

Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências





Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06.
Ed. Premium – Torre II, 1º Subsolo, Sala 1.
CEP: 70070-600 – Brasília – DF
Tels.: (61) 3306-8006/ 3306.8070
E-mail: crianca@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/

Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06.
Ed. Premium – Torre II, 1º Térreo
CEP: 70070-600 – Brasília – DF
Tels.: (61) 3306.8129/ 3306.8128
E-mail: adolescente@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/

Supervisão-Geral:
Elsa Regina Justo Giugliani
Paulo Vicente Bonilha Almeida
Thereza de Lamare Franco Netto

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Organização:
Ana Lúcia Ferreira
Cynthia Ozon Boghossian
Edinilsa Ramos de Souza
Joviana Quintes Avanci
Maria de Lourdes Magalhães
Simone Gonçalves de Assis

Coordenação técnica:
Maria de Lourdes Magalhães
Simone Gonçalves de Assis

Elaboração técnica:
Ana Lúcia Ferreira
Cynthia Ozon Boghossian
Edinilsa Ramos de Souza
Joviana Quintes Avanci
Maria Cecília de Souza Minayo
Maria de Lourdes Magalhães
Simone Gonçalves de Assis
Thereza de Lamare Franco Netto

Revisão técnica:
Ana Lúcia Ferreira
Edinilsa Ramos de Souza
Elsa Regina Justo Giugliani
Joviana Quintes Avanci
Maria de Lourdes Magalhães
Paulo Vicente Bonilha Almeida
Simone Gonçalves de Assis

Colaboração:
Ana Sudária Lemos Serra,
Arlete Salgueiro Scodelario,
Carlos Zuma, Celia Passos,
Cristina Madeira Ximenes,
Dalka Chaves de Almeida Ferrari,
Daniela Galvão de Sousa,
Danila Braga, Elizabeth Susana Wartchon
Geisa Lima Veiga,
Gilvani Pereira Grangeiro,
Kathie Njaine, Liése Gomes Serpa,
Liora Coslovsky Berer, Marcia Oliveira,
Maria Aparecida Alves da Silva,
Maria Cristina Salomão,
Maria Edna Moura Vieira,
Marta Maria Alves da Silva,
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho,
Miriam Schenker,
Monica Moreira Alves Lanfredi,
Rachel Niskier, Raquel Ciâncio,
Viviane Castello Branco

Ilustração e capa:
Laudemiro F. Evangelista Bezerra
Vera Lúcia Magalhães

Design gráfico e editoração:
Carlota Rios e Robson Lima

Normalização:
Amanda Soares Moreira – Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

86, p. : il. - (Série A. Normas e Manuais técnicos)

ISBN 978-85-334-1836-3

1. Saúde pública. 2. Violência. 3. Metodologia. I. Título. II. Série.

CDU 613: 301.162.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2010/0198

Títulos para indexação:

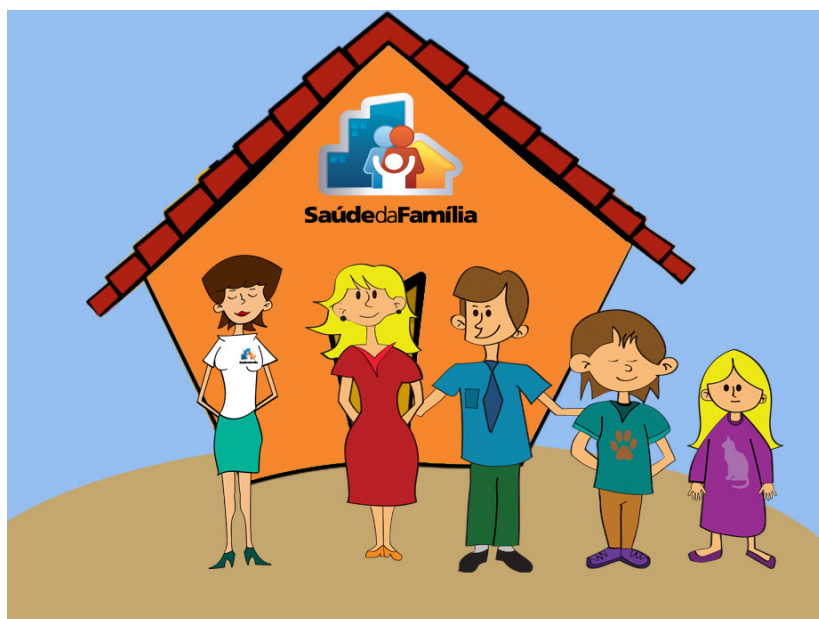
Em inglês: Methodologies for the care of children, adolescents and their families in violence situation

Em espanhol: Metodología para el cuidado de niños, adolescentes y sus familias en situaciones de violencia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
METODOLOGIA E A <i>LINHA DE CUIDADO</i>	9
Público-alvo	11
Organização do documento	12
Resultados esperados	12
O que é a <i>Linha de Cuidado</i> ?	13
PLANEJAR AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA <i>LINHA DE CUIDADO</i>	19
A participação de crianças, adolescentes e suas famílias nos serviços de saúde e na comunidade	21
Planejamento de ações orientadas pelo diagnóstico participativo	23
Como fazer o diagnóstico situacional?	25
PROMOVER ATIVIDADES EM EQUIPE OU EM GRUPO	27
Abordagens de grupos	30
Abordagens com famílias	37
Abordagens comunitárias	43
COMO UTILIZAR METODOLOGIAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA <i>LINHA DE CUIDADO</i>	51
Ações para a promoção da saúde e prevenção de violências	51
Acolhimento	59
Atendimento	61
Notificação	65
Seguimento na rede de cuidado e de proteção social	66
ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL	69
Promoção da saúde e prevenção de violências	72
Atendimento	73
Notificação	76
Atendimento em rede intra e intersetorial	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	85

APRESENTAÇÃO



O conjunto de metodologias e estratégias desenhadas no presente documento visa a orientar a prática dos profissionais de saúde nos diversos pontos de atenção desenvolvidos na rede de saúde, além de contribuir com o planejamento das ações de capacitação para a implementação da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências* (BRASIL, 2010), resumidamente referida neste livro como *Linha de Cuidado*. Espera-se que possa também servir de recurso pedagógico para a atuação dos profissionais nas políticas de assistência social, de educação, e outras do sistema de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, que compõem a rede de cuidado e de proteção social no território.

A *Linha de Cuidado*, lançada pelo Ministério da Saúde em 2010, foi organizada de forma a tornar mais pedagógico e dinâmico o trabalho do profissional de saúde no desenvolvimento de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz, no dia a dia dos serviços. Busca, sobretudo, orientar a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, a partir das dimensões do cuidado, que compreende o acolhimento, o atendimento, a notificação e o seguimento na rede.

Esse cuidado exige várias formas de atuação, que vão desde a ação individualizada, do trabalho em equipe/grupos, até estratégias coletivas e participativas que podem ser incorporadas no cotidiano dos serviços, a exemplo da capacitação em serviços, visando enfrentar as situações de violências contra crianças e adolescentes. O uso de *metodologias participativas*, objeto deste documento, serve de base para a reflexão dos profissionais no sentido de colocar em prática a ação do cuidado.

Encontram-se neste livro metodologias, técnicas e ferramentas que podem colaborar com o trabalho dos profissionais, a partir da experiência de alguns serviços de saúde e organizações não governamentais (ONGs) brasileiras que atendem crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. No entanto, não se pretende esgotar o leque de possibilidades de ações, tampouco apresentar as propostas de maneira normativa e estanque. Assim, os produtos aqui oferecidos podem ser transformados pelos profissionais de saúde, dependendo de suas necessidades, ampliando as possibilidades de intervenção nos serviços.



METODOLOGIA E A LINHA DE CUIDADO

Qual a importância de se refletir sobre metodologias ao se pensar a implementação da *Linha de Cuidado*? Esta é uma questão que norteia o conteúdo deste livro, voltado para auxiliar profissionais de saúde no enfrentamento das violências que atingem crianças, adolescentes e suas famílias.

Parte-se do pressuposto que métodos e técnicas são recursos importantes para enriquecer o trabalho realizado nos serviços de saúde. O termo metodologia, via de regra, significa um caminho de pensamento ou de ação. A metodologia orienta o rumo e lhe dá conteúdo. É nesse sentido que o termo é aqui adotado e contém três componentes essenciais: o método, as técnicas e a criatividade de quem executa.

O método é entendido como um procedimento didático para que determinado ensinamento seja compreendido e assimilado de forma criativa. As técnicas são meios operacionais para o alcance dos objetivos propostos. E a criatividade corresponde ao papel de quem atua, pois essa pessoa terá de adaptar o que é dito ou proposto, de forma a torná-lo adequado ao público local, específico e prioritário.

A metodologia mais adequada para a proposta da linha de cuidado é aquela que reúne variados e combinados métodos e técnicas de ensino, modos de proceder (fazer, realizar e executar) e maneiras de agir (praticar, atuar e recriar).

Assim, este documento se propõe a apresentar um leque de métodos e técnicas de abordagem, relacionando-os a cada dimensão da *Linha de*

Cuidado, desejando que os profissionais de saúde usem sua criatividade ao adotá-los, valorizando seus conhecimentos e experiências. É com esse horizonte que se busca alcançar os melhores resultados no enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados.

As metodologias participativas pressupõem a atuação efetiva dos envolvidos no processo de trabalho educativo, todos eles considerados detentores de saber e conhecimentos, e não meros receptores de informações. Neste enfoque valorizam-se as experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para os problemas com os quais trabalham. Assim, participar significa mais do que estar presente nas ações: é principalmente estar incluído no processo de tomada de decisão, emitindo opiniões e sentindo-se confiante para buscar soluções em grupo.

Estas metodologias levam em conta o ponto de vista e os saberes de cada pessoa e dos grupos envolvidos numa ação social ou institucional, estejam os indivíduos num serviço de saúde, num movimento comunitário ou na família.

Elas se fundamentam em diversas teorias compreensivas, de ações sociais e comunicativas, e usam várias técnicas grupais e individuais para conseguir a opinião e o engajamento coletivo. No caso desta proposta, elas podem ser empregadas em todas as dimensões da linha de cuidado: acolhimento de crianças, adolescentes e suas famílias; processo de atendimento propriamente dito (diagnóstico, tratamento e cuidados); notificação de situações suspeitas e confirmadas de violências; e seguimento dos casos na rede de cuidado e de proteção social.

A utilização de metodologias participativas, além de propiciar uma melhor abordagem individual e coletiva das situações de violências, de permitir uma organização de serviços diferenciada e respaldada em vários saberes, incluindo o saber da experiência familiar, permite também um processo avaliativo permanente a partir de diferentes olhares para o aprimoramento das potencialidades dos serviços de saúde. As informações geradas pelo coletivo podem e devem contribuir para o aperfeiçoamento da rede de cuidados e de proteção social (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006).

Ao longo da *Linha de Cuidado*, além das metodologias participativas, foram apresentadas outras abordagens metodológicas, com destaque para

aquelas relativas ao atendimento individualizado às crianças, aos adolescentes e suas famílias. Neste sentido, ambos os documentos se complementam e enriquecem o acervo de possibilidades de atuação oferecido aos profissionais de saúde que lidam com situações de violências.

Assim, as metodologias aqui propostas têm por finalidade auxiliar e apoiar as ações desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde – estaduais, municipais e do Distrito Federal – no cuidado oferecido às **crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**, tendo como objetivos principais:

- Orientar os profissionais e gestores que atuam no enfrentamento da violência, no planejamento das ações de capacitação para implementar a *Linha de Cuidado* e na organização da rede de cuidado e de proteção social.
- Instrumentalizar a equipe para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, segundo as dimensões do cuidado.
- Apoiar o processo de implementação da *Linha de Cuidado* nos serviços da rede de saúde.
- Oferecer ferramentas que contribuam para o processo de autoaprendizagem de estratégias, técnicas e métodos para o alcance da atenção integral.
- Estimular competências e habilidades das equipes da rede de cuidado e de proteção social, segundo a estratégia da *Linha de Cuidado*.
- Fortalecer a participação de crianças e adolescentes nos espaços sociais, visando a desenvolver a autonomia, a cidadania e a promoção da cultura de paz.
- Incentivar a construção de agendas intrasetoriais e intersetoriais que possam contribuir para a prevenção das violações dos direitos humanos de crianças e adolescentes.

PÚBLICO-ALVO

Este documento tem como público prioritário os profissionais de saúde que atuam na atenção básica e de média e alta complexidades diretamente envolvidos nas ações de promoção da saúde, prevenção de violências e de

atenção e cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, mas também se dirige aos gestores e profissionais que atuam na rede de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO

Além dos itens apresentados, o texto a seguir está organizado em mais quatro capítulos.

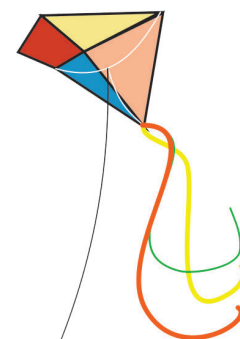
- Planejamento e promoção de ações baseadas em metodologias para a implementação da *Linha de Cuidado*. Apresentam-se neste alguns relatos de experiências de instituições que lidam com crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.
- Base teórico-metodológica para orientar as experiências institucionais de atividades em grupo. Diferentes estratégias grupais são descritas, tais como abordagens de grupos, de famílias e de comunidades.
- Ações realizadas pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde ou na rede de proteção ampliada com crianças, adolescentes e famílias em situação de violências, segundo as dimensões da *Linha de Cuidado*, organizadas em fichas técnicas e relatos de experiências.
- Estratégias utilizadas na formação de profissionais de saúde na temática da violência contra crianças, adolescentes e suas famílias, também apresentadas em formato de fichas técnicas e relatos de experiências.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que as metodologias, estratégias e técnicas aqui reunidas contribuam para:

- a qualificação das práticas de atenção à saúde no dia a dia dos serviços, segundo as dimensões do cuidado, visando à efetivação dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias;
- a aprendizagem, a modificação e a reconstrução do cotidiano dos profissionais de saúde, a partir de seus referenciais de vida, de suas experiências profissionais e das possibilidades concretas de ação existentes nos serviços de saúde (infraestrutura, equipamentos, campo de atuação de cada instituição, entre outras);

- a sensibilização dos profissionais para a utilização e potencialização de técnicas e estratégias adequadas para a abordagem individual ou grupal, de forma isolada ou combinada com outras ações, ou ainda recriando-as, conforme suas necessidades e realidades;
- o planejamento e a organização das próprias atividades do serviço, com o propósito de prevenir a violência contra crianças e adolescentes e promover a atenção e os cuidados com as vítimas, segundo as dimensões do cuidado; a adoção e/ou criação de novas técnicas, estudos de casos e experiências úteis aos profissionais em diferentes contextos institucionais e culturais.



O QUE É A LINHA DE CUIDADO?

A atuação em linha de cuidado induz à integração das várias ações desenvolvidas na rede de serviços e corresponsabiliza os gestores e os profissionais envolvidos desde a atenção básica até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a articulação com os demais sistemas públicos, visando à promoção, à proteção e à defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define que o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por garantir “o direito a proteção à vida e à saúde” na sua esfera de atuação, “mediante a efetivação de políticas” (art. 7º da Lei nº 8.069/90). É também corresponsabilidade do SUS desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências, para que “nenhuma criança ou adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (art. 5º da Lei nº 8.069/90).

Se ainda assim crianças e adolescentes tiverem seus direitos violados, a rede de serviços do SUS deverá entrar em ação para promover a atenção e os cuidados nas dimensões de acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede, nos três níveis de atenção à saúde.

Tais atribuições exigem a efetivação de políticas de saúde específicas, ações e estratégias de promoção da saúde e de prevenção de violências, além de serviços de referência para a atenção e cuidados de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.



A *Linha de Cuidado* foi elaborada pelo Ministério da Saúde em julho de 2010 como medida estratégica para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes. Trata-se de um conjunto de diretrizes e ações específicas de várias políticas universais de saúde, **reunidas em uma única estratégia que visa ao alcance da atenção integral ou a integralidade do cuidado**, um dos princípios do SUS.

A *Linha de Cuidado* tem por objetivos: 1) estimular as ações de promoção da saúde e cultura de paz, bem como de prevenção de violências no dia a dia dos serviços; 2) orientar os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social; e 3) sensibilizar os gestores para a organização dos serviços em rede no território, para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. A publicação está organizada com os seguintes capítulos:

- Introdução – apresenta as normativas internacionais e nacionais relativas aos direitos humanos de crianças e adolescentes, especialmente no que tange às políticas de saúde voltadas para a promoção do acesso às ações e aos serviços de prevenção de violências e de atenção e cuidados de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.
- Promoção da Saúde e Prevenção de Violências – destaca a importância da criação de vínculos e fortalecimento da resiliência, bem como do olhar atento dos profissionais para identificar os riscos e as vulnerabilidades para violências, desde o período da gestação; o trabalho de prevenção de violências na família e comunidade; e a promoção da cultura de paz, dentro de um clima de interação entre as famílias e os profissionais.
- Tipos e Natureza de Violências que Atingem Crianças e Adolescentes – apresenta uma classificação que define os tipos e a natureza das violências (física, sexual, psicológica e a negligência), com o propósito de contribuir para que os profissionais de saúde realizem o diagnóstico e a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violências.
- Alerta para os Sinais e Sintomas de Violências contra Crianças e Adolescentes – discorre sobre as consequências de todas as formas de violências e a importância da intervenção, por meio do cuidado e do diagnóstico precoce. Descrevem-se os sinais das violências psicológica, física, sexual e da negligência, para que os profissionais de saúde possam observar pos-

síveis alterações no comportamento de crianças e adolescentes durante os atendimentos que realizam.

- A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – estabelece as dimensões de cuidado: o acolhimento, o atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), a notificação e o seguimento na rede de atenção e de proteção social. Para cada uma das dimensões, sugerem-se técnicas de abordagem para que o profissional de saúde possa sentir-se mais seguro na condução dos cuidados.
- Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – orienta sobre a importância do trabalho em rede como estratégia de superação da fragmentação da atenção e para o fortalecimento da gestão dos serviços disponíveis na localidade. A ideia subjacente é que a rede de cuidados se some às demais estratégias, programas e políticas sociais, com vistas a assegurar recursos e garantir os direitos de crianças e adolescentes.

Toda a construção da *Linha de Cuidado* foi ancorada na concepção da integralidade do cuidado, que significa ação contínua e permanente como um fio condutor para a atenção que leve em conta os vários aspectos da saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências, bem como a organização e gestão da rede de atenção, centrada nas necessidades desse grupo social.

Nessa perspectiva, as práticas envolvem não apenas o tratamento do agravo/violência, mas, sobretudo, a inclusão desse público em sistemas de produção de cuidados, o que implica participação no desenvolvimento de ações. Esse processo dá um novo sentido ao atendimento nos serviços de saúde, indo além da terapêutica e incluindo conhecimento, empatia, respeito à autonomia e ao desejo de viver de cada usuário do serviço (CECCIM, 2005).

A organização da linha de cuidado estabelece articulações entre equipes e fluxos de encaminhamento, segundo as necessidades de crianças, adolescentes e suas famílias, “em uma rede de cuidados progressivos e ininterruptos, na qual em cada ponto articulado assegurem-se o acolhimento, a responsabilização, a resolutividade de problemas e continuidade da atenção” (BRASIL, 2010, p. 90). Para tanto, o conhecimento do território, do estilo de vida dos usuários e também do ordenamento dos recursos existentes são aspectos importantes na implementação desta estratégia de trabalho.

Devido à complexidade do fenômeno da violência, o seu enfrentamento necessita ser pautado nos princípios de igualdade, democracia, respeito, solidariedade, cooperação e integração entre os atores e organizações.

Quais são as diretrizes para implementar a Linha de Cuidado no município?

- Organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção social.
- Estabelecer o “percurso da atenção” a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas.
- Definir as funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social.
- Estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção e para a rede de proteção social, constituída pelo sistema de garantia de direitos.
- Promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social.
- Desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violências.

Saiba mais sobre este assunto na publicação *Linha de Cuidado*, a partir da página 50 e seguintes.

Quais os requisitos mínimos para implementar a Linha de Cuidado no município?

- Realizar diagnóstico da situação de saúde, visando identificar se as causas externas (dentre elas a violência) se configuram como um dos principais problemas de saúde pública no município.
- Mapear a rede de serviços local e/ou regional que atende/recebe crianças e adolescentes em situação de violências, tanto nos serviços públicos quanto nos privados:
 - *Sistema Único de Saúde*: Unidades Básicas de Saúde, Equipe de Saúde da Família (ESF), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) e Hospital de Referência ou Serviço de Atenção Especializado.
 - *Sistema Único da Assistência Social*: Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas).
 - *Sistema de Proteção e Defesa*: Conselho Tutelar ou outros serviços do poder público existentes no território, como o Ministério Público, Vara da Infância e da Juventude, Promotorias de Justiça e Delegacias Especializadas.

- *Sistema de Ensino*: Centros de Educação Infantil (creches, pré-escola), Escolas de Ensino Fundamental e Médio.
- Apresentar o diagnóstico da situação de saúde (número de crianças e adolescentes que sofreram violências no município em determinado período) aos gestores e profissionais de redes locais (anteriormente mencionados), para sensibilizá-los e mobilizá-los em relação às potencialidades do município e às fragilidades, visando à intervenção.

Quais os serviços de saúde no município que devem atender crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências?

Os serviços da rede de saúde (nos três níveis de atenção) devem esgotar todos os recursos para oferecer os cuidados e a proteção de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, sendo que:

1) Os serviços da atenção básica devem dispor de:

- profissionais da atenção básica (médico de família, pediatra ou outros médicos, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros) capacitados e sensibilizados para acolher e cuidar de crianças, adolescentes e suas famílias;
- apoio técnico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Caps às equipes de Saúde da Família de forma matricial, com suporte aos profissionais de saúde (cuidado do cuidador);
- apoio de profissionais de serviços da Rede de Cuidado e de Proteção Social (Nasf, Caps, Conselho Tutelar, Cras, Creas, professores ou outros profissionais de serviços existentes no território);
- ficha implantada de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências;
- protocolo de atendimento de crianças e adolescentes que considerem as dimensões da linha de cuidado e o fluxo dos serviços da rede existentes no território.

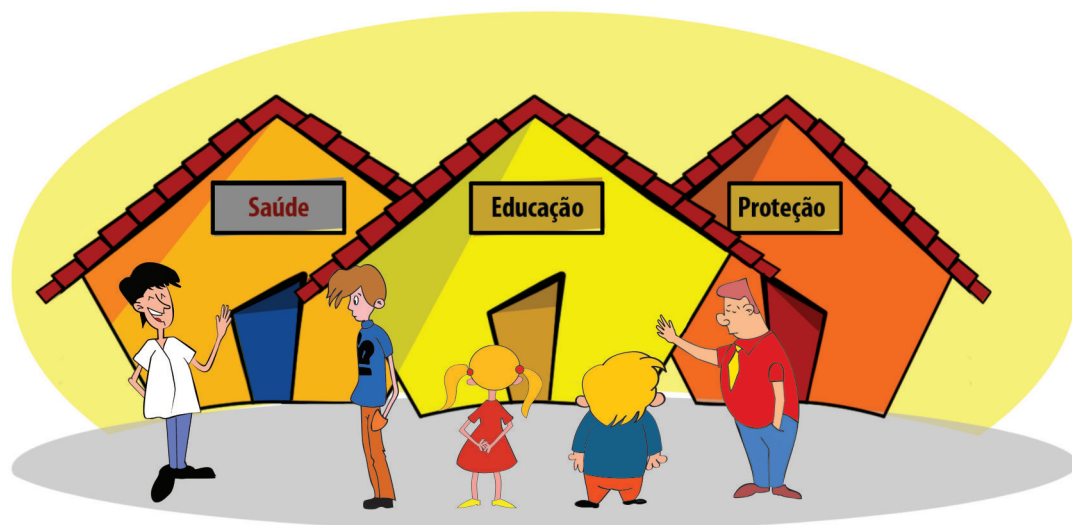
2) Os serviços de atenção especializado e/ou referência (hospitais, ambulatórios, unidade de urgências, entre outros) devem dispor de:

- ambiência/espço para acolhimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências;

- equipes interdisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, técnicos, entre outros) qualificadas/especializadas para a atenção integral, em linha de cuidado e em rede;
 - protocolo de atendimento de crianças e adolescentes que considerem as dimensões da linha de cuidado e o fluxo dos serviços da rede de cuidado e de proteção social estabelecidos;
 - organização de serviços em rede intrasetorial (Nasf, Caps, Capsi, Capsad, unidade básica de saúde, hospitais, unidade de urgências, entre outros), articulada com a rede intersetorial, especialmente do Conselho Tutelar, Assistência Social (Cras, Creas), Ministério Público, rede de ensino, universidades, igrejas, comunidade, Varas da Infância e Juventude, e os serviços de promoção, proteção e defesa prestados por ONGs.
 - módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) implantado (Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências).
 - suporte aos profissionais de saúde que realizam o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (cuidado do cuidador).

Qual o produto esperado do município?

- Implementação da *Linha de Cuidado* nos serviços de saúde, identificados como referência no território, para o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, independentemente do nível e atenção.



PLANEJAR AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

O uso da metodologia participativa permite que espaços e momentos de interação sejam ampliados com as equipes do próprio serviço e com as crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Trata-se de uma das formas de promover a paz e de criar melhores condições para enfrentar o problema, considerando que a violência começa quando falham a comunicação e a interação.

O enfrentamento das diversas manifestações da **violência** precisa contar com a participação de vários setores que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), em especial das políticas sociais básicas. Por isso, as estratégias e ações devem ser baseadas em evidências adaptadas a diferentes contextos, a partir do diagnóstico local e do planejamento das ações, que devem considerar também a avaliação como um dos pressupostos importantes para compartilhar as lições aprendidas no processo de implementação da *Linha de Cuidado*.

O modelo ecológico proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) possui quatro níveis, apresentados na Figura 1, que ajudam a compreender a violência e a maneira pela qual os fatores interagem e a forma como influenciam no comportamento individual (aumentando a chance de cometer ou de sofrer violências). Cada nível apresenta distintos fatores de risco e protetores – tal qual se observa na parte inferior

Violência tem as suas raízes na ação recíproca de muitos fatores – biológicos e pessoais (individuais), sociais (relações afetivas), culturais (relações sociais), econômicos e políticos (sociedade). Todos esses diferentes níveis são de suma importância.

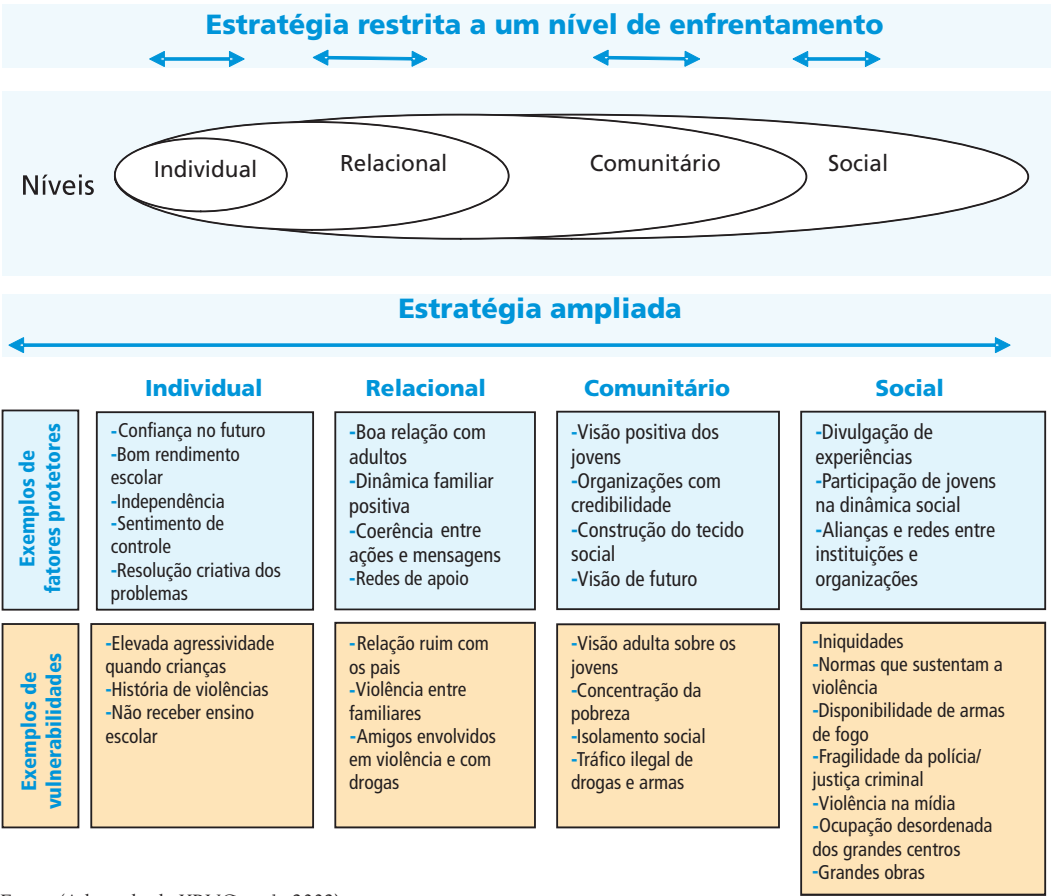
Saiba mais sobre os diferentes níveis de fatores relacionados à ocorrência de violência no *Relatório mundial sobre violência e saúde*, elaborado por KRUG, E. G. et al., nas páginas 9 a 11.

Na *Linha de Cuidado* (páginas 19 a 23) são detalhadas as vulnerabilidades à violência e os fatores protetores para crianças, adolescentes e suas famílias.

da Figura 1 – que facilitam a identificação de estratégias para a ação. Ademais, investir em ações que alcancem mais de um nível de atuação possibilita não apenas identificar vulnerabilidades **individuais, relacionais, comunitárias e sociais**, mas, principalmente, potencializar fatores protetores próprios, os recursos existentes e alguns caminhos possíveis para o rompimento do ciclo da violência em cada nível.

Estudos mostram que estratégias que incorporam mais níveis têm melhores condições de reduzir o problema da violência. Por exemplo, atividades em grupo que reúnam mães com dificuldades em impor limites educativos e que utilizam meios agressivos nas relações com os filhos dão mais resultado se conjugadas a apoio social oferecido por creches e a outras formas de ajuda escolar.

Figura 1 – Modelo ecológico para compreender a violência e possibilidades estratégicas de ação



Fonte: (Adaptado de KRUG et al., 2002).

O modelo ecológico sugere que, para evitar a violência, é necessário agir em diferentes níveis ao mesmo tempo, e a prioridade deve ser a **prevenção** primária da violência, isto é, medidas para evitar que as violações ao direito da criança e do adolescente aconteçam. A utilização desse modelo pelos serviços de saúde pode contribuir para a melhor definição das competências de cada ponto de atenção, bem como para identificar os serviços que são essenciais para a continuidade do cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências no território.

A PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NA COMUNIDADE.

As situações de violências são o inverso da **participação**, uma vez que ocorrem em condições em que suas vítimas não são vistas nem tratadas como sujeitos de direitos, ocupando um lugar de invisibilidade social (MINAYO, 2009).

Compartilhar experiências é fundamental para a criação de recursos de enfrentamento das situações de violências. Essa estratégia propicia às pessoas encontrar caminhos para sair da condição de vítima ou de perpetrador de violência, na medida em que podem expressar suas dificuldades relacionais e pessoais, buscando apoio e aprendendo com os demais. O compartilhamento de experiências potencializa a mobilização de recursos institucionais e a articulação de redes de enfrentamento à violência.

Nos serviços onde os *profissionais criam espaços de encontro e de comunicação* e compartilham as dificuldades e soluções para problemas do cotidiano, as equipes se fortalecem para fazer frente aos desafios surgidos na prática de cuidados com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Profissionais que exercitam a participação em seu serviço conseguem também, com maior facilidade e segurança, envolver outros profissionais, usuários e pessoas da comunidade.

A promoção de *espaços participativos que envolvam conjuntamente profissionais, crianças, adolescentes e suas famílias* pode facilitar o estabelecimento de vínculos de confiança com os profissionais e com os serviços. Dessa forma, esse público tem melhores condições para revelar as circunstâncias das situações de violências vividas, que dificilmente seriam relatadas ou identificadas pelo serviço. O compartilhamento constitui-se também

As intervenções em saúde pública compreendem três níveis de **prevenção**: a primária tem lugar antes de a violência acontecer; a secundária atua com cuidados pré-hospitalares mais imediatos, visando a atenuar os traumas; e a terciária é dirigida a cuidados a longo prazo, tais como reabilitação e reintegração, associados à violência. Esses níveis são aplicados não só aos que sofrem a violência, mas também aos perpetradores de atos violentos (KRUG *et al.*, 2002).

Participar é um processo político na medida em que é através da integração das pessoas em suas propostas que a sociedade vai se transformando para melhor servir ao bem comum. Mas, participar é também um ato pedagógico, uma vez que “*aprende-se a participar participando*” (BORDENAVE, 1994). Essa visão vale para as pessoas e para as instituições, como é o caso dos serviços de saúde, das escolas e também das famílias.

Comunidades e serviços participativos podem contribuir para a elaboração e implementação de políticas adequadas e efetivas nas áreas da saúde, educação, assistência e outras que compõem a rede de cuidados e de proteção social.

Nas instituições em que as formas de intervenção são tradicionais existe mais dificuldade em mudar atitudes e mobilizar as crianças, adolescentes e famílias, pois a troca de informações e experiências de vida e a expressão dos ouvintes não são valorizadas.

Crianças, adolescentes e famílias que sofreram violências e conseguiram superá-las podem ser importantes aliados, na medida em que passam a ter capacidade de avaliar, elaborar e propor possíveis soluções para as situações concretas, junto com os profissionais. Além disso, esse processo torna os usuários e os serviços mais solidários na dor, na superação e na reconstrução de uma vida melhor.

Crianças e adolescentes **protagonistas** agem de forma pró-ativa ao enfrentarem problemas no contexto familiar, escolar e comunitário.

Resiliência significa a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente em momentos difíceis como, por exemplo, nas situações de violência.

como estratégia de prevenção, já que a forma participativa é a melhor maneira de envolver os sujeitos na reflexão sobre os temas e as situações de violências.

Em síntese, o uso de metodologias participativas possibilita aos sujeitos participantes maior sensibilização, mobilização, mudanças de atitudes e aplicação dos conhecimentos elaborados coletivamente na própria vida.

Crianças e adolescentes que sofreram violências devem ser considerados sujeitos participativos nas diferentes dimensões da linha de cuidado. Suas falas, necessidades e vontades precisam ser compreendidas, de forma a adequar as ações do serviço às necessidades desse público. A participação deles nas decisões sobre suas vidas é um passo importante para que se sintam autoconfiantes e capazes de buscar soluções para seus problemas. O tratamento de uma questão tão grave como a violência, quando bem conduzido, pode contribuir para o resgate da autoestima, para a valorização da pessoa, de sua rede social e de seus direitos.

Em qualquer circunstância, crianças e adolescentes precisam ser reconhecidos como sujeitos participativos e protagonistas, isto é, como pessoas importantes para a modificação do seu contexto de vida. Essa ideia-chave que fundamenta o ECA reforça a responsabilidade dos adultos – pais, profissionais e também gestores das políticas públicas – no sentido de estimular e acolher sua participação de forma efetiva. E isso deve ser estimulado na família, na escola, nos projetos sociais, nos serviços de saúde e da rede de proteção social. Nesse sentido, é importante que os adultos, familiares e profissionais atuem como facilitadores do processo, encorajando-os e apoiando-os nesses espaços. O **protagonismo** de crianças e adolescentes é um tema importante a ser incluído na capacitação dos profissionais.

Razões para estimular a participação e o protagonismo de crianças e adolescentes nos serviços de saúde

- eles são fontes privilegiadas de informação sobre a experiência da violência;
- podem se tornar defensores atuando na redução da violência;
- são capazes de influenciar o processo de solução do problema;
- sentem-se mais confiantes para se expressarem e se protegerem contra a violência, podendo romper o silêncio.

Estimular a participação de crianças, adolescentes e suas famílias é um mecanismo importante para o fortalecimento da **resiliência**.

Saiba mais sobre resiliência na página 14 da *Linha de Cuidado*.

Fonte: (HARPER *et al.*, 2005).

Para acolher as crianças e os adolescentes em situação de violências de forma participativa nos serviços de saúde, é necessário:

- valorizar os relatos de casos sofridos ou presenciados;
- estimular a criação de espaços de encontros e socialização;
- levar em consideração seus relatos na construção do **diagnóstico situacional** sobre a violência;
- apoiar o desenvolvimento de iniciativas próprias de comunicação através de várias mídias;
- orientar para que se tornem promotores da cultura de paz junto aos seus colegas;
- incentivar sua participação em debates, fóruns e conferências.

Em resumo, é muito importante **incluir e envolver crianças, adolescentes e famílias como sujeitos da ação** no enfrentamento das situações de violência. No caso dos serviços de saúde, isso deve ser feito logo na chegada da criança ou do adolescente para o atendimento. É fundamental que a equipe multiprofissional, a comunidade e as próprias pessoas que buscam o atendimento na unidade de saúde sejam preparadas e aceitem participar da estratégia de trabalho proposta. Vale a pena ressaltar que esta abordagem deve ser avaliada pela equipe profissional em função das necessidades, especificidades e potencialidades existentes.

Para saber mais sobre acolhimento, leia as páginas 52 a 54 da *Linha de Cuidado*. Sobre promoção de vínculos e da cultura de paz, veja todo o capítulo 2.

PLANEJAMENTO DE AÇÕES ORIENTADAS PELO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Na etapa de **planejamento** das ações, é importante que a equipe procure identificar as principais formas de violências que acontecem na localidade e que atingem crianças e adolescentes atendidos no serviço, bem como a percepção deles sobre esse problema. É também fundamental reconhecer o modo como os casos de violência contra crianças e adolescentes chegam às unidades de saúde, como eles são tratados pelos profissionais e se há algum encaminhamento para a rede de cuidados e de proteção existente no território.

Cabe ao gestor de saúde identificar e informar quais são os recursos e equipamentos que podem ser utilizados para a efetivação das ações de promoção da saúde, de prevenção de violências, bem como para a atenção e cuidados às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de

Planejar é programar, projetar, planificar as ações de promoção, prevenção e enfrentamento à violência nos serviços de saúde.

violências, através do reconhecimento das potencialidades e fragilidades da rede de serviços municipal e regional para responder a tais demandas.

Dez passos para o planejamento das ações e estratégias para a implementação da *Linha de Cuidado*:

1. Identificar o público específico para o qual as ações se destinam.
2. Definir os objetivos da ação e/ou intervenção.
3. Identificar os serviços/dispositivos para a realização da ação/intervenção.
4. Estabelecer fluxos, protocolos/linhas de cuidado que melhor respondam às necessidades do público.
5. Identificar/selecionar os profissionais que devem ser envolvidos em cada etapa da atividade.
6. Definir o tempo/prazo para que cada ação seja cumprida.
7. Estabelecer cronograma com a periodicidade de atividades/atendimentos/encontros com os participantes da estratégia e da rede de atenção.
8. Identificar os meios de divulgação das ações que atingem um público amplo.
9. Definir/adotar instrumento de monitoramento do processo.
10. Construir indicadores de monitoramento e avaliação.

O diagnóstico situacional tem início com o mapeamento dos serviços de atendimento a pessoas em situação de violências na comunidade ou no município. As informações sobre mortalidade e morbidade, as causas externas (especialmente as violências), podem ser levantadas por meio dos sistemas e bases de dados secundárias, pesquisas, entrevistas e debates com diferentes atores sociais: representantes governamentais, da sociedade civil e da população (LIMA *et al.*, 2009).

Serviços cujos gestores e profissionais se preocupam em elaborar um plano de ação para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes dão um passo importante para o cumprimento dos dispositivos legais e para a efetivação das políticas públicas de garantia de direitos desse público.

COMO FAZER O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL?

O primeiro passo é identificar quais as informações disponíveis e as prioridades a serem tratadas no serviço. Para isso, é necessário levantar dados como: estatísticas demográficas, socioeconômicas e sobre as violências na região ou localidade; consultar análises já realizadas sobre as diversas formas de violências e suas manifestações na comunidade; e localizar serviços ou redes de serviços que possam apoiar o atendimento realizado pelos profissionais de saúde.

Há, ainda, questões específicas dos serviços de saúde que precisam ser vistas no diagnóstico situacional: os mecanismos de atuação dos profissionais diante dos casos de violência; os sentimentos e as reações mais comuns vivenciados por eles; como se dão os processos de identificação, de registro e de notificação dos casos; e uma síntese sobre as principais fragilidades e fortalezas do atendimento, realizada conjuntamente por gestores e profissionais da unidade.

Diagnóstico situacional

ou **análise de situação** é o estudo das condições em que vivem crianças e adolescentes em cada localidade, assim como das necessidades existentes nesses locais.

A realização do diagnóstico participativo num serviço de saúde permite definir com mais clareza as ações prioritárias em cada *momento da linha de cuidado*. Seguem alguns exemplos segundo suas dimensões:

- **acolhimento:** como as pessoas em situação de violência são acolhidas? Há espaço para que relatem suas situações? Há uma rotina de procedimento para identificação do problema?

- **atendimento:** o serviço está preparado para esse tipo de atendimento? A equipe se sente capacitada para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados por alguma forma de violência?

- **notificação:** a equipe notifica os casos em ficha própria e registra no módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan)? A equipe comunica todos os casos ao Conselho Tutelar?

- **seguimento na rede de cuidado e de proteção social:** o serviço de saúde dispõe de fluxo com os demais níveis de atenção à saúde para o encaminhamento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências? O serviço de saúde trabalha de forma articulada com as políticas de assistência social, educação, proteção e defesa no território? A equipe conhece os recursos da rede de cuidado e de proteção social e acompanha os casos de violência atendidos no serviço e por ele encaminhados?

Para saber mais leia os capítulos 5 e 6 da *Linha de Cuidado*, páginas 49 a 88.

Várias técnicas podem ser utilizadas para realização do diagnóstico participativo, por exemplo:

- aplicação de questionários,
- realização de entrevistas,
- reuniões com objetivo específico,
- rodas de conversa
- grupos focais com os profissionais e com os usuários (especialmente crianças, adolescentes e famílias em situação de violências),
- seminários com convidados e especialistas,
- oficinas de trabalho com os diferentes atores da rede.

Rodas de conversa são diálogos que proporcionam a circulação de ideias convergentes e divergentes capazes de fazer a diferença, despertando em corações e mentes, a partir da vivência nos territórios, ideias sobre o que é possível fazer e a maneira como pode ser feito (SOUZA; MENDES, 2009).

Para saber mais sobre articulação entre as redes intra e intersetoriais, leia as páginas 78 a 88 da *Linha de Cuidado*.

Todos esses recursos podem e devem ser articulados com os objetivos do plano de ação que deverá ser orientado pelo diagnóstico.

Os aliados no desafio de construção do diagnóstico são os *usuários do serviço*, a *população* que vive na localidade e os *representantes das instituições locais e das redes intra e intersetorial*.

A escolha de quem envolver no diagnóstico depende dos objetivos que se pretende atingir e da disponibilidade da equipe responsável por realizá-lo. Como estratégias facilitadoras para se obter um diagnóstico participativo, citam-se:

- dinamizar o momento em que os usuários ficam na sala de espera com discussões de temas referentes à percepção da violência familiar;
- entrevistar usuários que estão em situação direta ou indireta de violências (todos podem informar sobre a localidade em que vivem e sobre o serviço);
- promover grupos de pais ou responsáveis por famílias em situação de violências;
- criar encontros para debater o tema com representantes locais (da escola, da igreja, de ONGs, de associações, do Conselho Tutelar), lideranças comunitárias, professores, agentes comunitários de saúde, profissionais da assistência social, comerciantes e outros;
- realizar atividades sobre o tema com crianças e adolescentes nas escolas; fazer visitas e reuniões com gestores das instituições da rede para identificar as dificuldades e as propostas de solução para o adequado atendimento à comunidade.



PROMOVER ATIVIDADES EM EQUIPE OU EM GRUPO

A partir das informações obtidas no diagnóstico situacional como norteadoras e com o enfoque em promover a participação das crianças, dos adolescentes e de suas famílias nas ações, destacam-se alguns pressupostos e uma base teórico-metodológica para guiar as experiências institucionais de atividades com grupos. Os grupos são recursos fundamentais das metodologias participativas. A maior parte das estratégias descritas nos próximos capítulos está voltada para trabalho em grupos. O planejamento das atividades, sempre que possível, deve partir de um diagnóstico de situação e de uma nítida definição de objetivos e recursos a serem utilizados.

Em geral, a maioria das pessoas tem experiências de participação em grupos ao longo da vida e por isso possuem referências variadas sobre como deve ser a coordenação ou a facilitação de atividades desse tipo. No entanto, considera-se importante ter alguns elementos em comum entre o **facilitador** e o **relator** quando se trata de planejar ações grupais.

Para o bom andamento do trabalho em grupo, alguns aspectos são fundamentais:

- *Espaço*: os grupos e as oficinas podem ser realizados em qualquer espaço, dentro ou fora das unidades de saúde. Escolas, igrejas, associações e até praças ou ruas podem se tornar espaços de encontro para a troca de opiniões e aprendizado. Realizar essas atividades fora do ambiente institucional pode facilitar a participação.

Facilitador é a pessoa que assume a tarefa de dirigir e coordenar um grupo rumo à execução de um objetivo. Deve apresentar claramente o objetivo da atividade e organizar as etapas para execução das tarefas pretendidas, dentro do tempo disponível. Tem como papel motivar a expressão e a participação de cada um dos componentes, garantindo que todos tenham voz e permaneçam focados no assunto. Deve ainda conduzir o processo ao longo de suas etapas, apoiando o grupo no que for necessário: distribuição do material, organização do espaço, clarificação das atividades e encaminhamentos futuros.

Relator é aquele que registra os encontros e as atividades. Os relatos são importantes fontes para o aprendizado da equipe, para a pesquisa, para planejar os próximos passos e documentar o histórico das ações. Para isso, é importante a definição prévia de um relator que ficará responsável por observar e redigir a dinâmica, as falas e as expressões não verbais no grupo, bem como as sínteses nas quais devem constar as convergências e as divergências de opinião.

Escolher um local fora do ambiente de trabalho pode ser uma forma de divulgar o serviço e tecer redes com outras instituições locais.

Ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço. Deve ser entendido como: a) espaço de produção do sujeito e do trabalho; b) espaço que visa à confortabilidade, à privacidade e à individualidade dos sujeitos envolvidos; c) espaço que facilita o processo do trabalho funcional e a otimização dos recursos e o atendimento acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006).

Saiba mais acerca das atitudes positivas esperadas de um profissional de saúde, no atendimento de crianças, adolescentes e a suas famílias, como é o caso da **confidencialidade**, do **sigilo**, da **ética** e da **garantia de privacidade**. Leia o capítulo 5, páginas 54 e 55, da Linha de Cuidado.

- *Privacidade*: quando se trata de grupos específicos para a expressão de sentimentos e experiências de violência, deve-se cuidar para assegurar a privacidade do encontro e um contexto que propicie maior concentração. Antes de começar uma reunião, é essencial que o grupo se comprometa a manter sigilo sobre o que for conversado.
- *Envolvimento de crianças, adolescentes, famílias e demais pessoas da comunidade*: sempre que possível é bom engajá-los tanto no planejamento, como na execução e avaliação dos grupos. Dessa forma, vários objetivos podem ser atingidos ao mesmo tempo. Envolver as pessoas na operacionalização da proposta pode garantir sua adesão e a de seus amigos ou familiares. Planejar e realizar em conjunto ajuda no aprendizado sobre o tema e na mobilização comunitária, contribuindo para a formação de multiplicadores. Quando pessoas da comunidade conseguem atuar na coordenação das atividades, aumentam a identificação dos participantes com esses coordenadores e a possibilidade de neles se espelharem. Pessoas da comunidade utilizam uma linguagem mais próxima do contexto e da cultura local e, ao mesmo tempo, trazem exemplos práticos de como lidar com as situações.
- *Organização prévia de grupos e oficina*: devem ser organizados visando à sensibilização, capacitação, reflexão e mobilização. São também formas excelentes de atendimento que trazem ganhos significativos para crianças, adolescentes e famílias. Pode ser conveniente, num grupo, que seus participantes compartilhem certas identidades, tais como:
 - Faixa etária: por exemplo, só para crianças ou só para adolescentes.
 - Sexo: escolher apenas meninos ou apenas meninas pode ser interessante, dependendo do tema tratado; outro exemplo são os grupos exclusivos de homens que cometem violências, e os compostos por mulheres em situação de violências.
 - Vivência de determinada situação: grupo de famílias em situação de violências; de crianças, adolescentes e famílias que vivenciaram um evento traumático é um exemplo.
 - Interesses comuns: pessoas com a intenção de aprender a atuar com famílias ou comunidades em situação de violências podem desenvolver ações específicas, como reunir pessoas interessadas em mobilizar determinada ação de prevenção através de campanhas, de realizar diagnósticos locais, de articular uma rede, dentre outras atividades. Algumas experiências, ao contrário, se propõem a realizar atividades que reúnam diferentes gerações num mesmo grupo, como, por

exemplo, idosos coordenando atividades com crianças. Outras vezes, pode ser importante haver uma identificação de quem coordena o grupo com seus participantes quanto à faixa etária, gênero e experiências vividas. É o caso de melhor adequação de um coordenador masculino para um grupo só de homens ou, por outro lado, de um coordenador feminino para um grupo de mulheres vítimas de violência.

- *Condução do grupo:* convém, sempre que possível, mais de um profissional estar presente nos grupos e oficinas. Dessa forma, pode-se melhor dar conta de situações delicadas que venham a surgir e efetuar um bom registro do encontro, o que auxilia o acompanhamento das evoluções que aparecem no decorrer do atendimento, além de enriquecer a compreensão das dificuldades do contexto familiar através do olhar transdisciplinar. O diálogo entre os profissionais no grupo, e desses com os usuários, reflete a situação desejada de um espaço de construção coletiva em que cada ponto de vista é importante, sempre visando ao apoio mútuo. A atuação multiprofissional envolvendo distintas áreas do conhecimento, inclusive do saber popular, é de fundamental importância.
- *Postura dos facilitadores:* uma atitude comum e perigosa nos grupos que se pretendem participativos é a dos facilitadores assumirem postura excessivamente didática ou “moralista”, geralmente com tendência a falar demais, usando uma linguagem técnica e emocionalmente neutra. Dessa forma, inibem a participação das pessoas que ficam com medo de se expor de uma maneira “não apropriada” ou acham que estão ali apenas para ouvir. O coordenador de um grupo é chamado de facilitador justamente porque sua principal função **é facilitar a expressão dos participantes, regular o tempo e garantir a oportunidade de cada pessoa presente se expressar (se assim o quiser), de forma equitativa**, respeitando todos os diferentes pontos de vista. Deve ser breve em suas colocações e ater-se sempre ao seu papel e ao objetivo do encontro.

Saiba mais sobre o atendimento a crianças, adolescentes e famílias em situação de violência no capítulo 5 da *Linha de Cuidado*. Leia com atenção as sugestões sobre a atitude do profissional na página 56.

A seguir apresentam-se três tipos distintos de estratégias grupais: abordagens de grupos, de famílias e de comunidades.

ABORDAGENS DE GRUPOS

Trabalhar com grupos é a estratégia central de uma metodologia participativa e um recurso precioso para os diversos profissionais. O trabalho com grupos é uma excelente maneira de compartilhar experiências e de propiciar o diálogo e a reflexão entre seus participantes. Nesse diálogo podem surgir novas perspectivas e alternativas de ação para os problemas vividos. Participando dos grupos, as pessoas têm a chance de romper com o isolamento, de aprender e ensinar, de aumentar e diversificar sua rede social, e de se mobilizar para a ação.

Existem vários tipos de grupos e diferentes maneiras de coordená-los em função dos objetivos que se quer atingir, dos seus participantes, do tempo disponível e da experiência do facilitador. Essas maneiras são sistematizadas em algumas técnicas e metodologias, como grupos terapêuticos, reflexivos, terapia comunitária, rodas de conversa, dentre muitas outras. Algumas dessas metodologias exigem uma formação específica. Mas, mesmo não havendo possibilidade de se especializar, alguns princípios podem habilitar profissionais de diferentes áreas a trabalhar com grupos. A sensibilidade, o planejamento dos objetivos e das dinâmicas propostas e uma postura de estímulo à participação são decisivos para a utilização de estratégias grupais de forma eficaz.

No planejamento dos grupos, em geral, prevê-se uma sequência de encontros, seja em número previamente determinado, seja sem término previsto, na forma de grupos continuados. Normalmente, um único encontro pontual é chamado de “oficina”. As oficinas destinadas a trabalhar temas ou habilidades específicas devem envolver ao máximo os participantes e propiciar aprendizado. Independente do formato – grupo ou oficina – é fundamental que as atividades sejam seguidas de avaliação por toda a equipe.

Nos trabalhos grupais é preciso atentar para:

- *A identidade de objetivos ou interesse comum*, como citado anteriormente.
- *A preparação de dinâmicas* para cada encontro, escolhidas ou criadas em função dos objetivos e características do grupo: elas facilitam a integração, a expressão dos participantes e o alcance dos objetivos.
- *A avaliação das atividades* – nesta etapa, devem-se ressaltar:
 - pontos fortes e fracos da atividade em grupo;

- qualidade da participação de todos;
- aproveitamento do que foi discutido ou realizado;
- aprendizado conseguido por meio da reflexão coletiva;
- conveniência do dia e do horário;
- relação entre a atividade e os objetivos;
- desempenho da coordenação;
- encaminhamento de casos particulares;
- mudanças propostas em relação à atividade seguinte.

Ao final da atividade, para avaliar o aproveitamento e o aprendizado, é importante que o facilitador peça que cada um dos participantes diga uma palavra sobre como se sente e que lição ou mensagem leva da atividade naquele dia.

Há modalidades de grupos que são estruturadas segundo determinados princípios, em que as estratégias metodológicas seguem objetivos e técnicas particulares. A seguir descrevem-se, brevemente, algumas dessas modalidades: os grupos reflexivos, os grupos terapêuticos e os grupos focais.

GRUPOS REFLEXIVOS

Nessa modalidade o objetivo é aprofundar a reflexão sobre o tema proposto, com a colaboração de todos, convidando os participantes a pensar a respeito de determinado aspecto de sua vida, de suas atitudes e das possibilidades de mudança em relação aos pontos negativos. O facilitador tem como principal função **promover o aprofundamento do tema e o diálogo entre os participantes a partir de suas experiências**. Não há, portanto, intenção de transmitir conteúdos, embora o processo reflexivo propicie o aprendizado de todos.

Os grupos reflexivos são estratégias muito úteis para o trabalho com familiares, tanto no acolhimento quanto no atendimento ou no seguimento dos casos na rede. Podem, por exemplo, ser um excelente recurso no trabalho com os agressores. Nos grupos ocorrem conversas sobre temas escolhidos pelos componentes ou propostos pelos facilitadores. Em geral, o grupo reflexivo pode demandar uma sequência de encontros em que os participantes vão se vinculando e se apoiando uns aos outros num processo de amadurecimento e aprendizado grupal.

É comum não aceitar novos membros depois do terceiro ou quarto encontro. Os componentes, coletivamente, estabelecem as regras de funcionamento, por exemplo, como querem agir em relação à pontualidade ou aos atrasos de seus participantes e a atitudes que facilitem a convivência e a troca. São utilizados, geralmente, alguns “disparadores”, como a apresentação de um conteúdo não muito extenso, atividades corporais, dinâmicas de interação, brincadeiras, vídeos curtos, ou outros meios que facilitem o início da discussão sobre o tema do dia.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, essa modalidade pode ser utilizada para aprofundar a reflexão sobre os desafios do trabalho, promovendo cumplicidade e fortalecendo a equipe para o enfrentamento de temas difíceis, como a violência sexual.

Grupos reflexivos têm sido usados com sucesso também com homens ou mulheres que estão ou estiveram envolvidos em situações de violência de gênero. Têm um valor inestimável porque propiciam trocas de experiências e vivências, bem como mudanças de comportamentos e atitudes que acabam por reproduzir ou reforçar tipos de relações que precisam ser enfrentadas.

Relato de experiência de grupo reflexivo de gênero com homens e com mulheres em situação de violência

Os grupos duram cerca de duas horas, com frequência semanal e ocorrem ao longo de 10 a 20 semanas, conforme a disponibilidade da equipe e dos participantes. Dois facilitadores atuam na coordenação e podem ter de 5 a 12 participantes. Costumam ter a seguinte sequência:

1º encontro: apresentação dos participantes e da proposta

2º encontro: construção coletiva das regras de compromisso e convivência

3º a 11º encontro: encontros temáticos – gênero, violência, paternidade e outros – seguidos dos temas sugeridos pelos participantes

12º encontro: realização de um encontro – usando a técnica de grupo focal – para avaliação do grupo reflexivo

Fonte: Instituto NOOS – Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais. Saiba mais sobre o Instituto no site <http://www.noos.org.br>.

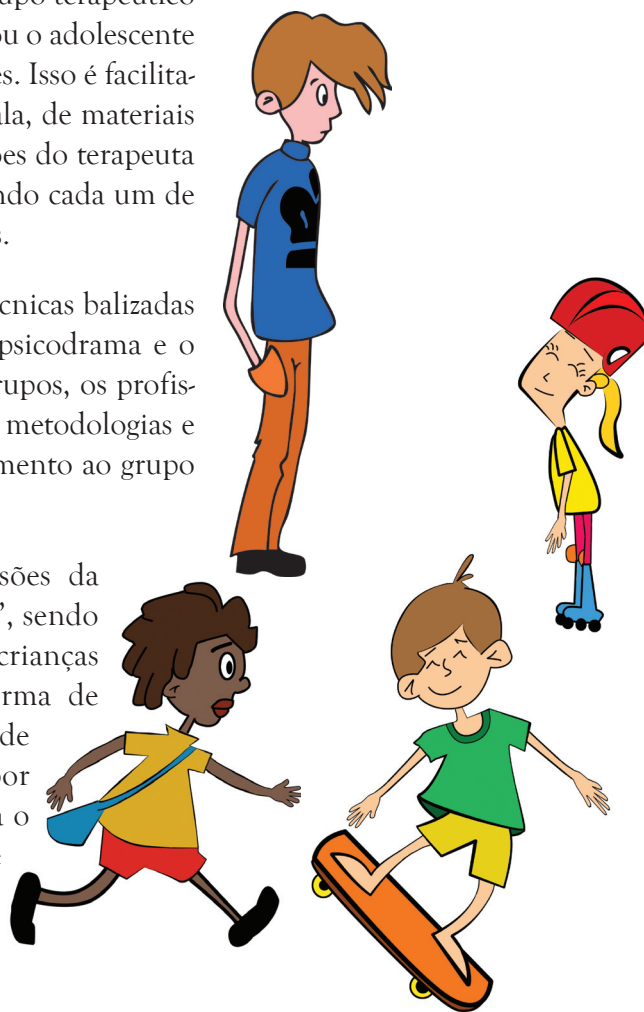
GRUPOS TERAPÊUTICOS

Embora conversar em grupo sobre vivências e desafios da vida e do trabalho possa trazer resultados terapêuticos para os participantes, os grupos chamados “terapêuticos” têm uma identidade específica. Eles estão voltados para sanar e aliviar sintomas, modificar posturas prejudiciais à saúde física e mental dos indivíduos e restaurar o equilíbrio psíquico rompido pela(s) vivência(s) de violência.

A psicoterapia de grupo pode operar na reconstrução de laços e referenciais seguros, a fim de que a criança ou o adolescente consiga superar o sofrimento e ganhar confiança e sentimento de pertencimento ao mundo. O trauma decorrente da violência interfere na dinâmica psíquica do sujeito, causando, com frequência, transtornos psicossomáticos, impedindo que estruture suas defesas e seus próprios recursos para lidar de forma saudável consigo mesmo e com os outros. O grupo terapêutico atua como um espaço para a pessoa – no caso, a criança ou o adolescente – expressar pensamentos, emoções, desejos e necessidades. Isso é facilitado pelo terapeuta, estimulando a expressão através da fala, de materiais plásticos, jogos ou exercícios de interação. As intervenções do terapeuta têm como objetivo facilitar a interação no grupo, apoiando cada um de seus componentes na superação de vivências traumáticas.

Essa modalidade de grupo segue, em geral, posturas e técnicas balizadas por metodologias e teorias, tais como a psicanálise, o psicodrama e o pensamento sistêmico, dentre outras. No manejo dos grupos, os profissionais podem também combinar recursos de diferentes metodologias e linhas teóricas. Por exemplo, associar técnicas de relaxamento ao grupo terapêutico.

A contribuição deste tipo de grupo para as dimensões da linha de cuidado diz respeito às atividades de “atenção”, sendo especialmente recomendado para o trabalho com crianças e adolescentes com direitos violados por alguma forma de violência que possa provocar consequências para a saúde mental. Os grupos terapêuticos devem ser realizados por profissionais capacitados na área da saúde mental para o manejo clínico dos casos e das questões emocionais que eles podem desencadear.



Relato de experiência – Grupos terapêuticos com crianças em situação de violência

Antes de definir o tipo de atendimento a ser oferecido para cada criança ou adolescente, é feita uma avaliação pela equipe multiprofissional que vai indicar os diferentes recursos terapêuticos a serem utilizados, entre eles a psicoterapia individual, familiar e de grupo, além da atuação do serviço social. As abordagens são preferencialmente breves, e sua meta é a resolução dos conflitos e sintomas.

O grupo reúne quatro a cinco crianças. A faixa etária dentro de cada grupo deve ser a mesma (por exemplo: de 8 a 10 anos) e também o tipo de transtorno mental. As regras e compromissos para a participação devem ser estabelecidos com as crianças e com os pais. O tempo de duração do grupo é de quatro meses, sendo feita uma entrevista com os pais no início, meio e fim do grupo. O ambiente inclui material lúdico apropriado à faixa etária trabalhada.

Fonte: Instituto PROVE. Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência. Saiba mais no site <http://www.unifesp.br/dpsiq/prove/index.php>.

A *terapia comunitária* (TC) é uma metodologia de intervenção em grupo e em comunidades, caracterizada por encontros interpessoais e intercomunitários. Tem o objetivo de promover a saúde em todas as dimensões, por meio da construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, fortalecimento da identidade, restauração da autoestima e da autoconfiança, ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de sua resolução a partir das competências locais.

A terapia comunitária tem se mostrado um excelente recurso para se lidar com o sofrimento decorrente da exclusão social, pobreza e violência. Pode também ser utilizada com profissionais que atuam em um mesmo serviço, construindo-se um espaço solidário de trocas e aprendizados mútuos. Conhecendo-se melhor e encontrando no outro uma fonte de apoio, as equipes criarão melhores condições para planejar e desenvolver seu trabalho de prevenção de violências e de atenção e cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias com direitos violados.

Esta metodologia de intervenção é um procedimento terapêutico de fácil acesso e viável para grandes grupos. Visa a construir um espaço de fala, de escuta e de estreitamento de vínculos, funcionando sob regras precisas e permitindo – a partir de uma situação-problema trazida pelos participantes e das trocas de experiências vivenciadas – delinear um elenco de estratégias de superação. Nesse espaço é essencial a manutenção do clima de tolerância e liberdade.

No entanto, é uma proposta de ação que exige formação especializada, uma vez que busca criar espaços de partilha dos sofrimentos apresentados pelo grupo, digerindo a ansiedade excessiva e criando meios fundados nas experiências do grupo para superar os riscos à saúde das pessoas atendidas.

Terapia comunitária na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

As rodas de terapia comunitária são experiências utilizadas na capacitação dos profissionais da ESF. Seguem, de modo geral, algumas etapas:

- **Acolhimento:** momento de explicar o que é a terapia comunitária, fazer uma dinâmica para “quebrar o gelo”, apresentar as regras, comemorar aniversários e outros acontecimentos importantes.
- **Escolha do tema:** os participantes trazem seus próprios temas, contando as dificuldades por que estão passando etc. O grupo elege, por votação, um tema para ser aprofundado.
- **Contextualização:** a pessoa que teve seu tema escolhido fala mais um pouco sobre ele. O grupo pode fazer perguntas para esclarecer, e a pessoa responde se quiser.
- **Problematização:** a partir da pergunta “quem já viveu uma situação como essa e como fez para superar?”, o terapeuta passa a palavra ao grupo, que compartilha suas várias maneiras de lidar com a dificuldade em questão.
- **Encerramento:** geralmente a roda de terapia é finalizada com todos de pé, abraçados. O terapeuta agradece à pessoa que expôs o tema e pergunta o que os participantes estão levando daquele encontro.

Existem experiências de rodas temáticas de terapia comunitária. Um exemplo é quando o terapeuta pede que os participantes falem sobre situações de violência que já tenham vivido, seja na condição de vítima, agressor ou testemunha. As etapas são seguidas como em qualquer roda: o tema é escolhido e as estratégias de superação são compartilhadas.

Ao ser aplicada às equipes da ESF nas próprias unidades, a terapia possibilita melhora na integração do grupo e conscientização da importância de cada profissional, especialmente dos agentes comunitários, que se empoderam perante a própria equipe e a comunidade.

Fonte: Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Saiba mais no site <http://www.abratecom.org.br>.

GRUPOS FOCAIS

Os grupos focais são bastante conhecidos como instrumento de pesquisa. Eles, como o próprio nome indica, focalizam discussões sobre um determinado tema, a partir de um conjunto de perguntas ou a partir de uma pergunta-chave proposta pelo facilitador, que, então, tem o papel de promover a participação de todos e de ir, pouco a pouco, afunilando a conversa para uma ou duas conclusões, respeitando-se os consensos e

discordâncias. É um tipo de dinâmica que pode ser utilizada para promover o diagnóstico de problemas de violência em determinada localidade e para compreender como um grupo de pessoas pensa sobre o assunto. Essa técnica viabiliza o acesso e a troca de opiniões e visões que dificilmente viriam à tona sem a situação de debate.

A influência da ideia de cada um sobre os demais membros faz parte da riqueza dessa abordagem. Ao se utilizar essa técnica podem-se observar, além de opiniões do grupo, conflitos de ideias e de interesses e possibilidades de expressão de lideranças e de alianças. Os grupos focais geralmente são selecionados pelo coordenador de acordo com um determinado objetivo. Podem ser homogêneos – por exemplo, pessoas do mesmo sexo, da mesma idade, da mesma religião – ou heterogêneos – ou seja, compostos por indivíduos que se afinam por algum interesse, mas que têm características diversas.

A realização de grupos focais pode ser uma excelente forma de conhecer como os profissionais do serviço e os diferentes setores da comunidade percebem a violência contra crianças e adolescentes, quando se tem em vista planejar ações voltadas para prevenção de violências e para a promoção da cultura da paz.

Proposta de grupo focal com adolescentes

Realização de grupos focais sobre o tema da violência entre namorados com o intuito de facilitar a interação, o debate e a troca de visões entre os participantes. Propõe-se a divisão em grupos focais compostos de três formas: por meninos, por meninas e por adolescentes de ambos os sexos, visando a entender melhor a visão trazida por cada gênero isoladamente e quando se reúnem os jovens em interação.

Por meio dos grupos é possível ampliar o conhecimento sobre como os adolescentes se relacionam amorosa e sexualmente, além de possibilitar o surgimento de discussões sobre a violência que ocorrem entre namorados nesta faixa etária.

Os grupos possibilitam a reflexão entre os adolescentes sobre a invisibilidade de muitas formas de violência que ocorrem nas relações afetivo-sexuais. A análise dos resultados desses encontros pode subsidiar profissionais e serviços de saúde e de educação sobre como abordar o tema e sobre como enfrentá-lo em colaboração com os próprios jovens.

Fonte: Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saiba mais sobre o Centro no site <http://www.claves.fiocruz.br>.

ABORDAGENS COM FAMÍLIAS

A atuação com as famílias é uma estratégia central nas diferentes fases da linha de cuidado. Stepleton, McIntosh e Corrington (2010) identificam os seguintes fatores de proteção fundamentais para que as famílias sejam capazes de criar ambientes saudáveis e protetores para crianças e adolescentes:

- resiliência dos pais;
- conexões sociais da família;
- conhecimento sobre paternagem/maternagem e o desenvolvimento da criança;
- suportes concretos em caso de necessidades;
- competência emocional e social da criança.

O desenvolvimento desses fatores fortalece as famílias e deve ser objeto ou tema de atividades voltadas à prevenção das violências.



A abordagem das famílias acontece mais frequentemente como forma de atendimento nos espaços de ambulatorio, quando a mãe, em geral, é chamada para dar informações sobre a criança. No entanto, a participação das famílias deve ir muito além dessa perspectiva em diversos aspectos.

Primeiramente, a família não deve ser vista apenas como as figuras do pai e da mãe. É necessário incluir todas as pessoas que mantêm vínculo, convivência e influência na vida da criança ou do adolescente. Assim, o grupo familiar pode envolver irmãos e irmãs, madrastas e padrastos, primos e primas, tios e tias, amigos e amigas, cuidadores, avôs e avós.

Na abordagem com famílias, os diferentes pontos de vista sobre a situação de violências devem ser valorizados, refletindo-se sobre o processo que se dá quando ocorrem os fatos e os recursos com os quais a família pode contar para encontrar formas não violentas de funcionar. Junto com os familiares, os profissionais podem encontrar alternativas saudáveis para que pais, crianças ou adolescentes expressem suas emoções, dialoguem sobre formas de educar, colocar e aceitar limites.

As abordagens da família podem envolver os autores da agressão, mas também outros membros que funcionem como elementos de apoio e de controle das circunstâncias desencadeadoras.

Saiba mais sobre o atendimento a crianças, adolescentes e famílias em situação de violências nas páginas 55 a 61 da *Linha de Cuidado*.

Nas situações de violência familiar, embora a importância de abordar a família de forma mais ampliada seja imperiosa, isso demanda uma série de cuidados e a capacitação dos profissionais. Algumas vezes, o familiar presente é o perpetrador ou mantém relação de cumplicidade com o autor ou, ainda, é aquele que identificou e fez a denúncia da agressão. Pode ser que o autor da violência e o denunciante se façam presentes no mesmo momento do atendimento e expressem concepções diferenciadas sobre o que é ou não violência e sobre o que é educar corretamente. É preciso ter um manejo adequado e compreensivo de tais situações.

Alguns pressupostos do trabalho com famílias

- A realidade em que vivemos é construída por cada um de nós, por isso devemos estar atentos a como colaboramos ou não para reproduzir a violência como forma de solucionar conflitos.
- Não se muda ninguém a não ser a nós mesmos; o máximo que podemos fazer é criar condições que possam propiciar experiências ao outro, apresentando-lhe melhores alternativas para lidar com a situação. Essa postura possibilita maior comprometimento dos sujeitos envolvidos.
- Encontramos formas alternativas para lidar com uma situação quando a vemos de ângulos diferentes. Portanto, atividades em grupo que priorizem o diálogo e a consequente ampliação da capacidade de expressão e reflexão são meios privilegiados.
- Ampliar recursos para lidar com a violência ou potencializar os já existentes reforça a necessidade de trabalhar em rede e com redes; isto é, integrar a rede de serviços no território, incentivar a mobilização da rede, das famílias vulneráveis e formar redes comunitárias.

Fonte: Instituto NOOS – Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais. Saiba mais sobre o Instituto no site <http://www.noos.org.br>.

Uma intervenção por mais incisiva que seja pode, em alguns momentos, gerar afastamento, ao passo que, em outros, pode ser importante no processo de responsabilização e comprometimento de seus membros. É fundamental que seja criado um clima de confiança para permitir o relato das dificuldades vividas, bem como para prover orientações e continuar acompanhando a família, conseguindo sua adesão ao serviço.

É bom lembrar que as modalidades de grupos apresentadas anteriormente (reflexivos e terapêuticos) são também estratégias de intervenção na abordagem com famílias.

A terapia de família é um exemplo de grupo terapêutico que atua no campo das relações e interações familiares expressas através da linguagem

e das atitudes de seus membros. É uma abordagem propícia para lidar com algumas famílias em que houve violência contra a criança ou o adolescente. Envolve participantes da mesma rede familiar e social.

Os encontros de terapia de família são campos de interações que fornecem a oportunidade para o surgimento de novas condutas no interior desse núcleo. Terapeuta e família conseguem, em conjunto, de forma solidária, ajudar-se mutuamente e fazer com que diferentes perspectivas sejam ouvidas e surjam novos recursos para lidar com as dificuldades e os conflitos (ZIMERMAN; OZÓRIO, 1997).

Saiba mais sobre a rede de serviços em Saúde Mental nas páginas 81 e 82 da *Linha de Cuidado*.

Relato de experiência – Terapia de família

Indicada em situações em que tenha havido violência contra crianças e adolescentes.

Habitualmente são propostos cerca de 6 a 12 encontros com a presença de dois terapeutas que atuam na linha sistêmica. Quando a família é encaminhada para o serviço, o primeiro passo da equipe é telefonar para o profissional que a encaminhou (em geral, do Conselho Tutelar e do Juizado) para esclarecimentos sobre o motivo do encaminhamento. Nesse momento, avalia-se como e com quem da família deve ser feito o primeiro contato e discute-se o foco do trabalho. No telefonema dado para os responsáveis, já se inicia o trabalho terapêutico, buscando-se perceber a disponibilidade e o interesse de cada um para participar, os desafios, as pessoas a serem envolvidas e o que mais a família demandar nesse momento. Pais ou responsáveis pela criança ou adolescente são também chamados a participar de um grupo com membros das demais famílias atendidas, sendo todos convidados a refletir sobre suas atitudes, sentimentos e relações. São abordados temas como os desafios de educar os filhos, formas não violentas de colocar limites, desenvolvimento infantil, direitos de crianças e adolescentes, relações de gênero, dentre outros que vão sendo trazidos pelos participantes.

Consulte as fichas técnicas 1 e 2.

Fonte: Instituto NOOS – Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais. Saiba mais sobre o Instituto no site <http://www.noos.org.br>.

Relato de experiência – Terapia de família em situações de violências

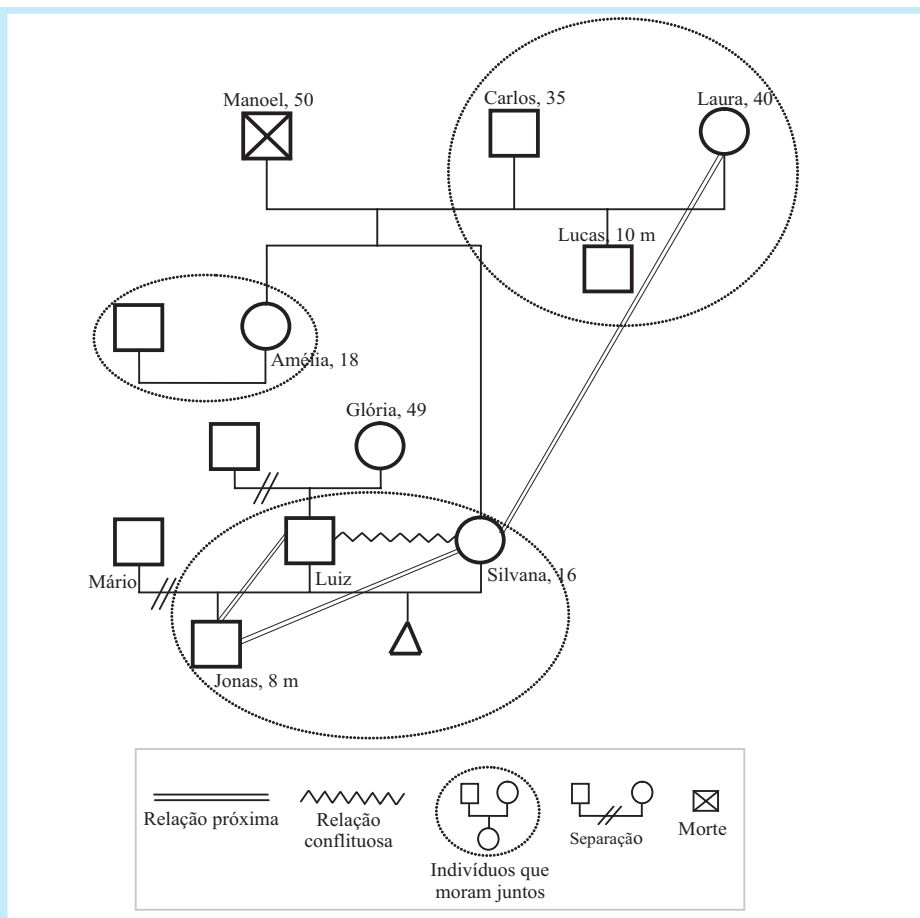
O processo terapêutico é pensado como um espaço de conversa em que todos os envolvidos são convidados a refletir sobre sua participação neste padrão relacional. Inicialmente, as famílias participam de duas a três reuniões em grupo, junto com outras. A partir destes encontros (quando efetivamente se mostram dispostas a participar da terapia), são convidadas à terapia de família propriamente dita, que pode ser em grupos multifamiliares ou apenas com a família nuclear e a equipe. O trabalho é realizado com uma equipe de dois a três psicólogos e uma médica, terapeuta de família, utilizando o formato de equipe reflexiva. Este tipo de atendimento pressupõe um terapeuta de campo e dois ou mais na escuta; a certa altura, os participantes da conversa (famílias) são convidados a ficar em silêncio e a equipe conversa entre si sobre o que escutou. A ideia é que sejam apresentados vários pontos de vista de uma forma não hierárquica, facilitando aos participantes tornarem-se os principais autores da mudança, que deverá surgir do encontro com os seus próprios recursos, ao invés de serem levados a tal pelos terapeutas (Andersen, 2002). Os temas abordados são aqueles trazidos pelas próprias famílias no decorrer dos encontros. O atendimento ocorre em um hospital universitário pediátrico, e as famílias são encaminhadas a partir de avaliação inicial feita em um setor de referência para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência do próprio hospital. Os atendimentos são agendados sem contato prévio com a equipe da terapia de família.

O **genograma** é um instrumento utilizado para conhecimento geracional de uma família. Permite ao profissional de saúde visualizar, através das gerações, as potencialidades (capacidade de resiliência familiar e fatores de proteção) e as limitações das famílias atendidas (adversidades surgidas ao longo do ciclo vital que, pela forma como os familiares lidam com elas, podem se tornar fatores de risco para adoecimento ou para a violência). Em geral, o genograma possibilita avaliar a forma de relacionamento familiar ao longo de, pelo menos, três gerações (avós, pais e filhos). Por ser um instrumento datado, o genograma deve ser periodicamente revisitado pelo médico de família e pelos profissionais de saúde que realizam sua atualização.

Fonte: Terapia de Família do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), que desenvolve este trabalho específico no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da UFRJ. Saiba mais sobre o Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência do IPPMG no site <http://www.ippmg.org.br>.

O **genograma** é um interessante instrumento que pode ser utilizado pelo profissional de saúde para conhecer e retratar a rede familiar de uma pessoa. Consiste no desenho esquemático da família, assemelhado a uma árvore genealógica em que cada familiar é representado por bolas (mulheres) e quadrados (homens). Utiliza-se representação gráfica para indicar uniões, separações, filiações, relações conflituosas e vínculos fortes, dentre outras características, como se pode visualizar na Figura 2.

Figura 2 – Genograma da família de Silvana: adolescente em situação de violência familiar



Silvana tem 16 anos e um filho de 8 meses, Jonas. Está grávida de Luiz, que tem 21 anos e não é o pai de Jonas. O pai de Jonas, com quem Silvana teve um relacionamento ocasional, é Mário, de 19 anos, desempregado, sem contato com Silvana e Jonas.

Silvana, Luiz e Jonas moram juntos. Silvana tem problemas psiquiátricos e não trabalha fora nem estuda. Luiz é auxiliar de serviços gerais em um banco e informa ser saudável.

A mãe de Silvana (D. Laura, 40 anos) é viúva do Sr. Manoel (falecido aos 50 anos, por infarto). Mora atualmente com Carlos (35 anos, desempregado), com quem tem um filho (Lucas, 10 meses).

Dona Laura teve duas filhas com o Sr. Manoel: Silvana e Amélia, que tem 18 anos, mora com o namorado em outra casa e não tem filhos.

Silvana é acompanhada por um serviço que atende famílias envolvidas em situação de violências por suspeita de negligência. Jonas estava com otite, foi-lhe prescrito antibiótico num serviço de emergência, mas Silvana não lhe deu a medicação, apesar de tê-la recebido gratuitamente no hospital. A criança foi internada em estado grave dois dias depois com agravamento do quadro infeccioso. Silvana alegou que "se esquece" facilmente de tudo, inclusive de dar comida e banho ao filho. D. Laura já é conhecida no Conselho Tutelar de sua área por denúncia de ser negligente com suas filhas adolescentes. Todavia, Silvana se relaciona bem com a mãe, que a ajuda quando pode, porque trabalha como empregada doméstica diariamente.

Luiz e Silvana têm um relacionamento conturbado e se agridem fisicamente. Ambos têm um forte vínculo com Jonas.

A mãe de Luiz, D. Glória, 49 anos, do lar, saudável, cortou relações com o filho porque não gosta de Silvana. Os pais de Luiz, que é filho único, são separados e ele não sabe dar informações sobre o pai.

A utilização do genograma é de grande valia no atendimento a famílias e também a indivíduos isoladamente, pois permite investigar e visualizar de forma rápida a repetição de padrões e situações recorrentes de adoecimentos e saúde. Identificar esses padrões é passo fundamental para se compreender a violência ao longo de gerações e identificar formas de superá-la. Possibilita compreender como distintas violências se inserem na história e na cultura familiar, o que indica formas de educação, de relacionamentos e tipos de exigência dos pais, revelando, por exemplo, a violência de gênero.

Genograma na atenção às famílias

No atendimento a famílias, os profissionais têm como procedimento usual desenhar, com a família, o seu genograma. São feitas perguntas sobre a composição e as relações familiares, assim como sobre algumas outras características relevantes, tais como profissão e escolaridade de seus membros, presença de conflitos nas relações interpessoais. As informações podem ser registradas pelo profissional de saúde, como parte da anamnese, numa folha de papel A4 ou em tamanho ampliado sobre uma cartolina, utilizando-se o centro da roda, no chão ou sobre uma mesa. Dessa forma, todos podem visualizar e conversar sobre suas percepções a partir da história e da composição da família, identificando como certas situações (comportamentos, sentimentos, escolhas, atitudes) se repetem ao longo das gerações. Nessas repetições é possível encontrar exemplos importantes do universo de referência da família, tanto de comportamentos danosos a superar como de fortalezas e recursos com os quais é possível contar.

No processo de aprendizagem dos profissionais que utilizam essa técnica, pode ser muito proveitoso que cada um desenhe o genograma da própria família, conversando com os familiares sobre suas percepções. Esse deve ser um momento “protegido”, de acolhida, proximidade e respeito entre os participantes, pois pode trazer lembranças difíceis do passado que merecem escuta e apoio de todo o grupo. Convém, por isso, que seja realizado por profissionais habilitados no manejo da técnica.

As **visitas domiciliares** são estratégias importantes para a abordagem de famílias. Consistem em excelentes oportunidades para se conhecer o contexto de vida de crianças e adolescentes atendidos nos serviços, uma vez que os profissionais ficam mais próximos deles e podem intervir num espaço em que normalmente a família está mais à vontade. É ocasião também de se observar as interações de forma mais espontânea do que na situação tradicional de atendimento. As

famílias costumam valorizar a atenção nesse momento de visita. Mas, em alguns casos, podem sentir-se ameaçadas pelo papel de avaliação e julgamento que costumam atribuir aos serviços e profissionais de saúde. Assim, os profissionais devem fazer um esforço no sentido de remeter sua atuação ao cuidado com a família em função da proteção à criança e ao adolescente. As visitas mais demoradas devem ser combinadas previamente.

Relato de experiências de visitas domiciliares

A estratégia das visitas domiciliares assumiu importância central como recurso no estabelecimento de conexões e vínculos das famílias atendidas em instituição pública, como é caso de São José dos Campos/SP. A equipe percebia a falta de adesão das famílias ao tratamento convencional de psicoterapia, apesar da disponibilidade da instituição e do profissional que as atendiam. As famílias apresentavam desânimo e descompromisso com o processo. Assim, os profissionais concluíram ser necessária alguma estratégia para estabelecer uma conexão mais produtiva. Uma das possibilidades que encontraram foi a de irem ao encontro da criança e de sua família no seu próprio lar, por meio das visitas domiciliares. Dessa forma, as famílias impedidas de comparecer à instituição por diferentes circunstâncias passavam a se sentir investidas, valorizadas, tornando-se mais cooperativas e menos resistentes. Eram também mais bem compreendidas e comprometidas como parceiras na intervenção, humanizando-se a relação família/terapeuta/instituição. Essa estratégia despertou a consciência de seu pertencimento a uma rede social mais ampla, como também a possibilidade de se constituírem como parte da solução para restaurar os laços familiares. As visitas domiciliares demonstram aos membros da família que os profissionais estão investindo neles como pessoas e cidadãos de valor, e que são dignos do esforço que é participar de uma terapia, tendo passado pela situação grave de violência contra alguns de seus membros (GONÇALVES, 2010).

ABORDAGENS COMUNITÁRIAS

Outra forma de envolver famílias, tendo ou não sido identificada a situação de violência, é chamar os familiares a participar de abordagens grupais voltadas para temas e problemas dos locais onde vivem. A abordagem com comunidades pode gerar uma melhor compreensão do tema da violência naquele contexto e indicar novos temas e estratégias a seguir. Os familiares podem também, nesse processo, se engajar no planejamento e na execução de campanhas e de eventos, focalizando a prevenção às violências no local em que vivem. A abordagem comunitária permite, em suma:

- sensibilizar a população e instituições locais para refletir sobre o tema da violência e desenvolver ações em comum;
- capacitar agentes multiplicadores que ampliem o trabalho de prevenção;
- articular a rede de maneira mais eficaz;
- adequar melhor os serviços às necessidades da população.

As estratégias de mídia e a arte-educação somam-se como ferramentas fundamentais nas abordagens comunitárias. Mas é preciso conhecer o contexto cultural de cada comunidade para encontrar o melhor caminho de cativar e motivar o público participante, usando-se linguagem e recursos que fazem sentido para a localidade e para as pessoas que nela vivem.

Levando-se em conta as metodologias participativas e o protagonismo social dos moradores, é possível utilizar inúmeros recursos para viabilizar a comunicação com a comunidade. Eis alguns exemplos de atividades que podem ser promovidas:

- programas nas rádios locais;
- vídeos: documentários, ficções e animações sobre o tema;
- cartilhas com histórias em quadrinhos;
- músicas sobre o tema dos direitos das crianças;
- peças de teatro-fórum (metodologia do teatro do oprimido) a serem apresentadas nas ruas e instituições;

- jornais ou participação em jornal local levando informações sobre violência e garantia de direitos;
- concursos e exposições de frases e desenhos;
- jogos abordando o tema para serem usados nas salas de espera e nas oficinas em instituições.

Relato de experiência – abordagem comunitária

Ao longo de três anos uma equipe de profissionais de saúde formou e acompanhou jovens promotores de saúde visando à promoção da saúde dos adolescentes da comunidade. Seu eixo principal foi o protagonismo juvenil. Os jovens atuavam em dois postos de saúde aos sábados, junto com estes profissionais num atendimento exclusivo a adolescentes. Faziam o acolhimento na entrada do posto, a inscrição e a entrevista inicial com o jovem que ali chegava. Coordenavam atividades no espaço do posto (atividades esportivas, teatro, dança, jogos, grupos diversos, show de talentos, elaboração de murais) e também fora da unidade de saúde (oficinas em instituições, apresentações de teatro nas praças, campanhas nas ruas e praias, filmes com debate). A prevenção à violência foi tema constante na formação e na atuação dos jovens. Foi tema de oficinas em escolas, salas de espera, nos estudos de caso que propunham com base nas entrevistas iniciais, e gerou projetos tais como o encontro das tribos juvenis e os grupos de gênero. Um dos grupos agregou meninas que viviam violência nas relações de namoro e em casa. Os promotores de saúde identificavam pessoas nessa situação no seu círculo de relações na comunidade, faziam a abordagem inicial, convidavam para o grupo, planejavam e avaliavam a atividade com a psicóloga e coordenavam o grupo. Numa pesquisa sobre a trajetória social destes jovens promotores de saúde, realizada três anos depois do projeto terminar, constatou-se que vários deles continuavam atuando sobre o tema com metodologias semelhantes em suas igrejas, em organizações e projetos, na faculdade ou simplesmente junto a familiares e amigos (BOGHOSSIAN, 2010).

Para conhecer exemplos de ações desenvolvidas pelos jovens promotores de saúde, leia as fichas técnicas 9 e 18, no próximo capítulo deste livro.

Fonte: Projeto Adolescento Maré. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e do Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS). Saiba mais no site <http://www.cedaps.org.br>.



Além da terapia comunitária mencionada anteriormente, destacamos a seguir algumas estratégias de abordagem comunitária que podem ser trilhadas: formação de lideranças locais, oficinas de sensibilização em instituições locais, eventos e campanhas.

A **formação de lideranças locais** é estratégia importante para que o serviço de saúde possa atuar de forma integrada na comunidade. Necessita de empenho dos profissionais da saúde e demais instituições da localidade, além do estímulo de agentes e líderes comunitários e da população em geral. É um processo que permite ganhos significativos para as ações no âmbito da prevenção de violências e da promoção de uma cultura de paz.

Atualmente, diversas instituições, projetos e organizações da sociedade civil vêm privilegiando a formação de multiplicadores locais, lideranças ou promotores de saúde ou de cidadania. Alguns aspectos positivos deste tipo de estratégia são:

- *Capilaridade*: os promotores são moradores e, portanto, podem fazer com que as ações contemplem maior diversidade de territórios e contextos.
- *Abrangência*: é possível multiplicar as ações e ter um número muito maior de participantes.
- *Desdobramento*: novas ideias e possibilidades de intervenções exitosas surgem do envolvimento de pessoas com perspectivas mais próximas às do público que se pretende atingir.
- *Sustentabilidade*: as ações e mensagens do processo de prevenção de violências e de promoção da saúde fundamentadas na participação comunitária têm possibilidade de se sustentar por mais tempo, pois podem continuar de outras formas, mesmo na ausência dos projetos e serviços.

Saiba mais sobre o tema no *Guia prático para famílias e comunidades*: 17 técnicas de trabalho em grupo voltadas para capacitação de lideranças comunitárias (INSTITUTO PROMUNDO/CIESPI, 2003b).

Relato de experiência – abordagem comunitária

Os polos de prevenção são baseados no desenvolvimento de oficinas com crianças, adolescentes, pais e profissionais de educação, saúde, assistência social e outros. Envolvem comunidades que possuem altos índices de violência e de exclusão social, onde a violência é reconhecida como um problema para seus moradores.

Têm como objetivos: sensibilizar e capacitar para o tema; identificar os serviços existentes na comunidade para articulação e construção de parcerias; mobilizar a comunidade para a implementação dos serviços ainda não existentes, implantação de redes de serviços de atendimento e proteção da infância e da juventude e, principalmente, para a formação de multiplicadores.

As ações devem ser desenvolvidas em espaços onde possam ser amplamente disseminadas, como centros culturais e da juventude, escolas e associações de bairro. Dessa forma, um núcleo original vai se construindo como um polo de referência nas questões ligadas à violência intra e extrafamiliar, abuso e exploração sexual. É importante garantir que todos tenham algum tempo para refletir e buscar saídas viáveis para as situações e conflitos que surgirem. A equipe que conduz as atividades no polo conta com um coordenador e, no mínimo, dois profissionais para realizar as atividades, mas é importante que todos tenham conhecimento na área de violência familiar. Depois da escolha do local para as atividades, é preciso definir a equipe parceira.

A técnica adotada nas oficinas dos polos de prevenção é o Psicodrama. Os temas podem ser desenvolvidos pelos grupos ao mesmo tempo que são trabalhados entre os profissionais. Mas, é importante que os últimos já estejam preparados no momento em que os assuntos forem apresentados aos pais, crianças e adolescentes. O ideal é que os profissionais discutam o tema antes dos demais grupos.

Esta experiência mostra que programas preventivos promovem uma consciência crítica sobre o problema que pode desestimular o uso da violência física ou psicológica no processo educativo e na resolução de conflito, bem como o uso da violência sexual nas trocas afetivas, melhorando assim as competências familiares.

Fonte: Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae. Veja mais detalhes no site <http://www.sedes.org.br>.

A realização de **oficinas de sensibilização em instituições locais** é uma das ações mais comuns com enfoque comunitário. As escolas, igrejas, ONGs e demais entidades sociais que atuam num bairro são excelentes instituições para ampliar o âmbito de ação de uma rede de garantia de direitos. Nesses espaços, diversos agentes e profissionais convivem com

crianças, adolescentes e famílias que podem estar em situações de violências que ainda não foram identificadas.

Desenvolver oficinas sobre as várias expressões de violência com os professores é ótima estratégia para sensibilizar a comunidade escolar e ampliar a possibilidade de se atingir esse grupo de maneira mais profunda.

Pode ser produtivo estar diretamente com crianças e suas famílias, mas convém investir em encontros coletivos em que as pessoas possam participar, trocar ideias e experiências. Porém, não é indicado realizar reuniões com um número muito grande de pessoas que estão em determinado contexto por alguma outra motivação, como, por exemplo, para receber o benefício do programa Bolsa Família. Ao desenvolver oficinas, por exemplo, convém contar com a participação de membros da instituição que possam reproduzi-la em outros momentos e contextos, e também aprender com a comunidade.

É imprescindível, ao trabalhar com os profissionais, que eles aprendam a:

- identificar sinais de situação de violências contra crianças e adolescentes;
- comunicar ao Conselho Tutelar;
- notificar a suspeita ou confirmação de violência, com orientação da equipe de saúde, em instrumento próprio de notificação;
- oferecer apoio a crianças, adolescentes e, conforme o caso, às famílias, para que busquem ajuda numa instituição da rede.

Sempre que possível, é bastante positivo que as oficinas sejam planejadas com moradores engajados na questão, lideranças e multiplicadores locais. Se a oficina é com crianças ou adolescentes, é importante que haja adolescentes envolvidos no seu planejamento e na coordenação.

O uso de vídeos, cartilhas e outros recursos e dinâmicas que facilitem a participação é fundamental nessas oficinas. A distribuição de materiais que os participantes possam levar para casa potencializa a ação. Caso a oficina seja promovida por um serviço da rede de garantia de direitos de crianças e adolescentes que faz atendimento ao público, pode ser interessante organizar um dia de visita e conversa com os profissionais que atuam na instituição.

Os **eventos e campanhas** são tipos de atividades voltadas para o público em geral que podem ser desenvolvidos em espaços amplos em localidades como praças, parques, praias e ruas, sendo importantes para a sensibiliza-

ção ou mobilização em torno do tema. A união de diferentes atores sociais para a execução dessas atividades propicia maior abrangência, mais recursos materiais e humanos. Experiências já realizadas servem de exemplo:

- campeonatos esportivos e gincanas;
- exibição de filmes com debate;
- shows de talentos, exposições, festivais de teatro, de música ou poesia;
- teatro de bonecos nas instituições ou na rua;
- seminários reunindo várias instituições locais;
- distribuição em lugares públicos de folhetos e símbolos, como é o exemplo da campanha do laço branco, que envolve e mobiliza os homens no engajamento pelo fim da violência contra a mulher;
- barraquinhas numa feira, com panfletos, cartilhas, fôlders de instituições e pessoas para dar orientações;
- performances em sinais de trânsito sobre a violência nas relações do trânsito;
- campanhas em datas comemorativas com participação da mídia.

As datas comemorativas relacionados à saúde, cidadania e direitos humanos são motes para promover atividades para um público maior, colocando em evidência os direitos de crianças e adolescentes, a promoção da cultura de paz e a superação da violência. Destacamos como exemplo algumas dessas datas:

- 13 de julho – Aniversário da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- 18 de maio – Dia do Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes;
- 12 a 18 de outubro – Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância;
- 20 de novembro – Dia da Consciência Negra;
- 8 de março – Dia Internacional da Mulher;
- 1º de dezembro – Dia de Luta contra a Aids;
- 6 de dezembro – Dia da Mobilização dos Homens pelo fim da Violência contra as Mulheres;
- 18 a 25 de setembro – Semana Nacional do Trânsito.

Quanto mais a comunidade for envolvida nas atividades propostas em todas as fases, muito maior pertinência, amplitude, e melhores resultados, de modo geral, se podem obter com elas.

A elaboração de um mural no serviço ou em instituições parceiras pode facilitar a comunicação com a comunidade e promover a participação no serviço de saúde do público que por ali circula. Mas, para isso, tal instrumento precisa ganhar vida, ser dinâmico, atualizado, pertinente e falar ao interesse real do público. Um pequeno grupo de profissionais com vários colaboradores, inclusive pessoas da comunidade, poderia se responsabilizar por sua confecção. Um bom mural deveria incluir conteúdos dos seguintes tipos:

- *de utilidade pública*: informações sobre oportunidades, instituições e serviços especializados dentro e fora da comunidade ou sobre crianças e adolescentes desaparecidos da comunidade;
- *temático*: reportagens sobre o tema da violência, avisos de encontros, fóruns, perguntas para a reflexão, frases de efeito, espaço aberto para comentários das pessoas, informações sobre datas comemorativas;
- *artístico-cultural*: poesias, desenhos, sugestões de programas e fotografias. Material produzido nas campanhas e atividades de grupo também podem ser divulgados nesse espaço, que também pode ser “animado” com leituras e debates sobre o conteúdo afixado.

Um mural não precisa usar somente o espaço convencional do quadro de papelão ou cortiça. Pode ser interessante afixar frases ou imagens que levem à reflexão no chão, no teto, na entrada, pela rua, por toda a parte. As pessoas irão comentar, perguntar, estranhar, e esse pode ser o pretexto para se iniciar uma conversa sobre o tema eleito. Um bom local para desenvolver atividades de animação do mural é o espaço de “espera do atendimento”, onde as pessoas costumam estar mais disponíveis.



COMO UTILIZAR METODOLOGIAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

Neste capítulo são apresentadas várias abordagens com grupos, famílias, pessoas da comunidade – e com a população em geral – que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde ao lidar com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Tais abordagens estão direcionadas às dimensões da linha de cuidado: *acolhimento*, *atendimento*, *notificação* e *seguimento na rede de cuidado e de proteção social*, considerando as ações de *promoção da saúde* e *prevenção de violências*. Resultam de diferentes metodologias e estratégias que podem ser aplicadas no dia a dia dos serviços de saúde e que potencializam a atenção integral. Estão organizadas em forma de fichas técnicas, segundo as dimensões do cuidado. Alguns relatos de experiências são também apresentados. É importante frisar que, dependendo da sensibilidade e criatividade do profissional, assim como da realidade do serviço, as ações podem ser aplicadas e adaptadas em diferentes momentos.

▶ Saiba mais sobre as ações pertinentes a cada dimensão do cuidado no Diagrama 1, na página 51 da *Linha de Cuidado*.

AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS

São amplas as propostas de ação voltadas para a promoção da saúde e prevenção de violências que podem ser realizadas localmente nos serviços de saúde. Alguns dos exemplos apresentados nesta seção podem

Saiba mais sobre a etapa de promoção da saúde e prevenção de violências no capítulo 2 da *Linha de Cuidado*.

ser usados nas outras dimensões da linha de cuidado, dependendo de adaptações. Alguns dos aspectos mais importantes já foram mencionados no capítulo 3: a promoção da participação de crianças, adolescentes e famílias nos serviços de saúde e a participação de usuários e serviços de saúde na elaboração do diagnóstico situacional. Outras propostas de atividades voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção de violências estão sinalizadas a seguir.

Ficha técnica 1 – Sensibilização de crianças e adolescentes sobre os seus direitos

Temas abordados	Direitos de crianças e adolescentes
Objetivo	Sensibilizar crianças e adolescentes sobre os seus direitos.
Público	Crianças ou adolescentes em sala de espera.
Nº de participantes	5 a 20
Recursos/Material	Quadro ou papel afixado no mural ou no chão, <i>pilots</i> , papel A4. Quadro dos direitos de crianças e adolescentes, página 53.
Duração	30 minutos
Desenvolvimento	Apresentação: cada um diz o nome fazendo um gesto. Todos os participantes repetem as mesmas ações. O facilitador pode colocar duas colunas no mural com as perguntas: - O que tem de bom em ser criança? - O que tem de ruim em ser criança? O facilitador escreve ou desenha no quadro o que as crianças falam, uma a uma, na respectiva coluna. Pode também pedir que a criança que quiser vá ao quadro, ou ao chão, e faça o seu desenho para que o grupo adivinhe, ou que represente por mímica. Por exemplo, uma pizza simboliza o direito à alimentação e assim por diante. Para <i>finalizar</i>, o facilitador conversa com o grupo devolvendo de forma organizada informações sobre o que são direitos. Propõe que as crianças e adolescentes façam um desenho para o mural sobre algum direito que aprendeu.

Ficha técnica 2 – Sensibilização de famílias/comunidades sobre os direitos de crianças e adolescentes

Temas abordados	Direitos de crianças e adolescentes
Objetivo	Mobilizar as famílias e a comunidade sobre esses direitos para a melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade.
Público	Pais, responsáveis e cuidadores (famílias) na sala de espera.
Nº de participantes	5 a 20
Recursos/Material	Quadro ou papel afixado no mural ou no chão, <i>pilots</i> , papel A4. Quadro dos direitos de crianças e adolescentes, página 53.
Duração	30 minutos
Desenvolvimento	Apresentação: cada um diz o nome fazendo um gesto. Todos os participantes repetem as mesmas ações. O facilitador pode colocar duas colunas no mural com as perguntas: - Que direitos a criança tem? - Que direitos a criança não tem? O facilitador escreve ou desenha no quadro o que os participantes falam, um a um, na respectiva coluna. Pode também pedir que o participante que quiser vá ao quadro para escrever ou que represente por mímica. Para <i>finalizar</i>, o facilitador conversa com o grupo devolvendo de forma organizada informações sobre o que são direitos. Explora o que foi dito pelo grupo, explicando quais são os direitos de crianças e adolescentes nos serviços de saúde.

Para o desenvolvimento dos grupos propostos nas fichas técnicas 1 e 2, é necessário que os profissionais de saúde tenham pleno conhecimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Para tanto, é importante não só divulgar na unidade de saúde uma síntese sobre esses direitos, com base no que está preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), mas também distribuí-la aos participantes ao término dos grupos. Um exemplo de informações relevantes é encontrado a seguir.

Direitos de crianças e adolescentes

Estatuto da criança e do adolescente – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

Crianças e adolescentes têm direito à proteção, à vida e à saúde por meio da efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso de crianças e adolescentes, em condições dignas de existência. Esses direitos têm início na fase da gestação, quando a criança ainda está na barriga da mãe. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial garantir vários direitos.

Gestantes/mães têm direito:

- ao atendimento pré-natal (antes do nascimento) e perinatal (após o nascimento);
- ao encaminhamento aos serviços de atendimento, nos três níveis de atenção, seguindo as recomendações médicas e os princípios de regionalização e hierarquização do SUS;
- a serem atendidas, preferencialmente, pelo mesmo médico que as acompanhou na fase pré-natal;
- ao apoio alimentar, como gestante e como nutriz, desde que dele necessite;
- a receber as orientações sobre o aleitamento materno.

Crianças recém-nascidas têm direito:

- a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido (teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho, de acordo com a oferta de serviço local);
- a receber a Declaração de Nascimento, onde constem as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;
- à identificação por meio do registro da impressão do pé e da digital do bebê, e da impressão digital da mãe;
- a permanecer junto à mãe em alojamento conjunto.

Crianças e adolescentes têm direito:

- à atenção/atendimento integral à saúde no SUS, com acesso às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;
- ao atendimento especializado para crianças e adolescentes com deficiência;
- a receber gratuitamente medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;
- à permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação;
- a ter seus direitos fundamentais protegidos de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, por ação ou omissão do poder público, da sociedade e da família, devendo ser notificados e comunicados ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou confirmação;
- ao acesso a programas de assistência médica e odontológica para prevenção de enfermidades específicas da população infantil e a campanhas de educação e saúde para pais, educadores e alunos;
- a receber as vacinas do calendário vacinal recomendado pelas autoridades sanitárias.

Fonte: (BRASIL, 2011). Saiba mais sobre outros direitos de crianças e adolescentes garantidos pelo ECA no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.

Uma relevante ação voltada para a promoção da saúde e prevenção de violências é a desenvolvida pela *Campanha Brasileira do Laço Branco. Homens pelo fim da violência contra a mulher*. Tem como objetivo geral sensibilizar, envolver e mobilizar os homens para o fim da violência contra a mulher, em consonância com as iniciativas dos movimentos organizados de mulheres, através de ações em saúde, educação, trabalho e assistência social. Mais especificamente, a meta da campanha é desenvolver estratégias de comunicação de amplo impacto a fim de promover reflexões e condições que favoreçam mudanças de atitudes e comportamentos dos homens para que adotem outras maneiras de resolver conflitos em substituição à violência, percebam que o silêncio é cúmplice da violência e participem como aliados nas iniciativas para eliminar a violência contra as mulheres. A campanha é coordenada no Brasil pela Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG), com participação do Instituto NOOS. A rede é composta por organizações da sociedade civil e por núcleos acadêmicos, de várias capitais estaduais, que atuam na promoção da equidade de gênero e direcionam ações de seus programas aos homens. Nesta campanha, estimula-se o uso do laço branco como símbolo da oposição de homens à violência cometida por outros homens com o lema: “*Jamais cometer um ato violento contra as mulheres e não fechar os olhos frente a esta violência*”.

Saiba mais sobre a Campanha do Laço Branco nos sites <http://www.lacobranco.org.br> e <http://www.whiteribbon.ca>.

Outras ações de promoção da saúde e prevenção da violência são apresentadas nas fichas técnicas 3 a 7, com diferentes propostas e metodologias de ação.

Ficha técnica 3 – Mês de valorização da paternidade

Temas abordados	O que é ser pai; paternidade na adolescência; paternidade e direitos; paternidade e prazer, paternidade e aleitamento materno etc.
Objetivos	Incentivar unidades de saúde, escolas e demais equipamentos sociais à: - realização de atividades de reflexão sobre paternidade; - promoção de atividades de integração entre pais e filhos; - modificação de rotinas institucionais visando a ampliar a participação dos pais nas atividades.
Público	Pais, mães, responsáveis em geral, adolescentes e jovens, profissionais etc.
Nº de participantes	Variável
Recursos/Material	Variável
Duração	Mês de agosto, por ser o mês em que se comemora o Dia dos Pais.
Desenvolvimento	Profissionais de saúde, educação e da assistência, de diversas instituições públicas e não governamentais, reunidos para planejar o mês de valorização da paternidade. A cada ano, a partir da escolha de um tema, são divulgados materiais (textos, vídeos, sugestões de atividades) de forma a incentivar o desenvolvimento de atividades nas escolas, unidades de saúde, vilas olímpicas, universidades, mídia, entre outros locais de comunicação. A partir dessa sensibilização, podem-se promover: oficinas, palestras, seminários acadêmicos, jogos, celebrações do Dia dos Pais, programas e campanhas de TV, produção de materiais educativos, atividades culturais e esportivas, pesquisas, painéis com fotos e depoimentos, entre outras ações. A troca de saberes, experiências e recursos entre as instituições é um dos elementos fundamentais para o sucesso da iniciativa.

Fonte: Comitê Vida, que conta com apoios de Secretarias Municipais de Educação, Esportes e Lazer, ONGs, universidades, dentre outras instituições. Coordenação a cargo da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Ficha técnica 4 – Teatro fórum (metodologia do Teatro do Oprimido)

Temas abordados	Violência intrafamiliar e violência na escola
Objetivo	Estimular a reflexão coletiva sobre as diferentes formas de enfrentar e superar a violência.
Público	Adolescentes no contexto escolar ou da unidade de saúde. Para as apresentações podem ser convidados colegas, professores, profissionais de saúde, familiares etc.
Nº de participantes	De 5 a 20 pessoas, em média, para montar uma cena, além da plateia que participa do teatro fórum.
Recursos/Material	Espaço amplo e cadeiras.
Duração	Oficina de 3 horas para pesquisar e montar a cena ou sequência de encontros para exercícios do Teatro do Oprimido, reflexões e montagem de uma peça mais elaborada. Evento em que a peça é apresentada ao público de “expecta-atores”.
Desenvolvimento	Dinâmicas e exercícios teatrais (ver <i>200 jogos para o ator e o não ator com vontade de dizer algo através do teatro</i>, de Augusto Boal, 1988). Participantes compartilham situações de violências/opressão vividas e seleciona-se uma cena. Ensaio. Apresentação do teatro fórum para público mais amplo, com facilitador estimulando a participação do público. “Expecta-atores” entram em cena para dramatizar suas propostas de enfrentamento e solução da situação encenada. Todos os que quiserem podem apresentar suas propostas em forma de dramatização. Para <i>finalizar</i>, promover momento de reflexão coletiva sobre as saídas apresentadas.

Ficha técnica 5 – Oficina sobre promoção da saúde e prevenção de violências

Conteúdos abordados/ Tema	Promoção da saúde, prevenção das violências, fatores de risco e fatores de proteção.
Objetivos	Identificar os fatores pessoais, relacionais, comunitários e sociais que aumentam o risco para a violência no contexto do serviço; discutir, em cada nível, fatores de prevenção e de proteção com relação às violências; definir os principais fatores sobre os quais o serviço deve atuar.
Público	Profissionais e lideranças comunitárias
Nº de participantes	5 a 30
Recursos/Material	Duas cartolinas para cada subgrupo, canetas hidrocores de diferentes cores para distribuir nos subgrupos, quadro branco/preto, fita crepe.
Duração	3 horas
Desenvolvimento	1ª parte: João bobo – em grupos de três, uma pessoa é colocada entre as outras duas, ficando com os olhos fechados e o corpo rígido. Com a ajuda das outras duas pessoas, impulsionando-a levemente, a pessoa do meio irá se inclinar para uma, depois para a outra, como uma tábua, em vaivém, por uns 20 segundos. Depois invertem-se os papéis de modo que todos ocupem uma vez a posição central. É possível formar grupos maiores de 7 a 11 pessoas, ficando uma pessoa no centro e todos os outros ao redor. Reflexões: Como se sentiu sendo amparado pelos demais? Que tipo de apoio facilitou a confiança? Que tipo de apoio não facilitou? Como se sentiu amparando? Como foi amparar num grupo maior? Como foi ser amparado havendo mais gente na roda? O grupo vê semelhança desse exercício com o cuidado das famílias, crianças e adolescentes em situação de violências? Quais? 2ª parte: apresentação do modelo ecológico (Figura 1) num quadro ou papel. Explicar os diferentes níveis que podem influenciar para aumentar o risco de sofrer e perpetrar violências (ler páginas 13 a 23 da <i>Linha de Cuidado</i>). Ressaltar que é, também, nesses diferentes níveis que podem ser identificados, fortalecidos e promovidos os fatores de proteção. 3ª parte: as pessoas dividem-se em grupos de 4 a 8 participantes, que levantarão fatores de risco para a ocorrência de violências na família e fatores de proteção, nos diferentes níveis do modelo ecológico. Os grupos registram as ideias em cartolina, utilizando cores, esquemas, frases, exemplos ou o que preferirem. Ao término, cada grupo apresenta seu trabalho. Para <i>finalizar</i>, pode-se indagar da equipe formas de atuação que fortaleçam os fatores de proteção identificados pelo grupo.

Ficha técnica 6 – Oficina “Protegendo nossas crianças e adolescentes”

Temas abordados	Violência contra a criança e o adolescente; como lidar com os filhos em diferentes etapas da vida sem recorrer à violência.
Objetivo	Ajudar os pais/responsáveis a proteger seus filhos e a educar sem violência.
Público	Pais e responsáveis, de preferência com filhos na mesma faixa etária.
Nº de participantes	10 a 15
Recursos/Material	Cadeiras móveis e a cartilha <i>Protegendo nossas crianças e adolescentes</i> . A cartilha está disponível em: http://www.naobataeduque.org.br/site/documentos/Cartilha%20Protegendo%20nossas%20Crian__as.pdf .
Duração	2 horas
Desenvolvimento	Apresentação dos objetivos do encontro. É importante criar um ambiente de acolhimento e não julgamento. Dinâmica de integração dos participantes: o primeiro fala seu nome e a idade dos filhos. O próximo repete o nome do anterior e acrescenta seu nome e a idade dos filhos; o seguinte repete os nomes dos dois anteriores e acrescenta seu nome e a idade dos filhos, e assim por diante de forma que o último terá que repetir os nomes de todos os participantes. Após a apresentação, o coordenador distribui a cartilha para os pais e vai estimulando o debate. Lança uma pergunta, ouve as colocações e estimula o grupo a ir lendo e discutindo os trechos selecionados da cartilha que abordam o tema. Sugestões de perguntas: - É fácil educar uma criança? - O que é violência? Por que ela acontece? - Em que situações os pais costumam perder a paciência? - Como podemos interromper o ciclo da violência? - Como podemos lidar com a nossa raiva sem gerar violências? - Como podemos demonstrar melhor o amor que temos pelos nossos filhos? Para <i>finalizar</i>, todos se levantam e dão as mãos. O coordenador fala da importância dos pais/responsáveis se apoiarem mutuamente e pede que cada um fale uma palavra de encorajamento para todo o grupo.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Ficha técnica 7 – Programa Abrindo Espaços Humanitários

Temas abordados	Eixos temáticos: Sensibilização, Perspectiva humanitária, Atos humanitários, Jovens e violência urbana, Mobilização dos jovens, Comportamento mais seguro e Noções básicas de primeiros socorros.
Objetivos	Promover o diálogo sobre os princípios humanitários e fomentar a reflexão sobre violência armada.
Público	Adolescentes e jovens em escolas
Nº de participantes	Aproximadamente 180 alunos por escola
Recursos/Material	Documento com as diretrizes do Programa/fase; roteiro do professor (orientações gerais sobre diretrizes pedagógicas e eixos temáticos); kit do professor (sugestões de planos de aulas, filmes, livros, CD com músicas, letras das músicas, textos e reportagens); relatórios de monitoramento e avaliação (pautado para gerar um histórico dos pontos fortes e fracos para continuidade e/ou ajustes no decorrer do Programa).
Duração	Até duas horas para cada temática
Desenvolvimento	O Programa segue a formatação de “eixos temáticos”. A metodologia das oficinas inclui dinâmicas, jogos, análise de dilemas, debates, trabalho em grupo com base em filmes, reportagens, textos, imagens etc. Descrição breve: O Programa Abrindo Espaços Humanitários parte de noções básicas de princípios e valores humanitários, tais como o respeito à vida e à dignidade humana, para propor uma reflexão sobre os dilemas e as questões inerentes à violência armada e suas consequências para a humanidade e traz orientações de como prevenir comportamentos de risco. Para <i>finalizar</i>, em cada eixo temático, o facilitador pode devolver ao grupo, de forma organizada, as ideias trabalhadas.

Fonte: Comitê Internacional da Cruz Vermelha e Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro. Saiba mais no site <http://www.icrc.org/por>.

Outro exemplo de prevenção da violência a ser destacado é a campanha realizada pela Rede Não Bata, Eduque, movimento social formado por organizações e pessoas físicas que atuam com o objetivo de enfrentar a prática dos castigos físicos e humilhantes e de estimular uma relação familiar respeitosa que garanta o direito das crianças e adolescentes à integridade física e psicológica e ao pleno desenvolvimento como ser humano e como cidadão. Os serviços de saúde são importantes parceiros desta Rede e elos essenciais para auxiliar em sua divulgação. Suas ações estão baseadas em três eixos:

- adequação do marco jurídico brasileiro;
- desenvolvimento de campanhas de sensibilização e educação para pais, cuidadores, operadores do Sistema de Garantia de Direitos e população em geral, com foco na educação não violenta baseada no diálogo, na compreensão e no afeto;
- promoção da participação infantojuvenil nas ações da Rede.

As ações desta Rede envolvem atos políticos e medidas administrativas:

- a) influenciando a elaboração de programas de governo que promovam a reforma legal e, conseqüentemente, o reconhecimento de que os castigos físicos e o tratamento humilhante são violências contra as crianças;
- b) estimulando a mobilização e a promoção social, contribuindo para o fortalecimento de um movimento nacional pelo enfrentamento à prática dos castigos físicos e humilhantes, através do estabelecimento de parcerias com organizações governamentais e não governamentais, visando ao desenvolvimento e à promoção de campanhas de sensibilização e informação dos atores sociais e da mídia;
- c) promovendo a articulação e capacitação continuada dos atores do Sistema de Garantia de Direitos, com ênfase nos Conselhos Tutelares e de Direitos, visando à sensibilização para o tema dos castigos físicos e humilhantes.

Saiba mais sobre a campanha desenvolvida pela Rede Não Bata, Eduque no site <http://www.naobataeduque.org.br>.

O desenvolvimento de atividades de prevenção de violências e promoção da vida nos espaços abertos da comunidade é uma estratégia de excelente impacto para mobilizar, sensibilizar e formar redes, desde o seu planejamento até a sua avaliação. Pode propiciar a participação de instituições diversas, tais como escolas, ONGs, clubes e igrejas, estimulando a integração dos diferentes atores. Apresentações artísticas e eventos

esportivos são, em geral, propostas mobilizadoras da comunidade, podendo ser aproveitadas para disseminar mensagens. Também podem ser promovidas especialmente para o propósito de uma campanha ou para a formação de uma rede. Além de atrair a atenção e facilitar a participação, valorizam talentos, tradições e iniciativas já existentes no local.

A apresentação desta última experiência de promoção da saúde e prevenção de violências na primeira infância ilustra a importância do poder público na execução de medidas intersetoriais que melhorem a vida de crianças, adolescentes e suas famílias.

Relato de experiência – Prevenindo e protegendo na primeira infância

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) tem como eixos estruturantes a *família*, a *comunidade* e a *intersetorialidade*. Seu objetivo é orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os 6 anos de idade. Incentiva os vínculos afetivos familiares para promoção do desenvolvimento infantil, da cidadania e da inclusão social.

Para sua operacionalização, o PIM tem como gestor um Grupo Técnico Estadual (GTE), composto por representantes das Secretarias da Saúde, Justiça e Direitos Humanos, Trabalho e Desenvolvimento Social, Educação e Cultura. Nesta estrutura está incluída a participação das Coordenadorias Regionais de Saúde e de Educação, cujos responsáveis têm a função de capacitar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no Programa pelos municípios. As prefeituras executam o PIM, por meio do Grupo Técnico Municipal (GTM), cuja representação é similar a do Estado. Os GTM são responsáveis pela coordenação local, seleção e capacitação dos monitores e visitadores, bem como pelo mapeamento das famílias beneficiadas. Os monitores capacitam, orientam, acompanham e avaliam o trabalho dos visitadores, responsáveis pelas orientações às famílias. Essas são realizadas através das modalidades individual e grupal, complementadas com reuniões e atividades comunitárias.

A *Modalidade de Atenção Individual* é realizada com famílias, suas gestantes e crianças de 0 a 3 anos de idade, em suas residências, sob a orientação do visitador.

A *Modalidade de Atenção Grupal* é realizada com gestantes e com famílias que têm crianças de 3 a 6 anos de idade. Tem por objetivo respeitar e promover as diferentes fases do desenvolvimento integral de cada criança, considerando a necessidade de interação e convivência social. As atividades ocorrem em espaços da comunidade, de preferência amplos e abertos, como praças ou centros comunitários.



As modalidades se dão através de atividades lúdicas e educativas, planejadas pelos visitantes, sob a orientação do monitor ou GTM e vivenciadas pelas famílias com suas crianças, tendo como suporte os *Guias da família e da gestante*, disponibilizados pelo Estado. Quando direcionadas às gestantes, buscam promover o fortalecimento do vínculo entre mãe, bebê e família, com uma abordagem de temas pertinentes à gestação, bem como possibilitar a interação e integração entre as gestantes. Além das duas modalidades de atenção, também são realizadas *Visitas de Acompanhamento e Reuniões Comunitárias com Gestantes*.

Fonte: Programa Primeira Infância Melhor do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Saiba mais no site <http://www.pim.saude.rs.gov.br> / pim@saude.rs.gov.br.

ACOLHIMENTO

É uma das dimensões mais importantes do cuidado e, por ser o primeiro contato, deve ser feito por profissional do serviço capacitado para isso. Também pode ser entendido como o momento singular que antecede o atendimento e, ao mesmo tempo, um passo dado para a continuidade desse atendimento nas dimensões seguintes.

Nesta etapa é especialmente importante que:

- o profissional valorize os diferentes espaços de convívio nos serviços de saúde;
- a estrutura física ofereça o mínimo de conforto na recepção de crianças, adolescentes e suas famílias;
- as atividades (lúdicas, informativas e educativas) sejam desenvolvidas no momento de espera do atendimento, adequadas a cada situação;
- haja o envolvimento da equipe e do público em atividades comuns, estimulando a rotina participativa;
- sejam elaborados e divulgados murais e cartazes que convidem à reflexão.

São momentos preciosos que podem ser dinamizados com diversos fins, buscando sempre privilegiar a participação de todos para um maior conhecimento das demandas da comunidade, para fornecer informações sobre serviços, para avaliação de alguma ação e sensibilização quanto a algum tema.

Saiba mais sobre a etapa do acolhimento nas páginas 52 a 55 da *Linha de Cuidado* e no texto *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (BRASIL, 2006).

Com a entrada e saída constante de pessoas nos serviços e em função da diversidade do público, qualquer atividade desenvolvida deve se adequar às seguintes características:

- ser breve;
- ser flexível quando à entrada e saída dos participantes a qualquer momento, sem comprometer sua participação e compreensão;
- direcionar-se para o público preferencial do serviço (por exemplo, as crianças);
- ser definida em função do espaço físico e do número de participantes;
- respeitar o direito do usuário de não participar;
- cuidar para não expor demais os participantes com perguntas que possam molestá-los ou constrangê-los.

A seguir, apresentam-se algumas estratégias grupais que podem subsidiar os profissionais no acolhimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Vale a pena lembrar que na *Linha de Cuidado* o acolhimento individual foi priorizado, acompanhando a realidade do que ocorre na maior parte dos serviços.

Ficha técnica 8 – Acolhimento inicial

Temas abordados	O serviço de saúde e suas possibilidades de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (como é feito o acolhimento na unidade, o que o serviço oferece, quais os profissionais envolvidos no acolhimento, o que não pode ser realizado na unidade etc.).
Objetivo	Realizar o acolhimento da criança, do adolescente e sua família.
Público	Crianças, adolescentes e suas famílias.
Nº de participantes	Todos os que chegarem ao serviço de saúde com demandas relacionadas à violência.
Recursos/Material	Sala com privacidade, profissional (com qualquer formação) disponível e sensibilizado para realizar o acolhimento imediato e com discrição.
Duração	30 minutos a 1 hora
Desenvolvimento	O profissional deve ouvir calmamente o relato da situação, tentar esclarecer os principais aspectos para tomar uma conduta inicial, perguntar qual é a demanda da família naquele momento, verificar se a criança/adolescente/responsável está em situação de risco, consultar outros profissionais caso ache necessário e traçar uma conduta inicial, preferencialmente em conjunto com a família (atendimento imediato, agendamento de consulta, encaminhamento para outra unidade, notificação do caso, contato imediato com Conselho Tutelar, coleta de exames etc.). Para <i>finalizar</i> , orientar a família sobre a continuidade do cuidado, podendo se desdobrar, dependendo da situação, no acompanhamento do caso na rede de saúde ou no encaminhamento para a rede de proteção social existente no território.

Ficha técnica 9 – Acolhimento de adolescentes em serviços de saúde realizado por adolescentes e jovens promotores de saúde

Temas abordados	Escolaridade, trabalho, moradia, família, lazer, saúde, relação com o próprio corpo e vivência de situações de violências na comunidade e na família.
Objetivos	Identificar demandas dos adolescentes, oferecer acolhimento e vincular ao serviço, investigar ativamente a vivência de situações de violências na comunidade e na família, levantar dados sobre o público atendido em relação às violências e violações de direitos.
Público	Todos os adolescentes que chegam ao serviço de saúde.
Nº de participantes	O adolescente que chega ao serviço e o jovem promotor de saúde, capacitado pela serviço de saúde que o atende.
Recursos/Material	Ficha de registro
Duração	30 a 45 minutos
Desenvolvimento	Depois de identificada a situação passada ou presente de violação de direitos e de violência, o adolescente usuário do serviço é encaminhado pelo jovem ao atendimento mais apropriado. Também é orientado sobre seus direitos, atendido e acompanhado pela equipe técnica. Nesta atividade, valoriza-se o protagonismo dos jovens, que precisam estar bem capacitados e apoiados pela equipe técnica.

Fonte: Adolescento Maré, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Saiba mais no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=137100>.

O acolhimento é um dos aspectos mais importantes nas dimensões do cuidado para fazer frente às situações de violências. Pode contribuir de forma positiva para a continuidade do cuidado ou negativa, ocasionando a sua interrupção e possível revitimização. Por isso, a *Linha de Cuidado* enfatiza a importância das atitudes positivas do profissional de saúde, destacando alguns consensos que devem ser observados em todo o percurso, quais sejam: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo.

ATENDIMENTO

Compreende uma dimensão do cuidado que deve ser realizada por equipe multiprofissional, articulada com os serviços locais de cuidado e proteção social. Pelos desafios que as situações de violências envolvem, a ação do atendimento exige reflexão coletiva sobre as dificuldades e os direitos previstos em cada caso. Esta dimensão se desdobra em consulta clínica, diagnóstico, tratamento e cuidados, lembrando que a ação do acolhimento deve estar presente em todos os procedimentos que envolvem o atendimento.

Algumas propostas de metodologias a serem utilizadas no atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias são apresentadas nas fichas a seguir.

▶ Saiba mais sobre a dimensão do atendimento às crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, nas páginas 55 a 71, da *Linha de Cuidado*.

Ficha técnica 10 – Grupo reflexivo de gênero

Conteúdos abordados/ Tema	Gênero, relações de gênero
Objetivo	Sensibilizar o grupo sobre o que é gênero – diferença entre gênero e sexo.
Público	Homens ou mulheres que tenham sofrido ou perpetrado violência de gênero no âmbito da família e na socialização dos filhos.
Nº de participantes	5 a 12
Recursos/Material	Cadeiras em espaço reservado e sem barulho excessivo
Duração	2 a 2 horas e meia
Desenvolvimento	Pedir a cada um do grupo para: - Escrever o nome numa folha de papel. - Escolher três letras do seu nome que compõem uma palavra que lembre alguma característica de “ser homem”/de “ser mulher” e escrever no seu “crachá”. - Apresentar o seu “crachá”, discutindo semelhanças e diferenças e indagando em que medida “ser homem”/“ser mulher” é ter essas características? (É sempre assim? Por que é assim?). - Perguntar sobre as formas de violências que acometem cada gênero. Para <i>finalizar</i>, discutir com o grupo as semelhanças e diferenças entre as formas.

Ficha técnica 11 – Grupo reflexivo com pais, mães e responsáveis por famílias que vivenciaram situações de violência contra crianças e/ou adolescentes

Conteúdos abordados/ Tema	Relacionamento familiar e métodos não violentos de educar e de resolver conflitos.
Indicação da técnica	Família/agressores
Objetivo	Aprender maneiras de dar limites e resolver conflitos familiares de forma não violenta.
Nº de participantes	5 a 12
Recursos/Material	Papel, lápis, borracha, apontador, <i>flipshart</i> e <i>pilots</i> .
Duração	2 horas
Desenvolvimento	Dinâmica de apresentação Pense num momento difícil no dia a dia com seus filhos. Reunião em pequenos grupos. Leitura e escolha de uma das situações que será escrita num papel. Os papéis são trocados e cada participante irá expor como acha que agiria frente à situação. Debate no grupo das consequências de cada forma de agir. Como o grupo acha que deveria agir? Apresentação e debate na plenária. Para <i>finalizar</i> pode ser indagado aos participantes do grupo: <i>Eu aprendi que...</i> <i>Eu gostaria de conversar no próximo encontro sobre...</i> <i>Eu sugiro que...</i>

Uma variação da ficha técnica 11 pode ser ampliar a discussão do grupo às temáticas que surgem. Por exemplo, a reflexão pode derivar para outros aspectos mais específicos, como gênero, relação educação/escola, limites, adolescência, cuidados de saúde, autoestima, direitos de crianças e adolescentes, consequências da violência sobre a saúde etc. Nesse tipo de atividade, os pais são convidados a refletir sobre as estratégias

de educar, identificando, por exemplo, o momento em que “perdem a cabeça” e como poderiam agir de outra forma, sendo orientados quanto a recursos e apoio no grupo. A criação de uma instância reflexiva pode contribuir para que passem da reação emocional alimentada pelo princípio da autoridade e do castigo para a ação educativa baseada em limites e no afeto. Recomenda-se a releitura sobre *grupos reflexivos*, no capítulo 3, para o planejamento da dinâmica a ser adotada, visando a potencializar o aprofundamento da reflexão sobre o tema em questão.

Ficha técnica 12 – Mediação de conflitos: Círculos de construção da cultura de paz

Temas abordados	Sentimentos de quem sofreu e/ou testemunhou a violência. Responsabilização/reparação para quem perpetrou a violência.
Objetivos	Facilitar o diálogo; auxiliar no encontro de soluções que satisfaçam a todos os envolvidos em situações de violências, conflitos e adversidades; permitir a quem sofreu a violência expressar suas angústias e necessidades; apoiar o agressor na compreensão das implicações de sua conduta e a assunção de responsabilidade pelos atos praticados e o compromisso de reparação.
Público	Pessoas envolvidas em conflitos e situações de violências. Especialmente positivo para pessoas que necessitam manter relações prolongadas (famílias, vizinhança etc.), sendo, portanto, necessária a melhora da qualidade da inter-relação.
Nº de participantes	Ideal entre 12 a 15 pessoas, não devendo passar de 20.
Recursos/material	Cadeiras soltas para deslocamento em dinâmicas e organização em círculo; canetas, papéis, um bastão de fala, elementos para o centro do círculo (objetos significativos para o grupo), um texto de abertura (compatível com o assunto) e um para o encerramento.
Duração	4 horas (dependendo do número de pessoas pode tomar algumas horas a mais ou a menos).
Desenvolvimento	Os participantes sentam-se em cadeiras dispostas em círculo (sem mesa ao centro), simbolizando igualdade, liderança partilhada, conexão e inclusão. A metodologia é praticada por nações aborígenes, seguindo um rito próprio e elementos fundamentais: <i>cerimônia de abertura</i> , para a transição do espaço-tempo comum para o Círculo; <i>orientações</i> adotadas por consenso; <i>bastão de fala</i> (objeto que passa de pessoa para pessoa dando a volta na roda e oferecendo a oportunidade de falar e ouvir sem interrupção); <i>facilitador/coordenador</i> , responsável por regular o diálogo; e <i>processo decisório consensual</i> , entendido pelo acordo com que todos podem se comprometer e cumprir. São criadas regras de convivência a partir do compartilhamento de experiência relacional e de autoconhecimento. São criados ambientes positivos que ajudam a tratar conflitos e a compreender as implicações de um ato de violência. A substituição da punição pela responsabilização possibilita a reparação e a reintegração de forma digna. Para <i>finalizar</i> , é importante que o facilitador / coordenador reitere os consensos e agradeça a colaboração de todos e todas.

Fonte: Instituto de Soluções Avançadas (ISA-ADRS). Saiba mais no site <http://www.isa@isaconsultoria.com.br>.

Ficha técnica 13 – Interconsulta

Conteúdos abordados/ Tema	Vivências de violências da criança, adolescente e sua família e recursos que podem ser acionados, utilizados para superação.
Objetivos	Trabalhar com olhar transdisciplinar, facilitar diálogo na família, contribuir com a vinculação ao serviço, efetivar a rede de proteção e qualificar o atendimento.
Público	Profissionais envolvidos no atendimento de um caso – criança, adolescente e sua família. A inclusão de membros da família deve ser definida conforme cada caso.
Nº de participantes	Pode contar com dois a três profissionais e incluir ou não o agente comunitário que encaminhou o caso. Familiares que a equipe julgar pertinente incluir.
Recursos/Material	Sala reservada, endereços e telefones de instituições da rede, cartilhas, prontuário para registro de informações trazidas pela família, material expressivo (massinha, bonecos, canetas hidrocores, papel etc.) se houver crianças.
Duração	40 minutos a 1 hora e meia
Desenvolvimento	A decisão por uma interconsulta tem início no estudo de um caso ou no atendimento à família ou criança/adolescente. Deve-se avaliar quais profissionais da equipe devem participar da interconsulta. Se for um atendimento à família, refletir com seus membros sobre a escolha das pessoas da família que serão convocadas. No momento da interconsulta, é importante recapitular como e por que razões a família chegou ao serviço. É necessário buscar um clima de diálogo e respeito à opinião de cada pessoa presente, garantindo o espaço de fala individual, com especial atenção à possibilidade de expressão das crianças e adolescentes. Uma boa estratégia é pedir que cada membro da família exponha por que considera que está ali e como pode contribuir para a solução do problema que estão vivenciando. Uma das grandes vantagens da interconsulta é que os profissionais presentes podem dialogar entre si sobre suas percepções, reforçando a perspectiva do diálogo e buscando, conjuntamente com os presentes, estabelecer uma agenda de atitudes e procedimentos frente à questão apresentada. Para <i>finalizar</i>, é importante reiterar os pactos estabelecidos no encontro, o papel de cada um a partir dali e a definição das instituições e profissionais que estarão acompanhando o caso, deixando agendado os passos seguintes (datas de outros encontros, contatos, visitas etc.).

Ficha técnica 14 – Grupo de crianças ou adolescentes que viveram situação de violências

Conteúdos abordados/ Tema	Emoções vivenciadas pela família e pela criança, maneiras de superar as crises, relações com a Justiça e com o meio social, perspectivas quanto ao futuro.
Objetivos	Favorecer o desenvolvimento da criança e as relações familiares/sociais adequadas, auxiliar a superação das crises.
Público	Crianças que foram vítimas de violências e seus familiares (em grupos separados e concomitantes).
Nº de participantes	Entre 2 e 6 crianças e seus familiares.
Recursos/Material	Sala reservada, brinquedos, papel e lápis de cor, prontuário para anotação.
Duração	1 hora e meia
Desenvolvimento	O processo terapêutico inicia-se com o estabelecimento do contrato verbal quanto ao atendimento, em termos de funcionamento do grupo, e com o favorecimento da criação de vínculo grupal, que deve ser mantido durante todo o tratamento. Incentiva-se o relato dos acontecimentos e das emoções vivenciadas, em um ambiente seguro, compreensivo e apoiador. Estimulam-se a troca de informações, a comunicação e a solidariedade entre os participantes, distribuindo-se equilibradamente a participação, se necessário. A possibilidade de troca quebra padrões precedentes de se sentir sem perspectivas e somente em dificuldades, permitindo a comunicação. Assim, as trocas comunicativas sobre as vivências são valorizadas como elemento terapêutico. A participação de cada criança e sua família no grupo é encerrada a partir de um consenso, considerando-se principalmente os ganhos afetivos e comportamentais que se obtêm, em grande parte, com o entendimento dos benefícios de cuidar da criança, em vez de entregar-se a sentimentos negativos e de negar a situação de violências e suas consequências.

Fonte: Serviço de Psicologia do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/UFRJ). Saiba mais sobre o Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência do IPPMG/UFRJ no site <http://www.ippmg.org.br>.

NOTIFICAÇÃO

Por ser um importante instrumento de proteção aos direitos de crianças e adolescentes e também de obtenção de dados epidemiológicos sobre situações de violências atendidas na rede de saúde, a notificação é considerada uma das dimensões da *Linha de Cuidado*. É dever do profissional de saúde realizar a notificação, conforme estabelecido pelo ECA e regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Cada serviço deve definir, de acordo com a realidade local, o procedimento mais adequado para o registro em prontuários e fichas de atendimento, de notificação, bem como o momento oportuno para a comunicação ao Conselho Tutelar, mediante o encaminhamento da ficha. Ressalta que a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal de Saúde. É recomendável que o profissional informe à família que irá notificar o caso aos órgãos competentes como meio de proteção da criança/adolescente, após a avaliação de cada caso em sua singularidade. A abordagem individual de membros da família é geralmente utilizada nesta etapa da linha de cuidado. Para apoiar e orientar os profissionais de saúde sobre a importância da notificação, recomenda-se a realização de oficinas de sensibilização e eventos de capacitação.

Saiba mais sobre a notificação nas páginas 71 a 73 da *Linha de Cuidado*.

Ficha técnica 15 – Grupo de sala de espera sobre a importância da notificação

Conteúdos abordados/ Tema	Notificação de violência contra crianças e adolescentes em situação suspeita ou confirmada de violência. Atuação do Conselho Tutelar (CT).
Objetivos	Informar os usuários sobre os objetivos e a importância da notificação dos casos de violência e sobre sua obrigatoriedade. Esclarecer a composição e as atribuições do CT e seu papel na proteção de crianças e adolescentes. Propiciar às famílias a oportunidade de conhecer a legislação relativa ao tema.
Público	Crianças, adolescentes e responsáveis em situação suspeita ou confirmada de violências.
Nº de participantes	Indefinido
Recursos/Material	Exemplares do ECA, se possível, para leitura dos artigos 13 e 245. Cópia das portarias MS/GM 1.968/2001 e MS/GM 104/2011. Pode ser feito em sala de espera ou sala com cadeiras dispostas em roda.
Duração	30 minutos a 1 hora
Desenvolvimento	Perguntar aos participantes se sabem o que é a notificação e qual a sua importância e utilidade. Esclarecer dúvidas. Ler a legislação sobre o tema existente no país. Perguntar se conhecem o CT e verificar o que pensam sobre a função desta instituição. Escrever no quadro ou em cartolina. Ler para os participantes as atribuições dos CTs previstas no art. 136 do ECA, comparando-as com as respostas do grupo. Para <i>finalizar</i>, sugere-se: reforçar a importância da notificação para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes; verificar se está claro para todos que a principal função do CT é de proteção, e não punição; disponibilizar aos usuários o endereço do CT mais próximo de sua residência.

SEGUIMENTO NA REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Saiba mais sobre a etapa de seguimento da criança, adolescente e família em situação de violência na rede de cuidado e proteção social, nas páginas 73 a 76 da *Linha de Cuidado*.

A existência de protocolos e fluxos definidos no serviço de saúde, articulados com os demais serviços da rede existentes no município, é outro aspecto essencial da linha de cuidado. A organização da rede, do fluxo intersetorial e a pactuação de responsabilidades entre os gestores das políticas sociais básicas e profissionais dos serviços são elementos fundamentais para a continuidade do cuidado.

O seguimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências deve ser feito por equipe multidisciplinar. Após o acolhimento, é necessário esclarecer as suspeitas ou acompanhar as situações confirmadas, identificando as demandas de cada caso e os aspectos a serem trabalhados com cada família.

É importante realizar reuniões em equipe para discutir os desdobramentos das ações implementadas, as possíveis alterações das condutas traçadas, a necessidade de envolvimento de outros membros da família, de outros profissionais, dentre outros envolvidos. No decorrer do acompanhamento no serviço, cuja duração deve ser avaliada caso a caso, a equipe tem a possibilidade de fazer as investigações e os tratamentos clínicos e psicossociais necessários, tais como:

- fortalecer o vínculo com a família e aprofundar a compreensão do contexto em que ocorreu a situação de violências;
- buscar o contato com outros familiares/pessoas que possam contribuir para este esclarecimento e para a superação da situação;
- esclarecer dúvidas da família sobre as possíveis consequências das violências sofridas e as formas de lidar com elas, evitá-las ou diminuí-las;
- acompanhar os procedimentos legais e de proteção, respondendo às demandas dos Conselhos Tutelares ou da Justiça e interagindo com estes órgãos, de modo a garantir os direitos da criança e oferecer suporte emocional nos períodos mais difíceis (depoimentos na Justiça, rupturas de laços familiares etc.);
- acompanhar o desenvolvimento socioemocional da criança, a fim de detectar precocemente alterações ou orientar familiares e professores sobre como lidar com as alterações de comportamento porventura existentes.

O Ambulatório da Família do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da UFRJ faz o acompanhamento das famílias de crianças em situação de violências da forma descrita ao lado.

Saiba mais sobre o Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência do IPPMG/UFRJ no site <http://www.ippmg.org.br>.

Essas medidas podem ser desenvolvidas no próprio serviço de saúde ou na rede referenciada.

A seguir apresentam-se algumas estratégias para estimular ações nos serviços de saúde sobre o tema em pauta.

Ficha técnica 16 – Mapa da comunidade (ou cartografia social)

Temas abordados	Violência na família, fatores de vulnerabilidade e de proteção na comunidade.
Objetivos	Identificar as diferentes expressões da violência na comunidade e traçar caminhos de ação em rede.
Público	Agentes e lideranças comunitárias/moradores da comunidade. Profissionais de instituições que atuam na região.
Nº de participantes	5 a 25
Recursos/Material	Papel 40 kg ou Kraft, 4 conjuntos de canetas hidrocores, lápis e borracha, papel A4.
Duração	2 horas em média, dependendo do número de participantes.
Desenvolvimento	Dinâmicas de apresentação dos participantes (“quebra gelo”) Apresentação da proposta O grupo é dividido em subgrupos de 6 participantes (em média). Cada um irá dispor de uma folha de papel (40 kg ou Kraft) e papel A4 e um conjunto de canetas hidrocores. Cada subgrupo poderá trabalhar com a folha apoiada numa mesa grande ou no chão, de maneira que todos tenham acesso ao papel e às canetas. Os subgrupos são convidados a desenhar conjuntamente um mapa da comunidade. Propõe-se, nesse caso, a elaboração de um mapa temático em que podem ser registrados um ou mais dos tópicos a seguir: - situações de violências em seu território; - instituições que fazem parte da rede e que atendam estas situações de violências; - acesso a estas instituições; - integração entre estas instituições. A partir de um mapa de base, podem-se utilizar folhas de papel manteiga para registro de novas informações sobre o território, o mapa do passado, o mapa do futuro – o que melhor convier aos objetivos propostos, ao grupo em questão e à disponibilidade de tempo. Tempo médio para desenho do mapa: 40 minutos. Cada grupo apresenta na plenária o seu mapa. Para <i>finalizar</i>, o profissional/facilitador levante a seguinte discussão: quais serviços são necessários e quais estão faltando nesta rede? O que precisa ser feito para melhor articulação da rede?

Podem ser feitos mapas do território com diferentes temas (violência de gênero, participação comunitária, dentre muitos outros), assim como o mesmo tipo de mapa no passado, presente e futuro. Exemplificando com mapas temporais, pode-se indagar que articulação se espera obter das instituições locais e que fatores de proteção podem ser estimulados na comunidade. Esses mapas visando ao futuro podem ser feitos em folha de papel manteiga colocada sobre o mapa do presente.

Outros dois exemplos de ações que podem ser realizadas por profissionais de saúde no seguimento do cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias encerram este capítulo.

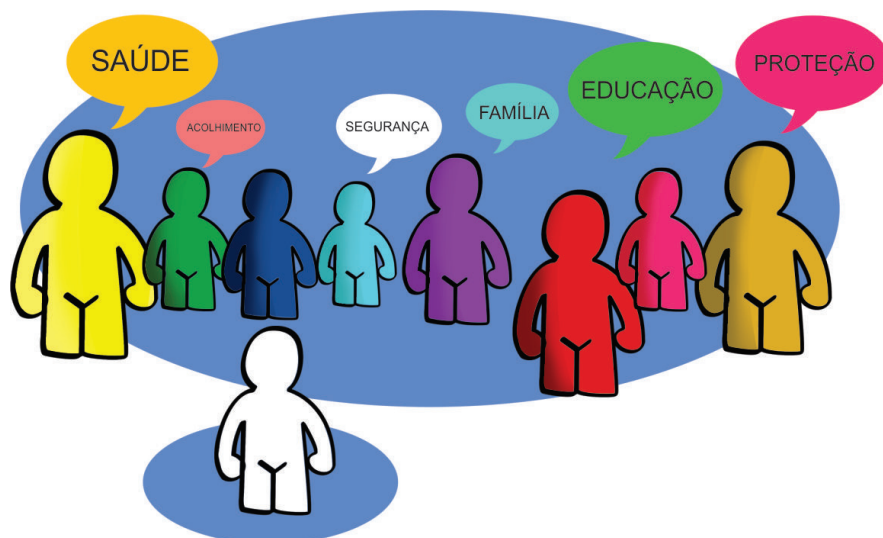
Ficha técnica 17 – Encontro de rede: Diagrama de Venn

Temas abordados	Atuação em rede
Objetivos	Identificar instituições que atuam na atenção ou na prevenção à violência no território escolhido (comunidade, bairro, região), perceber a interação existente e o relacionamento do grupo participante com tais temas.
Público	Profissionais, usuários do serviço ou de instituições locais, lideranças comunitárias.
Nº de participantes	5 a 15
Recursos/Material	<i>Pilots</i> , canetas hidrocores, tesoura, fita crepe, cartolinas.
Duração	1 hora e meia a 2 horas
Desenvolvimento	Solicitar aos participantes que relacionem os diferentes grupos organizados que atuam no local. Dependendo do número de participantes, pode-se realizar o trabalho em pequenos subgrupos, apresentando-se depois os pontos de vista em plenária. Pedir aos participantes que atribuam “pesos” às instituições de acordo com o trabalho realizado e sua importância. Distribuir círculos de diferentes tamanhos e solicitar que coloquem neles o nome das instituições, utilizando-se círculos maiores para contribuições mais significativas. Um círculo grande colado na parede representa a comunidade. O grupo deverá afixar os círculos das instituições, posicionando-os em relação ao círculo da comunidade, de acordo com o grau de atuação local. Eles devem também se tocar quando houver interação entre os diferentes grupos e quando houver apoio de serviços localizados fora da comunidade. Para <i>finalizar</i> pode-se debater, em função do contexto simbolizado no diagrama, sobre os tipos de ações que deveriam ser feitas no sentido de envolver as instituições da forma desejável. E, nos casos em que existe interação, as estratégias e ações que devem ser fortalecidas.

Ficha técnica 18 – Organização de fóruns/grupos e comitês

Temas abordados	Direitos, educação, sexualidade, violência, família, trabalho, cultura etc. Os temas são selecionados pelos próprios adolescentes e jovens.
Objetivos	Contribuir para a implementação de políticas públicas alinhadas com os interesses e demandas dos adolescentes e jovens e valorizar o protagonismo juvenil na saúde.
Público	Adolescentes e jovens de diferentes projetos governamentais, de ONGs, comunidades, clubes de serviço etc.
Nº de participantes	100 a 200
Recursos/material	Auditório, salas, equipamentos audiovisuais, pastas, blocos, canetas, crachás, alimentação, papel pardo, fita gomada, <i>pilots</i> etc.
Duração	1 dia
Desenvolvimento	Os fóruns podem ser organizados por grupos de adolescentes e jovens. Cada fórum pode ter um tema específico, mas o importante é que toda a metodologia valorize a participação e crie possibilidade de intercâmbio entre os adolescentes e os responsáveis pelas políticas públicas. A programação, portanto, pode variar, mas todos os fóruns têm em comum: - Oficinas com metodologias participativas para nivelamento de conceitos e levantamento de propostas. Os adolescentes fazem reivindicações, mas também identificam a contribuição que eles próprios podem dar. - Atividades culturais protagonizadas pelos próprios adolescentes e relacionadas ao tema do encontro. - Elaboração de relatório para encaminhamento às autoridades competentes. - Desdobramento: apresentação das propostas dos jovens ao Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, representantes das Secretarias Municipais etc.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Saiba mais no site <http://rapdasaude2.blogspot.com/2010/12/v-forum-carioca-de-juventudes-e-saude.html>.



ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

O foco deste capítulo distingue-se fundamentalmente do anterior, pois todos os exemplos de ações aqui apresentados estão voltados para auxiliar a capacitação dos profissionais da rede de cuidado e de proteção social que atuam com crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.

Não é tarefa fácil para um profissional de saúde, assim como qualquer outro profissional da rede, lidar com a violência que acontece nas relações familiares, seja em suas atividades de atenção e cuidado de crianças e adolescentes com direitos violados ou em ações de prevenção de violências. É um desafio que exige sensibilidade, conhecimento do problema e do contexto, assim como atuação integrada e afinada em equipe. Para que tenham segurança nesta abordagem é necessário investir na capacitação continuada.

Sabe-se que é difícil destinar tempo para a capacitação na rotina intensa e demandante no dia a dia dos serviços. Todavia, diversas formas de viabilizar momentos de reflexão e aprendizado podem ser utilizadas, tais como disponibilizar um dia para aprofundar o tema, parar 40 minutos por semana para discutir um texto ou um vídeo sobre o assunto, convidar pessoas da rede para dialogar com a equipe, organizar um seminário e desenvolver estudos de casos.

As equipes de saúde têm papel importante no cuidado de crianças e adolescentes com direitos violados, por isso devem estimular seus integrantes a participar de fóruns, encontros de rede e seminários sobre o tema, cada vez mais frequentes na área. Deve-se garantir que nos espaços de encontro da equipe as experiências obtidas com outros grupos sejam relatadas. Essa é uma maneira de atualizar conhecimentos, integrar o serviço à rede e conhecer recursos que podem aprimorar o trabalho cotidiano.

Para que a equipe possa desenvolver atividades participativas de forma motivada com a população atendida, é necessário que ela própria se sinta valorizada e com seu direito à participação assegurado e estimulado dentro da unidade ou serviço de atendimento. Às vezes, a rotina é muito intensa e dificilmente as pessoas têm condições de parar para planejar e avaliar aspectos essenciais do serviço, tais como o fluxo, o registro e as referências. Mas é muito importante assinalar que, nesse tipo de trabalho, o cuidador também precisa de cuidados. Precisa muitas vezes de recursos que estão além daquilo que aprendeu. É comum que os profissionais se sintam cansados, exauridos e impotentes em diversos momentos do seu trabalho.

Nos espaços de encontro da equipe podem ser identificadas necessidades e dificuldades que afetam o trabalho que desempenham. Muitas vezes a rotina de atender famílias em situação de violências provoca desgaste emocional, estresse, sensações de impotência, confusão de papéis, dentre outros sentimentos, prejudicando a saúde mental. Alguns serviços de saúde desenvolveram estratégias de cuidado com os próprios profissionais através da realização de grupos para partilha dos problemas e dos sentimentos advindos da prática.

Na página 56 da *Linha de Cuidado*, é ressaltada a importância do apoio psicológico aos profissionais que atendem situações de violências, inclusive porque eles próprios, muitas vezes, já foram ou também estão envolvidos em problemas semelhantes. Esse apoio pode oferecer não somente suporte para lidar melhor na condução do caso, como também subsídios à experiência pessoal de superação da violência.

Integrar os profissionais de diferentes funções é também importante. Alguns serviços que atendem pessoas em situação de violências optam por aperfeiçoar o conhecimento sobre o tema com recepcionistas, motoristas e auxiliares de serviços gerais, além da equipe técnica, de forma que

todos os que entram em contato com crianças, adolescentes e famílias possam atuar no acolhimento e na socialização de informações que ajudem no diagnóstico e no encaminhamento das questões.

O documento *Linha de Cuidado* traz informações valiosas que podem nortear e subsidiar um programa de capacitação para profissionais, especialmente, nas unidades de saúde. O serviço pode organizar um programa de capacitação interna, utilizando trechos e capítulos mais adequados ao contexto do trabalho. Nas diferentes etapas, pode-se ir levantando, conjuntamente, as ações a serem implementadas interna e externamente, no sentido de atender a suas orientações.

A formação continuada dos profissionais é uma das estratégias fundamentais para a implementação da *Linha de Cuidado*. Ressaltamos que é possível utilizar diferentes estratégias metodológicas, dependendo das necessidades e do conhecimento prévio de cada profissional. Alguns exemplos: estudos de casos clínicos são úteis para aprender sobre tratamento medicamentoso da violência sexual; a técnica da problematização auxilia o debate em torno das dificuldades em realizar a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência; a apresentação de filmes facilita a compreensão de diferentes tipos e natureza de violências.

Importante: Uma mesma técnica pode ser utilizada ou readaptada com finalidades distintas. É bom saber que há diversas opções que buscam a adesão do profissional ao processo formativo e facilitam o aprendizado.

Apresentam-se a seguir algumas fichas técnicas, relatos de experiência e estudos de casos discriminados segundo as dimensões da linha de cuidado, com sugestões de metodologias participativas que podem ser utilizadas na capacitação de profissionais de saúde e das políticas de assistência social, da educação, entre outros serviços que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. As sugestões podem ser adaptadas para outras dimensões diferentes das sugeridas aqui.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS

Duas propostas de trabalho são apresentadas a seguir, visando a estimular que os gestores e profissionais reflitam sobre a importância de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências nos serviços de saúde.

Ficha técnica 19 – Debate sobre o vídeo RAP da Saúde “Gentileza”

Temas abordados	Preconceitos relacionados à orientação sexual, aspectos étnicos, obesidade, beleza/feiúra, loucura.
Objetivo	Incentivar a reflexão sobre preconceitos e sensibilizar para a aceitação das diferenças.
Público	Educadores e profissionais de saúde
Nº de participantes	Até 30
Recursos/material	Vídeo RAP da Saúde “Gentileza” 1ª parte: disponível em http://www.youtube.com/watch?v=4Wck1gQMxJQ 2ª parte: disponível em http://www.youtube.com/watch?v=26w15Db_QVg&feature=related Papel e caneta – http://youtu.be/4Wck1gQMxJQ
Duração	1 hora e meia
Desenvolvimento	Apresentação do vídeo RAP da Saúde “Gentileza”, elaborado pelos jovens do Projeto RAP da Saúde. Pergunta-se ao grupo quais os preconceitos identificados e divide-se o grupo de forma que cada um discuta pelo menos um dos preconceitos. Roteiro de discussão: como este preconceito afeta a saúde e a vida das pessoas? Preconceito pode ser evitado? Como? Cada grupo irá escrever em uma folha de papel as questões levantadas. Para <i>finalizar</i> , compartilha-se com a plenária o que foi discutido pelo grupo.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Ficha técnica 20 – Técnica para abordar o sentido de pertencimento ou isolamento

Conteúdos abordados/ Tema	Relacionamento interpessoal, inclusão, exclusão, violência psicológica e <i>bullying</i> .
Objetivos	Vivenciar o desejo de merecer consideração e interesse; sentir a alienação, o isolamento, a solidão, sensação de estar excluído de um grupo.
Público	Profissionais de saúde, da assistência, da educação que lidam com crianças e adolescentes.
Nº de participantes	Indefinido
Recursos/Material	Sala ampla que acomode todas as pessoas.
Duração	15 minutos
Desenvolvimento	O facilitador escolhe 5 a 7 pessoas, de pé, forma um círculo interno com braços entrelaçados, no centro do grande grupo. A seguir escolhe uma pessoa do grupo que será o “intruso” e que deve tentar penetrar no círculo de qualquer maneira, e os demais componentes do círculo procuram conservá-lo fora. O “intruso” tentará abrir o círculo e tomar seu lugar ao lado dos outros como membro regular. O facilitador indica outro membro como “intruso”, já que essa atividade costuma despertar grande empatia. Para <i>finalizar</i> , o grupo faz os comentários sobre os sentimentos despertados na atividade. É importante observar se o “intruso” usou a força ou o diálogo. Esta técnica pode ser utilizada como sensibilização especialmente para a discussão relacionada à violência psicológica e também pode contribuir para a reflexão dos profissionais no trabalho em equipe.

ATENDIMENTO

Apresentam-se a seguir algumas estratégias que podem preparar os profissionais de saúde para o contato direto com as crianças, adolescentes e suas famílias, bem como para fazê-los refletir sobre suas posturas e atitudes durante a condução dos encontros.

Ficha técnica 21 – Dramatização sobre as dimensões do cuidado para as situações de violências

Conteúdos abordados/ Tema	Acolhimento, atendimento, notificação, seguimento na rede de cuidado e de proteção social.
Objetivo	Conhecer as dimensões da <i>Linha de Cuidado</i> , relacionando-as com a realidade local de trabalho dos profissionais de saúde.
Público	Equipes de saúde
Nº de participantes	12 a 35
Recursos/Material	Cópia impressa (por participante) do Diagrama 1 (página 51 da <i>Linha de Cuidado</i>) das dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado, discutidas no capítulo 5 do mesmo documento (páginas 49 a 76).
Duração	2 a 6 horas, definidas em função da disponibilidade da equipe e prioridades identificadas.
Desenvolvimento	Distribuir para cada participante o diagrama da página 51 da <i>Linha de Cuidado</i>, explicando seu sentido (páginas 49 a 76). Divisão em subgrupos de 3 a 8 participantes. 1ª parte: reflexão nos subgrupos sobre: - Quais são as dificuldades e fortalezas dos serviços para cada dimensão? - à qual(is) dimensão(ões) do cuidado o serviço responde melhor? - Em qual(is) delas encontra maior dificuldade? Podem ser apresentados resultados da discussão em grupo, finalizando essa sessão de trabalho. 2ª parte: dramatização Cada subgrupo deverá escolher uma das cinco etapas da linha de cuidado e ler os tópicos correspondentes no material impresso. Criar uma cena que reflita a(s) principal(is) dificuldade(s) identificada(s). 3ª parte: plenária As cenas são apresentadas ao restante do grupo. A seguir, o facilitador pergunta se alguma das pessoas presentes tem ideia de algo a ser dito ou ser feito que possa contribuir para a superação da(s) dificuldade(s) apresentada(s). Em vez de explicar sua sugestão, a pessoa deverá interagir na encenação com os demais “atores” de modo a deixar clara sua proposta. Os atores irão improvisar de acordo com a proposta trazida. O facilitador deve perguntar, após cada sugestão, se os demais compreenderam a proposta apresentada, ajudando o grupo a sintetizar a proposta. Para <i>finalizar</i>, refletir sobre que recomendações poderiam ser elaboradas a partir do exercício? As observações podem ser anotadas em tópicos no <i>flipchart</i>, aproveitando-se para propor desdobramentos práticos das recomendações elaboradas.

Ficha técnica 22 – Questões éticas no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violências

Conteúdos abordados/ Tema	Ética, privacidade, confidencialidade e sigilo no exercício dos diferentes profissionais que compõem as equipes interdisciplinares.
Objetivo	Discutir os conceitos de ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, e sua aplicabilidade nos casos de violência contra crianças e adolescentes.
Público	Equipe multiprofissional que desenvolve atividades de prevenção, atenção e cuidados de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.
Nº de participantes	10 a 20
Recursos/Material	<i>Linha de Cuidado</i> (páginas 54 a 55). Códigos de Ética das categorias profissionais envolvidas no grupo. Recurso teatral (improvisação).
Duração	1 hora
Desenvolvimento	Dramatização Divide-se o grupo em dois subgrupos. Em seguida elege-se o grupo (1) de observadores e o grupo (2) de protagonistas. O grupo 1 deve dramatizar o atendimento a um caso de criança que sofreu <i>violência física</i> (ver relato a seguir), tendo em mente as dimensões do cuidado (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede) e as questões de ética, privacidade, confidencialidade e sigilo envolvidas no atendimento (preparação da dramatização: 20 a 30 minutos). Personagens: profissionais do serviço (médico, enfermeiro, atendente, recepcionista). Relato: a criança conta para o profissional que ela não sofreu um acidente como a mãe afirmou. Relata que foi o pai quem bateu nela com um cinto, mas não quer que conte para a mãe. Enquanto o grupo 1 prepara a dramatização, o grupo 2 realiza a leitura das páginas 51 (Diagrama 1), 54 e 55 da <i>Linha de Cuidado</i> (20 minutos). Elege-se um relator. No momento da encenação, o grupo 2 deve observar se o grupo 1 contemplou na dramatização as dimensões do cuidado e se utilizou os consensos estabelecidos. Fazer o relato em 5 minutos. O grupo 2 apresenta suas observações, dando suas sugestões e assim inicia-se o debate. Caso haja maior disponibilidade de tempo, pode-se criar uma nova dramatização incorporando as sugestões. Ela pode ser apresentada em outras circunstâncias para socializar o aprendizado do grupo. Para <i>finalizar</i> indaga-se: o que o grupo aprendeu? Que implicações este aprendizado terá na sua prática de atendimento com crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências?

Ficha técnica 23 – Oficina sobre os tipos e natureza da violência física, sexual, psicológica e a negligência: sinais, sintomas e consequências

Conteúdos abordados/ Tema	Tipos/natureza de violências: sinais, sintomas e consequências.
Objetivo	Capacitar a equipe para reconhecer diferentes tipos/natureza de violências.
Público	Profissionais que lidam com crianças e adolescentes.
Nº de participantes	8 a 30
Recursos/Material	Tarjetas, canetas hidrocores, quadro ou cartolina, <i>pilots</i> , fita crepe.
Duração	2 horas
Desenvolvimento	- Distribuir aos participantes do grupo uma caneta hidrocor e uma tarjeta. Pedir que cada um escreva nesse papel as primeiras palavras que vêm à mente ao ouvir a palavra violência. Cada um irá depositar no chão, no centro da roda, sua tarjeta, colocando-a sempre próxima àquela que for mais semelhante à sua. - O que se percebe a partir das palavras que surgiram? - Pedir ao grupo que formule uma definição de violência: “o que é violência” a partir das palavras apresentadas pelo grupo. Anotar no quadro: <i>que tipos/natureza de violências vocês conhecem? Que tipos/natureza de violências acontecem na família?</i> - Apresentar Quadro 1 da <i>Linha de Cuidado</i>, página 28 (Tipos e natureza das principais violências que atingem crianças e adolescentes). - Debater: como estas formas de violências se apresentam no serviço? Estamos preparados para lidar com elas? Para <i>finalizar</i>, refletir sobre qual dessas formas de violências a equipe considera importante aprofundar na capacitação? No capítulo 4 da <i>Linha de Cuidado</i>, encontra-se a descrição dos sinais e sintomas das diferentes formas de violências. Sugere-se que sejam organizados encontros específicos para cada uma delas em função da especificidade do serviço, das fragilidades e demandas da equipe.

Ficha técnica 24 – Como atuar nas situações de violência intrafamiliar

Temas abordados	Violência intrafamiliar e a atuação do serviço			
Objetivo	Identificar como a violência na família é percebida e tratada pelo serviço e planejar ações de atenção e prevenção.			
Público	Profissionais do serviço			
Nº de participantes	5 a 25 pessoas			
Recursos/Material	Quadro branco/negro, canetas, papel.			
Duração	2 horas aproximadamente			
Desenvolvimento	- Apresentar o objetivo do diagnóstico numa reunião da equipe ou através de uma carta. - Distribuir a todos uma folha com o quadro a seguir para ser preenchido por cada profissional.			
	SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	O QUE FOI FEITO?	QUE DIFICULDADES FORAM ENCONTRADAS?	O QUE PODERIA SER FEITO?
- Numa reunião, cada participante descreve brevemente a situação identificada. - O facilitador ou o relator registra no quadro, dentro do modelo acima, os exemplos apresentados. - O grupo é convidado a observar o quadro e perceber as questões que se destacam, seja pelas coincidências, seja pelo contraste com as demais (utilizar 20 minutos, em média, para apresentação das percepções). - Como o grupo poderia se organizar para enfrentar os desafios e as propostas de ação? - Destacar a importância de apresentar propostas nas etapas da linha de cuidado (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento) e na perspectiva da prevenção. - Provavelmente será necessário agendar um novo encontro e talvez uma comissão de trabalho para organizar um plano de ação a partir das sugestões apresentadas.				

Toda a equipe de saúde deve ser convidada a refletir sobre os desafios do serviço para o melhor atendimento às situações de violências na família. Às vezes se identifica uma situação que demanda cuidado na entrada do serviço, na sala de espera ou no atendimento de um dentista, por exemplo. Cada profissional pode ter algo a contribuir quanto à identificação e ao encaminhamento de casos e quanto à melhor forma de acolhimento e fluxo da situação. Os estudos de caso são estratégias fundamentais nesse contexto, não se devendo focar exclusivamente nos aspectos clínicos e técnicos do atendimento. Devem servir como espaço de participação e integração da equipe, vindo a contribuir para o aprimoramento dos atendimentos.

NOTIFICAÇÃO

Na ficha 25 há um exemplo de como trabalhar os receios que os profissionais de saúde têm em relação à notificação. Outra possibilidade interessante é trazer casos do próprio serviço para serem debatidos pela equipe, realizando assim estudos de casos.

Ficha técnica 25 – Mobilização e sensibilização dos profissionais para a notificação

Temas abordados	Notificação de casos suspeitos e confirmados de violências.
Objetivos	Sensibilizar e capacitar as equipes de saúde para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados e a adoção de procedimentos para a proteção da criança.
Público	Profissionais de saúde
Nº de participantes	5 a 30
Recursos/Material	Papel A4 e caneta Ficha de Notificação e páginas 100 e 101 da <i>Linha Cuidado</i> (Anexo B) para distribuição no grupo. Artigos 13 e 245 do ECA – Portaria 1.968/2001
Duração	2 horas
Desenvolvimento	- Divisão em subgrupos com cerca de 5 participantes em cada um. - Leitura coletiva das páginas 71 a 73 da <i>Linha de Cuidado</i> (Notificação). - Distribuir os estudos de casos 1 e 2. Cada grupo deverá ler e discutir os riscos e cuidados da equipe na atenção ao caso, definindo o seu procedimento passo a passo e preenchendo a Ficha de Notificação. - Os grupos relatam o que foi discutido, expondo suas dúvidas no preenchimento da notificação. O facilitador anota a contribuição dos grupos no quadro, as dúvidas apresentadas e, com os participantes, vai respondendo até definir conjuntamente uma boa forma de atuação no caso. Cada grupo listará três situações complexas associadas ao caso notificado. - As situações relacionadas num grupo vão para outro grupo, que deverá sugerir procedimentos para saná-las. Como alternativa, cada grupo pode dramatizar um caso de atendimento no serviço de saúde e o desdobramento da notificação para a proteção de crianças ou adolescentes. Dois casos estão sugeridos a seguir. A dinâmica permite que qualquer participante dos demais grupos possa interagir no sentido de responder ao desafio colocado. ESTUDO DE CASO 1: Maria tem 11 anos e mora com os avós. Um dia seu avô de 60 anos chegou à casa com um homem de 46 anos e falou para Maria que ela nunca mais ia passar fome, bastava que ela obedecesse ao homem, que prometeu ajudar a família com uma cesta básica. A avó tem problemas de saúde e precisa de cuidados. A partir desse dia o homem passou a visitá-la três vezes por semana. Maria não sai mais de casa para brincar com as amigas e deixou de ir à escola. Uma vizinha desconfiou das visitas frequentes do homem e do comportamento de Maria e pediu ajuda ao agente comunitário de saúde.

Ficha técnica 25 – Mobilização e sensibilização dos profissionais para a notificação

Desenvolvimento	ESTUDO DE CASO 2: Michel, um adolescente de 14 anos, mora com os pais e cuida do irmão de 4 anos, no período da manhã, enquanto a mãe sai para trabalhar na feira. O pai é um homem violento. Um dia Michel deixou o irmão sozinho por alguns minutos, enquanto isso ele subiu na cadeira e caiu da janela. Machucou a boca e a testa. Quando o pai chegou do trabalho, ao saber do ocorrido, deu uma surra em Michel com cinto. A surra foi tão severa que Michel desmaiou. A mãe preocupada o levou para o hospital. Relatou o caso ao enfermeiro dizendo que foi um acidente.
-----------------	--

ATENDIMENTO EM REDE INTRA E INTERSETORIAL

Duas fichas que abordam atividades realizadas intra e intersetorialmente são apresentadas a seguir. As temáticas que podem ser o alvo das discussões são variadas e permitem a realização de diversos encontros. Como exemplo, é possível pensar na especificidade do abuso sexual e, a partir daí, avaliar as condições da própria equipe, da instituição e da rede de atendimento para atender a este tipo de violência.

Ficha técnica 26 – Estudo de caso: trabalhando em equipe/grupo

Conteúdos abordados/ Tema	Seguimento na rede de cuidado e de proteção social – estrutura, fluxo e procedimentos do serviço.
Objetivos	Qualificar o atendimento, troca de saberes na condução dos casos, olhar multidisciplinar, aprendizado da equipe, aumento da participação, integração e afinação da equipe.
Público	Equipe técnica
Nº de participantes:	3 a 10
Recursos/Material	Caderno de registro
Duração	2 horas
Desenvolvimento	- Combina-se com a equipe quem gostaria de levar para discussão casos que possam se beneficiar com os distintos olhares, disparar a reflexão sobre dilemas e dinâmicas do atendimento e sobre aspectos importantes da rede de proteção e de atenção. - Escolhem-se coordenador e relator. - Procede-se à exposição de um ou mais casos (de preferência, previamente escolhidos e preparados para apresentação), destacando-se questões relevantes para reflexão. - Promove-se a discussão e a busca de respostas para as questões identificadas.
Reflexões a partir do caso	- Estamos preparados para acolher e atender às famílias? - Como procedemos com a notificação? - Registramos os casos de violência? De que forma? - Estamos conseguindo trocar informações e nos apoiar nas decisões que tomamos no serviço? - Conhecemos e acionamos os direitos garantidos pelo ECA e as políticas voltadas para a questão, incluindo os serviços da rede? - Quais são as fragilidades de nossa equipe? E os pontos fortes? Para <i>finalizar</i>, tomam-se decisões quanto a encaminhamentos e distribuição de responsabilidades e faz-se seleção de casos para o encontro seguinte.

Ficha técnica 27 – Equipe multiprofissional dos serviços de saúde para o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências

Conteúdos abordados/ Tema	Recursos para atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (diagnóstico, tratamento e cuidados).
Objetivo	Avaliar e/ou estruturar recursos do serviço de saúde para o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.
Público	Equipes multiprofissionais que atendem crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.
Nº de participantes	5 a 10
Recursos/Material	<i>Linha de Cuidado</i>
Duração	2 horas
Desenvolvimento	A partir da leitura prévia do capítulo 5 (páginas 55 a 71) e do capítulo 6 (páginas 77 a 88) da <i>Linha de Cuidado</i>, cada pessoa irá responder às questões disparadoras: - De que recursos a unidade de saúde/serviço dispõe para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violências (recursos físicos, humanos e financeiros)? - O serviço/unidade de saúde reúne as condições técnicas e administrativas para realizar o atendimento adequado de crianças e adolescentes, segundo as dimensões do cuidado? - Do que o serviço necessita? O que falta para que o serviço realize o atendimento? - O serviço/unidade de saúde dispõe de protocolo de atendimento/linha de cuidado para crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências? - O serviço dispõe de um fluxo específico para esse atendimento? Qual? - O serviço conta efetivamente com as redes de atenção intrasetorial e intersetorial? Com que instituições a rede é efetiva? Que instituições da rede devem ser ativadas? Cada participante lê suas respostas em voz alta e o facilitador registra a síntese no quadro ou <i>flipchart</i>. Coletivamente o grupo elabora propostas concretas de ações para qualificação do serviço e da rede.

Ficha técnica 28 – Trabalhando em rede de cuidado e de proteção social

Conteúdos abordados/ Tema	Importância de se organizar redes para a continuidade do cuidado de crianças e adolescentes em situação de violências.
Objetivo	Propiciar uma reflexão sobre a importância de unir esforços e recursos, instituições e pessoas em torno do enfrentamento da violência no território.
Público	Equipes multiprofissionais da rede de cuidados e de proteção social para a atenção integral à criança, adolescentes e suas famílias em situação de violências.
Nº de participantes	15 a 20
Recursos/Material	<i>Linha de Cuidado</i> , capítulo 6, páginas 77 a 88; rolo de barbante.
Duração	30 minutos
Desenvolvimento	Pede-se ao grupo que forme um círculo, todos sentados no chão. Segure o rolo de barbante e explique que vai jogá-lo para um participante. A pessoa que recebe o rolo deve amarrar o fio no dedo indicador e jogar para outra pessoa. Antes, porém, deve dizer o seu nome e a instituição em que atua. Todos os participantes devem repetir o procedimento. Ao final, pede-se que todos levanten o dedo em que o fio está amarrado, de modo que visualizem a teia construída. Em seguida, solicite que todos do grupo retirem o laço do dedo e coloquem a teia no chão sem que ela perca a forma. Pede-se que voltem a se sentar e dinamiza-se a reflexão do grupo. O que podemos perceber a partir desse exercício? Qual a relação com o trabalho do grupo? O que é uma rede? Quais as redes que conhecem, dentro e fora da comunidade? Quais são os desafios principais da rede de cuidado e proteção de crianças e adolescentes? Como é a rede de cuidado e de proteção social no município? Quais são os dispositivos, equipamentos e serviços e instituições de que o município dispõe para a constituição da rede? O que pode ser feito para torná-la mais efetiva? Para <i>finalizar</i>, é bom lembrar que a rede de cuidado e de proteção social é a reunião de pessoas, organizações, instituições atuando em prol de um objetivo comum ou uma causa.

Fonte: (INSTITUTO PROMUNDO/CIESPI, 2003a).

Uma experiência de atuação que apoia profissionais de saúde que atendem crianças, adolescentes e famílias com enfoque nas questões de violência é apresentada a seguir. Este é um dentre os vários exemplos de iniciativas que ocorrem em serviços de saúde visando a lidar com a temática da violência. Novas iniciativas são esperadas, pois cada serviço precisa procurar o formato de atuação na área da violência que seja mais apropriado às suas necessidades e capacidades.

Relato de experiência – Apoio ao atendimento profissional

Uma forma inovadora de apoio aos profissionais de saúde realizada em hospital público é a que subsidia o estabelecimento de condutas eficazes de atenção e prevenção através de encontros quinzenais com os profissionais envolvidos com esses agravos.

Não se realiza atendimento direto às crianças, adolescentes e famílias. Atua-se auxiliando na reflexão, sensibilização e capacitação dos técnicos no atendimento das vítimas e suas famílias, promovendo discussões sobre o tema e articulações intra e extrainstitucionais.

O Núcleo de Apoio aos Profissionais (NAP), que implementa a atuação, é composto por representantes dos diversos departamentos, serviços e setores (Pediatria, Ginecologia, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e Departamento de Ensino). Às reuniões ordinárias, se acrescentam consultas e orientações formuladas pelos profissionais que, no cotidiano, se deparam com os casos de violências contra a população infantojuvenil que ocorre no hospital.

O Núcleo está disponível a qualquer profissional que se proponha à discussão das condutas pertinentes aos casos de violências contra esse grupo social, na perspectiva de prevenção e promoção de uma convivência intrafamiliar mais saudável.

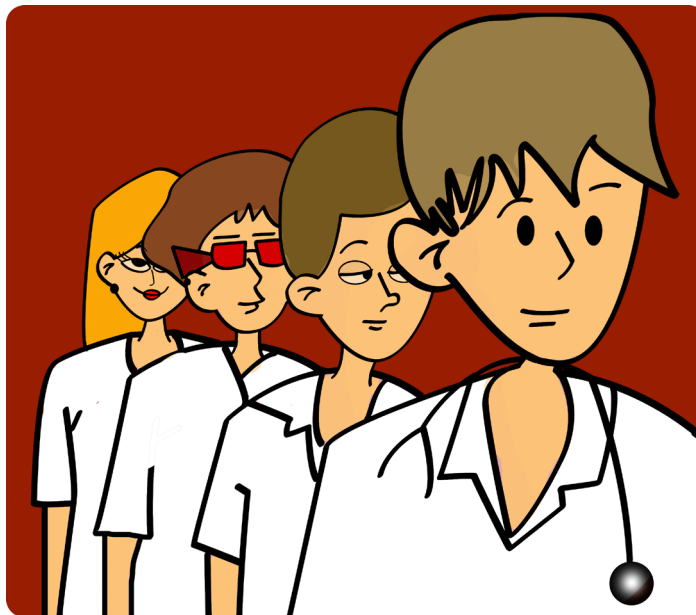
Fonte: Núcleo de Apoio aos Profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (NAP), ligado ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz.

Outra forma de apoio à formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento de situações de violências no cotidiano profissional se dá através de **cursos regulares**, oferecidos em diversos formatos (atualização, aperfeiçoamento, especialização). Há também cursos de mestrado e pós-doutorado que se dedicam ao estudo da temática, espalhados em instituições brasileiras.

Alguns exemplos de cursos diretamente ligados ao enfrentamento da violência são destacados a seguir.

Instituições que oferecem cursos sobre a temática da violência que atinge crianças, adolescentes e suas famílias

- Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV) – cursos de aperfeiçoamento em São Paulo. ([http://: www.sedes.org.br](http://www.sedes.org.br)).
- Instituto NOOS – curso para facilitadores de grupos reflexivos de gênero e formação em terapia de família, incluindo o atendimento a famílias em situação de violências (<http://www.noos.org.br>).
- Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Ensp/Fiocruz) – curso de aperfeiçoamento à distância sobre o impacto na violência na saúde. ([http://: www.ead.fiocruz.br](http://www.ead.fiocruz.br)).
- Núcleo de Apoio aos Profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (NAP), ligado ao Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – curso anual de capacitação com duração de 32 horas, aberto ao público em geral e com ampla participação dos profissionais da própria instituição.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução de metodologias participativas como instrumento pedagógico na rotina dos serviços de saúde é uma meta ambiciosa e que precisa ser debatida à luz das especificidades de cada nível de atenção da rede de saúde. Introduzi-las para auxiliar no processo de implementação da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências* é um verdadeiro desafio a ser enfrentado, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo, pelos profissionais e serviços que assim desejarem.

Desenvolver atividades educativas que incluam crianças, adolescentes e suas famílias de forma participativa no processo de implementação da *Linha de Cuidado* requer *sensibilidade* dos profissionais para compreender cada sujeito como único e merecedor de cuidados especialmente voltados às suas necessidades. Também é essencial conhecer a comunidade em que se está atuando, os desafios e as possibilidades nela existentes. A *criatividade* dos profissionais nesses espaços é fundamental para unir abordagens individuais e coletivas, bem como para criar novas estratégias e metodologias. São fundamentais habilidades para a *interlocução* e a *negociação* com as crianças, adolescentes e famílias e com os pares da rede intra e intersetorial.

O atendimento personalizado nos serviços de saúde pode contribuir para a transformação de pessoas que vivenciam a violência a partir do “*encontro que estimula*”, considerado por Cyrunk (2004) como um precioso fator de resiliência. Para esse autor, os profissionais de saúde

podem ser “*tutores de resiliência*”, ao oferecerem apoio de forma sensível e solidária às pessoas em situação de vulnerabilidade. Eles têm função fundamental no contato direto com as famílias, no território, para a efetivação de ações de promoção da saúde e prevenção de violências, numa linha participativa que propicia uma relação aberta e horizontal entre as equipes e os participantes das atividades em grupo. Aos gestores dos serviços cabe a relevante atribuição de propiciar condições de trabalho que facilitem as ações de enfrentamento às violências, por meio do uso de metodologias participativas, tanto nas ações de promoção da saúde e prevenção de violências quanto na atenção e cuidado de crianças e adolescentes com direitos violados. Está em suas mãos a decisão política de organizar a rede de cuidado e de proteção social, além de priorizar a capacitação dos profissionais na estratégia da *Linha de Cuidado*, negociando o tempo e investindo no aprendizado e nas condições institucionais para seu desenvolvimento. De suma importância também é apoiar os profissionais que lidam com temática tão difícil, propiciando ajuda para a equipe e para o serviço.

Tendo em mente a situação de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a *Linha de Cuidado* e vem desenvolvendo um conjunto de ações e estratégias, por meio de projetos firmados com instituições de ensino e pesquisa, para fortalecer as ações de prevenção de violências e a promoção da cultura de paz. Trata-se de iniciativa da Área Técnicas, de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, em conjunto com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, e com contribuições de várias unidades do Ministério, visando a apoiar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no processo de implementação das dimensões da *Linha de Cuidado* nos serviços.

Este livro, *Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*, constitui mais uma importante estratégia do Ministério, ao oferecer um instrumento pedagógico que possibilita aos profissionais de saúde, no dia a dia nos serviços, desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz, bem como de cuidado de crianças e de adolescentes que tiveram seus direitos violados, além de ampliar e reforçar a importância da implementação das dimensões da linha de cuidado nos serviços de saúde e a organização da rede de cuidado e de proteção social no território.

Outra ação importante para apoiar a organização dessa rede e fortalecer as práticas de cuidado encontra-se em curso. Trata-se de pesquisa

de qualificação da rede de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violências, em municípios com mais de 200 mil habitantes, no âmbito do SUS. Também se encontra em processo a qualificação de 40 apoiadores/facilitadores para a capacitação de 600 multiplicadores da *Linha de Cuidado*, prioritariamente para os estados das regiões Nordeste e Amazônia Legal e para as capitais e municípios que integram a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (Ebbs).

Finalizando, ressalta-se que tanto *Linha de Cuidado* quanto *Metodologia para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências* foram concebidos e estão organizados de forma pedagógica, visando a facilitar a compreensão dos profissionais de saúde que detêm conhecimentos sobre a prevenção de violências, assim como sobre a atenção e os cuidados necessários à crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados. Tais conhecimentos podem ser utilizados igualmente pelos profissionais que atuam na rede de cuidado e de proteção social. Exemplo disso, é a Rede Cegonha (Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que reúne um conjunto de medidas e estratégias para assegurar o cuidado contínuo de ações e serviços de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde desse público. Essa rede tem por objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no acompanhamento neonatal.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, T. *Processos reflexivos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, ITF, 2002.
- BOAL, A. *200 exercícios e jogos para o ator e o não ator com vontade de dizer algo através do teatro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.
- BOGHOSSIAN, C. *Participação e saúde na trajetória social de jovens da Maré*. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.
- BORDENAVE, J. D. *O que é participação?* 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, p.13563, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 13 jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CECCIM, R. B. et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- GONÇALVES, T. E. (Org.). *Restauração dos circuitos da esperança*: manejos clínico-institucionais em situações-limite. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2010.
- HARPER, K. et al. *Erradicando o castigo físico e humilhante contra a criança: manual de ação*. Suécia: Suécia e Aliança Internacional Save the Children, 2005.
- INSTITUTO PROMUNDO/CIESPI. *Cuidar sem violência*: todo mundo pode! Fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes – guia prático para famílias e comunidades. Rio de Janeiro: Instituto Promundo/Ciespi, 2003a.
- INSTITUTO PROMUNDO/CIESPI. *Guia prático para famílias e comunidades*: 17 técnicas de trabalho em grupo voltadas para capacitação de lideranças comunitárias. Rio de Janeiro: Instituto Pró-Mundo/Ciespi, 2003b.
- KRUG, E. G. et al. (Eds.) *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- LIMA, C. A.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Diagnóstico situacional da violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 327-338.
- MINAYO, M. C. S. Vulnerabilidade à violência intrafamiliar. In: LIMA, F. R.; SANTOS, C. (Orgs.). *Violência doméstica*: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar. Brasília: Lumen Juris, 2009. p. 277-294.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2006. p.93-110.

SOUZA, L. A. P.; MENDES V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface – Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 681-688, 2009. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/humanizassus/admin/db/userfiles/file/O%20conceito%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 26 maio 2011.

STEPLETON, K.; MCINTOSH, J.; CORRINGTON, B. *Strengthening families: allied for better outcomes – child welfare and early childhood*. Washington D.C.: Center for the Study of Social Policy, 2010.

ZIMERMAN, D. E.; OZÓRIO, C. L. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Formato: 21 x 26 cm
Tipologia: Goudy Old Style
Papel: Couchê 90g/m2(miolo)
Cartão supremo 250g/m2 (capa)
CTP, impressão e acabamento:
Rio de Janeiro, setembro de 2011.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Ouvidoria do SUS
136

Disque 100
Denúncia Nacional de Enfrentamento
da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes

Disque 180
Central de Atendimento à Mulher

CLAVES
Centro Latino-Americano de Estudos
de Violência e Saúde Jorge Careli

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

ISBN: 978-85-334-1836-3

