

A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes

Primary attention as a structuring axis of the reduction of violence indicators against children and adolescents

Rachel Amorim Quirino da Costa Marinho¹, Ricardo Saraiva Aguiar²

Como citar:

Marinho RAQC, Aguiar RS. A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. *REVISA*. 2019; 8(2): 228-41. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p228a241>

REVISA

1. Universidade Paulista.
Brasília, Distrito Federal,
Brasil.

Recebido: 10/04/2019
Aprovado: 4/06/2019

RESUMO

Objetivo: Demonstrar o papel da atenção primária à saúde no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no período de 2010 a 2015, de artigos pesquisados nos bancos de dados BDNF, LILACS e SciELO. **Resultados:** Optou-se pela definição de três categorias para a discussão dos resultados: as políticas públicas, a rede de proteção e as ações desenvolvidas para prevenção da violência. **Conclusões:** Verificou-se que as políticas públicas são instrumentos de Estado que fortalecem as intenções de enfrentamento da violência. Diversas são as instituições da rede de proteção disponíveis, porém as ações ainda são fragmentadas e perpetua o isolamento desses atores. Assim, faz-se necessário maiores esforços no sentido de compor uma rede que atue de forma sistêmica, contínua e articulada com o intuito de garantir a proteção, promoção e prevenção à saúde de crianças e adolescentes para um desenvolvimento pleno e saudável.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Violência Doméstica; Defesa da criança e do adolescente.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the role of primary care in coping with violence against children and adolescents. **Method:** This is an integrative review of the literature, in the period from 2010 to 2015, of articles searched in the BDNF, LILACS and SciELO databases. **Results:** It was decided to define three categories for the discussion of the results: public policies, the protection network and actions developed to prevent violence. **Conclusions:** It has been verified that public policies are state instruments that strengthen intentions to confront violence. There are many institutions of the protection network available, but the actions are still fragmented and perpetuates the isolation of these actors. Further efforts are needed to create a network that acts in a systemic, continuous and articulated way with the purpose of guaranteeing the protection, promotion and prevention of the health of children and adolescents for a full and healthy development.

Descriptors: Primary Health Care; Domestic Violence; Child Advocacy.

Introdução

A violência contra a criança ou adolescente trata-se de uma prática antiga e que ainda é perpetuada até os dias atuais, em todas as culturas, classes sociais e educacionais. Seus registros são antigos e demonstram que crianças e adolescentes sempre foram sujeitos vulneráveis aos mais diversos tipos de maus-tratos e violências. Somente na década de 1960, nos Estados Unidos, a área da saúde começou a preocupar-se no combate à violência contra a população infanto-juvenil, sobretudo a Pediatria, que a identificou como um problema de saúde. Hoje, essa é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma questão de saúde pública, pois é responsável por elevar os indicadores de morbimortalidade infantil.¹⁻³

A violência diz respeito a todos os tipos de abusos ou maus-tratos, sejam eles físicos, psicológicos, de negligência ou sexuais. Entretanto, nesse contexto, destaca-se a violência doméstica que compromete o crescimento e o desenvolvimento das vítimas trazendo riscos à saúde e à própria vida. Para tanto, faz-se importante identificar a sua natureza, bem como os sinais que a identificam, tempo de exposição e suas consequências, para que se possa descobri-la em todos os aspectos e tomar uma correta ação no cuidado a essas vítimas. Dessa forma, define-se as intervenções necessárias e a especificidade das políticas públicas para um eficaz combate à violência infanto-juvenil.^{2,4}

Um exemplo de relevância no enfrentamento a esse tipo de violência ocorre no Brasil, onde a ênfase das políticas públicas é respaldada na Constituição Federal de 1988. Esta regulamenta a saúde como direito universal e um dever do Estado em criar serviços e estratégias públicas que reduzam os riscos de agravos e seus subprodutos, além de manter o acesso igualitário e universal a toda a população com ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde.²⁻³

Nesse sentido, com a finalidade de manter esse objetivo, o Estado criou o Sistema Único de Saúde (SUS), após a oficialização da atual Carta Magna. A partir desse sistema foi difundida uma abrangente rede de atendimento em atenção primária à saúde (APS), como acesso inicial ao diagnóstico da ocorrência de uma violência e no fornecer do socorro necessário. Dessa forma, quando ocorre uma suspeita ou confirmação de violência em crianças e/ou adolescentes, os profissionais de saúde devem legalmente notificar o caso. Esta ação é obrigatória, visto que está devidamente prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos Códigos de Ética Profissionais e em demais legislações nacionais.²

A assistência às vítimas de violência demanda conhecimentos distintos, pois incitam as práticas correntes de setor da saúde, principalmente no acolhimento e na captação de recursos setoriais e intersetoriais com o objetivo de preservar as pessoas que se encontram nesta situação.^{5,3}

O aspecto da prevenção no confronto desse problema constantemente apresenta-se como um dos pontos centrais na APS pela equipe de enfermagem, visto que, sob sua responsabilidade e também dos demais profissionais de saúde, está o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A OMS sugere algumas ações para esse efeito, dentre as quais, destacam-se: a atuação

em estratégias ligadas à redução da incidência e prevalência dos casos de violência (prevenção primária); a identificação do risco potencial em violência familiar de uma comunidade, mesmo em atendimentos específicos, por exemplo: pré-natal ou consulta pediátrica (prevenção secundária); e o trabalho de promoção de atenção à solução de problemas que foram detectados (prevenção terciária).⁵

Considera-se que a APS mostra-se como vínculo primário, na demanda do atendimento das queixas de saúde da população em geral, incluindo a violência doméstica. Observa-se, pois que isto se configura em grande complexidade de atuação, visto que as ações, no entanto não demonstram efetividade por serem um tanto fragmentadas e particulares.

Assim, o presente estudo tem como objetivo ampliar a percepção da problemática da violência perpetrada contra a criança e o adolescente, colocando a APS como eixo central para o cuidado a estas famílias, pautado na integralidade do cuidado, destacando as políticas públicas, a rede de atenção e as ações desenvolvidas pela APS voltadas a estas vítimas de violência.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, baseada em 12 pesquisas, compreendendo artigos disponíveis nas bases de dados científicos eletrônicos de acesso público (BIREME e *Scientific Electronic Library Online - Scielo*), publicados entre 2010 e 2015, na área de Psicologia, Enfermagem, Pediátrica e Saúde Pública e Coletiva.

O método de revisão integrativa permite a inclusão de literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas, facilitando o acesso a evidências científicas recentes e favorecendo o aprimoramento do conhecimento acerca de determinado assunto, além de evidenciar pontos que requerem maior enfoque de novas pesquisas.⁶

Para determinar quais estudos seriam incluídos nesta pesquisa, os meios adotados para a identificação de questões relevantes, bem como as informações a serem extraídas de cada estudo selecionado, iniciou-se o processo na definição da pergunta norteadora, que é considerada a fase mais importante da revisão. Dessa forma, seguiram-se as fases para a elaboração de revisão integrativa da literatura, onde foi iniciada a primeira etapa do processo com a definição e seleção da hipótese para a definição do tema. Nessa fase obteve-se a seguinte pergunta norteadora: Qual o papel da atenção primária no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes?

O processo de revisão foi desenvolvido em cinco etapas envolvendo a seleção do tema, a busca nas bases de dados científicos, análise dos artigos incluídos, interpretação e apresentação dos resultados da revisão. Os artigos incluídos na revisão foram analisados de forma sistemática quanto aos dados referentes ao título, autores, objetivo, resultado e ano. Além disso, foram estabelecidas três categorias de discussão considerando o tema proposto.

Resultados e discussão

A busca dos artigos foi feita nas bases de dados científicos BDENF (Bases de Dados de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino Americana do Caribe) e SciELO (Scientif Eletronic Library Online). O período de coleta de dados estendeu-se de março a agosto de 2016. Os termos utilizados na pesquisa foram: Atenção Primária à Saúde, Violência Doméstica, Defesa da criança e do adolescente. Foram encontrados 3.200 artigos relacionados com a temática central desta pesquisa, publicados entre 2010 e 2015, excluindo aqueles publicados em línguas estrangeiras e que não estavam disponíveis online na íntegra. Após análise por título, foram separados 65 artigos, que foram lidos e analisados o resumo e selecionados 12 artigos apreciados na íntegra.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, resultados, ano de publicação.

	Título	Autor	Objetivo	Resultados	Ano
Artigo 1	Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares	Nesse AS, Castro GB, Hayeck CM, Cury DG	Compreender os principais conceitos de violência e as prerrogativas que sustentam as discussões sobre a criança enquanto sujeito de direito. Enfatizar a importância da estruturação da rede de proteção à infância e à adolescência como uma estratégia horizontalizada de poder com relações intra e interinstitucionais dinâmicas e efetivas	A perspectiva interdisciplinar e interinstitucional amplia a discussão sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes. Os serviços ainda estão carentes de especialização e de atualização de pesquisas	2010
Artigo 2	Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil	Assis SG, Avanci JQ, Pence RP, Pires TO, Gomes DF	Apresentar o quadro de violência doméstica, sexual e outras violências perpetradas contra crianças no Brasil	O número de notificações em todo o país é baixo entre os menores de 10 anos. Diferenças quanto à distribuição das notificações por unidade da federação. Poucos municípios notificaram violências no SINAN	2012
Artigo 3	Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção da saúde	Azevedo E, Pelicioni MC, Westphal MF	Conhecer como as práticas intersetoriais estão sendo incorporadas nas ações previstas em diferentes redes, políticas, programas e planos públicos estabelecidos entre 2006 e 2010 que dialogam com as diretrizes da promoção da saúde	Despreparo político e técnico de gestores e profissionais de saúde. Falta de reconhecimento de alguns dos temas das políticas como questões políticas como questões legítimas de Saúde Coletiva	2011
Artigo 4	Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde	Magalhães ACF, Ferreira AL, Corrêa LP, Rodrigues MC, Viegas SMF	Conhecer a compreensão dos profissionais da equipe de saúde da família e das equipes de apoio sobre o uso de indicadores de saúde na atenção primária em Belo Horizonte (MG)	Conhecimento sobre a real situação de saúde de uma população torna-se imprescindível para o planejamento e a implementação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde	2012
Artigo 5	Rede de proteção contra a violência na infância à luz dos conceitos de Capra	Fernandes APP, Mazza VA, Leonardt MH	Refletir sobre a rede de proteção contra a violência na infância à luz do conceito de redes do teórico Fritjof Capra	Os conceitos de Capra permitem refletir sobre a organização das redes de proteção considerando as práticas e ações em enfoque sistêmico	2013

Artigo 6	Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros	Souza RG, Santos DV	Conhecer a atuação dos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças em um município do recôncavo baiano	Capacitação dos enfermeiros é imprescindível. A notificação não apareceu nas narrativas. Falta de compreensão do direcionamento dos casos identificados. Falta de diálogo entre a Unidade de Saúde e os órgãos de proteção ao menor	2013
Artigo 7	Processo de intervenção para a prática integrada de profissionais de saúde no atendimento à criança vítima de violência	Klippel YAM	Problematizar com os profissionais de saúde suas atuações frente à criança vítima de violência	Os profissionais do hospital pesquisado reconhecem a dificuldade em desempenhar um bom trabalho com as crianças vítimas de violência. Há necessidade de capacitação dos profissionais para melhor atender essa clientela	2013
Artigo 8	Violência na infância: perspectivas e desafios para a Enfermagem	Borges JPA	Descrever a produção científica sobre a violência na infância enfatizando perspectivas e desafios na enfermagem	A violência deve ser tratada como um fenômeno complexo e multicausal. A notificação representa um indicador epidemiológico da violência. Formação continuada para enfermeiros e demais profissionais de saúde	2014
Artigo 9	O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Básica à Saúde	Carlos DM	Contribuir para a compreensão do cuidado em rede, direcionando as famílias envolvidas na VDCCA, estruturado a partir da ABS, sob a ótica de profissionais dos Centros de Saúde do município de Campinas-SP	Necessidade de superação do ainda vigente paradigma tradicional centrado no modelo biomédico e fragmentado para um cuidado transdisciplinar, interdisciplinar e intersetorial, implicando novas (trans)formações no “saber-fazer” o cuidado centrado de famílias envolvidas na VDCCA	2014
Artigo 10	Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral	Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Jahn AC	Conhecer as práticas de cuidado dos profissionais de saúde a usuários em situação de violência, sob o eixo da integralidade	Os profissionais não utilizam a integralidade como eixo norteador de suas práticas de cuidado aos usuários em situação de violência, visto que, ainda trabalham pelo modelo biomédico	2014
Artigo 11	A rede de proteção à crianças e adolescentes: finalidades e possibilidades	Oliveira CN	Abordar sobre a importância de um trabalho em rede na busca da proteção dos direitos infanto-juvenis	A cultura institucional ainda é predominantemente endógena, burocratizada e referida a rotinas e protocolos que não favorecem a troca, a sistematização crítica dos atendimentos, demandas e encaminhamentos entre as instituições	2015
Artigo 12	Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica	Leite JT, Bezerra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC	Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes	Os enfermeiros conheciam as políticas públicas, mas não conseguiam colocá-las em prática; estavam despreparados para identificar e enfrentar a violência; não participavam de cursos de capacitação e temiam notificar os casos detectados de violência	2016

Os artigos encontrados foram extensamente analisados e agrupados de acordo com a temática abordada. Basicamente foram estabelecidas três categorias referentes ao tema central dos artigos, sendo elas: Políticas Públicas

para a criança e o adolescente; Redes de proteção; e Ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Políticas públicas para a criança e o adolescente

Em meados da década de 80, o Brasil começou a preocupar-se com a questão da violência contra a criança e o adolescente, perpetrada no âmbito doméstico, e pensar em respostas efetivas para esse enfrentamento. Nesse contexto, houve um despertar da sociedade civil como um todo e, também do Estado no sentido de proteger a população infanto-juvenil e de prezar por seu crescimento e desenvolvimento. Para tanto, surgiu a necessidade de ampliar as políticas públicas e discutir estratégias voltadas para esse alarmante problema.⁶⁻⁸

A Constituição Federal de 1988 provocou mudança mais aprofundada no que diz respeito aos direitos humanos de crianças e adolescentes, passando da perspectiva da “criança-objeto” ou “do menor”, ou seja, da visão correccional, para a perspectiva dessa população como sujeitos de direitos, conforme determina em seu artigo 227.^{9-10,7}

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Essa determinação aponta para a importância da implantação e estruturação de uma rede que proteja a infância e a adolescência.^{9-10,7}

Aprovado pelo Congresso Nacional, em 30 de junho de 1989 e, transformado na Lei 8.069, em 13 de junho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi implementado como instrumento legal na garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Esses sujeitos passam a ter um aparato legal que prioriza, de forma absoluta, por parte da família, da sociedade e do Estado, que transforma toda a concepção de atendimento.^{11-13,6}

A partir da especificação de direitos, do estabelecimento de princípios de diretrizes das políticas de atendimento, da definição das atribuições e competências e da disposição de procedimentos judiciais que envolvam a população infantojuvenil, pela Constituição Federal e o ECA, foi estabelecido um sistema geral de proteção e direitos. Este sistema tem o objetivo de uma implementação efetiva da Doutrina da Proteção Integral denominado Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Neste, abarcam-se princípios e normas que norteiam as políticas de atenção à criança e ao adolescente, que têm suas ações promovidas pelas três esferas de Governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e pelos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e, ainda, pela sociedade civil, em três eixos (promoção, prevenção e controle social).¹¹

O Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil surgiu nos anos 2000, quando houve um avanço significativo no Brasil no que se refere ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, pela aprovação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Este plano é um instrumento de defesa e garantia de direito da

população infanto-juvenil que pretende criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação de violência sexual, estruturado em seis eixos estratégicos. São eles: análise de situação, mobilização e articulação, defesa e responsabilização, atendimento, prevenção e protagonismo infantojuvenil. Esse instrumento tornou-se referência e ofereceu uma síntese metodológica para a estruturação de políticas, programas e serviços para o enfrentamento à violência sexual.¹⁴⁻¹⁵

Em resposta às demandas desse plano, surgiu como estratégia de enfrentamento e articulada por diversos atores responsáveis da garantia de direitos, o Disque 100, que recebe denúncias de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes, e presta orientações sobre os serviços e redes de atendimento e proteção em todo o País e a sistematização e difusão de novas práticas de atendimento humanizado e integral em rede.¹⁴

O Ministério da Saúde recebeu a incumbências do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) promover a atenção integral à saúde e buscar responder as demandas a partir de elaboração de estratégias para o enfrentamento da violência no Brasil. Estas envolvem ações de promoção à saúde, prevenção de violência e reabilitação das vítimas e autores nos três níveis de atenção.⁸

Em resposta a essas demandas, foi lançado e publicado no Diário Oficial da União, pelo Ministério da Saúde, em 18 de maio de 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências como um instrumento norteador da atividade do setor de saúde nesse tema, com sugestões de ações específicas para os gestores federal, estaduais e municipais, cujas diretrizes são: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; ficha de Notificação Compulsória, aos profissionais da saúde.^{16,9}

Tudo isto com o objetivo de aparelhar o trabalho de forma a contribuir no conhecimento da realidade sobre um dos maiores obstáculos que contrapõe o crescimento e desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes brasileiros: a violência doméstica e demais formas de maus-tratos.^{16,9}

Com o objetivo de atuar sobre as causas de doenças e agravos da população, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, que veio realçar a estruturação de um estilo de atenção que prioriza a qualidade de vida, com ações para a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.¹⁴

Homologada em 2006, a PNPS apresenta diferentes esferas de ações que apontam para seu objetivo de atuar de forma inter setorial, tendo como diretriz: o reconhecimento da busca da equidade; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento da participação social; a promoção das mudanças na cultura organizacional; o incentivo à pesquisa e a divulgação das iniciativas voltadas

para a promoção da saúde, considerando metodologias participativas e o saber popular.¹⁶⁻¹⁷

A partir da PNPS, o Ministério da Saúde criou uma portaria para enfatizar a necessidade de integração das ações da Estratégia de Saúde da Família (EFS) com as de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos não-Transmissíveis, além do Plano Nacional de Enfrentamento de Violências – Violência Sexual Infantojuvenil; Violência Sexual e/ou Doméstica contra Mulheres; Violência contra Idosos e contra o Tráfico de Pessoas e, mais recentemente, a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.^{17,14}

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006, pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância à Saúde, surgiu com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados por meio de fichas de notificação e instrumentos de entrada de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes. Tudo isso possibilitaria conhecer a real dimensão deste grave problema de Saúde Coletiva.^{6,16}

Baseado nisso, as políticas públicas, no Brasil, voltadas para a infância e a adolescência colocam que as crianças e os adolescentes têm o direito à convivência com sua família e com a sua comunidade, de modo a poderem se desenvolver plenamente como seres humanos. Proteger e fortalecer os vínculos familiares e comunitários tem sido desafios constantes do Estado e da sociedade brasileira, diante do cenário atual de desigualdades sociais que interferem nas relações sociais e que se expressam na forma de riscos e vulnerabilidades, no cotidiano da vida dessas pessoas.

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, e do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, o Estado passou a ter um olhar diferente na infância. Este olhar não é apenas sobre a família, mas para a criança na família. Nesta época, o slogan era 'lugar de criança é na família, na escola e na comunidade.

No entanto, o que ocorre é um déficit nas políticas públicas brasileiras de proteção direcionadas à infância e à adolescência, levando o Estado a despontar no que diz respeito à morte de crianças e jovens.

A relação entre um projeto de Estado Social e a sociedade poderá abrir portas para um novo patamar de enfrentamento da questão social, garantindo os direitos sociais das crianças e dos adolescentes, que são conquistas recentes no Brasil. Sabe-se, entretanto, que as mudanças não podem se restringir aos aspectos endógenos, pois, ao se requerer mais investimentos financeiros, mais recursos humanos e mais capacitação continuada, a gestão da política de Assistência Social está permeada por determinações históricas, políticas e sociais que estão além do poder decisório de um só grupo de atores.

Rede de proteção à criança e ao adolescente

Na busca de proteção dos direitos da criança e do adolescente é importante um trabalho em rede. As redes surgiram na sociedade contemporânea e se tornaram um fenômeno comumente observado por diferentes atores, organizações, vinculados entre si e com objetivos comuns,

utilizando-se de uma dinâmica compatível e adequada. O termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção a segmentos, que se encontra em situação de risco social e pessoal, como crianças e adolescentes vítimas de violência. Essas redes de proteção contra a violência podem ser vistas como redes sociais, que são um sistema vivo, com enfoque sistêmico, que constrói teias de comunicação envolvendo a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder. Elas formam sistemas e atores que a criança entende como relações de apoio, que têm início com o acolhimento da denúncia da violação. Esse é um momento delicado, pois uma rede composta por profissionais sem preparo e qualificação oferece risco de revitimização.^{9,11}

A estruturação da rede de proteção implica na inclusão de atores sociais diversos e instituições de setores variados tais como: os Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA), Promotoria e Vara da Infância e Juventude e, instituições como escolas, centros de saúde, hospitais e abrigos.⁶

O ajustamento da linguagem dos diversos atores e a adoção de práticas voltadas para uma conexão dinâmica, flexível e horizontal no desenvolvimento do trabalho em rede, favorece a amplitude de ações frente à problemática da violência. Tudo isto propicia um campo de atuação mais amplo da rede de proteção à criança, que se opera desde o acolhimento, notificação, apoio familiar, orientação, educação comunitária e capacitação dos profissionais. O seu propósito não é só prevenir novas formas de violência, mas também de articular as instituições inseridas na rede e alcançar intervenções mais adequadas para o enfrentamento da violência doméstica infanto-juvenil.^{11,9}

Dentre os estudos já realizados neste campo, um detectou que os profissionais da área diagnosticavam um problema, porém no manejo dos casos encontravam dificuldades em obter suporte institucional para continuidade do atendimento, gerando a sensação de solidão e impotência para romper o ciclo da violência. Sabe-se que, diversas questões, como já citadas, a limitação de recursos para os serviços, a falta de incentivo das políticas públicas, a desqualificação e, até mesmo, a resistência dos profissionais para o trabalho em rede, podem contribuir para a permanência dessas práticas fragmentadas. Uma visão limitada das possibilidades da rede pode comprometer o seu real potencial de atuação.¹³

Estudo realizado para identificar fatores de risco e de proteção da rede de atendimento às crianças vítimas de violência sexual, em Porto Alegre-RS, detectou que a comunicação entre as diversas instituições que atuaram nos casos foi mínima, comprometendo todo o trabalho em rede. Verificou-se que a circulação inadequada de informações causa prejuízos estruturais e operacionais para a rede, podendo resultar na ausência de notificações ou em danos na atuação da equipe, com possíveis repercussões negativas para a proteção infantil. Por outro lado, a subnotificação pode comprometer a compreensão da amplitude do problema, impedir a construção de indicadores epidemiológicos e diminuir as transferências de recursos financeiros que o Município ou o Estado poderiam investir para a prevenção da violência.^{13,15}

Assim, as redes não só têm a tarefa de proteger, mas também de fazer com que a violência, suas causas e consequências sejam reconhecidas como um problema que afeta os indivíduos e a sociedade. Portanto, é necessário aumento dos investimentos públicos, menos burocracia no fluxo de informações e incentivo e mais integração entre os seus membros. Para isso, ressalta-se a importância da compreensão de conceito de rede sistêmica e da proteção integral à criança, o que, por vezes, requer mudanças de paradigmas em todos os âmbitos.^{9,15}

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estruture a sua rede de saúde, especialmente, a atenção básica à saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e a sociedade civil organizada, existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes e suas famílias, em situação de violência.¹⁴

Por último, Motti e Santos (2008) afirmam que as redes de proteção devem proporcionar o conhecimento crescente, a partir de estudos e pesquisas do fenômeno da violência (locais de ocorrência, perfil dos envolvidos, tipos de violência, características, dentre outros); mapeamento e organização dos serviços, das ações, dos programas e projetos por níveis de complexidade; fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos; construção de fluxos: de denúncia e notificação, de atendimento e de defesa e responsabilização; integração dos programas, projetos, serviços e ações que direta e indiretamente têm relação com o enfrentamento à violência; atenção e Proteção Integral; construção e implantação de instrumentais comuns para o atendimento, o encaminhamento e o acompanhamento dos casos (fichas, banco de dados e informações); produção de materiais informativos para mobilizar e articular a comunidade local no enfrentamento das violações dos direitos de crianças e de adolescentes e materiais formativos para os profissionais e operadores da rede de proteção social; e melhoria no fluxo de comunicação.¹⁶

As redes de proteção atuam de maneira sistêmica e energética, rompendo assim com o isolamento das pessoas e das organizações. Pela análise dos estudos já realizados nesta área, verifica-se que as redes evitam duplicação de ações e realizam atividades integradas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê a rede em seu sentido mais amplo e constitui uma estratégia indispensável no conceito de Proteção Integral à criança e adolescente. A constituição da rede de Proteção Integral passa por um processo lento, democrático, participativo, negociado e não impositivo. Portanto, é uma organização horizontal.

Durante a tramitação da constituição da rede são elaboradas regras, mecanismos de tomada de decisão e formação de consensos de maneira hierárquica, democrática, participativa que deverão ser respeitados por todas as pessoas envolvidas no processo. Devido à rede ser uma articulação de atores em torno de uma questão disputada que é política, social, complexa e profundamente dialética, o seu processo de criação se torna difícil de ser concretizado.

A rede de proteção à criança e adolescente é necessária nos municípios para que as vítimas, principalmente os infanto-juvenis, sejam assistidas de maneira integrada e intersectorializada com o envolvimento de todas as instituições como escolas, creches, unidades de saúde, hospitais, dentre outros que desenvolvem atividades com crianças, adolescentes e suas famílias. Os atores de uma rede de Proteção Integral devem reunir-se não apenas para trocar experiências, mas principalmente, para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução está ao alcance de uma equipe e não isoladamente.

Ações desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde para prevenção da violência

A principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a Atenção Básica à Saúde (ABS). Esta está voltada para a melhoria dos indicadores de saúde, redução de causas previsíveis de morbimortalidade, e consumo mais racional da tecnologia biomédica, com maior efetividade final do setor de saúde. No contexto brasileiro, grandes esforços têm sido efetuados para a reorientação do modelo assistencial, a partir da ABS, principalmente com a implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).⁸

Nos dias atuais, como já mencionado, os maus-tratos contra as crianças e adolescentes são considerados um grave problema de saúde pública. Portanto, é importante de o enfermeiro atuar em estratégias dirigidas ao conjunto da população no esforço de reduzir a incidência e a prevalência dos casos de violência.¹²

A complexidade da violência no âmbito familiar é reconhecida pelo enfermeiro e a eficácia da intervenção depende também do acompanhamento das famílias que praticam a violência como fator primordial no atendimento à criança ou adolescente, por tratar de uma tentativa de reestruturar o sistema familiar e monitorar as condições em que os infanto-juvenis estão vivendo. Para que haja continuidade e acompanhamento eficaz da vítima e sua família é preciso que os serviços de saúde e os profissionais estejam capacitados para os cuidados clínicos e psicológicos, com protocolos e fluxos definidos e organizados nos três níveis de atuação.¹³⁻¹⁴

Neste contexto, a Atenção Básica à Saúde sugere como estratégias para esse acompanhamento discussões em equipe multiprofissional, de cada caso, que são essenciais para que se avalie a adesão da família aos profissionais que são necessidades específicas de cada caso para elaboração de estratégias; facilitar a capacitação da equipe para aprimorar intervenções e abordagens promover articulação dos profissionais da rede e planejar grupos de acolhimento e orientação aos pais ou responsáveis, a fim de fortalecer vínculos familiares.^{14,16}

Como estratégia orientadora e preferencial ao atendimento e acompanhamento de casos de violência está a cooperação da equipe de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, controle de endemias e profissionais da área de saúde mental, como apoio matricial às equipes de saúde da família.¹⁴

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde encontram muitas dificuldades em detectar os problemas relativos à violência intrafamiliar,

devido a vários aspectos como: o despreparo profissional na identificação dos casos; a falta de suporte institucional; o não reconhecimento da violência como problema de saúde; e, os sentimentos de impotência e banalização da violência. A esse respeito, deve ser reiterada a responsabilidade ética e social do enfermeiro, que deve contrapor os fatores limitantes de sua atuação a fim de assumir o seu papel na garantia dos direitos infantis previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).⁸

No que diz respeito à prevenção e à promoção em saúde, os profissionais de saúde devem-se atentar para a Educação em Saúde como um alicerce da Estratégia de Saúde à Família (ESF). Esta é uma das funções essenciais dos enfermeiros, devendo ser valorizada pela possibilidade de modificar o modo de vida e saúde da comunidade. O não reconhecimento desse papel pode ser um fator impeditivo para o enfrentamento do problema no contexto de trabalho em que os enfermeiros estão postos.¹²

É responsabilidade da equipe da Atenção Básica à Saúde realizar o acolhimento, ações educativas e preventivas que devem ser, ao mesmo tempo, abrangentes e específicas, e envolver diferentes contextos para atingir vítimas e/ou agressores, promovendo a cultura de paz junto à família, escola, comunidade e, em outros espaços sociais.^{8,10,14}

Essas equipes estão inseridas em campo privilegiado para identificar situações de violência pelo grande leque de possibilidades de ações e pelo envolvimento dos profissionais com a saúde individual e coletiva da comunidade. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária possuem melhores condições de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes; realizar o acolhimento; dar atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados); notificar os casos e encaminhar para a rede de cuidados e proteção social.^{11,14}

É notório que o profissional de saúde desempenha importante papel como cuidador ao identificar uma situação de violência ou condições que indicam risco de acontecer. A avaliação permite ações de romper ou evitar dinâmicas familiares abusivas. Nesse sentido, estes profissionais podem contribuir com a família na construção de um novo modelo de cuidar dos filhos.

É recomendável que a equipe de saúde nunca deve agir sozinha, mesmo em caso de suspeita, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes desenvolvem vínculos com a comunidade e, por isso, ficam mais expostos. Com vistas ao apoio às decisões tomadas pela equipe de saúde, deve-se acionar a rede de proteção social.

Por fim, várias esferas da sociedade brasileira têm se mobilizado nas últimas décadas para o desenvolvimento de ações de conhecimento bem como de estratégias voltadas para o enfrentamento da problemática que trata da violência, envolvendo crianças e adolescentes. Esta tem se apresentado com acentuada gravidade e muita frequência, principalmente no seio dos lares.

Portanto, a atenção integral à criança e ao adolescente deve ser um compromisso dos profissionais na Estratégia de Saúde à Família (ESF), principalmente em se tratando daquelas em situação de violência. Isto posto, reduzir os efeitos deletérios, a aplicação de medidas de promoção, prevenção e

proteção, na perspectiva da educação em saúde, deve ser prioridade absoluta, como define o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).¹²

Conclusão

No que diz respeito às políticas públicas na área da saúde de crianças e adolescentes, identificou-se as inúmeras situações de violência como sendo um fenômeno complexo, com aspectos econômicos, políticos e socioculturais envolvidos em sua origem. Apesar disso, estas políticas possuem o potencial de produzir efeitos positivos e de grande impacto, pois propõem a articulação de atores públicos e da sociedade civil no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

A atuação em redes propõe ações de forma sistêmica, a fim de romper o isolamento das pessoas e das organizações, com o intuito de evitar-se a duplicação de ações tendo a sua realização em atividades integradas. Nos dias atuais, os maus-tratos contra as crianças e adolescentes são considerados um grave problema de saúde pública. Portanto, é importante a atuação articulada do enfermeiro com toda a rede de proteção, traçando estratégias dirigidas ao conjunto da população no esforço de reduzir a incidência e a prevalência dos casos de violência.

Nesse contexto, a ABS é a porta de entrada para o cuidado às famílias e crianças sob a suspeita ou confirmação de violência. A Linha de Cuidado Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, é uma importante estratégia lançada pelo Ministério da Saúde com o propósito de sensibilizar e orientar os profissionais para o desenvolvimento de ações integradas de prevenções de violências, promoção da saúde e da cultura de paz. Volta-se o foco para a necessidade do trabalho junto às famílias, reforça a importância de enfatizar os fatores de proteção e alerta sobre as vulnerabilidades e os riscos da violência contra crianças e adolescentes. Também traz orientações aos profissionais de saúde para que possam contribuir na identificação de sinais e sintomas de violências, e estabelecer uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde da criança, do adolescente e de suas famílias em situações de violências.

Referências

1. Queiroz APDG, Garbin CAS. A violência contra criança e a notificação pelos profissionais de saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Polêmica*. 2011;10(2):271-277.
2. Garbini CAS, Garbini AJI, Moimazz SAS, Salibaz O, Costas ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(2):17-23.
3. Machado AL. Desenvolvimento e análise avaliativa de uma capacitação em violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes para os profissionais do Programa Saúde da Família [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
4. Veloso LUP, Silva LCL, Sousa CR, Rodrigues PLR. Perfil de violência em crianças de 0 a 9 anos atendidas em um hospital público. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(1):97-105.

5. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(Especial).
6. Borges JPA. Violência na Infância: perspectivas e desafios para a Enfermagem. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2014;14(2):154-8.
7. Klippel YAM. Processo de intervenção para a prática integrada de profissionais de saúde no atendimento à criança vítima de violência [Dissertação]. Curitiba: Universidade do Paraná; 2013.
8. Carlos DM. O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Básica à Saúde [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
9. Fernandes APP, Mazza VA, Lenardt MH. Rede de proteção contra a violência na infância à luz dos conceitos de Capra. Artigo reflexivo/ensaio. *Revista Min Enferm.* 2013;17(4):1026-1031.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Oliveira CN. A rede de proteção a crianças e adolescentes: finalidades e possibilidades [Especialização]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
12. Souza RG, Santos DV. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23(2): 783-800.
13. Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Fundação Osvaldo Cruz. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Ungaretti MA (Org). Criança e Adolescente: Direitos, Sexualidades e Reprodução. São Paulo: Pancrom Indústria Gráfica; 2010.
16. Borges JPA. Violência na Infância: perspectivas e desafios para a Enfermagem. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2014;14(2):154-8.
17. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22[4]:1333-56.

Autor correspondente:

Ricardo Saraiva Aguiar
SGAS 913 Conjunto B, Asa Sul,. CEP 70.390-130.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ricardo.aguiar@docente.unip.br