

Violência intrafamiliar na Infância e Adolescência: a percepção dos profissionais de saúde residentes na formação em serviço

Intra-family violence in childhood and adolescence: the perception of health professionals resident in service training

Gessica dos Santos Machado Lopes¹

Alzira Maria Baptista Lewgoy²

Myriam Fonte Marques³

RESUMO

Este artigo é produto do trabalho de conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área profissional da Saúde (RIMS), no Programa da Saúde da Criança em hospital universitário de Porto Alegre/RS. Objetiva-se apresentar a percepção dos Profissionais de Saúde Residentes (PSR) de como a formação em serviço contribui no trabalho profissional, diante da violência intrafamiliar contra as crianças e os adolescentes, no que se refere à concepção, preparação e intervenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, descritiva e empírica por meio de entrevista com 14 residentes, cujas informações foram trabalhadas através de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2011). Os resultados mostram que a concepção de violência intrafamiliar precisa ser ampliada e elucidada entre os profissionais. Há pouca preparação durante a graduação, restringindo a formação e a qualificação profissional à pós-graduação, particularmente a formação em serviço. A intervenção se limita a determinadas áreas profissionais, tendo em vista atribuírem densidades diferentes dos

¹ Assistente Social, Especialista em Saúde da Criança pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Telefone: 55 51 99745730. E-mail: gessicaalopes@gmail.com.

² Assistente Social, Pós-doutorado pelo Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra/Portugal. Professora associada do curso de Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Pós-graduação de Serviço Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde – HCPA. E-mail: alewgoy@hcpa.edu.br.

³ Assistente Social, Especialista em Coordenação de Dinâmica de Grupos pela Sociedade Brasileira de Dinâmica de Grupos. Especialista em Violência Doméstica pela PUCRS. Chefe de Serviço do Setor de Serviço Social e Coordenadora do Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). E-mail: mmarques@hcpa.edu.br.

conhecimentos teórico-práticos entre as áreas pelos profissionais. Conclui-se que é imprescindível o trabalho em equipe para garantir a proteção e a integralidade do cuidado na defesa da criança e do adolescente.

Palavras-chave: Serviço Social. Violência intrafamiliar. Criança e Adolescente. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

ABSTRACT

This article is the product of the conclusion work of the Integrated Multiprofessional Residency in Health and in the Professional Health Area (RIMS), in the Child Health Program at a university hospital in Porto Alegre / RS. The objective is to present the perception of Resident Health Professionals (PSR) of how in-service training contributes to professional work in the face of intrafamily violence against children and adolescents, with regard to conception, preparation and intervention. Qualitative research of exploratory, descriptive and empirical nature through an interview with 14 residents, whose information was worked through content analysis from the perspective of Bardin (2011). The results show that the concept of intrafamily violence needs to be expanded and clarified among professionals. There is little preparation during graduation, restricting training and professional qualification to post-graduation, particularly in-service training. The intervention is limited to certain professional areas, in order to assign different densities of theoretical and practical knowledge between the areas by the professionals. We conclude that teamwork is essential to guarantee protection and comprehensive care in the defense of children and adolescents.

Keywords: Social Work. Intra-family violence. Child and Teenager. Multiprofessional Integrated Health Residency.

INTRODUÇÃO

A violência configura-se como um fenômeno presente na história de crianças e adolescentes, que se perpetua até os dias atuais, se tornando um sério problema de saúde coletiva com intensas repercussões, que podem comprometer a formação de crianças e adolescentes, enquanto sujeitos em desenvolvimento.

Minayo (2009, p. 22), ao procurar a definição de violência utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca “como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio ou outra pessoa, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, deficiência, desenvolvimento prejudicado ou privação”.

Quando analisamos a violência cometida contra crianças e adolescentes, verificamos que, na maioria das vezes, ocorre no universo familiar, definindo-se como violência intrafamiliar. Nesses casos, a intervenção profissional sempre é complexa e de difícil manejo, cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de conhecimento, requerendo comprometimento com os direitos da criança e do adolescente, técnica e uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil.

De acordo com o Relatório do Disque Direitos Humanos (Disque 100), no que tange especificamente à infância e à adolescência no Brasil em 2019, foram registradas 86.837 denúncias, 14% a mais do que no ano anterior. No Rio Grande do Sul, no ano de 2019, foram denunciados 3.466 casos de violência, comprovando-se, ainda, que essas agressões ocorreram na residência das vítimas, cometidas por membros do grupo familiar, o que reforça a gravidade da violência intrafamiliar, bem como a necessidade de potencializar ações e serviços na perspectiva de enfrentamento a esse fenômeno (BRASIL, 2019).

Esta pesquisa emergiu a partir da inserção da assistente social residente no Programa da RIMS, no hospital universitário de Porto Alegre/RS, considerando os dados apontados e o cenário hospitalar de atendimento às situações de violência, exigindo a apropriação da temática por todos os profissionais, inclusive os residentes que estão em processo de formação.

O estudo se justifica pelo papel da RIMS, enquanto formação em serviço voltada à inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho visto a complexidade do tema da violência intrafamiliar, bem como pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que prevê a este segmento social a garantia de prioridade de receber proteção e atendimento nos serviços públicos e preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas.

A investigação teve como escopo o aprofundamento e visibilidade deste tema para a elaboração de estratégias coletivas no enfrentamento desse fenômeno. Objetivou-se analisar como a RIMS vem contribuindo para a formação em serviço dos residentes que trabalham

com a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes num hospital-escola, no que se refere à concepção, preparação e a intervenção na perspectiva da “Linha de Cuidado”, considerando as diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Os resultados do estudo evidenciaram a concepção de violência intrafamiliar adensado sobre as formas de manifestação da violência, os indicadores que revelam maior probabilidade de as crianças e adolescentes ficarem expostos a situações de risco, e a condição de vulnerabilidade social como fator potencializador para a ocorrência de situações de violência na infância e na adolescência. Mostra ainda como ocorre a preparação dos residentes para lidar com os casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, tanto no âmbito da graduação, quanto na pós-graduação, no período de formação em serviço.

E, por fim, como é realizado o trabalho dos residentes nos casos de suspeita e/ou identificação da violência na perspectiva da “Linha de Cuidado” para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2014).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, descritiva, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, local do estudo, registrado sob nº CAAE 81737618000005327 na Plataforma Brasil, sendo respeitados os preceitos éticos e legais das pesquisas com seres humanos, conforme previsto na Resolução nº 510 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Para a produção dos dados, utilizou-se uma amostra intencional composta de 14 participantes, sendo esses profissionais de saúde residentes do primeiro e segundo ano do Programa da RIMS, tendo pelo menos um representante de cada núcleo profissional: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Educação Física e Medicina. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2018, através de entrevista semiestruturada.

Para análise das informações, utilizou-se a técnica Análise de Conteúdo, proposta por

Bardin (2011), realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Operacionalmente, na pré-análise, realizou-se a leitura “flutuante” das entrevistas, totalizando 70 páginas. Após, partiu-se para a organização do material e sistematização das ideias iniciais. Na segunda etapa, a exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação dos dados, sendo esses agregados em unidades de registro, respeitando os critérios de exaustividade, representatividade e homogeneidade, na identificação das categorias. A fase de tratamento dos resultados se constituiu na elaboração de sínteses que expressaram a significância e validade das informações fornecidas, ou seja, a interpretação foi além do conteúdo exposto nos documentos, buscou-se o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (BARDIN, 2011).

1 CONCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: DIMENSÃO A SER MAIS BEM ELUCIDADA

Em relação à concepção três subcategorias, emergiram da pesquisa: a) Natureza da violência b) Indicadores de risco à violência intrafamiliar c) A violência associada ao fator de vulnerabilidade social.

1.1 Natureza da violência

A concepção de violência intrafamiliar para os residentes é percebida a partir de sua natureza, enquanto atitudes agressivas que violam a integridade física e psicológica das crianças/adolescentes, na medida em que é qualquer acontecimento que viole os direitos das crianças e dos adolescentes, como a agressão física, verbal, psicológica e sexual. Apresentaram os tipos de violência, enfatizando a intrafamiliar como qualquer violência que possa vir causar lesão ou morte praticada por algum membro da família.

De fato, a violência se classifica a partir das suas manifestações, mas esta não é a concepção que define a conceituação da violência intrafamiliar. O Ministério da Saúde

(2014) refere que os tipos de violência podem se manifestar de diferentes formas, sendo assim classificada de acordo com a sua natureza, a qual é caracterizada em quatro modalidades de expressão, denominadas: a) violência física: caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, praticada por pais, familiares, pessoas próximas, que tem potencial para ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, podendo causar morte; b) violência sexual: diz respeito ao ato ou ao jogo sexual com intenção de estimular sexualmente criança ou adolescente, visando obter satisfação sexual, onde o autor da violência está em estágio psicosssexual mais adiantado; c) violência psicológica: é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento, manifestando-se em forma de rejeição, desrespeito e agressões verbais; d) negligência ou abandono: caracteriza-se como a ausência e a recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (BRASIL, 2014).

As situações de violência não ocorrem por uma crise, desvio, pulsão sexual, mas por uma manifestação/relação de poder e dominação de um sujeito sobre o outro, que se faz presente principalmente na relação de superioridade do adulto para com as crianças e os adolescentes, expressando uma negação da liberdade do outro, de situações horizontais de igualdade e da própria vida (MINAYO, 2009; AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016). Quando se fala de violência intrafamiliar, deve-se considerar:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora do ambiente doméstico por algum membro da família, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de abuso e poder à outra (BRASIL, 2002, p. 15).

Nesta perspectiva, a concepção de violência não deve ser denominada pela sua natureza, mas pelas relações de poder que os sujeitos estabelecem, podendo ou não ser cometida dentro do ambiente doméstico.

1.2 Indicadores de risco à violência intrafamiliar

A partir dos resultados sobre a concepção de violência intrafamiliar para os residentes, evidenciou-se que os mesmos possuem a dimensão sobre os fatores que podem potencializar a origem da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, visto que os residentes associam a prática da violência ao uso de substâncias psicoativas pelos familiares, de álcool, droga; por questões de saúde mental dos pais, depressão, por perda de algum membro da família, por gravidez não planejada, por descobrimento de patologias na criança. Também consideram ser esse um momento difícil que a família pode estar enfrentando, atribuindo que essas situações de violência ocorrem por múltiplos fatores, como pais que sofreram violência na infância e a reproduzem nas crianças.

É significativo entendermos que a violência intrafamiliar é um fenômeno sócio-histórico que para compreendê-lo é necessário ampliar a sua conceituação, levando em consideração aspectos do plano individual, relações humanas e institucionais de questões políticas e econômicas. Nessa perspectiva, leva-se em consideração que famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, presença de um modelo violento na história de origem familiar, incidência de abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, dependência econômica/emocional e, famílias que se encontram em situação de crise e perdas, podem estar mais propensas a expor seus membros às situações de violência (CAVALCANTI, SCHENKER, 2009; BRASIL, 2014; AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016).

Destaca-se que, durante toda a vida, desde a gestação, há fatores que funcionam como mecanismos de proteção. Podemos identificar três tipos principais: A proteção individual, a qual está relacionada ao gênero, status socioeconômico, idade, características pessoais, como autoestima, autonomia, autocontrole, projeto de vida baseado em sonhos e metas. A proteção familiar, atrelada ao apoio familiar, bom relacionamento e saúde mental dos pais e/ou responsáveis, valorização de potencialidades da criança/adolescente, busca de forma não violenta para resolução dos conflitos, capacidade de negociação e participação na tomada de

decisões. E a proteção social, interligada ao acesso à saúde, ao apoio e bom relacionamento na escola, inserção em atividades de lazer, trabalho, e instituições que favorecem o exercício da cidadania, entre outras (ASSIS, AVANCI, 2009). Trabalhar esses fatores de proteção como estratégias de prevenção à violência é um caminho bastante eficaz, pois eles podem minimizar as consequências provocadas pela exposição das situações de risco.

1.3 A violência intrafamiliar associada à vulnerabilidade social

Ainda sobre a concepção de violência intrafamiliar, evidenciou-se na percepção dos residentes que a condição de vulnerabilidade social na qual os sujeitos estão expostos pode suscitar diversas situações de violência ou violação de direitos de crianças, adolescentes e suas famílias, ao ser enfatizado que a pessoa que pratica a violência pode estar passando por dificuldade socioeconômica, familiar e de vulnerabilidade.

A família pode não ter acesso à saúde, habitação, renda, situações que não permitem dar condições adequadas para uma criança se desenvolver. Exemplificam no cotidiano profissional situações como do paciente que faltava às consultas. Na visita domiciliar, constatou-se que a casa ficava numa região distante, sem acesso a transporte público e a família tinha dificuldades de se deslocar. Os membros da família não tinham emprego, acesso a saneamento básico, a unidade de saúde, e se encontravam em situação de vulnerabilidade social. É ressaltado pelos residentes que, quando se trabalha com os aspectos da violência, tem-se que olhar o todo para não fazer um julgamento da família.

De acordo com Cruz e Hillesheim (2016, p. 302) “a vulnerabilidade social é entendida não como um estado, mas uma condição que pode ser temporária”, ou seja, se refere à situação a qual os recursos e habilidades de um determinado grupo são insuficientes para suprir as necessidades dos sujeitos. Nessa perspectiva, compreende-se que a vulnerabilidade é uma condição relacionada à inserção e estabilidade no mercado de trabalho, a fragilidade de suas relações sociais e a regularidade e qualidade de acesso aos serviços

públicos ou outras modalidades de proteção social (CRUZ, HILLESHEIM, 2016).

A efetivação da proteção à criança e ao adolescente, assim como a superação das situações de violência, ultrapassa a lógica de culpabilização da família. Faz-se necessário também compreender a responsabilidade do Estado e da sociedade perante os direitos dessa população, promovendo à família acesso à Proteção Social através de condições de moradia, saúde, alimentação, educação, entre outros, para que, assim, a família possa efetivamente desempenhar suas funções protetivas.

Conclui-se que a concepção de violência intrafamiliar ainda necessita ser mais bem decifrada. Neste estudo, a maioria dos residentes compreende o fenômeno da violência a partir das suas formas de manifestação, não considerando as relações de poder que as envolvem. Notou-se também que eles estão atentos aos fatores familiares que podem potencializar a ocorrência de situações de violência, bem como possuem conhecimento sobre o impacto da vulnerabilidade social para a proteção e garantia de direitos desta população.

2 PREPARAÇÃO DOS RESIDENTES: APRENDIZAGEM POR MEIO DE EXPERIÊNCIAS E COLABORAÇÃO EM EQUIPE

Quanto à preparação dos profissionais, evidenciou-se pelos depoimentos dos residentes que o tema sobre a violência intrafamiliar ainda não compõe formalmente o currículo dos cursos de graduação da área da saúde, constituindo-se em duas subcategorias: a) Violência intrafamiliar com parca preparação na graduação; b) Preparação por meio da formação em serviço: potencialidades e fragilidades.

2.1 Violência intrafamiliar: parca preparação na graduação

Nos cursos que compuseram a pesquisa: Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Educação Física e Medicina, esta temática é abordada de forma pontual e informativa na perspectiva biológica. Durante a graduação, não

tiveram a possibilidade de ter nenhuma disciplina relacionada à violência, apenas um ou dois cursos em uma ou duas aulas abordam esse tema, mais voltado para a observação clínica, mas nada de abordagem de como agir em caso de suspeita ou identificação de violência, tipos de encaminhamentos, quais os profissionais acionar. Se sentem mal preparados para identificar e atender casos de violência, além de se perceberem despreparados psicologicamente.

Isso é referendado pelos residentes quando avaliam a graduação como insuficiente quanto ao embasamento teórico sobre a violência contra crianças e adolescentes. Os residentes relataram também que, por ser um assunto importante e devido à falta de discussão sobre o tema, não se sentem preparados para atender esses casos, porque, antes de entrar na residência, não tinham conhecimento suficiente para lidar com situações de violência contra a criança. Essas situações os assustaram, porque se sentiram inseguros e despreparados para enfrenta-las no hospital. O sentimento foi de impotência e de culpa. Não se sentem aptos em fazer uma intervenção profissional, bem como não imaginam como é feita por outros por membros da equipe.

Compreende-se que a temática da violência é de responsabilidade do Estado, da sociedade e abrangem todas as áreas do conhecimento, envolvendo profissionais de educação, assistência social, saúde, bem como órgãos de proteção e justiça, sendo responsabilidade de todos (AZAMBUJA; FERREIRA *et al.*, 2011). Assim, entende-se como incumbência das instituições de ensino ampliar a reflexão sobre temas em destaque na sociedade, sendo imprescindível a abordagem do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, tendo em vista as repercussões no desenvolvimento econômico e social.

Conclui-se que a qualidade da intervenção junto às situações de maus-tratos contra crianças e adolescentes é decorrente de uma expressiva falta de conhecimento e preparo técnico para esse tipo de atendimento. Ou seja, além das questões subjetivas que esse tema causa nos profissionais, como sentimento de insegurança, medo, raiva, impotência, entre outros, nos deparamos com uma formação pouco propositiva e frágil nessa área, que quando se refere ao tema trabalha conceitos e a natureza na violência, mas dificilmente aborda

possibilidades de intervenção e procedimentos técnicos necessários à prática profissional nos atendimentos dos casos de violência (BRITO, 2011).

2.2 Preparação por meio da formação em serviço: potencialidades e fragilidades

Evidenciou-se nesta pesquisa que a RIMS é um espaço de preparação a qual possibilita a construção de novos saberes e que possui potencialidades e fragilidades no que tange ao aperfeiçoamento profissional para o atendimento em situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Uma das potencialidades mencionadas pelos residentes são as aulas do eixo teórico do campo da área de concentração saúde da criança, indispensável na formação em serviço. Este é o primeiro contato do profissional com essa demanda e conteúdo.

Outro aspecto que se revelou profícuo ao processo de aprendizagem dos residentes, foi o trabalho em equipe. Evidenciou-se o trabalho em equipe multiprofissional como suporte para preparação dos residentes para a assistência diante das múltiplas facetas da violência, o que favorece a troca de experiências, bem como o compartilhamento de boas práticas da ação profissional. Constatou-se que os residentes em seus relatos consideraram que a Residência tem contribuindo muito para o aprendizado, especialmente com trabalho e as trocas em equipe multiprofissional. Avaliam que quando iniciaram a Residência não se sentiam muito preparados, e contavam com o apoio de toda a equipe multiprofissional, porque essas situações de violência são complexas para intervir. Hoje se sentem bem mais preparados, sabem onde devem procurar ajuda para tentar proteger as crianças e os adolescentes.

Em contraponto a preceptoria, a qual ocorre de forma uniprofissional, residente/preceptor se descortinam fragilidades, especialmente no preparo dos preceptores em dar respostas à multiplicidade de situações que se apresentam durante a internação, a qual, em muitos momentos, exige soluções rápidas para situações de difícil manejo. Essa situação deixa à deriva orientações quanto à forma de proceder. Um dos relatos que aponta tais fragilidades avalia que os preceptores da Residência não estão preparados para trabalhar com

os seus residentes nos diferentes núcleos profissionais sobre esse tema, por [...] esse não é um assunto trazido em preceptoria, ninguém para e te explica o que tu deves fazer num caso de violência” (PSR 09). Outro relato aponta que há colegas que não “[...] tiveram capacitação durante o período de graduação, pois estudam outros aspectos que não envolve a questão da violência, ou seja, “[...] não se especializam para atender crianças e adolescentes e isso acaba posteriormente repercutindo na preceptoria” (PSR 01).

A formação em serviço direciona-se à constituição de competências e saberes compartilhados, os quais tencionam a especialização do trabalho fundada em saberes utilizados privativamente. Isto não implica a diluição da particularidade de cada trabalho, porque isso também implicaria a perda de qualidade da atenção em saúde, mas sim na aquisição de novas competências, construídas conjuntamente (CLOSS, 2013). O trabalho em equipe multiprofissional propicia a autocrítica, tornando-se um convite permanente à revisão de atitudes, estratégias e perceptivas do fenômeno e seus condicionantes (AMARO, SANTOS, PEREIRA, 2016), enfatizado pelos residentes nas percepções sobre a residência, “[...] na medida em que vamos amadurecendo, melhorando, abrindo o olhar, para que nós profissionais não façamos um julgamento precipitado diante de uma suspeita de violência e continuemos prestando um bom atendimento à família” (PSR 12). “[...] É no dia a dia que a gente aprende com os outros colegas” (PSR 11).

Evidenciou-se que a RIMS propicia que os residentes aprendem com colegas de outras áreas, reconhecendo as especificidades e compartilhando conhecimentos. Possibilita, ainda, a ampliação do olhar para compreender as causas da violência intrafamiliar, ressignificando esse fenômeno e entendendo os múltiplos fatores envolvidos.

Outro espaço na RIMS que se configurou importante para a preparação dos residentes para lidar com as situações de violência foi a inserção no Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente (PPC), tendo em vista oportunizar aprimoramento intelectual mediante orientações de profissionais com domínio técnico e político sobre a temática. Isso é referenciado pelos residentes ao explicitar que “[...] fazer parte do Programa de Proteção à

Criança e ao Adolescente do hospital contribuiu muito para o aprendizado no atendimento das situações de violência, pois nesse espaço trabalhamos com equipe multiprofissional com conhecimento técnico sobre o tema da violência” (PSR 08). A percepção de participar durante o primeiro ano da Residência da equipe de proteção às questões de violência contra crianças e adolescentes “[...] foi muito boa, pois recebi orientações dos assistentes sociais e outros profissionais me tornando mais preparada” (PSR 05).

O PPC é composto por uma equipe multiprofissional e configura-se como uma atividade profissional que pode ser traduzida pelo acolhimento e atendimento às situações de suspeitas ou confirmação de situações de violência. É um espaço consolidado institucionalmente no hospital, que além da assistência direta às crianças, adolescentes e famílias, disponibiliza acesso à formação para acadêmicos e residentes em saúde (MARQUES *et al.*, 2011). Cabe mencionar que o PPC é um espaço permanente de discussão e aprofundamento de estudos que viabilizam ações mais eficientes e que indicam medidas resolutivas de uma busca ampliada às necessidades da criança/adolescente em sua totalidade (MARQUES *et al.*, 2011).

Compreendemos que o Programa propicia suporte e reflexão aos profissionais que estão no atendimento às crianças e aos adolescentes e suas famílias, possibilitando estarem constantemente refletindo sobre seu agir profissional e suas competências.

Conclui-se que os residentes possuem pouca preparação durante o período da formação na graduação, sendo a RIMS espaço de apropriação de conhecimento tanto teórico, através das aulas de campo, quanto práticos, pela aprendizagem e colaboração com outros profissionais de áreas distintas. Constata-se a necessidade de permanente discussão sobre a temática da violência para superação das fragilidades apontadas neste estudo, bem como para eles se sentirem mais preparados e seguros, principalmente no que diz respeito ao atendimento das situações de violência.

3 LINHA DE CUIDADO: UM TRABALHO EM CONSTRUÇÃO

Quanto à intervenção realizada pelos residentes durante o período de formação em serviço, terceiro objetivo da pesquisa, evidenciou-se que eles não possuem uma dimensão ampla da “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”. Contudo, a inserção na RIMS oportunizou que conseguissem delimitar algumas etapas para o atendimento dos casos de violência, sendo identificadas quatro subcategorias: a) Uso do acolhimento pelos profissionais; b) Atendimento em equipe Multiprofissional; c) Notificação identificada como atividade de todos os profissionais, entretanto só algumas efetuam; d) Articulação com rede de cuidado, uma ação ainda uniprofissional.

Destacamos que a “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência” se constitui como um material que oferece subsídios para as práticas dos profissionais de saúde. Esse instrumento aborda as dimensões para o sucesso no atendimento integral às crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias, dividindo em quatro passos: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social (BRASIL, 2014).

Tratando-se da dimensão do acolhimento, notou-se que os residentes compreendem de diferentes maneiras esse momento, como uma abordagem inicial, onde se exercita a escuta para entender as motivações para as situações de violência e momento de coletar dados. Conforme explicitado no relato a seguir “[...] é uma escuta inicial para tentar entender a situação, anotar as informações, sempre ocorre no primeiro atendimento” (PSR 08). Outros residentes reconhecem o acolhimento como uma fase que perpassa todas as fases da linha do cuidado ao considerar que “[...] no acolhimento, temos que valorizar o que a criança e a família trazem, identificar junto com a criança alguma pessoa que ela possa contar, e isso pode ou não ser acontecer no primeiro momento” (PSR 05). Outro residente sinaliza que “[...] também é importante pensar em estratégias de proteção junto com a família, que o acolhimento pode acontecer em qualquer momento e lugar” (PSR 03).

Apesar de nem todos os residentes reconhecerem o acolhimento em uma lógica transversal e não o denominar, os mesmos compreendem que o acolhimento requer empatia, manejo verbal, sendo importante para a construção de vínculos. O acolhimento é o “primeiro passo para o cuidado, não é um espaço local, mas um posicionamento ético que não pressupõe hora nem especificidade de um profissional para fazê-lo” (BRASIL, 2014, p. 52). Necessita ocorrer de forma transversal, ou seja, percorrer todo o acompanhamento das situações de violência, contribuindo para a construção de vínculos de confiança, configurando-se como dispositivo de escuta competente e afetiva, ação central de acessibilidade do usuário a política pública e conseqüentemente para a continuidade do atendimento (BRASIL, 2014; KUHN, 2016).

A “Linha de Cuidado” recomenda que o acolhimento seja realizado preferencialmente junto com outro profissional qualificado. É imprescindível esclarecer que a intervenção visa à proteção da criança, usando durante todo o acompanhamento a empatia, escuta ativa e qualificada, valorizando as informações trazidas pela vítima e pela família, evitando julgamentos (BRASIL, 2014). Recomenda-se ainda que a entrevista seja realizada num ambiente que garanta a privacidade da criança/adolescente e/ou família.

A dimensão do atendimento dos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é identificada como um momento de acompanhamento sistemático da situação pela equipe multiprofissional e encaminhamento dos casos para a rede de cuidado intersetorial. Evidenciou-se que os residentes revelam a importância do trabalho em equipe. Essas observações são explicitadas quando “[...] em casos de violência intrafamiliar contra a criança, a gente nunca realizava o atendimento sozinho, visto à importância de ter outro colega para atender junto contigo” (PSR, 10). Também é enfatizado que “[...] o trabalho em equipe interdisciplinar é fundamental para atender situações de violência, porque o atendimento se tornar mais resolutivo” (PSR 05).

Também é entendido pelos residentes que determinadas categorias profissionais, como a área de psicologia e de serviço social, possuem maior conhecimento e competência para

lidar com os casos de violência intrafamiliar, identificando esses profissionais como responsáveis pelo o atendimento, conforme evidenciado no relato: “[...] Nós ficamos muito como telespectador do trabalho dos psicólogos e assistentes sociais no atendimento às situações de violência intrafamiliar” (PSR 13). É atribuído ainda que a área de serviço social esteja mais preparada que outras áreas, quando relatado “[...] Não me sinto preparada como o assistente social, que sabe exatamente o que fazer e como fazer, se eu presenciasse alguma situação de violência, eu chamaria alguém do Serviço Social” (PSR 04).

A “Linha de Cuidado” preconiza o atendimento como “uma ação multiprofissional no próprio serviço, articulada com a rede de cuidado e de proteção social” (BRASIL, 2014, p. 55), sendo preciso assegurar as seguintes competências profissionais para a atuação nessa equipe: capacidade de negociação, empatia, sensibilidade e respeito às diferenças (CAVALCANTI, SCHENKER, 2009). Diante da complexidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, é fundamental disponibilizar um atendimento multiprofissional com abordagens individuais, familiares e comunitárias.

A participação de profissionais com formações diversas na abordagem dos casos de violência, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, dentre outros, podem contribuir para a integralidade⁴ do cuidado, auxiliando a diagnosticar o nível de gravidade da situação, determinando pela análise de vários fatores, pois a ausência de lesão física não afasta a possibilidade de violência (BRASIL, 2014). Considerado pelos residentes que trabalhar cada um de forma isolada não vai conseguir dar conta do todo do paciente. “[...] Ele vem inteiro pra gente, não dá para dividir ele e trabalhar as coisas isoladas” (PSR 03). A residente salienta também sobre a importância de, em algum momento, discutir em conjunto “[...] o que a minha profissão pode contribuir com a tua, pois

⁴ A integralidade é apontada como um cuidado integral de saúde, um olhar e uma atenção voltada para o sujeito inserido em um determinado meio social, com características únicas, que muito influenciam na sua história de vida e saúde. Integralidade, nesse sentido, fica entendida como: atender o sujeito de forma a captar suas necessidades em todos os sentidos e buscar formas de atender suas demandas de forma mais completa possível, com a perspectiva do atendimento contrário à abordagem fragmentária e reducionista, indo além do sofrimento evidenciado (SCHERER, AZEVEDO, 2016, p. 102).

trabalhando de forma isolada, nenhum profissional chega ao objetivo, que é oferecer um cuidado integral” (PSR 03).

Portanto, o atendimento dos casos de violência “não deve ser uma ação solitária do profissional” (BRASIL, 2014, p. 55). Esse direcionamento pode originar sobrecarga de trabalho e emocional ao profissional envolvido, além de repercussões negativas, prejudicando a qualidade do acompanhamento, visto a personalização do atendimento em um único profissional e a ausência de construção de estratégias junto com a equipe, com vistas a medidas e proteção mais efetivas e resolutivas.

Evidenciou-se também que os residentes compreendem o atendimento como o momento de afastamento do agressor da criança, “[...] o primeiro passo é o afastamento da criança do agressor para protegê-la” (PSR 06). Entendem a importância de garantir a oferta de espaço de atendimento ao causador da violência, ao considerar que é preciso trabalhar não só com a criança e o adolescente que sofre violência intrafamiliar, mas com “[...] aquele que causa a violência, para evitar outras violências e também garantir a segurança daquela criança e adolescente, que, muitas vezes, acaba voltando para a família e convivendo com o abusador” (PSR 06). Enfatiza-se a importância de excluir causas clínicas antes de abordar com a família a suspeita de violência.

Notou-se que o entendimento dos residentes sobre o atendimento está atrelado à “Linha de Cuidado”, que pressupõe que o serviço o qual a criança e o adolescente estão sendo atendidos deve estabelecer um plano de atenção à vítima de violência. Para a efetivação do plano de atendimento, recomenda-se o preenchimento correto e claro de prontuário único pelos diferentes profissionais envolvidos no atendimento, explicar a família o motivo e objetivo do atendimento, e informar da necessidade de notificar Conselho Tutelar e Ministério Público. Destaca-se também a importância de evitar interrupções no diálogo, elaborar perguntas que possam identificar a presença de conflitos familiares geradores de violência, a realização de consulta clínica com exame físico detalhado, preferencialmente com a presença do responsável, e sempre que possível proporcionar atendimento ao agressor com orientações

sobre os serviços de atendimento (BRASIL, 2014).

Quanto à dimensão da notificação das suspeitas e/ou confirmação dos casos de violência aos serviços e órgãos legais, assim como o preenchimento da ficha de notificação pelo Sistema Nacional de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), é compreendida pelos residentes como uma tarefa de todos os profissionais, entretanto só alguns a efetuam. Constatou-se que as situações são notificadas pelos assistentes sociais e enfermeiros, ou seja, não pelo profissional que presenciou e/ou identificou a situação de violência. A justificativa de nem todos os profissionais realizarem tal ação vincula-se por se sentirem inseguros. Contudo, os residentes têm clareza que todo o “[...] profissional da saúde que suspeita de uma situação de violência tem que notificar e deve tomar as devidas providências e encaminhamentos” (PSR 14).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA afirma que é dever do médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde comunicar à autoridade competente os casos que tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente (BRASIL, 1990). Recentemente, a Lei nº 13.431, de 4 abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA) pressupõe que qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, informarão imediatamente o Ministério Público (BRASIL, 2017).

Portanto, a notificação deve ser realizada por qualquer profissional da saúde quando houver suspeita e/ou confirmação de violência por parte dos pais ou responsáveis. Mesmo que a família não concorde é necessário adotar medidas de proteção a favor da criança/adolescente.

Evidenciou-se também que os residentes reconhecem a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como uma forma de denúncia e não como

registro epidemiológico. Todavia, a notificação através do preenchimento da ficha do SINAN tem finalidade epidemiológica, permite a sistematização dos dados identificando o tipo de violência e a natureza, perfil das vítimas e dos responsáveis pela agressão. Essas informações permitem que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção de violência e de promoção da saúde, o que deve ser feito articulando os serviços da rede intrasetorial e intersetorial (BRASIL, 2014).

Em relação ao seguimento do acompanhamento na rede de cuidado e de proteção social, evidenciou-se que os residentes possuem dificuldade de identificar a rede de proteção da criança e adolescente, sendo verbalizados somente três serviços com potencialidades para continuidade do acompanhamento, dentre eles: a Unidade de Saúde, Conselho Tutelar e Ministério Público. Notou-se também que a transferência do cuidado para a rede ocorre de forma uniprofissional⁵, ficando sob a responsabilidade dos assistentes sociais.

O seguimento do atendimento na rede de cuidado e de proteção social refere-se ao “acompanhamento à criança ou adolescente até a alta, com planejamento individualizado para cada caso” (BRASIL, 2014, p. 51). Nesse sentido, as situações de violência intrafamiliar requerem acionar a rede de cuidado e proteção social no território conforme as necessidades de proteção da vítima, tanto pela rede intrasetorial⁶ (atenção primária, equipes de saúde da família, hospitais, urgência e emergência, Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atenção Especializada), quanto na rede intersetorial⁷ (Centro de Referência de Assistência

⁵ Entende-se por formação uniprofissional o processo no qual as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais. Quando a formação está configurada somente como uniprofissional, não há interação com estudantes de outras profissões, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde (PEDUZZI et al., 2013, p. 979).

⁶ A intrasetorialidade refere-se às especificidades do atendimento nos diferentes níveis de atenção em saúde, engloba a atenção primária, serviços de atenção especializada, urgência e emergência e serviços de saúde mental (BRASIL, 2014, p. 78-83).

⁷ A intersetorialidade representa a viabilização de direitos, no momento que ultrapassa as fronteiras daquilo que é específico de cada política, chegando a um entendimento mais completo e menos compartimentado para o usuário, articulando ações, práticas e saberes, visando o enfrentamento das desigualdades e a viabilização dos direitos dos cidadãos (SCHERER, AZEVEDO, 2016, p. 96).

Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Escolas, Conselho Tutelar, Ministério Público e as Varas da Infância e da Juventude).

A complexidade das situações de violência exige que as políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde adotem ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência (BRASIL, 2017). Logo, se torna indispensável que os profissionais se sintam protagonistas e corresponsáveis, indo além do ambiente hospitalar, construindo estratégias de intervenção de forma articulada, com os equipamentos e saberes de diferentes políticas públicas, pressupondo a defesa e garantia de direitos das crianças e dos adolescentes e suas famílias em situação de violência, bem como a integralidade do cuidado.

Sobre a intervenção, conclui-se que os residentes conhecem os passos preconizados pela linha de cuidado. Contudo, precisa ser aprofundada pelo estudo e efetividade no cotidiano profissional. O acolhimento necessita ser entendido de forma transversal, sendo uma fase que percorre todo o acompanhamento. A dimensão do atendimento precisa ser elucidada de forma prática e objetiva, facilitando a aprendizagem para uma intervenção mais qualificada. No processo de notificação, ficou evidente a necessidade de apropriação do preenchimento da ficha de notificação do SINAN pelos residentes envolvidos na situação. Sobre acompanhamento na rede de cuidado e de proteção, identifica-se que os residentes precisam obter mais conhecimento sobre os serviços da rede intersetorial, e suas finalidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência intrafamiliar é uma das formas de violência contra crianças e adolescentes de abordagens mais complexa. Envolve situações delicadas e difíceis, particularmente quando a família deixa de ser o ambiente de proteção, tornando-se local de abuso e violações. A RIMS em sintonia com o Hospital trabalha com a perspectiva de proteção integral à criança e ao adolescente, conforme os princípios do SUS e do ECA. Os profissionais envolvidos

desenvolvem um trabalho de qualidade, efetivando a multiprofissionalidade, além de contar com a integração da rede intersetorial de proteção à infância e adolescência. Há perspectiva, diante deste estudo, de acordo com as informações analisadas advindas dos residentes, de um trabalho a ser constituído interprofissional, na medida em que se identificam as potencialidades e fragilidades.

A RIMS do hospital em estudo permitiu constatar como a formação em serviço está contribuindo para a qualificação dos atendimentos às situações de violência, sendo que o trabalho coletivo com as diversas áreas profissionais fortalece esse espaço de formação, oportunizando mais conhecimento e apropriação para o desvendamento de tal temática. Conclui-se ainda que as situações de violência intrafamiliar mantêm uma relação direta com os indicadores de riscos e vulnerabilidade social as quais as crianças, adolescentes e suas famílias ficam expostos. Ressalta-se a totalidade dos residentes reconhecerem a necessidade de momentos de educação permanente, revelando que a preparação para o atendimento das situações de violência deve ser constante. Para superar as fragilidades em relação às aulas de campo, preceptoria e concomitantemente às dificuldades de assistência prestada às situações de violência intrafamiliar, os residentes sugeriram: a) cursos de educação a distância b) participação dos preceptores nas aulas de campo c) aulas com profissionais de diferentes instituições da rede intersetorial d) implementação de um grupo de consultoria para capacitar preceptores.

Os resultados desta pesquisa revelam ainda que os residentes precisam de maior qualificação, tanto nas suas abordagens quanto na informação sobre os serviços disponibilizados na rede para acompanhamento dos casos de violência, na medida em que se percebe que ainda precisam estar mais qualificados para o trabalho com vistas à integralidade do cuidado. Percebe-se também que o trabalho interprofissional, numa lógica de colaboração entre as profissões e articulação dos diferentes saberes, pode cooperar significativamente para o aprimoramento intelectual das diferentes profissões.

Concluimos esta investigação destacando a importância da residência enquanto espaço

de formação em serviço e de educação permanente, no que diz respeito às situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, compreendendo ser essencial que os profissionais recebam uma formação de qualidade em qualquer área do conhecimento.

Recebido em julho de 2020 – Aprovado em julho de 2020.

REFERÊNCIAS

- AMARO, S. T. A; SANTOS, C. M. B; PEREIRA, A. P. M. P. **Violência Intrafamiliar Contra Crianças**: risco, proteções e recomendações a profissionais no Brasil e em Portugal. Lisboa: Chiado, 2016. 140 p.
- ASSIS, S. G; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K. et al. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 79-104.
- AZAMBUJA, M. R. F de. et al. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70°, 2011.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.0690, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica, N° 8. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 20 agost.2019.
- BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias

dessas áreas. Conselho Nacional de Saúde, 24 maio 2016. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, julho de 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_integral_saude.pdf.

Acesso: 04. Nov de 2019.

BRASIL. **Lei Nº 13.431**, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo. Brasília, DF, 04 de abril de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso 10 de out. de 2019.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque Direitos Humanos. Relatório 2019**. Brasília: Equipe da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/Disque100Relatorio.pdf>. Acesso: 08. Maio de 2020.

BRITO L. M. T. O papel da universidade na formação de profissionais competentes para lidar com casos de violência Sexual. In: AZAMBUJA, M. R. F. de et al. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 116 -126.

CAVALCANTI, F. G.; SCHENKER, M. Famílias que se comunicam através de violências. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 197-213.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde**: Formação para a integralidade. Curitiba: Appris, 2013.

CRUZ, L. R. da; HILLESHEIM, B. Vulnerabilidade Social. In: FERNANDES, R. M. C.; HELLMANN, A. (Org.). **Dicionário Crítico**: Política de Assistência Social no Brasil. Porto

Alegre: UFRGS, 2016. p. 300.

KUHN, M. F. Acolhimento. In: FERNANDES, R.M.C; HELLMANN, A. (Org.) **Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2016. p. 15.

MARQUES, M. F. *et al.* O programa de proteção à criança: uma proposta interdisciplinar na assistência a criança em situação de violência. In: AZAMBUJA, M. R. F. de. *et al.* **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 365-379.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 21-42

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: KRUG, E G (Ed.), 2002. Cap. I. Violência um problema mundial de saúde pública, p. 3-7.

Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso: 10 de maio de 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da UFSP**. São Paulo, v. 47, n. 4, 2013, p. 977-983.

SCHERER, P. T.; AZEVEDO, V. O PET Saúde como experiência de educação na saúde e a busca pela Intertríade: intersectoralidade, interdisciplinaridade e integralidade. In: BELLINI, M. I. B.; SCHERER, P. T. (Orgs.). **Intersetorialidade e Políticas Sociais: Educação na Saúde**. Porto Alegre: PUCRS, 2016, p. 83-107.