

Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil

Primary health care approach in children intrafamily violence

Enfoque de la atención primaria en la violencia intrafamiliar a los niños

Angélica Malman Thomazine¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso², Cláudia Silveira Viera³

Resumo

Objetivo: identificar ações realizadas na atenção primária à saúde no cuidado às crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar. **Método:** Pesquisa qualitativa com dados obtidos por meio de entrevista com gestores e enfermeiros de unidades de atenção primária e análise temática dos dados. **Resultados:** O gestor de saúde demonstra conhecimento acerca da legislação vigente, porém afirma que muitas das disposições legais não estão efetivadas na Atenção Primária à Saúde. Os enfermeiros relatam desconhecimento da legislação, descrença no Conselho Tutelar, fragmentação do serviço, apontando o agente comunitário de saúde e a assistente social como principais responsáveis pela condução dos casos. **Conclusão:** Identificou-se que no sistema de saúde, no atendimento a vítima de violência infantojuvenil, não há seguimento dos princípios da atenção primária como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, fazendo-se necessário o enfrentamento da violência pautado em ações de cunho individual e coletivo, multiprofissional, integral e intersetorial.

Descritores

Enfermagem; violência; criança; adolescente; atenção primária à saúde

Abstract

Objective: To identify actions performed in primary health to care children and adolescents victims of domestic violence. **Method:** Qualitative research, with data obtained through interviews with managers and nurses in primary care units and data thematic analysis. **Results:** The health manager demonstrates knowledge of current legislation, but states that many of laws are not effective of Primary Health care. Nurses report lack of knowledge about the law, disbelief in the Guardian Council, fragmentation of the service; they point the agent community health and the social worker as the main responsible for conducts cases. **Conclusion:** Data showed that in the health system, the care of the victim of violence to children aren't following the principles of primary care, such as: access, longitudinality, comprehensiveness and coordination. In this context is necessary to deal with violence guided by individual and collective actions, as well as, multidisciplinary, integral and intersectoral.

Keywords

Nursing, violence, child, teenager, primary health care

Resumen

Objetivo: Identificar las acciones realizadas en la atención primaria a salud para cuidar de los niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica. **Método:** Investigación cualitativa, cuyos datos fueran obtenidos por medio de entrevistas con directivos y enfermeros en unidades del atención primaria y análisis temática de los datos. **Resultados:** El gestor demuestra conocimiento de la legislación actual, pero afirma que muchas de las leyes no se efectúan en Atención Primaria de Salud. Los enfermeros refieren falta de conocimiento acerca de la ley, no creen en el Consejo de Guardianes, la fragmentación de los servicios, señalando el agente de salud de la comunidad y la trabajadora social como responsables por los casos. **Conclusión:** Se identificó que la atención a las víctimas de la violencia infantojuvenil no sigue los principios de la atención primaria como el acceso, longitudinalidad, integralidad y coordinación. Por lo que es necesario manejar el cuidado por acciones de la naturaleza individual y colectiva, multidisciplinar, integral e intersectorial.

Palabras clave

Enfermería, violencia, niños, adolescentes, atención primaria de salud

¹Enfermeira do Hospital de Clínicas, PR. Especialista em Saúde Pública. Curitiba-PR.

²Doutora em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto-SP.

³Doutora em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP.

Autor correspondente: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso - beatriz.oliveira@unioeste.br

Introdução

No Brasil e em diversos países observa-se que a violência vem se caracterizando como um grave problema de Saúde Pública.⁽¹⁻²⁾ Para tanto, trabalhar com as questões de violência é um dos aspectos que deve fazer parte do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde. Contudo, a violência apresenta várias facetas que devem ser conhecidas, a fim de nortear a prática desse profissional, a começar pela sua localização como elemento do processo saúde-doença do indivíduo, bem como identificar o grupo que se encontra vulnerável a violência no País.

No Brasil a violência está enquadrada dentro da Classificação Internacional de Doenças sob a denominação de causas externas. Agravos estes que podem ou não levar a morte, divididos em acidentais e intencionais. Para uma melhor compreensão, esclarecem-se as estratificações encontradas na classificação de causas externas, que se dividem em intencional e não intencional. Agravos não intencionais são os acidentes (acidentes de trânsito, afogamentos e outros agravos). Agravos intencionais representam a violência, dividindo-se em grupos: violência contra a mulher, contra a criança e adolescente, contra o idoso e contra o portador de deficiência física. E ainda, a subdivisão, a violência institucional, social e intrafamiliar.⁽³⁾

Esta classificação por si só submete a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente como situação de menor importância. Estas várias estratificações numericamente minimizam a violência intrafamiliar contra esse grupo em específico, que passa a ter pouca visibilidade nos setores responsáveis, pois o percentual é significativamente menor que as demais. Isso também é resultado da subnotificação, pois muitas agressões são registradas pelo serviço de saúde como resultantes de acidentes.⁽⁴⁾ Outra imprecisão dessa categoria é a denominada classificação externa, revelando o paradoxo que a violência representa ao campo da saúde, pois sempre foi vista como problema social, externo à área da saúde, e agora, constata-se que, mais do que necessidade, a atenção à violência consiste em demanda de Saúde Pública, demonstrando a fragilidade dessa classificação.⁽⁵⁾

Assim, para inserir a violência intrafamiliar, como parte do objeto de trabalho dos profissionais de saúde, faz-se necessário conhecer seu conceito, que é amplo. Considera-se que violência possui historicida-

de, aspectos socioculturais, psicológicos e biológicos. Está relacionada com a violência do Estado e com a forma como a sociedade está organizada econômica e socialmente. Refere-se ao uso arbitrário da força, tanto física como psicológica, pode ser resultado tanto de ações omissões sendo, portanto, não-acidental. Priva a condição de pessoa de direito ao vitimizado, transformando em coisa a disposição do agressor para satisfazer suas necessidades, tanto de autoafirmação quanto de satisfação. Pode causar danos físicos, psicológicos e emocionais, além de envolver a dominação de gênero e geração em seu bojo. Quando extrema, pode resultar em morte física ou social.^(4, 6-8)

Estudo realizado em Curitiba, PR, com o objetivo de caracterizar a violência contra a criança, evidenciou que houve aumento da violência no período estudado, sendo a violência doméstica a mais frequente; a faixa etária entre 5 a 9 anos foi a mais atingida, a negligência e a violência física foram as formas mais notificadas e cerca de 81% da violência sexual contra meninas foram praticadas pelo pai. Os autores ressaltam a importância da notificação como instrumento de visibilidade da violência contra crianças.⁽¹⁾

Para o setor de saúde, a violência é um desafio, pois demanda atuação interdisciplinar e intersetorial, incluindo sobretudo a sociedade civil e as organizações governamentais.⁽⁵⁾ Nesse sentido, abordar a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente é um tema emergente na situação atual dos serviços de atenção à saúde a esse grupo. É preciso olhar para essa violência de forma crítica, para que deixe de ser subnotificada e se promova um cuidado baseado na integralidade.

Questionamo-nos se há dificuldade na identificação quando a criança/adolescente é vítima de violência intrafamiliar ou porque o profissional não sabe o que fazer nessa situação ou ainda, não se sente amparado pela instituição ou por políticas de saúde específicas para esse fim? Nosso objetivo, portanto, foi identificar as ações realizadas na atenção primária à saúde no cuidado às crianças e adolescentes, vítimas de violência intrafamiliar.

Método

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, para qual o referencial metodológico adotado foi uma aproximação da dialética.

Para compreender a dimensão do objeto de estudo, buscou-se apreender as determinações sociais e as relações encontradas no processo em que se insere a temática violência, entendendo que se necessita olhar para essa realidade de modo a reconstituí-la e explicá-la, tendo como base do conhecimento a realidade concreta. O referencial que envolve elementos dessa natureza é aquele que está embasado em suporte teórico, que explique o andamento dessa realidade pautado em sua história e seu entorno. Assim como, o método de abordagem deve esforçar-se para compreender fatos, por analisar a prática e criticar ideologias.⁽⁹⁾

Os sujeitos do estudo foram três gestores de saúde de um município no Oeste do Paraná e quatro enfermeiros que trabalhavam em unidades de atenção primária à saúde, localizadas na zona urbana. As unidades foram selecionadas a partir de informações de dois serviços do município que trabalhavam com o combate da violência contra a criança e o adolescente, a saber, o Centro Regional de Assistência Social - CREAS I e Conselho Tutelar, elegendo-se as unidades que incluíam os bairros mais acometidos por esses tipos de violência.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, a qual foi gravada, desencadeada pela questão norteadora: "Qual sua compreensão a respeito das ações realizadas na atenção primária à saúde para o cuidado à criança e ao adolescente, vítimas de violência intrafamiliar no município?"

Os dados foram sistematizados, interpretados e analisados à luz do quadro teórico e do referencial metodológico adotado. Com base no conjunto do material empírico produzido, realizaram-se diversas leituras horizontais, destacando-se as estruturas de relevância nos textos. Com a leitura vertical dos dados foi possível assinalar os aspectos convergentes e divergentes, construindo-se as unidades temáticas. A análise não está restrita apenas a categorização, pois é preciso que se acrescente a discussão já existente sobre a temática escolhida,⁽¹⁰⁾ de acordo com o quadro teórico que contextualiza o estudo.

Para a divulgação dos resultados foi trocado o nome ou qualquer outra característica que pudesse identificar o entrevistado por caracteres simples, a saber, entrevista com enfermeiro de número um (E1), entrevista com gestor de número um (G1), e assim por diante.

O estudo seguiu todas as normas éticas e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, mediante parecer número 527/2008-CEP. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Artigo desenvolvido baseado nos dados da monografia de especialização em Saúde Pública da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Resultados

Em relação à caracterização dos entrevistados, dos três gestores que participaram do estudo, dois tinham formação de enfermeiro e um de administrador, a faixa etária foi entre 35 e 38 anos. O menor tempo de atuação no setor foi de quatro anos e meio, e o maior foi 17 anos. Dentre os enfermeiros, a faixa etária esteve entre 28 e 45 anos, e dois possuíam o maior tempo de formação, 20 anos e os demais menos de 10 anos. Todos eram do gênero feminino e a função na unidade era assistencial. Os dados estão apresentados em duas unidades temáticas, a saber, a *gestão no enfrentamento da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente* e a *prática assistencial dos enfermeiros da APS no enfrentamento da violência intrafamiliar contra a criança e adolescente*.

A Gestão no enfrentamento da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente

Esta unidade temática está descrita a partir dos subtemas que emergiram das entrevistas com os gestores: identificação da violência; atendimento da vítima de violência; responsabilidade pela condução dos casos; tipos de violência; menor ação do profissional de saúde pelo medo; fragmentação do atendimento; desinformação/desconhecimento e contradições dos discursos.

Com relação à *identificação da violência*, foram observados alguns aspectos comuns nos depoimentos. O primeiro, com respeito ao acionamento do Conselho Tutelar, sendo esta ação de conhecimento comum e amplo, conforme se ilustra a seguir:

[...] *uma criança que chega com uma lesão compatível com a violência, é automática a notificação ao conselho tutelar [...]* (G1).

[...] *a unidade traz essa informação (visita domiciliar), para que através do conselho tutelar proceda esse encami-*

nhamento para haver uma medida judicial de tratamento para esse caso [...] (G2).

Outro aspecto refere-se à identificação do caso quando este ainda é uma suspeita:

[...] é automática a notificação ao conselho tutelar, não só quando você identifica uma lesão, mas quando a criança vem desacompanhada, ou com histórico ou relato de alguma condição suspeita [...] (G1).

Em se tratando dos atores da identificação, as falas dos gestores de saúde revelaram os seguintes elementos:

[...] na unidade básica de saúde, às vezes isso é percebido ou pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou pelo enfermeiro [...] (G1).

[...] é feito através de busca, [...] quando acontece esse tipo de situação a identificação não é tão fácil, porque ninguém chega e diz, olha aconteceu isso, e vamos procurar um atendimento, normalmente isso é escondido, então uma via muito utilizada é o ACS, que vai a casa e acaba descobrindo [...] o serviço social da unidade, óbvio que todos os profissionais da unidade, seja o auxiliar de enfermagem, a enfermeira ou o médico, todos estão preparados para poder acolher o caso e depois nos encaminhar [...] (G2).

Em alguns relatos, também se observou a responsabilidade do profissional de saúde apontada pelo gestor:

[...] é acionado o conselho tutelar, isso é uma questão legal que se exige do profissional de saúde que ele tem que acionar, aí se desencadeia esse processo [...] (G1).

Com referência à definição da violência, encontrou-se que:

[...] a violência intrafamiliar é abordada de maneira intersectorial, não é uma ação específica do sistema de saúde [...] uma criança que não tem a carteira de vacinação completa, [...] para o ACS, ela é um indicativo de situação de risco e já sabe que tem de encaminhar essa demanda para a coordenação da unidade, conversar com o enfermeiro, [...] (G1).

Em relação aos tipos de violência indicados pelos gestores, houve os seguintes elementos:

[...] nem sempre a criança sofre maus tratos, apanha, mas é mal cuidada, tem assaduras em decorrência de negligência [...] a gente pega desde negligência com imunização [...] (G1).

[...] agressão física, moral, psicológica, [...] sexual, [...] basicamente pelo que a gente sabe a maior parte dessas crianças elas sofrem de violência sexual [...] (G3).

No que se refere ao atendimento da vítima de violência, as falas revelaram que:

[...] nossas unidades todas estão preparadas para fazer o atendimento de pacientes adolescentes e de crianças (G2).

[...] não tem assim implantado ainda, sabe que existem portarias para a implantação do programa de atendimento dessas crianças [...] isso vem ao nível de ministério, mas chega uma hora que há necessidade, tem de implantar, não só esse, vários outros programas (G3).

Com relação à responsabilidade pela condução dos casos, encontrou-se o papel do Conselho Tutelar como ator principal nas falas dos entrevistados:

[...] o conselho tutelar, a partir daí quem assume a condução do caso é o conselho tutelar e a vara da infância e da juventude [...] uma vez que envolvida a questão legal nesse processo, a gente não controla mais, esse controle fica na mão do juiz [...] (G1).

[...] identificando isso, comunica a unidade, a unidade traz essa informação, para que através do Conselho Tutelar proceda esse encaminhamento para haver uma medida judicial de tratamento para esse caso [...] (G2).

Foi possível perceber a menor ação profissional pelo medo.

E a equipe da unidade de saúde as vezes também tem medo. Muitas vezes quem está muito próximo tem essa coação, principalmente o agente comunitário de saúde que mora no bairro, diferente do médico e enfermeiro que não residem naquele bairro, [...] não sofre tanta ameaça do que aquele [...] profissional que reside no bairro (G1).

Nos discursos dos gestores de saúde, foram encontrados também contradições que denotam ora fragmentação, ora articulação do cuidado, como seguem:

[...] tá acompanhada pelo conselho tutelar, normalmente ela [criança] muda de bairro, perde o contato inclusive com a unidade básica de saúde de origem e a demanda de atendimento [d]ela se dá normalmente via judicial, tem uma desarticulação muito importante. [...] (G1).

Então esse é um atendimento reativo a partir de uma determinada necessidade, não existe um ambulatório específico, um local único que faça o atendimento, são vários serviços que articulados acabam dando o acolhimento para essa situação [...] (G1).

[...] unidade específica que faz atendimento, nós temos o CEACRI, onde tem setor de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e demais serviços da pediatria [...] (G2).

[...] nós não temos uma unidade específica, uma unidade exclusiva para este tipo de atendimento, no CEACRI são feitos todos os outros atendimentos disponíveis, para essa

faixa etária, então não há uma unidade exclusivamente para essa finalidade (G2).

Outro aspecto que demonstrou a contradição diz respeito à notificação da violência, como se vê a seguir:

[...] a notificação em si, o processo [...] não acompanho isso até porque tem um setor de verificação de notificações, temos a vigilância epidemiológica, temos uma diretoria que trabalha dentro disso (G2).

[...] a gente conhece as fichas de notificação, [...] padronizadas pelo Ministério, mas implantados no sistema de saúde pública do município a gente não tem ainda [...], de notificação enquanto vigilância epidemiológica a gente não tem [...]. Não tem um programa implantado, não tem o sistema implantado pra estar alimentando no Ministério da Saúde, a ficha de notificação ainda. (G3).

A prática assistencial dos enfermeiros da APS no enfrentamento da violência intrafamiliar contra a criança e adolescente

Nesta unidade temática, apresenta-se a apreensão dos depoimentos dos enfermeiros que atuam na atenção primária do município estudado, por meio de subtemas, como segue: identificação da violência, definição da violência, atendimento da violência, responsabilidade pela condução dos casos de violência, tipos de violência, descrença na resolutividade e nas ações de enfrentamento/indignação, fragmentação do atendimento e desinformação/desconhecimento.

No que se refere à identificação da violência, os depoimentos a seguir ilustraram esse tema:

[...] através do ACS, do familiar, ou mesmo do enfermeiro ou assistente social [...] a gente acaba vendo (pausa) recebendo denúncias de vizinhos (pausa) que ficam apavorados e vem procurar a unidade para passar o que está acontecendo (E1).

[...] como a gente trabalha há algum tempo na unidade, a gente tem conhecimento das famílias, a gente faz as visitas, [...] então eles [ACS] trazem o caso até a gente, ou passam para a assistente social, [...] têm casos que aparecem assim, a famílias, às vezes, procuram ocultar, mas pelo fato da gente examinar, examinar não, de ver [...] ou vizinhos que vêm e falam que viram alguma coisa (E2).

No que tange ao atendimento da violência, encontrou-se:

[...] aciona o conselho tutelar e notifica [...] o caso e toma as providências imediatas para o caso e começa com o acompanhamento dessas famílias. É feito por escrito, primeiramente telefona, depois notifica por escrito (E1).

Quando a gente tem alguma suspeita, investiga, eu e assistente social, às vezes a gente passa para o médico. Faz uma busca ativa, tenta fazer o exame físico dessa criança, conversa com os pais, com os responsáveis por ela e a gente avalia de maneira geral, e se a suspeita A persiste tanto no caso de violência doméstica, como na violência sexual, a gente passa para frente [...] Encaminha também para o CRAS que é o centro regional de assistência social [...] (E4).

Com referência à responsabilidade pela condução dos casos, observou-se:

[...] se tem que tirar alguém do convívio familiar ou não, mas o Conselho Tutelar que intervém, também nas providências imediatas. Se não a gente faz o acompanhamento normal, de estar fazendo visita domiciliar [...] e ela [Assistente social] vê com o pessoal do Conselho Tutelar, para tomar providências, para confirmar o caso e a violência (E1).

Quanto aos tipos de violência, encontrou-se que:

[...] tem de tudo, de toda ordem de violência, é com criança, com mulher, principalmente de pais e padrastos alcoólatras. Tem o abuso também, violência sexual inclusive [...] daqueles casos que a mãe abandona o filho e sai para fazer, como que se diz? Programa. E abandona em casa menores, menores cuidando de menores, entendeu? (E1).
[...] violência sexual [...] crianças que apanham muito mesmo, sabe, abuso, não sei se é esse termo, abuso moral mesmo, essa violência psicológica [...] (E4).

Outro ponto que emergiu, foi a descrença na resolutividade e nas ações de enfrentamento/indignação que os sujeitos da pesquisa relataram:

[...] é, a gente gostaria de ver uma solução que tivesse uma resolutividade, mas é bem diferente do que a gente imagina [...], dependendo da gravidade do caso, eu acho que se eles (Conselho Tutelar) agissem com mais rigor [...] as leis nesse sentido tinham que ser mais rigorosas [...] tinham que ser mais justas [...] a gente fica assim horrorizado (E2).

Então, violência sexual já tive assim, nossa Muito ruim, bem complicado atender esse tipo de situação [...] eu, particularmente, não gosto do Conselho Tutelar, eu tenho uma certa resistência, eu acho que eles são muito punitivos [...] (E4).

A fragmentação do atendimento é percebida nos excertos a seguir:

A gente faz o acompanhamento normal, de fazer visita domiciliar. Ai, é só o assistente social e o ACS [...] teria que ver com a assistente social que é ela mais quem repassa os problemas pra lá e tem outros também [...] é da área mais social sabe [...] (E1).

Discussão

Alguns aspectos relevantes a respeito do atendimento da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente emergiram dos excertos apresentados nas falas, tanto dos gestores de saúde como dos enfermeiros, em nosso estudo. Entre eles, está a notificação ao Conselho Tutelar, sendo esta ação de conhecimento comum, mesmo nos casos de suspeita. A responsabilidade pela condução dos casos após a notificação ao Conselho Tutelar, de acordo com os gestores, é do Conselho Tutelar e da Vara de Infância e Juventude. A esse respeito, outro estudo enfoca a importância de se realizar a notificação da violência como um instrumento de política pública, pois auxilia a dimensionar a questão, além de determinar a necessidade de investimentos em vigilância e assistência, permitindo desenvolver ações de enfrentamento da violência intrafamiliar.⁽⁶⁾

Com relação à identificação da violência, encontrou-se o ACS como peça fundamental na identificação e os demais profissionais que compõem a equipe, como capazes e preparados para identificar, acolher e encaminhar os casos de violência. Ao se transferir especificamente a um dos membros da equipe, a responsabilidade nas ações de condução e identificação dos casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, corre-se o risco de um cuidado fragmentado ou insuficiente, além de um possível despreparo profissional para lidar com a questão.

Sobre esse aspecto, estudo que abordou a prática da saúde da família no cuidado de crianças vítimas de violência enfocou que não há menção, quanto à discussão de casos entre os membros da equipe, muito menos ações partilhadas com outros sujeitos públicos ou privados, ou de outros setores, como a educação e proteção social, e o enfermeiro não se vê como agente de cuidado nessa situação.⁽¹¹⁾ Ainda, estudo realizado sobre a violência contra crianças no Município do Rio de Janeiro identificou certa dualidade entre os profissionais quanto às responsabilidades da saúde da família frente à situação de violência doméstica, pois alguns consideraram que o assunto deve constar da agenda da Estratégia Saúde da Família, e outros consideraram que este seja de responsabilidade do Conselho Tutelar, da assistência social e das escolas.⁽²⁾

Em relação aos princípios da atenção primária, a compreensão da forma sobre como lidar com a violência emergiu vinculada a intersetorialidade, não sendo

específica da área da saúde. Além disso, houve o entendimento de que a criança, usuária do serviço de saúde, poderá ser captada como possível vítima de violência em qualquer momento, pela equipe da atenção primária, o que nos remete a integralidade e ao acolhimento nas ações dos serviços de saúde. Em contrapartida, estudo⁽²⁾ evidenciou como dificuldades para que essa prática se concretize, o vínculo com a comunidade e a dificuldade para ações intersetoriais, considerados desafios para detecção, notificação e acompanhamento dos casos de violência contra crianças.

A fragmentação do serviço pelos profissionais de saúde e a desvinculação entre o profissional de saúde, comunidade e a criança vítima de violência com a unidade de saúde de origem, mostraram-se como fatores negativos importantes, percebidos pelos gestores no atendimento. A desvinculação do profissional de saúde foi apontada pelos gestores como resultante do medo e da postura de não se envolver com os casos de violência, a exemplo do estudo citado acima.

Muitos conceitos nos excertos de falas dos gestores convergiram para um mesmo entendimento. No entanto, emergiram também divergências, entre as quais se destacam a incerteza da articulação/desarticulação no serviço, a existência ou não de programas de atendimento específicos; de quem é a atribuição; na equipe, em identificar os casos, se existe registro no sistema de vigilância epidemiológica ou não.

Estas dificuldades para conformar uma compreensão do problema com vistas à sua resolutividade são inerentes aos múltiplos fatores que conformam a temática. Considera-se que, diante da complexidade exigida para resolver esta questão, a abordagem também deve ser múltipla, com ações de educação permanente dos profissionais de saúde, com preparo dos gestores e reformulação do processo de trabalho em saúde, com definições claras a respeito das atribuições das equipes diante da violência. Logo, torna-se necessário unir gestores, equipe e comunidade no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente.⁽²⁾

Embora os gestores mencionem que os profissionais da atenção primária estão capacitados, não houve essa mesma percepção por parte dos enfermeiros sobre sua capacidade de detecção e manejo dos casos de violência. Estudo⁽²⁾ destaca que os profissionais, em sua maioria, sentem-se inseguros pela falta de conhe-

cimentos e habilidades para o manejo do cuidado a vítimas de violência.

A partir do momento, que a violência é entendida como parte do processo de trabalho em saúde, ela deixa de ser invisível e passa a tornar-se fator de investigação e cuidado em saúde. Na atenção primária à saúde, as ações no sentido de estancar a violência se fazem mais necessárias, pois, quando a vítima da violência precisa de um serviço especializado é porque a violência já está instalada, causando agravos. Nesse nível de complexidade do sistema de saúde que a precocidade da intervenção precisa instalar-se de forma integral.

Para o atendimento da violência, emergem das falas dos enfermeiros ações que se iniciam pela investigação com os familiares, seguida do encaminhamento para o Conselho Tutelar ou serviço social e posterior acompanhamento do caso. Observa-se que a ação mais negligenciada foi o acompanhamento posterior ao encaminhamento, o que remete a um cuidado não integral.

A respeito desse aspecto, estudo abordou que o papel das equipes de saúde vai muito além de buscar culpados, diagnosticar, registrar e notificar casos de violência contra crianças e adolescentes, mas é preciso acolher, aconselhar, assistir as vítimas, planejando o cuidado na própria unidade, encaminhando quando necessário, mas acompanhando o desfecho da situação, pois para além do caso individual, é preciso pensar no cuidado coletivo, com micro e macropolíticas públicas efetivas e aplicáveis no combate à violência. O enfermeiro precisa ter uma visão integral da criança, do adolescente, da família, relacionada a fatores individuais, programáticos e sociais que interferem tanto na ocorrência como na prevenção da violência.⁽⁵⁾

Contrário ao exposto, os enfermeiros entrevistados relatam a fragmentação do cuidado como realidade de seus ambientes de trabalho, indicando a assistente social como responsável pelos encaminhamentos, e o ACS pela identificação dos casos junto à população assistida pela unidade. No que tange a esse aspecto, é possível perceber que os profissionais da equipe tendem a dividir o trabalho e dessa forma, o que era para ser um serviço baseado na integralidade, passa a ser fragmentado e limitado.

Percebe-se aqui uma vulnerabilidade do sistema no atendimento à vítima de violência infantojuvenil em que não há contrarreferência da rede para onde a

vítima foi encaminhada, bem como não há continuidade do cuidado a esta e sua família, após a notificação do caso. A família e a vítima passam a fazer parte de outro serviço, mostrando que a partir da notificação a responsabilidade pelo cuidado é do setor de ação social e não mais da saúde. Ao longo do tratamento, após o encaminhamento dos casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, o contato com a unidade de atenção primária é perdido, mostrando fragmentação do cuidado e não há ações interdisciplinares e intersetoriais. Estudo refere que a prática de repassar os casos de violência a outros profissionais ou setores do sistema mostra que os profissionais da atenção primária deparam-se com inúmeros desafios, destacando-se a não compreensão de si mesmo como sujeitos ativos do processo de enfrentamento desse fenômeno complexo e multicausal, que é a violência.⁽¹¹⁾

Salienta-se ainda que o cuidado não termina com a notificação do caso, é necessário que se empregue o princípio da integralidade no serviço de saúde por meio do acompanhamento desta família, propiciando-lhe acolhimento e acompanhamento, pois a partir do momento que os profissionais de saúde da atenção primária não procedem a identificação e a notificação, como consequência, o caso torna-se invisível, não há uma intervenção eficaz, podendo a criança ou adolescente tornar-se novamente vítima de violência que, muitas vezes, poderá ser fatal.⁽⁵⁾

Os profissionais de saúde encontram-se diante de um grande desafio, no qual precisam ao mesmo tempo evitar as formas traumáticas de intervenção sem, contudo, cair na negligência com que o tema da violência contra a criança vem sendo tratado no Brasil.⁽¹⁻²⁾ A legislação aponta a obrigatoriedade da notificação e as penalidades para aqueles que, cientes de um caso de violência não denunciarem, este aspecto não foi citado em nenhum momento pelos enfermeiros. Dessa forma, pode indicar desconhecimento da legislação. Nas falas dos gestores, a notificação por parte dos profissionais de saúde emerge como questão legal, assim como têm ciência da existência de portarias que preconizam programas específicos de saúde para o atendimento da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.

Também se deve atentar ao fato de que quando há violência intrafamiliar, a família como um todo está doente e precisa de cuidado e acolhimento. Este é, por-

tanto, um ambiente de vulnerabilidade, visto que a família, ao mesmo tempo em que é entendida como um dos primeiros ambientes protetores no ciclo de vida da criança, também pode manter relações muitas vezes não protetivas em seu interior. Sendo assim, se faz necessário que o atendimento de saúde não seja composto apenas da vítima de violência, como também da família, por compreender que o fato violento dentro desta envolve diferentes fatores e agentes determinantes do ritmo e do lugar das relações existentes entre adultos e crianças.⁽¹²⁻¹³⁾

Ao se receber uma criança ou adolescente vitimizado no serviço de saúde, o profissional deve saber que está lidando com uma situação em que há sempre duas vítimas, a própria criança e a pessoa que praticou o ato.⁽¹⁴⁾ Salienta-se a importância da legislação de proteção à criança e o adolescente, vítimas de violência intrafamiliar, a gestão de saúde atuante na construção de políticas, programas e estratégias em consonância com a legislação vigente, e a atuação do profissional da APS capacitado em concordância com o que nos evoca os princípios e diretrizes de nosso sistema de saúde.

Conclusão

Para os gestores de saúde, o Conselho Tutelar emergiu como órgão ao qual se deve fazer a notificação da violência intrafamiliar infantojuvenil seja ela caso confirmado ou suspeita. Quanto à identificação dos casos, tanto é atribuída ao ACS quanto aos demais profissionais que compõem a equipe de atenção primária à saúde. Na ótica dos gestores, as unidades de saúde são capazes e preparadas para detectar, acolher e encaminhar os casos de violência. Mas o discurso é dissonante, pois ao mesmo tempo relataram a fragmentação do serviço e a fragilidade na vinculação entre o profissional de saúde e a comunidade e entre a criança vítima de violência e a unidade de saúde de origem.

Os enfermeiros que atuam na atenção primária apontaram que a identificação da violência pode acontecer tanto pela demanda espontânea pelo serviço de saúde, como por meio do relato de ACS e/ou vizinhos da vítima da violência. O Conselho Tutelar não foi apontado como órgão preferencial para os encaminhamentos. Relataram a fragmentação do cuidado como realidade de seus ambientes de trabalho, indicando a assistente social como responsável pelos encaminhamentos e o ACS pela identificação dos casos de violência. No sistema de atendimento a vítima de violência

infantojuvenil não há contrarreferência da rede para onde a vítima foi encaminhada, bem como não há continuidade do cuidado após a notificação do caso.

Assim, é preciso ampliar os horizontes no tocante ao enfrentamento da violência, integrando ações de cunho individual e coletivo; multiprofissional; integral e intersetorial, direcionadas por políticas de saúde pautadas na legislação em vigor, bem como deve haver mudanças dos processos de trabalho, acompanhado do preparo dos profissionais por meio de ações de educação permanente para que percebam as situações de violência contra a criança e o adolescente em seu entorno e saibam como agir em seu enfrentamento.

Referências

1. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egly EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2012; (20)2: [08 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 17 abr 2014.
2. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no programa saúde da família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(9):1749-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/csp/pdf/v28n9/v28n9a13.pdf>. Acesso em: 17 abr 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para 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. 104 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf.
4. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2010;63(4):660-5. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2733.pdf>. Acesso em: 17 abr 2014.
5. Deslandes SF, Mendes CHF, LUZ ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)* 2014; 19:865-74.
6. Silva MAI, Pan R, Melo L, Bortoli OS, Nascimento LC. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(2):351-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12296/10246>. Acesso em: 17 abr 2014.
7. Garbin ASG, Roviada TAS, Joaquim RC, Paula AM, Guimarães, Queiroz APD. Violência denunciada: ocorrências de maus-tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(4):665-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a06v64n4.pdf>. Acesso em: 17 abr 2014.
8. Apostólico MR, Hino, P, Egly, EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):320-7. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 17 abr 2014.
9. Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000.
10. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3): 44-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em: 20 nov 2013.
11. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscolo TS, Souza SL, Gomes R. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2013; (21)Spec: [07 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 17 abr 2014.
12. Niimi R, Minayo MCS. Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Brasília: UNICEF/CLAVES; 2004.
13. Gabatz RIB, Padoin SMM, Neves ET, Terra MG. Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intra-familiar. *Rev Gaúcha enferm* 2010; 31(4):670-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12913/11848>. Acesso em: 17 abr 2014.
14. Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Manual de Enfermagem em Pediatria Goiânia: AB Editora; 2010.