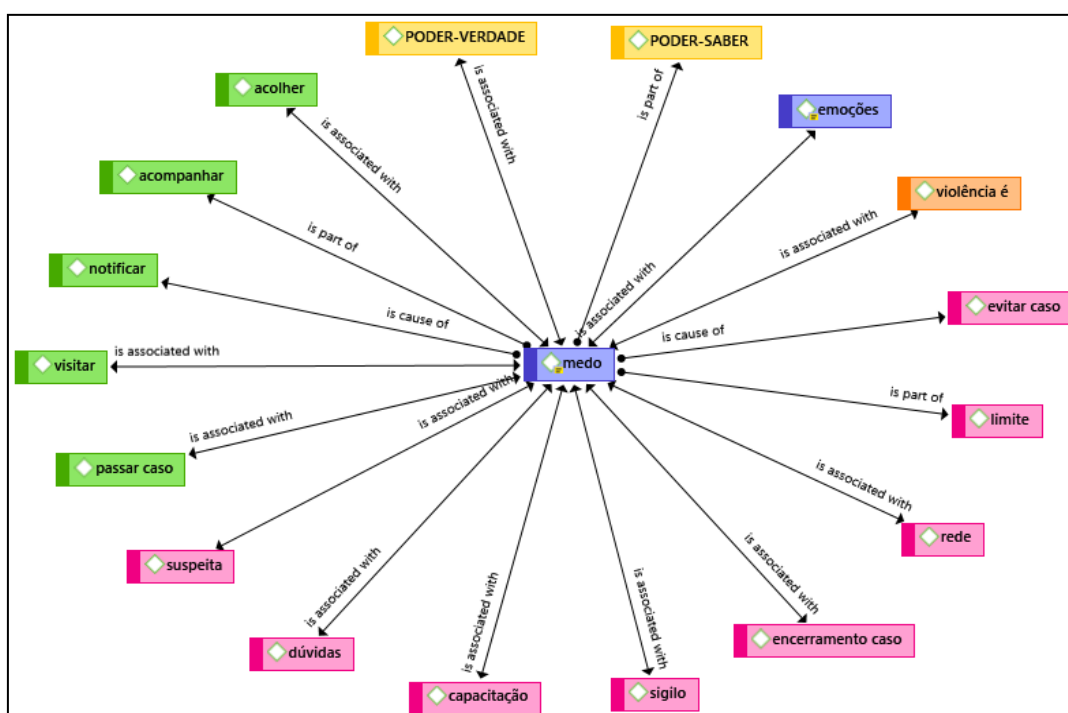
Nos relatos e entrevistas que dispunha, as emoções expressas pelos participantes foram agrupadas no grupo de códigos 'subjetividade' e ao final das codificações no ATLAS.ti, o código 'emoções' teve 35 citações com conteúdo de múltiplas emoções e o código 'medo' foi criado por ter se destacado entre as emoções relatadas, tendo recebido 21 citações.

12.1 MEDO NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Não perguntei diretamente sobre o medo e nem todos os participantes falaram sobre esse tópico nas conversas ou entrevistas. O medo apareceu espontaneamente nos discursos dos participantes, sobretudo no momento em que falavam sobre os limites ou lacunas da atuação profissional em relação às vítimas infantis de violência intrafamiliar.

No ATLAS.ti, o código 'medo' apareceu em cocorrência com outros 17 códigos, como é possível ver na Figura 20.

Figura 20 – Código 'medo' e 17 códigos cocorrentes



Fonte: Elaboração própria a partir do *software* ATLAS.ti

Esse tópico destacou-se nas entrevistas, impactando nos atos de cuidado, estando presente nas falas dos ACS, das enfermeiras, da psicóloga e marcadamente na narrativa da assistente social.

Apareceu fortemente relacionado aos “envolvidos” com tráfico de drogas, ao medo de “entrar nos casos”. Como na fala das enfermeiras das equipes amarela e roxa:

Ellen: Quando já aconteceu a violência, a gente faz o quê? Na verdade, a gente pode fazer o quê, né? O que está ao nosso alcance, que não é muito. Quando é um caso trazido por outras pessoas, é até mais fácil, porque a gente não lida diretamente com o agressor e a gente não tem aquele medo de encarar a situação de frente e aí a gente aciona a assistente social, o Conselho Tutelar, que é o que a gente tem aqui e o que dá suporte para a gente. Quando é, vamos supor, o próprio agressor, eu acho que isso é mais difícil, porque você /-/ nunca aconteceu comigo, mas pode acontecer de aquele agressor ser envolvido no mundo do crime, como a gente tem vários aqui, né? E de repente, você também não pode bater de frente, né? Dar testa com aquele agressor, você e o agressor na sua sala. Porque você não sabe qual vai ser a atitude daquela pessoa, você não sabe com quem está lidando. [...] muitas vezes aquela pessoa ali, toda bem arrumada, é um traficante, é um criminoso, né? Então, às vezes, a gente se preocupa também com a nossa segurança. Isso aí, eu não vou mentir, não vou dizer a você que a gente não tem essa preocupação, porque tem! Porque a gente tem filhos, tem família. Então, a gente também faz, mas a gente fica com medo em algumas situações, de uma represália. [...] Mas o nosso limite vai até aí: o Conselho Tutelar. A partir dali, o Conselho Tutelar tem que tomar a iniciativa cabível. A posição cabível. Porque muito a gente não pode fazer. O que a gente pode é denunciar da nossa forma, que é denunciar indiretamente através da assistente social e do Conselho Tutelar. Mas a gente não pode bater de frente com o pai, o agressor ou o padrasto. Se ele foi capaz de fazer isso com a criança, o que ele não vai fazer com a gente, né? Uma criança que muitas vezes é filho carnal, e tem coragem de fazer horrores, imagina com quem não tem parentesco nenhum, vínculo nenhum. Então, tem a questão do medo, de você também tomar cuidado com a sua segurança, tem tudo isso.

Érica: Olha, eu acho que as lacunas estão no medo do profissional, né? E acaba gerando falhas no processo. Porque tem profissional que pode até perceber alguma coisa, mas por medo de entrar, ou subentender, de entrar mais no caso, se aprofundar mais no caso ou subentender, deixar subentendido para o acompanhante que pode estar suspeitando de alguma coisa. Então, o profissional já fica com medo disso. Não temos respaldo nenhum por trás, alguma coisa que nos defenda de repente se a gente for levar isso adiante e fazer uma denúncia, que tem que notificar a violência. Tipo assim: *Quem pode nos amparar nesse momento?* Então, minha preocupação permeia não só pela criança que está vivendo em situação de violência, mas também sobre a minha segurança no momento em que eu trabalho com isso.

Na fala das duas ACS que discorreram claramente sobre o medo – Amanda e Aurora – apareceu o conteúdo de que elas procuram não se envolver demais em busca de preservar sua integridade física, ao assumirem o receio de que a família considere que elas estão tocando em questões íntimas e que não concernem ao âmbito da saúde. A capacidade de sentir medo faz parte da natureza humana, seja a partir de sinais ameaçadores concretos ou imaginários. Entretanto, como enfatizam Rezende e Coelho (2010), as formas pelas quais cada grupo dará vida a essa capacidade são fruto de circunstâncias históricas e culturais.

Ademais, o medo mostrou-se entrelaçado com outros tópicos, como os relativos às questões dos atendimentos de violência em serviços de saúde, além dos “envolvidos” com o narcotráfico, a notificação, a rede, a omissão, o evitar construir esse tipo de caso. Também se mostrou relacionado às dúvidas, ao limite da atuação, ao sigilo, como também ao acompanhamento, às suspeitas, ao receber e ‘passar o caso’, assim como às emoções.

Nesse sentido, Patrícia comentou sobre o medo do “passo em falso”, a dificuldade de “manejar” a situação como reflexo da complexidade e delicadeza que permeiam esses tipos de caso, além de ter indicado a baixa frequência de treinamentos sobre violência oferecido aos profissionais, como pode ser visto na citação a seguir:

Patrícia: Aqui, como o caso do primeiro menino (Vinícius) que eu contei – do que queria que o pai olhasse ele como menino e não como homem – o pai dele é segurança na escola. Ali, qualquer passo em falso que a gente der, qualquer abordagem que a gente faça que ele entenda que fomos nós da unidade de saúde que promovemos aquilo ali, aquilo pode ter repercussões inclusive para a gente. Então, em várias situações, a gente acaba esbarrando nisso aí. Como eu falei do andamento, a agente comunitária não trouxe informações pra gente do andamento da coisa, mas eles também têm esse receio; quando envolve questão de violência, como eu tô falando, exatamente em andamento é mais difícil; que o que é em andamento, não só o fato estar acontecendo ainda, como o caso lá, a menina (Virgínia) tava afastada fisicamente do padrasto, os meninos, né, era um casal, mas o padrasto morava perto, o padrasto sabia onde eles estudavam, qual era a rotina deles, que horas saíam, que horas chegavam; muito vulneráveis. Então, e o agente comunitário anda na rua, mora por ali também, conhece, né, então, essa questão da gente se sentir também /-/ sabemos da nossa obrigação de acolher, né, de fazer, de intervir e de fazer os encaminhamentos devidos, mas a gente esbarra nisso, nessa dificuldade nossa no manejar porque a gente também se sente vulnerável, se sente exposto, sabe? É difícil. [...] Essa coisa da gente saber e se sentir confortável em tomar certas medidas, por exemplo: notificação. Se a gente for parar pra olhar as fichas de notificação de violência, a gente não anda notificando, não, porque que a gente não notifica? É difícil. A gente fica exposto. Tem essa questão da nossa exposição, da nossa vulnerabilidade, é o limite e o nosso despreparo, como eu disse. Acho que a gente tinha que olhar

mais. Assim como tem treinamento de vacina, treinamento de tuberculose, de hanseníase, treinamento de violência, de caju em caju.

O relato de Selma foi marcante. E de longe foi a participante que mais falou sobre o tópico medo. Comentou que sentia nas equipes um medo em “lidar com a questão”, que as equipes não “manejam bem” e, por isso, tinha a percepção de que não era inserida nos casos.

Selma: Olha, as equipes, eu sinto que elas têm, eu não sei explicar, se é medo de lidar com a questão. Preferem não conjecturar e aí não irem visitar na questão da violência, sobretudo quando é a violência sexual. E as equipes recuam. Claro que uma ou outra me requisita mais, por se aproximar mais, por se preocupar mais e de ter uma habilidade maior para manejar as questões de violência. Mas a maioria das equipes não me requisita para essa questão porque não maneja legal e tem acho que medo da exposição. Então, até para notificar, eu sinto aqui e na outra unidade também, essa dificuldade. Inclusive lá na outra unidade a gente nunca notificou juntos. Aqui eu já tive alguns episódios de notificação. [...] Eu acabo me sentindo subutilizada frente a essa demanda porque os demais profissionais têm medo de se expor, né? E têm medo, na verdade, às vezes, da resposta que eu vou ter que dar. Porque é uma exposição para todo mundo. Mas é para mim também ou sobretudo para mim, porque todo mundo enxerga a assistente social como aquela que vai trazer a polícia, o Conselho Tutelar. Todo mundo sabe disso. Então, eu talvez fique mais exposta do que todo mundo em relação a isso. [...] Então, as pessoas das equipes têm essa dificuldade de me inserir e eu acredito que é por isso, né? Pelo medo de chegarmos a um denominador comum e termos que partir para a intervenção. Eu acho que é a intervenção final que assusta. [...] As pessoas têm tanto medo de partir para o enfrentamento, que a gente não enfrenta, porque o caso não chega. [...] Pelo medo de: *Onde isso vai dar? Você vai fazer o quê?* Mas a gente precisa pensar que minimamente a gente produz dados. E aqui é subnotificado. Te digo com tranquilidade: é subnotificado! Entende? Mas a gente tem dificuldade de lidar com a coisa porque é difícil mesmo, né? Você se sente impotente porque muitas vezes o que acontece, o profissional diz assim: Sim, mas (+) a gente vai notificar e não vai dar em nada? Mas, minimamente, se produz dados, né? As políticas públicas são construídas a partir de dados.

É possível ver na fala de Selma o nível de estresse envolvido em casos de crianças em situação de violência, pelo fato da profissão dela já estar configurada, no senso comum, como a profissional da Atenção Básica mais próxima da Rede de Proteção, que traz o Conselho Tutelar e tira as crianças.

Na literatura especializada, o medo é tópico recorrente em pesquisas com a temática da violência. Medo que os profissionais sentem em atuar nesses casos, medo de construir os

casos, de institucionalizá-los, de notificá-los e de falar sobre eles, inclusive com as pessoas do e no território de trabalho.

Sobre esse tópico, o medo dos profissionais é de sofrer represália por parte dos agressores (CUNHA, 2007; GRANVILLE-GARCIA; SILVA; MENEZES, 2008; LANCMAN et al., 2009; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; VELOSO, 2015). Há medo também em trabalhar com famílias que moram em regiões onde opera a lei do narcotráfico (ANDRADE et al., 2011; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012a). O que também evidencia a capilaridade das organizações criminosas que operam em regiões periféricas de cidades nos diferentes estados brasileiros, e de como isso impacta na dinâmica local, dos moradores, dos trabalhadores, das pessoas que circulam por esses bairros à margem dos centros urbanos, políticos, administrativos, econômicos e culturais.

Dados similares que também encontrei nesta pesquisa, um relato que está mais presente principalmente na fala dos ACS, por serem esses os profissionais das equipes que mais realizam atividades no território, fora dos muros da unidade de saúde (ANDRADE et al., 2011; LANCMAN et al., 2009); ainda mais quando a equipe é composta, em sua maioria, por mulheres (SOUZA; SANTOS, 2013). Além disso, os ACS são identificados como os profissionais mais expostos a ameaças de retaliações por parte da família e do próprio agressor, tanto por sua proximidade com a família quanto pela visibilidade que eles passam a ter na comunidade onde trabalham (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012a; MORAIS, 2012).

O medo da exposição foi identificado como o principal problema a inibir a notificação por outros profissionais, não somente os ACS (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012b). Eles sentem-se inseguros em seguir com o acompanhamento por inclusive ter que vir a responder legalmente sobre o caso (BEZERRA; MONTEIRO, 2012).

O medo também aparece relacionado à ausência de um suporte institucional eficaz (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010); a sensação de falta de proteção pode provocar nos profissionais sentimento de insegurança e se refletir em redução das ações relacionadas ao enfrentamento dos casos de crianças em situação de violência familiar (MORAIS, 2012). Os entrevistados sugeriram ser importante manter o anonimato do profissional e da unidade onde a notificação tenha sido feita (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012b; MORAIS, 2012).

Além do medo por parte dos profissionais em relação à família, que não quer que a situação venha a público, Ramos e Silva (2011) notaram também que existe, entre os profissionais pesquisados em São Paulo, receio em relação ao que acontecerá com a criança caso ela seja encaminhada ao Conselho Tutelar, onde há um questionamento acerca do que é melhor para uma criança nessa situação: institucionalizá-la ou se é preferível que ela continue com a família. Tal dilema sinaliza a não legitimidade da atuação do Conselho Tutelar como resultado da demora e da descontinuação na atuação dos casos. Nesse sentido, as autoras perceberam que os profissionais de saúde se mostram mais hábeis em encaminhar crianças nessas situações de violência para prontos-socorros e/ou hospitais de referência do que para o Conselho Tutelar (RAMOS; SILVA, 2011). O tipo de encaminhamento em si já sinaliza a gravidade da violência sofrida.

Na fala das duas ACS que discutiram sobre o medo – Amanda e Aurora – apareceu o conteúdo de que procuram não se envolver demais. O que me parece algo relacionado ao cuidado de si de que fala Foucault, de não querer morrer, ao instinto de sobrevivência, ao se manter vivo, algo de quem conhece a dinâmica do lugar onde mora e trabalha.

A fala de Ellen sobre o medo de ter que lidar com o agressor, se mostra diferente na eventualidade de o caso ser trazido por outra pessoa. Na sua opinião, quando é trazido por outra pessoa da família “é até mais fácil”, por não ter que lidar diretamente com o agressor. Embora, lidar e propor um trabalho com o agressor esteja pressuposto em qualquer caso, exceto óbito, ou mudança de atitude.

Érica discorreu sobre o medo relacionado às lacunas e à postura de evitar esses tipos de casos, questões que para ela estão relacionadas ao medo de “entrar nos casos” e à ausência de respaldo em situações extremas. Assim como encontrado na fala dos ACS, o cuidado da criança e o cuidado de si, no que se refere à segurança, à vida e à integridade do profissional. Afinal, o profissional precisa estar bem e em gozo de sua própria existência porque no dia seguinte há uma agenda repleta de usuários em busca de atendimentos para suas necessidades.

Para Patrícia, o medo está relacionado a um possível “passo em falso” devido à complexidade e delicadeza que permeiam esse tipo de caso, o que na sua opinião tem reflexos no andamento do caso, ou seja, no andamento, no “manejar”. Ela está falando de insegurança,

de falta de habilidades e repertório de experiências para lidar com a complexidade que envolve esses casos.

Lembremos que Selma comentou não ser requisitada. Os técnicos usam de sua discricionariedade ao escolher em que casos entram ou não. Questão importante discutida na tese de Gabriela Lotta (2010), em que os profissionais da ESF usam a sua discricionariedade ao operar no trabalho para selecionar o que entra e o que não entra como atendimento no serviço dessa política pública. Selma só atende o que lhe é passado, indicado e quando é solicitada. Não tem agenda aberta, é uma agenda por demandas. Daí a subutilização que ela sinalizou sobre seu trabalho.

Algo que chama atenção para os casos de violência é a questão da adscrição da população atendida. Ao mesmo tempo que a adscrição dessa população favorece a identificação de necessidades e a organização do trabalho, nos casos de crianças em situação de violência intrafamiliar isso também coloca os profissionais mais expostos a possíveis retaliações dos agressores. O que é diferente para o fenômeno da violência, enquanto que para um usuário do serviço com alguma doença crônica, ou acamado, a adscrição parece não apresentar agravantes. Porém, nos casos de violência, coloca os profissionais em relação direta com os agressores, usuários ou não do serviço de saúde, o que se traduz em uma tendência de afastamento do serviço. O que está colocado em jogo é a permanência, o vínculo, a continuidade dos serviços a uma mesma população. É em meio a esse desconforto que um caso de criança em situação de violência pode provocar nos profissionais que aparece o evitar. E não parece difícil compreender o evitar, tendo-se conhecimento do contexto violento em que se dá o cotidiano de trabalho desses profissionais.

12.2 “HOJE EU NÃO VOU DORMIR!” E OUTRAS EMOÇÕES RELACIONADAS AO CUIDADO

No trabalho dos profissionais da ESF se convive com as pessoas, as dores e as doenças que elas carregam. Mas não foi fácil chegar às emoções dos profissionais. Com esforço, atingi essa dimensão com alguns participantes que se colocaram mais próximos e tiveram uma atitude mais aberta. Com outros, não consegui ouvir nada desse conteúdo.

Creio que pelo fato dessa dimensão não ser muito acessada, requisitada a ser verbalizada com outro profissional ou com um pesquisador no ambiente de trabalho, e, sobretudo, pela

distinção existente entre o sentir e o expressar – algo que tem a linguagem como mediadora –, algumas vezes quando perguntei sobre emoções e sentimentos, vi expressão de surpresa e de dúvida.

Mas, em algumas situações, foi inevitável que esses conteúdos viessem à tona e transcorressem pelos diálogos. Como no caso de Vanda e Valdir, após a visita domiciliar ao conversar com Marilda, Áurea, Selma, Alberto e Elisa. Selma relatou que quando fez a primeira visita domiciliar para Vanda e Valdir, não dormiu na primeira noite. Na conversa que tive com Elisa, na sala de reunião, ela citou sentir tristeza, ficar arrasada e disse que pensava muito nessa família.

Na conversa com Marilda, ela me disse que se arrepiou ao ver as condições em que a família morava, ficou impressionada, chocada com a situação que se mostrou pior do que inicialmente imaginava. Disse-me ela: “A gente sabe que tem famílias muito pobres, mas não assim tão perto. É aqui do lado do posto!” (Diário de campo, 7/3/2018). Na noite do mesmo dia da visita domiciliar, Marilda me enviou uma mensagem pelo *whatsapp* perguntando como eu estava e me disse que não parava de pensar em Dolores e nas crianças, o mesmo acontecia comigo naquele momento. E no dia seguinte, me contou que havia sonhado com a família na noite anterior.

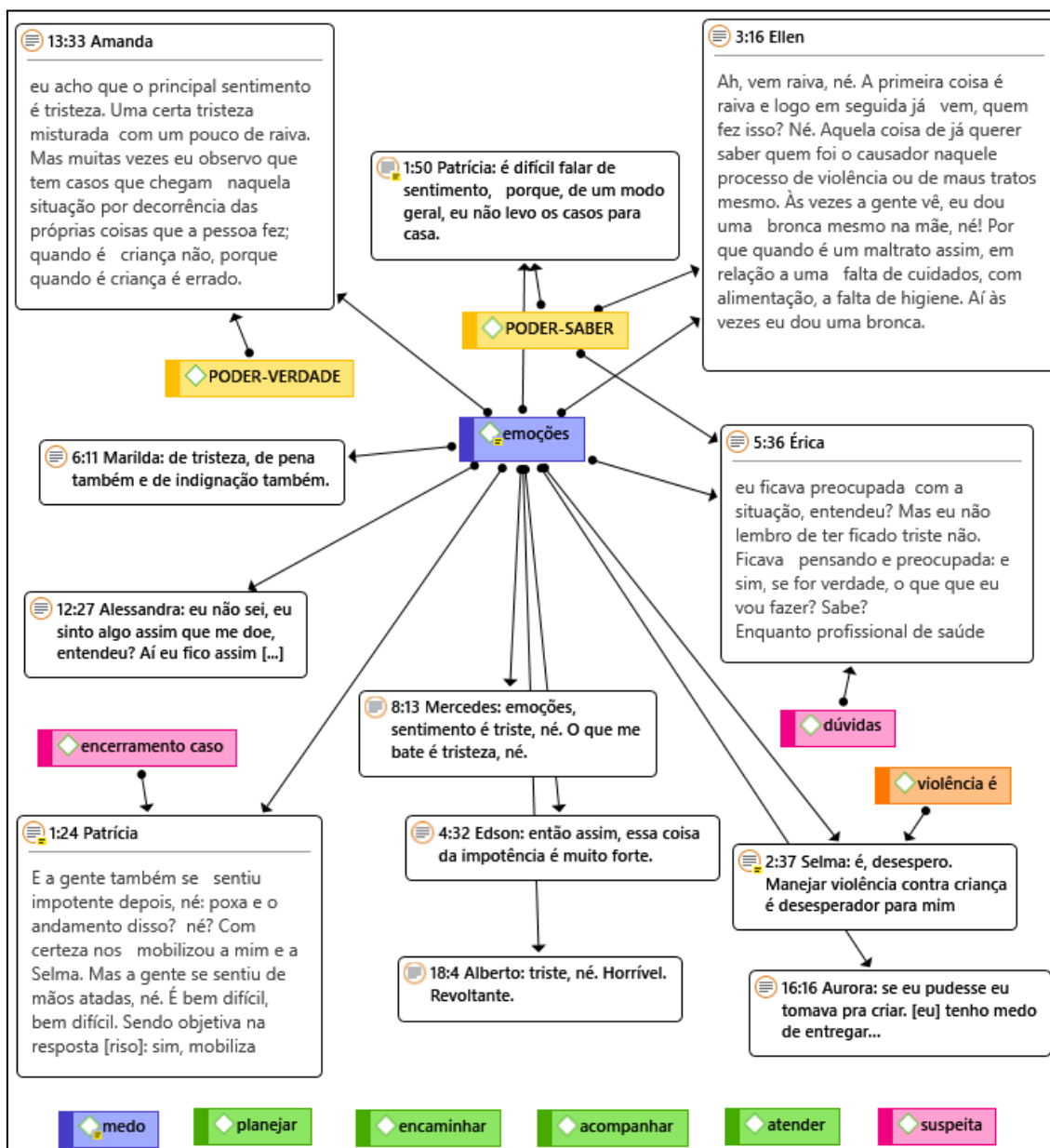
Fica evidente que esse conteúdo não escapa à subjetividade pelos profissionais. Isso me faz pensar na realidade que se abre ao profissional quando ele sai, não só de trás da sua mesa, mas do próprio consultório, para realizar uma visita domiciliar e se expõe à realidade social que o usuário vive em sua residência.

Na tarde em que Patrícia me comentou pela primeira vez sobre o caso de Vinícius, perguntei-lhe como se sentia ao se ver em frente a crianças nessas situações. Algumas de suas respostas mais marcantes, entre silêncios e com olhar baixo, foram: “Fico angustiada”; “É triste ver e não poder fazer nada”; “A gente se blinda para não sofrer” (Diário de campo, 27/11/2017). Durante a entrevista, ela não voltou a explicitar suas emoções em relação ao caso de Vinícius, relatando-me: “É difícil falar de sentimento, [a gente] tem que ser objetiva”. Disse que mantém o foco no acolhimento do usuário, buscando proporcionar um espaço de conforto e escuta para o cuidado, mas disse que o caso dessa criança lhe sensibilizou.

Selma, durante sua entrevista, comentou sobre um caso atendido pela equipe anil da USF.2 de uma menina com menos de 10 anos que foi abusada sexualmente pelo pai. Quando a mãe descobriu os abusos, ela que já havia sido agredida fisicamente pelo marido, foi mais gravemente agredida por ele, dessa vez com a ameaça de a assassinar na presença da criança, tendo-lhe deflagrado diversas facadas. No atendimento de Selma, ao ouvir o relato feito pela própria mãe – que nesse momento já havia saído do hospital e estava com as feridas corporais em processo de cicatrização –, ela me disse que pensou consigo mesma: “Hoje eu não vou dormir!” E, ao finalizar o relato, acrescentou: “Às vezes, quando eu me lembro do caso, eu fico mal”. Esse é um tipo de atendimento que “deixa você sem /-/ me deixou sem /-/ não sei se a você deixaria...”. Eu disse-lhe que, certamente, também me deixaria assim.

A partir da codificação das entrevistas no ATLAS.ti, o código ‘emoções’ teve 35 citações e apareceu em coocorrência com outros 11 códigos. Na Figura 21, apresento em conjunto algumas citações e seus códigos coocorrentes. Na observação desta Figura, é possível visualizar diferentes sentimentos produzidos no cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar: revolta, tristeza, desespero, impotência, raiva, dor, desespero, indignação. Além do sentimento de compaixão mencionado por Aurora, dizendo que se fosse possível assumiria a criação de uma criança nessa situação familiar. O mesmo que Marilda mencionou ao conhecer as condições em que vivem os filhos de Dolores.

Figura 21 – Citações relativas ao código ‘emoções’ e códigos coocorrentes



Fonte: Elaboração própria a partir do software ATLAS.ti

O cenário de interação que produz o sentimento de raiva é aquele em que há uma violação de regras ou valores que é apontada por uma pessoa que condena o ato. Nas circunstâncias em que a raiva está presente, há sempre um julgamento moral do responsável pelo ato que produz essa emoção (REZENDE; COELHO, 2010).

Apesar do grande volume de trabalhos acadêmicos abordando a temática da violência, poucos são os estudos que se voltam para os impactos dos casos na subjetividade dos profissionais da ESF que exercem esse tipo de ação cuidadora, como a pesquisa de Roberta Moraes (2012), realizada com profissionais da quatro USF da cidade de Jequié (BA). Em sua dissertação, estão transcritos relatos que trazem emoções como tristeza e dor no coração, assim como reações de choque com alguns casos. Há também casos que os profissionais não gostam de lembrar. A autora ainda destaca que os fatores psicoemocionais – como denomina em seu estudo – podem ter forte influência nos atos de cuidado às crianças em situação de violência.

Outras autoras realizaram pesquisa com profissionais de saúde que trabalham no Programa de Atenção à Violência (PAV) do Distrito Federal, serviço que tem como público alvo crianças, adolescentes e, principalmente, mulheres em situação de violência. Imbuídas de compreender o impacto laboral nas vidas pessoais, em especial no universo conjugal-familiar, de funcionárias públicas em saúde que dispensam atenção biopsicossocial a crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência. Seis mulheres foram entrevistadas nessa pesquisa qualitativa, sendo: uma agente de saúde, uma técnica de enfermagem, duas médicas, um assistente social e uma psicóloga, com idades variando entre 30 e 58 anos, e o tempo de atuação com a temática da violência entre 5 e 25 anos. Todas já haviam vivido relações conjugais e, no momento da realização da pesquisa, duas estavam separadas (PENSO et al., 2010).

O trabalho em serviços de saúde que atendem vítimas de violência é fortemente impactante para os profissionais. Impacto que atinge tanto sua vida doméstica/pessoal quanto sua saúde. Cientes do modo como se sentem subjetivamente mobilizadas no trabalho com a violência, profissionais sinalizam demandas de apoio nem sempre acolhidas pelas instituições, como supervisões sistemáticas em psicologia para discussão de casos e para apoio emocional (PENSO et al., 2010).

O trabalho com pessoas em situação de violência mobiliza as profissionais que relatam uma variedade de emoções que se refletem nos conteúdos carregados de suas ações. Há relatos de sentimentos de desmotivação, impotência, raiva, irritação, culpa, pena, medo, angústia e solidão ao se referirem aos casos de violência atendidos (PENSO et al., 2010).

Para diminuir o impacto dos atendimentos aos casos de violência, profissionais relataram algumas estratégias, como realizar o atendimento em dupla, o que permite diminuir o desgaste dos atendimentos e promove um espaço de troca e escuta; e procurar colegas [profissionais] para desabafar sobre os casos em busca de apoio quando está muito difícil suportar sozinha o peso da escuta. Algumas outras estratégias individuais, ditas eficientes para diminuir os efeitos dos atendimentos e também formas para *desintoxicar* foram: fazer exercício físico, caminhar, fazer ginástica, não assistir a programas televisivos que enfatizam a violência, procurar se desligar, valorizar o final de semana como um tempo para relaxar, fazer psicoterapia, se envolver com as demandas da casa, dos filhos e do marido, sair para se divertir, cozinhar, assistir a filmes leves e românticos (PENSO et al., 2010).

Durante a entrevista de Alberto, indaguei-o sobre como era realizar visitas domiciliares todos os meses para as famílias em que essas situações com crianças estão presentes, disse-me ele:

Alberto: É difícil, mas... pra mim, na verdade, eu já tô acostumado, eu já vou preparado. O ruim é quando você vai assim pela primeira vez e escuta e [dá aquele] baque. [Quando você] escuta pela primeira vez, mas quando você vai outras vezes, você vai já preparado para o que você ainda pode ouvir, você já sabe que vem problema aí.

Selma é quem também pontua uma questão importante sobre o trabalho do profissional de saúde que cuida de pessoas nesse tipo de situação. Em suas palavras:

Selma: A gente, quando está na faculdade, a gente fala muito sobre a tentativa da neutralidade diante dos casos que a gente atende, [sobre] tentar manter um distanciamento. É, a gente tenta, né, mas efetivamente a gente não consegue se distanciar. Principalmente quando se é Unidade de Saúde da Família, né? Então, a aproximação com a realidade dessas pessoas, com a dor dessas pessoas é inevitável. Está batendo ali na porta da unidade o tempo inteiro. E aí o meu sentimento de frustração vem disso, né?

A fala da assistente social denota um forte posicionamento de que, para alguns profissionais, não há como haver neutralidade nesse trabalho, devido à proximidade dos

usuários dos serviços da ESF com a unidade de saúde e por haver um envolvimento com o outro que sofre.

Nos serviços de saúde se está acostumado a trabalhar com as dores e as doenças das pessoas, principalmente as dores provocadas pelas patologias que possuem tratamentos da biomedicina. Entretanto, ainda se mostra como desafio aos profissionais da Estratégia Saúde da Família o cuidado quando as demandas envolvem as 'dores' familiares e sociais. 'Dores' que não podem ser sanadas com os produtos comercializados pelo complexo industrial da saúde, 'dores' que vão encontrar alento no cuidado produzido na relação humana.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidado em saúde expressa reconhecimento, preocupação, responsabilidade, solidariedade. Um ato de natureza compreensiva, traduzido em mediações empáticas nos encontros entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Onde o ouvir, o olhar, o dialogar são utilizados em uma atitude realizadora do trabalho vivo em ato, promovendo um espaço de intersubjetividade viva pautado em construir mediações, não simplesmente a aplicação de uma técnica, uma ciência, de um saber. O cuidado promove um espaço relacional que se efetiva nas trocas, atitudes. Um espaço de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar seus atos se resumirem a ela. Não se apresenta como uma tecnologia que se aplica, mais em um espaço de interação entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida.

Sendo a ESF uma política pública nacional de capilaridade abrangente – alcançando aproximadamente 98% dos municípios brasileiros – se ampliam espaços de cuidado para a população com maior vulnerabilidade e aumentam as possibilidades de gozar de boa saúde. Tendo a premissa que se opere o cuidado para todo o ciclo de vida, da gestação, pré-natal da infância, adolescência, fase adulta, até a senescência e, inclusive, assistência ao fim da vida. Ainda que esse ciclo possa ser interrompido anos antes da fase adulta, como se tem observado principalmente em relação aos jovens negros residentes nas periferias das cidades brasileiras.

A isso inclui-se também a expectativa de cuidar da saúde e das doenças das pessoas que compõem as famílias do território adscrito e da área de influência das USF, ainda que as prioridades da ESF estejam direcionadas para o atendimento às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose, ao acompanhamento de mulheres grávidas, crianças e idosos. Também no âmbito de políticas públicas do Estado brasileiro, as violências, apesar de não serem uma patologia biológica, entram no escopo do cotidiano do trabalho das equipes da ESF pelas suas consequências, bem como pelas recomendações e medidas voltadas a sua prevenção. Ao se considerar a noção ampliada de saúde, constata-se que as diferentes modalidades de violências intencionais têm impacto negativo no bem-estar das coletividades.

Longe da ‘cidade formal’, Cajazeiras é fruto do período de metropolização de Salvador no final do século XX, construída já à margem, praticamente no último pedaço de terra do miolo da cidade. Um complexo habitacional planejado até certo ponto de sua construção, tendo outra parte de seu território ocupado sem planejamento. Território onde, entre 2000 e 2010, houve um aumento de 25% de domicílios em condições subnormais, onde reside uma população heterogênea, com nível de escolaridade, majoritariamente, até o Ensino Médio.

Cajazeiras está localizada em uma região próxima a outros municípios que compõem a Região Metropolitana de Salvador, identificada através de dados secundários como uma das regiões metropolitanas do país que atualmente tem as mais altas taxas de homicídios – a violência em sua face extrema. Em um contexto onde a convivência com outras violências, a do tráfico e as estruturais, é uma realidade a produzir diferentes emoções, especialmente o medo. Entre os profissionais da ESF, tal situação chega a impactar de modo desfavorável a dinâmica do cuidado a crianças vitimizadas.

Cenário em que é notória a presença dos “envolvidos” dentro e fora da USF, como usuários do serviço de saúde e em áreas específicas do entorno da unidade, o que em alguma medida corrobora para a explicação da presença dos policiais militares em atividade na USF.1, profissionais especializados em situações extremas de contexto violento, e mantém a dúvida sobre a inexistência dessa mesma categoria profissional na USF.2.

Além da violência interpessoal e da criminalidade, naquele momento Cajazeiras era uma região com vazios assistenciais no território, onde a cobertura da ESF era insuficiente para a população que lá residia, tendo inclusive havido redução do percentual de cobertura da ESF no distrito entre 2005 e 2015. Questão interpretada como uma das formas de violência institucional com essa população, o que se mostrou relevante em dois casos analisados, interferindo diretamente no cuidado dos casos de Vinícius e de Vitor e Virgínia, quando os atos de cuidados foram operados no modelo convencional de uma Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, mesmo havendo uma política pública de grande investimento no país, o modelo não funcionava da forma esperada para toda a população do local onde encontravam-se inseridas as USF estudadas. Essa é uma insuficiência reconhecida no próprio relatório anual da Prefeitura e indicada pelos profissionais do Distrito Sanitário de Cajazeiras. Isto demonstra um ponto crítico das políticas públicas nacionais – a exemplo das políticas de saneamento

básico e educação – que não chegam a concretizar todos os objetivos pactuados, nem atingir a universalidade na cobertura integral a toda a população.

No campo, constatei que as USF estudadas apresentavam carências nas instalações físicas e no quadro de funcionários. Contexto em que a precarização das condições de trabalho também se configura como uma das formas de violência institucional.

Nos resultados desta pesquisa, observei distintas concepções sobre violência envolvendo crianças, quando esta se mostrou concebida, sobretudo, em suas formas mais graves, de natureza física e sexual. E a despeito de toda a negação recebida, existiam casos de crianças em situação de violência intrafamiliar entre as famílias adscritas que eram ou foram acompanhadas pelas equipes estudadas.

Na dinâmica do cuidado aos casos analisados também observei alguns pontos de convergência e divergência. Entre as convergências, observei, basicamente, a utilização dos mesmos dispositivos através dos atos de cuidado, o acolhimento dos casos por parte dos profissionais (ACS, médicas, assistente social, psicóloga), as consultas e o encaminhamento para outros equipamentos da rede de proteção. O caso de Vanda e Valdir que foi encaminhado ao Conselho Tutelar sem que tenha havido uma atuação dessa instituição durante os oito meses do período do campo. E ainda que haja uma atuação no futuro, ela ocorrerá fora do tempo esperado de ação para corresponder às necessidades da família naquele momento. Uma questão importante sobre a decisão coletiva foi que, ao encaminhar o caso para o Conselho Tutelar, este se configurou em algo a retirar dos profissionais a responsabilidade de prestar um cuidado continuado à família, ainda que ela se mantivesse residindo na área de abrangência da unidade, utilizando-se do serviço para atenção a outras demandas. Essa ação de buscar um órgão da rede de proteção se delineou com o ato de “passar o caso” adiante.

Outra similaridade observada nos casos (C) de Vitor e Virgínia e no (B) de Vinícius foi a figura de proteção para as crianças vitimizadas ser representada pela avó materna, algo que revela o cuidado da família sob o encargo das figuras femininas.

Entre as divergências, destaco os dois casos (B e C) em que a própria família imprimiu o andamento do caso, mesmo com tomadas de decisão contraditórias, no sentido de, em determinado momento, desejar os atendimentos de algum profissional para o atendimento

relacionado à vitimização por atos violentos intrafamiliares e, em outro momento, recusar tal atendimento e se ausentar dos mesmos. Membros adultos da família fizeram um falso fechamento do problema. Quais as consequências de tal decisão para as vítimas infantis? Tal indagação não tem resposta pela ESF.

Outra diferença significativa percebida entre os três casos analisados refere-se às entradas dos casos nas USF, algo a impactar na dinâmica do cuidado realizado. O caso (A) de Vanda e Valdir foi identificado pela equipe de saúde que nominou aquele como um caso de negligência com as crianças, mas esse não era o discurso (queixa ou demanda) da família. Ainda que tenha sido nominado por uma parte da equipe, não foi consensual a todos os profissionais daquela equipe, posição que inclusive impactou no planejamento e na implementação de atos de cuidado para o caso. O que aconteceu de modo diferente para os outros dois casos analisados. O caso (C) de Virgínia já foi acolhido com a criança tendo recebido atendimentos prévios em outro serviço de referência para vítimas de violência sexual. Em contraponto, o (B) de Vinícius se tornou um caso para o cuidado da equipe de saúde através da demanda do próprio usuário, ele diretamente demandou a uma profissional de saúde e relatou as situações de violências vivenciadas em casa. Entretanto, até a revelação desse episódio de violência intrafamiliar pela própria vítima, os profissionais, durante as consultas médica e de enfermagem, não suspeitavam das situações de violências que a criança vivenciava com o pai.

Na dinâmica do cuidado aos casos analisados, chamou atenção também a ocorrência de atos compartilhados entre os profissionais, como os atendimentos da assistente social e da psicóloga para prestar cuidado ao caso (B) de Vinícius, e com a visita domiciliar compartilhada entre a médica, ACS e a assistente social para o caso (A) de Vanda e Valdir.

Registre-se também as reuniões de equipe, que igualmente se configuram como uma das formas de compartilhamento dos casos entre os membros da equipe, ainda que nem todos estivessem presentes em todas as reuniões, como é o caso dos técnicos em enfermagem. As reuniões são um ato de cuidado onde saberes e poderes dos profissionais estão presentes através dos próprios discursos de cada um, quando mesmo os profissionais que não desempenharam atos de cuidado passam a ter conhecimento sobre o caso e podem contribuir para agregar sugestões alternativas ao seu “manejo”. Uma oportunidade de inserção de visões distintas sobre os membros familiares que podem ajudar na condução do

cuidado ao caso, ainda que o sigilo e a precaução com a exposição da situação vivenciada sejam considerados pelos profissionais. A rigor, a partir do compartilhamento em equipe, também podem se desencadear atos de cuidados para o caso, exigindo maiores implicações.

Outras três questões significativas na dinâmica do cuidado aos casos analisados foram: primeiramente, a escuta realizada no caso (C) de Vitor e Virgínia, com a sinalização de que nada havia a ser feito do ponto de vista biomédico, e por isso as vítimas foram somente escutadas. Durante o atendimento, as crianças foram diretamente questionadas sobre o ato violento, criando-se a expectativa de respostas que dependiam unicamente da oralidade das vítimas, sem que fossem utilizadas outras abordagens para alcance da dimensão infantil, como desenhos, jogos, histórias etc. Contudo, na literatura especializada, a escuta é um ato de cuidado importante, ato que permite o rompimento do silêncio de situações violentas vivenciadas e que dá alento às vítimas, se realizada em condições propícias.

A segunda questão passa pelo desconhecimento e pelo fato de não haver aplicação de uma proposta com base na Linha de Cuidado e sua metodologia, sugerida pelo Ministério da Saúde para essas situações. Embora ela aconteça na prática, empiricamente, movida entre os agentes do cuidado a partir de certo conhecimento e do repertório de experiências, sem que houvesse naquele momento estratégias de governamentalidade implantadas que permitissem organizar os atos de cuidado na própria USF, com as equipes e o NASF e entre os agentes de instituições de diferentes pontos da rede de proteção, e com supervisões ao trabalho realizado pelas equipes de Saúde da Família através de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos nos serviços.

E a terceira se coloca com o fato relevante de que, questões relativas às violências intencionais não figurem entre as perguntas feitas aos profissionais através dos formulários que são preenchidos e enviados ao nível central da gestão dos serviços de saúde. Uma dimensão diretamente relacionada à não governamentalidade dessas situações nos serviços de saúde e que acabam por contribuir para a não visibilidade das violências interpessoais, o que concorre para um quadro epidemiológico crítico porque se trata de uma problemática que atinge, sobretudo, os mais vulneráveis da população.

Ao que pese a condução dos casos de crianças em situação de violência, no Distrito Sanitário de Cajazeiras há um baixo número de notificações dessas situações e chama atenção que as informações contidas no TabNet-Salvador sobre a evolução dos casos notificados aparecem em branco ou ignorada. Algo que não revela minimamente a finalização dos processos abertos e a não atuação dos setores de vigilância sobre essa esfera.

Nos casos analisados, a dinâmica do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar aparece em temporalidades diferentes, ora espaçada quando envolve a ação de diferentes profissionais de uma mesma equipe e outras instituições da rede de proteção como no caso (A) de Vanda e Valdir, ora mais curta como nos casos (B) de Vinícius e (C) de Vitor e Virgínia; em uma sequência de atos de cuidado estabelecida para cada caso e concretizada na realização de alguns atos de cuidado como, principalmente, um pronto acolhimento realizado pelos profissionais, a escuta das situações vivenciadas, encaminhamentos, a visita domiciliar realizada principalmente pelo agente comunitário de saúde, consultas e atendimentos de diferentes profissionais, alguns compartilhados, outros encerrados em consequência do afastamento da família.

Os resultados apresentados permitem afirmar de que os casos de crianças em situações de violência intrafamiliar na realidade de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, nas USF estudadas, estão envolvidos em um complexo contexto de relações de poder entre os profissionais das equipes e nas relações entre profissionais e usuários dos serviços, em um delicado contexto onde diversas violências fazem parte do cotidiano de trabalho e da vida dos profissionais, gestando medo, dentre outras emoções como raiva e tristeza.

Destarte, os achados possibilitam depreender que a governamentalidade executada na ESF através de seus procedimentos de vigilância, não contempla de forma eficaz o fenômeno das violências interpessoais, não incluindo as vitimizações com crianças entre as estratégias dos programas implantados na USF. Além de atentar também para a inexistência de um percurso de articulação entre as instituições da rede de proteção para o cuidado entre os diferentes setores: Saúde, Educação, Serviço Social, Judiciário e Segurança Pública. Contexto em que as estratégias de saber-poder da biomedicina se mostram insuficientes para o cuidado integral de crianças vitimizadas e em que incrementos no saber-poder dos

profissionais no que tange a abordagem de situações de violências consideradas leves – naturalizadas –, não somente as consideradas mais graves, podem ser cobertos.

As descrições realizadas nesta pesquisa a respeito do trabalho dos profissionais nessas unidades possibilitam refletir o trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF. As USF têm sido usadas como instituição de busca de saúde pela população e como espaço de implantação de diferentes programas de saúde. Além de ser um espaço de cuidado, esse também pode ser um espaço de prevenção de enfermidades e de prevenção de violências interpessoais.

Nesse contexto, inscrever o cuidado como uma dimensão que valoriza a presença propriamente humana no trabalho em saúde, mostra-se como algo essencial para equilibrar o enfoque majoritário sobre as patologias, ao operar em um plano mais particularizado do trabalho vivo em ato no campo da saúde quando se lida com seres humanos, seus mundos, suas necessidades. Em um trabalho que oportunize a permeabilidade entre o técnico e o não técnico, mantendo estas duas dimensões interligadas, na incorporação de ferramentas das tecnologias leves, do diálogo, da empatia, do acolhimento, transcendendo a dimensão biológica do cuidado, avançando em direção a um cuidado em que a família possa compartilhar o protagonismo das ações no contexto de suas carências e possibilidades, juntamente com os profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALGERI, S. A Violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 308-315, 2015.
- ALMEIDA, P. H. A economia de Salvador e a formação de sua Região Metropolitana. In: CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. (Eds.). **Como anda Salvador e sua Região Metropolitana**. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13-52.
- ANDRADE, E. et al. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.
- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. (Eds.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 163-189.
- AVANCI, J. Q. et al. Violência contra a criança e o adolescente: descobertas e desafios. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Eds.). **Novas e velhas faces da violência no século XX: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 161-185.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2009.
- AZEVEDO, A.; COSTA, A. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.
- AZEVEDO, M.; GUERRA, V. Um cenário em (des)construção. In: UNICEF (Ed.). **Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil**. Brasília: UNICEF, 2005. p. 15-27.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BEZERRA, K. P.; MONTEIRO, A. I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. RENE**, v. 13, n. 2, p. 354-364, 2012.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOWLING, A. **Research Methods in Health: investigating health and health services**. 3. ed. New York: Open University Press McGraw-Hill, 2009.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a.
- _____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- _____. **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, 2010c.

_____. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria N. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acessado em 4 abr. 2018.

_____. **Número de Equipes da Saúde da Família - ESF.** Portal brasileiro de dados abertos, 2019. Disponível em: <<http://dados.gov.br/>>. Acessado em: 3 mar. 2019.

BUJES, M. I. E. Políticas Sociais, capital humano e infância em tempos neoliberais. In: RESENDE, H. (Ed.). **Michel Foucault: o governo da infância.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. p. 259-280.

CAMPBELL, J.; LEWANDOWSKI, L. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. **Psychiatr Clin N Am**, v. 20, n. 2, p. 353-374, 1997.

CARDIA, N. et al. Home visiting programs for early child development: experiences in Latin America and the Caribbean. In: ROGGMAN, L.; CARDIA, N. (Eds.). **Home visitations programs: preventing violence and promoting healthy early child development.** Switzerland: Springer, 2016. p. 15-190.

CARVALHO, A. C. R. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?** 2009. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

_____; NORONHA, C. V. Maus-tratos contra crianças e adolescentes sob a ótica dos profissionais de saúde: concepções, tipificações e cuidados às vítimas. In: NORONHA, C. V.; ALMEIDA, A. (Eds.). **Violências intencionais contra grupos vulneráveis: crianças, adolescentes, adultos jovens, mulheres e idosos.** Salvador: EDUFBA, 2012. p. 17-37.

CARVALHO, A. M. A. et al. Rede de cuidadores envolvidos no cuidado cotidiano de crianças pequenas. In: CASTRO, M. G.; CARVALHO, A. M. A.; MOREIRA, L. V. C. (Org.). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos.** Salvador: EDUFBA, 2012. p. 63-110.

CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. As “cidades” de Salvador. In: CARVALHO, I. M. M. DE; PEREIRA, G. C. (Eds.). **Como anda Salvador e sua Região Metropolitana.** 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 81-107.

CARVALHO, I.; CORSO-PEREIRA, G. A cidade como negócio. **Eure**, v. 39, n. 118, p. 5-26, 2013.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CASTRO, M. G. et al. Gênero e família em mudança: uma revisão com foco em cuidado parental. In: CASTRO, M. G.; CARVALHO, A. M. A.; MOREIRA, L. V. C. (Org.). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos.** Salvador: EDUFBA, 2012. p. 13-29.

CONDER. **Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro.** 5. ed. Salvador: CONDER /INFORMS, 2016.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.

- CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- CUNHA, J. **A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar**. 2007. 191 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Figueiras Fernandes, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- DE LARA, L.; GUARESCHI, N.; HUNING, S. Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. **Estud. pesqui. psico**, v. 12, n. 2, p. 395-415, 2012.
- DEL PRIORE, M. **História das crianças no Brasil**. 7 ed; 1 reed. São Paulo: Contexto, 2013.
- DELAHAIE-POUDEROUX, P. **A criança no mundo dos adultos**. São Paulo: Augustus, 1996.
- DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1279-1290, 2006.
- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.
- FERNANDES, R. B.; REGINA, M. E. A segregação residencial em Salvador no contexto do miolo da cidade. **Cadernos do Logepa**, v. 4, n. 1, p. 39-46, 2005.
- FERREIRA, K. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade. In: SILVA, L. (Ed.). **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. p. 17-43.
- FETTERMAN, D. M. **Ethnograph: step-by-step**. 3. ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2010.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, em 2 dez. 1970**. Disponível em: <www.filoesco.unb.br/foucault>.
- _____. **Microfísica do poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999a.
- _____. Aula 14 de janeiro de 1976. In: **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999b. p. 27-48.
- _____. Do poder de soberania ao poder sobre a vida – Aula de 17/3/1976. In: **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999c. p. 285-315.
- _____. Poder e saber. In: MOTTA, M. B. (Ed.). **Estratégia, poder-saber. Ditos & Escritos IV**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 223-240.
- _____. **Segurança, território, população. Curso do Collège de France (1977-78)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FREITAS, M. **História social da infância no Brasil**. 5 ed., rev. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- FRIZZO, G. B. et al. O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 15, n. 3, p. 84-94, 2005.
- GATEWAY, C. W. I. **Long-term consequences of child abuse and neglect**. Washington: U.S. Department of Health and Human Services – Children’s Bureau, 2013.
- GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 275-283, 2002.
- GRANVILLE-GARCIA, A.; SILVA, M.; MENEZES, V. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 8, n. 3, p. 301-307, 2008.
- HOUAISS, A. **Dicionário on line**. Disponível em: <<https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3->

3/html/index.php#1>.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

_____. **Estimativas de População dos municípios para 2018**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

IPEA; FBSP. **Atlas da violência 2017**. Rio de Janeiro: IPEA e FBSP, 2017.

_____. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA e FBSP, 2018.

KLEIMAN, A.; GEEST, S. Care in health care: remaking the moral world of medicine. **Medische Antropologie**, v. 21, n. 1, p. 159-168, 2009.

KRUG, E. et al. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012.

LOPES, M. D. C. et al. Significados atribuídos por profissionais à violência contra crianças e adolescentes: uma análise dos estudos atuais. **Barbarói**, v. 36, n. ed. esp, p. 56-69, 2012.

LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C. **Manual de estilo acadêmico: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses**. 6. ed. rev. ampl. Salvador: EDUFBA, 2019.

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

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. p. VII-XXIII.

MARTINS, N. R. **Deteção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF/Lapa-RJ**. 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**, v. 6, n. 2, p. 109-116, 2000.

_____; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Eds.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

_____; FEUERWERKER, L. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.; GOMBERG, E. (Eds.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 1, n. 2, p. 91-102, 2001.

_____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MORAIS, R. L. G. L. **Violência contra criança e adolescente**: percepção dos profissionais. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2012.

MOURA, A.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança sem serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005.

MOURA, E. Crianças operárias na recém-industrializada São Paulo. In: DEL PRIORE, M. (Ed.). **História das crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2013. p. 259-288.

NASCIMENTO, C.; BRANCHER, V.; OLIVEIRA, V. A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Rev. Contexto & Educação**, v. 23, n. 79, p. 47-63, 2008.

NERUDA, P. **Pra nascer nasci**. 3. ed. São Paulo: Edifel, 1981.

PASSOS, I. C. F. Situando a analítica do poder em Michel Foucault. In: PASSOS, I. C. F. (Ed.). **Poder, normalização e violência: incursões foucautianas para a atualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013. p. 7-19.

PENELLO, L. **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: a contribuição para uma política de atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

PENSO, M. et al. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais de saúde. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

PIRES, N. **Cajazeiras tem história!** Disponível em: <<http://cajazeirastemhistoria.blogspot.com.br/2012/03/as-fazendas-de-cajazeiras.html>>. Acesso em: 13 out. 2017.

PORTO, M. **Sociologia da violência: do conceito às representações sociais**. Brasília: Verbaná Editora, 2010.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

RAMOS, A. A construção social da infância: idade, gênero e identidades infantis. **Revista Feminismo**, v. 1, n. 3, 2013.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, 2011.

REVEL, J. **Le vocabulaire de Foucault**. Paris: Ellipses, 2009.

REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____; BARKER, G.; CASSANIGA, N. Políticas sociais em transformação: crianças e adolescentes na era dos direitos. **Educ. Rev.**, v. 15, p. 1-9, 1999.

ROSSMAN, G.; RALLIS, S. Analyzing and interpreting data. In: **Learning in the field: an introduction to qualitative research**. London: Sage Publications, 1998. p. 16-189.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SAFFIOTI, H. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, v. 13, n. 4, p. 82-91, 2000.

SALVADOR. **Lei Nº 1038/1960 Fixa a delimitação urbana e suburbana dos distritos e sub- distritos do município do Salvador, divide a cidade em bairros e dá outras providências**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/1960/103/1038/lei-ordinaria-n-1038-1960-fixa-a-delimitacao-urbana-e-suburbana-dos-distritos-e-sub-distritos-do-municipio-do-salvador-divide-a-cidade-em-bairros-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 16 dez. 2018.

SALVADOR. **Lei Nº 9278/2017 Dispõe sobre a delimitação e denominação dos bairros do Município de Salvador, Capital do Estado da Bahia, na forma que indica, e dá outras providências**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2017/927/9278/lei-ordinaria-n-9278-2017-dispoe-sobre-a-delimitacao-e-denominacao-dos-bairros-do-municipio-de-salvador-capital-do-estado-da-bahia-na-forma-que-indica-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 11 set. 2018.

SALVADOR - PMS. **Lei nº 9.069/2016 Dispõe sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do município de Salvador – PDDU 2016 e dá outras providências**, 2016.

SALVADOR - SMS. **Distrito Sanitário Cajazeiras**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463063308547-63446a6f-09fa>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

SALVADOR - SMS. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Salvador: SMS-Salvador, 2010.

SALVADOR - SMS. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Distritos Sanitários**. Vol. II. Salvador: SMS-Salvador, 2018.

SANTOS, E.; et al. **O Caminho das Águas em Salvador: Bacias Hidrográficas, Bairros e Fontes**. Coleção Ge ed. Salvador: CIAGS/UFBA; SEMA, 2010.

SANTOS, S. B. **O labor nas ruas de Salvador: as experiências dos trabalhadores do bairro de Cajazeiras**. 2015. 158 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2015.

SARTI, C. A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 107-126, 2005.

SCHENKER, M.; AVANCI, J. Q.; SILVEIRA, L. M. B. Violência intrafamiliar na perspectiva sistêmica. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Eds.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 239-253.

SCHRAIBER, L. B.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 112-120, 2006.

SILVA, L.; CHAVES, S.; CASOTTI, C. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SINAN NET. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinan_net>. Acesso em: 3 jan. 2019.

SOARES, A. M. C. “Territorialização” e pobreza em Salvador - BA. **Estudos Geográficos**, v. 4, n. 2, p. 17-30, 2006.

SOUSA, M. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUZA, H. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGR, B.; VIANA, A. (Eds.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.

SOUZA, R. G.; SANTOS, D. V. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de saúde da família: atuação dos enfermeiros. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 783-800, 2013.

STANKO, E. Introduction: Conceptualizing the meaning of violence. In: STANKO, E. (Ed.). **The meanings of violence**. London: Routledge, 2003. p. 1-13.

Tabnet-Salvador. Disponível em: <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>>. Acesso em: 8 jan. 2019.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. (Eds.). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 59-83.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. (Eds.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 451-477.

TRABBOLD, A. V. L. **Impasses no acolhimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual por profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2012. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

TRAD, L. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: TRAD, L. (Ed.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 27-50.

UNICEF. **A familiar face: violence in the lives of children and adolescents**. New York: UNICEF, 2017.

VEIGA-NETO, A. Por que governar a infância? In: RESENDE, H. (Ed.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. p. 49–56.

VELOSO, M. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde**. 2015. 205 f. Tese (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

WIEVIORKA, M. Pour comprendre la violence: L’hypothèse du sujet. **Sociedade e Estado**, v. 19, n. 1, p. 21-51, 2004.

WIRTZ, A. et al. Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. **BMC public health**, v. 16, n. 1006, 2016.

APÊNDICE A



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Página 01 de 02

Gostaria de **pedir a sua autorização** para que você faça parte da pesquisa que estou realizando aqui em Cajazeiras com profissionais de Saúde da Família sobre o cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar.

A pesquisa tem o objetivo de analisar a dinâmica deste tipo de cuidado e descrever questões subjetivas ligadas às emoções e estresse dos profissionais relacionados a este tipo de atendimento.

Estou lhe convidando a fazer parte da pesquisa, respondendo algumas questões durante uma entrevista com duração estimada de 30 minutos e/ou permitindo que eu lhe observe em sua atividade de trabalho.

Pesquisa de Doutorado em Saúde Coletiva

Dinâmica do cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar na atuação dos profissionais da ESF

CONTATOS DO PESQUISADOR

Alder Mourão

Enfº – Doutorando ISC-UFBA

e-mail: aldermourao@gmail.com

Celular: 71 9**15**97

Profª Drª Ceci Vilar Noronha

Orientadora da pesquisa

CEP – ISC-UFBA

e-mail: episc@ufba.br

telefone: 71 32837419

Autorização

CAAE: 74323717.6.0000.5030

Você pode recusar-se a responder as perguntas que quiser e também deixar de participar do estudo a qualquer momento, inclusive após o término da entrevista e observação, se assim o desejar. Sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sobretudo, **você não tem obrigação de participar deste estudo, e sua recusa não acarretará prejuízos nem a você, nem ao seu trabalho.** Asseguro que não formularei questões de julgamento ou tomarei qualquer atitude que possa lhe causar algum tipo de constrangimento.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Página 02 de 02



Os possíveis desconfortos e riscos que podem surgir durante a sua participação dizem respeito apenas à possibilidade de desconforto por ser observado ou ao desconforto emocional relacionado à temática da violência devido as lembranças das experiências dos atendimentos realizados; nesse sentido – caso você sinta algum tipo de desconforto – a observação ou a entrevista poderá ser interrompida por um breve período, encerrada e reagendada ou cancelada.

Os benefícios da sua participação estão relacionados à contribuição para a construção de conhecimentos sobre a temática que podem ajudar a entender melhor nuances do trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF.

Planejo gravar somente o áudio da entrevista, **não haverá registro de vídeo** da sua participação. Asseguro que gravarei o áudio da entrevista somente se você consentir. Informo que a análise destes dados será usada apenas no âmbito da pesquisa, e eles ficarão armazenados sob a minha responsabilidade por um período de cinco (05) anos, em arquivo digital e será mantido o sigilo, com restrição de acesso através de senha e não serão reproduzidos, nem compartilhados através de e-mail ou outra cópia de qualquer natureza para que quer que seja; após esse período o material será destruído.

Durante e após sua participação na pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas ou de qualquer informação adicional que deseje, para isso você pode entrar em contato comigo ou com o CEP ISC-UFBA através dos contatos incluídos no quadro da página anterior.

Dessa forma, ao assinar este documento, você estará declarando que está ciente dos riscos e benefícios da sua participação nesta pesquisa e aceita fazer parte do grupo de profissionais que fornecerão informações à pesquisa.

Salvador, ___ / ___ / ____.

Assinatura do pesquisador

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa sobre a Dinâmica do Cuidado a Crianças em Situação de Violência Intrafamiliar, coordenada e realizada por Alder Mourão, doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, autorizada pelo seu Comitê de Ética e Pesquisa (CEP ISC-UFBA) pelo número CAAE: 74323717.6.0000.5030.

Salvador, ___ / ___ / ____.

Assinatura do participante

ANEXO A



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador -Bahia-Brasil -E-
 mail: ppgsc@ufba.br ☎: (71) 3283-7409/7410 FAX: 3283-7460

Salvador, 05 de julho de 2017.
 Of. PPGSC/ISC n°. 307/17

A Sra. Simone Cruz de Barros
 Coordenadora do Distrito Saúde de Cajazeiras

Sra. Coordenadora,

Alder Mourão de Sousa, matrícula n°. 215115463, está regularmente matriculado e frequentando o curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Está desenvolvendo o projeto de pesquisa *Crianças em situação de violência intrafamiliar: a dinâmica do cuidado na atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família*, e necessita da autorização da instituição onde ~~a~~ planeja realizar sua pesquisa.

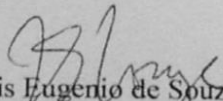
Para tal, o doutorando precisa coletar dados nas Unidades de Saúde da Família **no DS de Cajazeiras** através de observação participante e entrevistas com os profissionais de saúde que atuam nas unidades do referido Distrito.

Nesse sentido, solicitamos vossa autorização, requisito necessário para que o discente **Alder Mourão de Sousa** possa inserir seu projeto na Plataforma Brasil e posteriormente enviá-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA.


Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e, desde já, agradecemos sua atenção e aquiescência.

Atenciosamente,

PMS
 SMS/SEATE
 Recebido em: 10/07/17
 Horário: 10:49h
 MARCIA FÉLIX
 3202-1126


 Prof. Luis Eugênio de Souza
 Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 ISC/UFBA

ANEXO B



Secretaria
da Saúde


**COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL**

Salvador, 28 de julho de 2017.

CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador declara conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Como instituição cog participante, declara também estar ciente das responsabilidades e do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos recrutados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa *Gravidez em situação de violência intrafamiliar: A dinâmica do cuidado na atuação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família*. O objetivo desse estudo é analisar a dinâmica do cuidado à criança em situações de violência intrafamiliar nos contextos de trabalho dos profissionais da ESF abordando o saber fazer e aspectos subjetivos. No âmbito desta secretaria, os dados serão coletados mediante a realização de entrevistas com profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (nomes retirados para manter sigilo) no Distrito Sanitário Cajazeiras. Essa pesquisa está sendo conduzida por Alder Mourão de Souza, doutorando do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISCI/UFBA). O pesquisador apresentou seu projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,




Melícia Silva Reis Góes
Subcoordenadora Capacitação/OGPS

Esta carta não permite acesso ao local de pesquisa para coleta de dados. Essa ação só poderá ter início após envio de ofício desta Subcoordenadoria ao Distrito Sanitário requisitado.

RUA DA GREGIA, 03A, ED. CARAMURU - COMÉRCIO - SALVADOR - BA - CEP: 40.010-010
TEL: +55 (71) 3136 1000 | FAX: +55 (71) 3136 1106 | SITE: [HTTP://WWW.SAUDE.SALVADOR.BA.GOV.BR](http://www.saude.salvador.ba.gov.br)

ANEXO C

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Crianças em situação de violência intrafamiliar: a dinâmica do cuidado na atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família.		
Pesquisador: ALDER MOURÃO		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 74323717.6.00C6.5030		
Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.364.126		
Apresentação do Projeto:		
<p>O presente estudo trata-se de um Projeto de Tese de Doutorado desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, na área de concentração das Ciências Sociais em Saúde, no campo da Saúde Coletiva, aborda a "Crianças em situação de violência intrafamiliar: a dinâmica do cuidado na atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família".</p> <p>O pesquisador sinaliza a sua experiência em atividades laborais desenvolvida como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de seu interesse em trabalhos com equipes, comunidades, famílias e crianças, assim como seu interesse em temas voltados para violência interpessoal, que segundo se constitui um fenômeno com distintos sentidos e múltiplas formas de expressão determinadas pela cultura, determinando conceitos e valores utilizados por um povo.</p> <p>Nesse sentido, em razão de a ESF é a política pública brasileira que oportuniza aos profissionais a possibilidade de desenvolver suas ações tanto na própria unidade de saúde, quanto em espaços da comunidade e nos domicílios, então esta possibilidade de atenção à saúde ser realizada extramuros, as equipes da ESF têm uma oportunidade maior de suspeitar e identificar os casos de violência, para além dos atendimentos ambulatoriais prestados nas unidades de saúde. Além disso, a proximidade com a comunidade, o conhecimento das famílias adscritas e a realização de</p>		
Endereço: Rua Basílio da Gama s/n Bairro: Canela CEP: 40.110-040 UF: BA Município: SALVADOR Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br		
Página 01 de 06		

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.384.128

visitas domiciliares realizadas sistematicamente pelas equipes da ESF levam os profissionais para a dimensão dos espaços privados das famílias atendidas e abrem um leque de outras oportunidades de suspeita e identificação de violências, além de outras possibilidades de atuação no cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a dinâmica do cuidado a crianças em situações de violência intrafamiliar nos contextos de trabalho dos profissionais da ESF abordando o saber-fazer e aspectos subjetivos.

Os objetivos secundários:

- 1) Descrever os contextos locais de trabalho, seu cotidiano e as relações de poder entre diferentes agentes do cuidado no enfrentamento da situações de violência intrafamiliar contra crianças;
- 2) Identificar as concepções e ações dos profissionais sobre violência intrafamiliar contra crianças;
- 3) Descrever as repercussões do cuidado a essas situações de violência nas relações entre os profissionais e na subjetividade dos mesmos, especificamente estresse e emoções relacionadas ao trabalho no atendimento às vítimas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas considerações éticas, o pesquisador salienta que possíveis riscos gerados por esta pesquisa se referem apenas à possibilidade de desconforto de algum profissional por ser observado ou ao desconforto emocional relacionado à temática da violência devido as lembranças das experiências dos atendimentos realizados. No entanto o pesquisador se compromete interromper por um breve período, encerrar e reagendar ou cancelar de acordo com o grau de aceitação e das condições emocionais do participante a observação ou a entrevista caso algum desconforto seja percebido por ele ou manifestado pelo participante.

Quanto aos benefícios, considera-se nessa pesquisa que a violência intrafamiliar contra crianças como tema relevante para a Saúde Coletiva, o SUS e a sociedade, tendo como benefícios da realização desta pesquisa a descrição de nuances e análise do cuidado que é realizado – no âmbito da atenção básica – pelas equipes da ESF a crianças em situação de violência, e também ao fortalecimento das ações de cuidado a crianças em situação de violência intrafamiliar neste ponto da rede de proteção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nesse sentido, considera-se um trabalho relevante como um problema social e como estudo no

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
 Bairro: Carcela CEP: 40.110-040
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7480 E-mail: cepsc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.384/206

campo da saúde coletiva, desde quando pretende investigar atos de violência com a intenção de prejudicar, subtrair, subestimar, subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja, intelectual, físico, econômico, político ou social, tendo em vista que as concepções sobre o que é um ato de violência mudam ao longo do tempo.

Considerando que a pesquisa tem como objeto de estudo um tema que envolve questões sensíveis e muitas vezes difíceis de abordar, o pesquisador destaca que serão tomadas todas as precauções no sentido de evitar qualquer tipo de desconforto que possa produzir alguma instabilidade emocional, podendo inclusive o pesquisador se comprometer interinoper por um breve período, encerrar e reagendar ou cancelar de acordo com o grau de aceitação e das condições emocionais do participante a observação ou a entrevista.

Cumprindo um critério ético da pesquisa, no sentido de preservar a integridade e o sigilo das informações, segundo o pesquisador, todos os participantes terão ciência dos procedimentos desta, a partir do TCLE. Além disso, respeitaram-se os critérios éticos concernentes aos pressupostos em pesquisa com seres humanos que envolvem riscos potenciais. Também o pesquisador destaca que os aspectos mencionados respeitam a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Em o Consentimento Livre Esclarecido fica explícito que todas as informações obtidas com a participação do entrevistado, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa, podendo se retirar o seu consentimento, sem penalidades ou prejuízos, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/12. Assim como terá a garantia de acesso aos dados registrados e reforço que não foi submetido(a) a coerção, indução ou intimidação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os itens necessários à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa: folha de rosto, descrição da pesquisa, informação relativa aos sujeitos da pesquisa, curriculum Lattes do pesquisador.

A pesquisa utilizará Termo de Consentimento Livre Esclarecido que será lido para todos os participantes em conversas formalizadas pelos gestores da USF, criando espaço para que os participantes possam dirimir dúvidas sobre a pesquisa, no que abrange ao objetivo e justificativa da pesquisa assim como os procedimentos a serem seguidos.

O investigador compromete-se a guardar sigilo dos participantes, utilizando-se exclusivamente

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
 Bairro: Carola CEP: 40.110-040
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7460 E-mail: ospico@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Protocolo: 2.384.126

para fins desta pesquisa, sem divulgá-los de qualquer forma que possibilite a identificação de pessoas ou instituições. O pesquisador disponibiliza o grupo de contato com os seus telefones e e-mails a fim de que no futuro possam responder qualquer questão sobre a sua participação. O TCLE compõe-se de espaço para assinatura e assinatura do pesquisador. Os participantes serão informados da sua voluntariedade receberão uma cópia do TCLE.

No que tange aos aspectos relacionados aos "riscos e benefícios", o autor informa que "a pesquisa determina risco e desconforto para os participantes", mas os seus resultados poderão evidenciar os sentidos atribuídos a questão pelos profissionais que cuidam de crianças vítimas de violência.

Foram apresentados cronograma de execução e o orçamento financeiro detalhado do estudo, que será custeado com recursos próprios para material de consumo, permanente, serviço de terceiros (pessoa física e jurídica), apresentando declaração assinada pelo pesquisador e carta de anuência da instituição em que será realizada a pesquisa.

O cronograma, no aspecto relacionado à produção de dados, encontra-se compatível com a data de entrada no comitê de ética, sem necessidade adequação para a data de sua possível aprovação.

Recomendações:

Pelo exposto, considero não haver qualquer observação que na sua totalidade contraindique a sugestão de aprovação do referido projeto, desde quando: a) o cronograma está dentro do prazo estabelecido; b) as estratégias de convite e participação na pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido são claros e bastante criterioso na sua apresentação e informação aos participantes; c) Carta de anuência da Instituição; e d) são explicitados no projeto, a situação de riscos em que o trabalho de pesquisa possa representar/desencadear ou potencializar para estes participantes do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Salvo melhor juízo, sou favorável a sua aprovação.

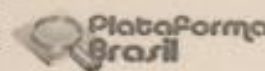
Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 24 de outubro de 2017, o processo nº 057/17 referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu do forma

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canaã CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3263-7419 Fax: (71)3263-7462 E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.084.129

adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável a realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/b pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	AlderMouracronograma.docx	18/11/2017 15:41:36	Alicione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_965354.pdf	09/08/2017 12:54:29		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_AlderMourao.pdf	09/08/2017 12:53:48	ALDER MOURÃO	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Cecivlar_orientadora.p df	09/08/2017 01:01:39	ALDER MOURÃO	Aceito
Outros	CurriculoLattes_AlderMourao.pdf	09/08/2017 01:01:00	ALDER MOURÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AlderMourao.pdf	09/08/2017 00:59:30	ALDER MOURÃO	Aceito
Orçamento	Orcamento_AlderMourao.pdf	09/08/2017 00:59:03	ALDER MOURÃO	Aceito
Cronograma	Cronograma_AlderMourao.pdf	09/08/2017 00:58:10	ALDER MOURÃO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_instituicao_AlderMourao.pdf	09/08/2017 00:57:37	ALDER MOURÃO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_AlderMourao.pdf	09/08/2017 00:55:21	ALDER MOURÃO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 Fax: (71)3283-7480 E-mail: ospico@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 2.384.126/

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 15 de Novembro de 2017

Assinado por:

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama 97

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3253-7419

Fax: (71)3253-7460

E-mail: cepico@ufba.br