


Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde


Discussing violence against children in family health: thoughts on a health intervention proposal

Mitlene Kaline Bernardo Batista^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7387-1304>

E-mail: mitlenekaline@gmail.com

Túlio Romério Lopes Quirino^b

 <http://orcid.org/0000-0002-3136-4777>

E-mail: tulio.quirino@recife.pe.gov.br

^aUniversidade de Pernambuco. Programa de Mestrado Profissional em Psicologia. Garanhuns, PE, Brasil.

^bPrefeitura da Cidade do Recife. Secretaria de Saúde. Divisão de Educação na Saúde. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Este artigo resulta de uma experiência de intervenção em saúde vivenciada no âmbito da Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes/PE. O objetivo foi, por meio da promoção de um espaço de educação permanente em saúde, aproximar os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) das discussões sobre a violência contra crianças, de modo a viabilizar a construção de estratégias de enfrentamento. Como proposta metodológica, foram realizadas três oficinas de trabalho junto a profissionais vinculados a três eSF da Regional III do município. Os temas abordados nas oficinas envolveram o campo associativo da temática “violência contra crianças”. Para apresentação e discussão dos resultados, realizou-se uma sistematização da experiência, a partir da qual foram definidas três linhas de análise apresentadas como campos de tensão revelados nos diálogos com os profissionais. Observa-se que diversos fatores dificultam o enfrentamento da violência contra crianças pelas eSF, dentre eles: a fragilidade da rede, a falta de preparo dos profissionais e a impotência na resolutividade dos casos. Como estratégia de enfrentamento, os profissionais ressaltam a importância da visita domiciliar. Contudo, um dos maiores instrumentos de combate à violência, a ficha de notificação, ainda é usada por poucos e desconhecida pela maioria. Conclui-se que ainda é grande a necessidade de se trabalhar a temática da violência contra crianças nas eSF, visto que a maior parte dos profissionais relata nunca haver participado de discussões sobre o tema, o que parece repercutir de maneira significativa em suas ações cotidianas.

Palavras-chave: Violência; Violência contra Crianças; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança.

Correspondência

Rua Presidente Costa e Silva, 264. Recife, PE, Brasil.
CEP 52291-230.

Abstract

This article is the result of a Primary Care health intervention experiment conducted in the municipality of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. By promoting a Permanent Health Education space, we brought professionals of Family Health Strategy units (FHS) closer to the discussions on violence against children to facilitate the construction of coping strategies. As a methodological proposal, three workshops were held with professionals linked to three FHS from the III Region of the municipality. The topics covered in the workshops involved violence against children. For the presentation and discussion of the results, a systematization of the experience was performed from which three lines of analysis were defined and that we present as tension fields revealed in the dialogue with the professionals. We observed that several factors make it difficult to cope with violence against children among FHS, among them: the fragility of the network, the lack of preparation by the professionals, and the impotence in the resolution of cases. As a coping strategy, professionals emphasized the importance of home visits. However, one of the greatest tools to combat violence, the reporting form, is still used by few and unknown by the majority. There is still great need to work on the issue of violence against children in FHS, since most professionals report never having participated in discussions on this topic, which seems to have a significant repercussion on their daily actions. **Keywords:** Violence; Violence Against Children; Primary Care; Family Health Strategy; Child Health.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a violência é um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública, apresentando, junto aos acidentes, grande influência nas questões de adoecimento e morte precoce da população, com efeitos na expectativa e qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos em geral. A violência se constitui como um fenômeno complexo e dinâmico por envolver as relações sociais, inclusive familiares, e por necessitar de intervenções multiprofissionais e intersetoriais no âmbito da assistência social e da saúde pública (Apostólico et al., 2012).

As formas de violência são reconhecidas pelas suas facetas mais comuns: física, psicológica, sexual e negligência. A primeira caracteriza-se pelo uso de força física e/ou de algum tipo de arma/instrumento que possa causar lesões internas e/ou externas. A segunda inclui toda ação ou omissão que visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do sujeito. A violência sexual ocorre quando a vítima é obrigada a realizar práticas sexuais com outra pessoa, por meio do exercício de poder, força física e/ou influência psicológica para obtenção do que deseja. Já a negligência é a omissão de responsabilidades e de cuidado de algum membro da família em relação a outro (Carvalho, 2010).

Nos casos de violência contra crianças a situação é bem preocupante, pois por serem indefesas, dependentes e frágeis, física e emocionalmente, acabam sendo mais acometidas pela violência interpessoal familiar. Trata-se de um quadro doloroso, alimentado por uma sociedade adultocêntrica, cujas formas de educar e disciplinar se estabelecem, muitas vezes, por métodos agressivos utilizados pelos próprios pais (Rocha; Moraes, 2011).

Segundo o Mapa da Violência 2012, dentre 99 países, o Brasil ocupa a 4ª posição em relação aos homicídios de crianças e adolescentes. Entre 1980 e 2010, os homicídios cresceram 346%, afetando a vida de 176.044 crianças e adolescentes; apenas em 2010 foram contabilizadas 8.686 crianças assassinadas (Waiselfisz, 2012).

Uma das principais medidas de enfrentamento à questão, no Brasil, é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Criado em 1990, o ECA

regulamentou a Constituição Brasileira, ratificando a situação da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, tendo como eixo fundamental a sua proteção integral (Martins, 2004). No Estatuto, há uma clara formulação sobre o papel do sistema educacional e da saúde em frente aos casos de suspeita ou confirmação da violência: identificar, notificar e proteger a vítima, dando apoio também à sua família (Brasil, 2015).

Vale salientar que, conforme o ECA, as crianças serão sempre consideradas vítimas, ainda que envolvidas em situações de delito, pois a responsabilidade se situa sobre um adulto de referência. Assim, situações suspeitas ou confirmadas de maus tratos contra crianças e adolescentes devem ser comunicadas ao Conselho Tutelar (CT); caso contrário o profissional poderá sofrer punição (Brasil, 2015).

A notificação compulsória de maus tratos contra crianças e adolescentes, fomentada pelo ECA, é uma poderosa ferramenta política, pois ajuda a dimensionar a questão da violência, avalia a necessidade de mais investimentos na vigilância e assistência, e auxilia no desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para a diminuição da violência (Brasil, 2009 apud Oliveira et al., 2013). A notificação também facilita o acionamento da rede de apoio para que sejam promovidos, coletivamente, cuidados necessários à proteção integral da criança.

A Atenção Básica à Saúde (AB) constitui um importante componente desta rede, atuando como porta de entrada ao cuidado de crianças em situação de violência. Um dos principais dispositivos da AB são as Unidades de Saúde da Família (USF), as quais, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), permitem uma resposta/atuação da saúde pública mais próxima à questão da violência em sua dimensão territorial, tendo em vista a centralidade familiar e a abordagem comunitária (Margarido; Próspero; Grilo, 2013).

No contexto da Saúde da Família (SF), os vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários facilitam a identificação, intervenção e acompanhamento das situações de violência, em especial daquelas envolvendo crianças. Entretanto, isto nem sempre acontece. Diversos estudos demonstram o quanto os profissionais das USF estão despreparados para

lidar com esta questão que se apresenta com certa frequência nos territórios (Costa et al., 2015; Gebara; Lourenço; Ronzani, 2013; Trabbold et al., 2016). Medo, insegurança e fragilidades na rede assistencial são alguns dos desafios (Lobato; Moraes; Nascimento, 2012).

Foi considerando estas questões que se gestou este trabalho, quando uma de suas autoras, inserida no cotidiano da SF no município de Jaboatão dos Guararapes/PE como psicóloga residente, pode observar o quanto eram escassas, entre as equipes de SF, discussões sobre a violência contra crianças. Mais que isso, quando as equipes deparavam com algum caso, os profissionais enfrentavam desafios para lidar com ele. Durante esta vivência, ao nos envolver nas reuniões de equipe e discussões de casos, foi possível identificar também o desconhecimento da rede socioassistencial e de suporte local, bem como a falta de entendimentos em sua articulação.

Além disso, considerando o boletim epidemiológico do município, identificou-se que em 2016, das 83 USF existentes, apenas quatro notificaram casos de violência: em três delas, um caso foi relatado, e na última, dois casos (Boletim..., 2017). Isto parece demonstrar a necessidade de investimentos em discussões sobre a temática de modo a sensibilizar os profissionais acerca da importância da notificação das situações de violência existentes no território.

Sendo a ESF um dispositivo estratégico para o enfrentamento da violência contra crianças e para a promoção da saúde, entende-se ser necessário que os profissionais estejam aptos para lidar com estas situações no cotidiano do trabalho, prevenindo novos casos e intervindo de forma eficaz naqueles já ocorridos (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017). Assim, abrir espaços de diálogo constitui uma das ferramentas possíveis à promoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) e qualificação profissional no/pelo trabalho.

Diante disto, apresenta-se a proposta deste artigo, que é resultante de uma experiência de intervenção em saúde no âmbito da AB. O objetivo foi, por meio da promoção de um espaço de EPS, aproximar profissionais atuantes na ESF das discussões sobre a violência contra crianças, de modo a viabilizar a construção de estratégias de enfrentamento, tomando por base o contexto local.

Método

Para a escrita deste artigo foi feita uma sistematização da experiência (Holliday, 2006). Trata-se de um método para organizar, analisar e comunicar vivências, configurando-se como uma interpretação crítica delas. Diferente de outras abordagens metodológicas, a sistematização não se limita a narrar experiências, descrever processos, ordenar e tabular informações, ela se situa em um caminho intermediário entre descrição e teoria, buscando uma compreensão mais profunda das experiências que realizamos. Dessa forma, a sistematização não se preocupa apenas com o que está aparente, com os acontecimentos e comportamentos, mas também com as interpretações que as pessoas têm sobre eles, sendo fundamental, portanto, que haja também espaços para discussão e compartilhamento dessas interpretações (Holliday, 2006).

A experiência sistematizada resulta de uma proposta de intervenção em saúde realizada junto a profissionais da ESF de Jabotão dos Guararapes/PE. Tal intervenção teve por base a problematização dos conhecimentos e experiências que os profissionais possuíam sobre a temática da violência contra crianças, levando-os a desenvolver processos dialógicos críticos e reflexivos, voltados à proposição de transformações na sua realidade (Vendruscolo; Zocche; Dutra, 2015). Dessa forma, entendemos a proposta como processo de EPS, à medida que possibilitou a abordagem de problemas enfrentados no dia a dia das equipes envolvidas, se voltando à reflexão sobre formas de (re)ordenamento de suas práticas profissionais, bem como à promoção de mudanças nos processos de trabalho (Brasil, 2007).

Como estratégia de EPS, utilizou-se oficinas temáticas, por contribuir para a formação

de espaços de discussão com potencial crítico, permitindo a exposição de argumentos, opiniões e posicionamentos (Spink; Menegon; Medrado, 2014), e facilitando na sensibilização, conscientização e mobilização dos participantes para o enfrentamento de situações problemáticas (Salci, et al., 2013).

Com base nisso, realizamos três oficinas junto a profissionais de três equipes de Saúde da Família da Regional III do município, o qual é composto por sete regionais de saúde. Cada uma possui certo quantitativo de USF e equipamentos de proteção à criança em situação de violência, como o CT. Cabe citar também a existência, no município, de dois Centros de Referência Especializados na Assistência Social (Creas), que atuam na atenção às demandas de todas as regionais.

Ressalta-se que o município não possui serviço específico para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, e os demais serviços existentes são insuficientes para suprir a necessidade de toda a população. A ausência/deficiência de uma rede de cuidados intersetorial pode fragilizar as intervenções dos profissionais, pois eles se sentem inseguros e despreparados em lidar com casos de violência (Trabbold et al., 2016). Além de não ter recursos humanos suficientes, há também a dificuldade de deslocamentos dos usuários aos serviços devido à abrangência territorial.

As três equipes foram escolhidas devido à inserção de uma das autoras como profissional residente, e, também, pelos incômodos que foram emergindo diante das dificuldades observadas entre os profissionais no manejo dos casos de violência contra crianças naquele território. Salienta-se que as equipes compõem duas diferentes USF.

O Quadro 1 expõe o quantitativo de participantes das oficinas e suas respectivas categorias profissionais.

Quadro 1 – Quantitativo de participantes das oficinas e suas categorias profissionais

Oficina	Participantes	Categoria profissional
Primeira	22 participantes	Dezesseis agentes comunitários de saúde, dois técnicos em enfermagem, uma terapeuta ocupacional residente, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma enfermeira.

continua...

Quadro 1 – Continuação

Oficina	Participantes	Categoria profissional
Segunda	21 participantes	Quinze agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma terapeuta ocupacional residente.
Terceira	19 participantes	Quinze agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de saúde bucal, uma dentista, uma técnica de enfermagem e uma médica.

Durante os dois anos da residência, foi possível acompanhar o cotidiano dessas três equipes por meio da participação em reuniões e atividades como salas de espera, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, entre outras. A inquietação em relação à temática derivou da ausência, ou, mais apropriadamente, escassez de discussões entre os profissionais e junto à comunidade sobre questões relacionadas à violência contra crianças, ainda que se tenham sido observados casos naquele território.

Devido à intervenção ter se constituído no âmbito de um programa de residência em saúde vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, alguns atores da gestão municipal (coordenação da AB e gerência da Regional) foram comunicados e convidados a participar das oficinas. Houve boa receptividade e apoio à intervenção proposta, contudo nenhum destes atores compareceu aos encontros.

As oficinas foram realizadas em três momentos diferentes, sendo desenvolvidas em outubro de 2017. As atividades ocorreram na sala de práticas coletivas de uma das USF. Cada encontro teve duração

aproximada de duas horas. Nestes, contamos com a participação de outra profissional-residente em SF, convidada a (co)facilitar o espaço, auxiliando na condução e registro das atividades.

Foram utilizadas diferentes ferramentas na condução das oficinas (desenhos, fotos, vídeos etc.). O registro dos encontros foi realizado por meio de diários de campo (DC) redigidos pela facilitadora, em diálogo com a (co)facilitadora. Os diários foram se construindo por meio da inserção de descrições sobre as atividades realizadas, como também pelas impressões e inquietações que emergiam dos momentos partilhados com os profissionais. Os registros reverberaram na produção de sentidos do que observamos durante as atividades, constituindo assim nosso material de análise.

Os temas abordados nas oficinas envolveram o campo associativo da temática “violência contra crianças”, abarcando: tipos de violência, formas de identificação, notificação, estratégias de promoção da saúde e prevenção dos agravos, entre outros. No Quadro 2, inserimos as principais informações referentes às oficinas realizadas.

Quadro 2 – Características principais das oficinas desenvolvidas

1 Oficina	2 Oficina	3 Oficina
Tema: Aproximando-se do tema da violência no contexto da Atenção Básica	Tema: Construindo estratégias de prevenção/enfrentamento da violência contra crianças	Tema: Reflexões sobre a rede de atenção à saúde voltada para as crianças em situação de violência: Linha de Cuidado
Objetivo: Definição, tipos e formas de identificação da violência contra crianças.	Objetivo: Apresentação e discussão sobre a ficha de notificação. Discussão sobre formas possíveis de enfrentar a problemática nas USF.	Objetivo: Apresentação e discussão dos serviços e da rede de atenção à criança em situação de violência.

continua...

Quadro 2 – Continuação

1 Oficina	2 Oficina	3 Oficina
Elemento disparador: “Varal da Violência” contra crianças. Questão-chave: Quem é/são o/os principal/is agressor/es e o que a equipe tem a ver com isso?	Elemento disparador: Estudo de casos. Questão-chave: Como prevenir novos casos de violência e como intervir em um caso que já aconteceu?	Elemento disparador: Estudo de casos. Questão-chave: Como a rede está composta e como se dão suas relações com as USF?
Produto: Painéis sobre violência contra crianças. Relatos e impressões dos profissionais.	Produto: Encaminhamentos e intervenções propostas para os casos discutidos.	Produto: Construção da proposta de uma Linha de Cuidados. Relatos e impressões dos profissionais.

Como estratégia de EPS, além de ter possibilitado às equipes um espaço de problematização sobre o próprio fazer, as oficinas também favoreceram a emergência e compartilhamento de tensões existentes entre os profissionais sobre a violência contra crianças. Dessa forma, ao tocar em nós-críticos que permeiam o cotidiano laboral, acabamos por reconhecer não apenas suas necessidades de aprendizagem e informação, mas também inquietações e limitações no desenvolvimento de respostas cognitivas, emocionais e procedurais.

Diante disto, ao apresentarmos os resultados desta experiência, teremos como foco tais inquietações e seus efeitos no processo de trabalho destes profissionais, com impactos importantes sobre a abordagem e enfrentamento à violência contra crianças na SF. Para tanto, delineamos três linhas analíticas, apresentadas como campos de tensão revelados nos diálogos com os profissionais. Embora sejam traçados em separado, como campos distintos, entendemos que estes “convergem” entre si, articulados em uma rede de práticas e sentidos. A primeira tensão se refere ao desconhecimento dos profissionais sobre a temática, gerando despreparo para lidar com ela; a segunda é uma tensão entre saber e fazer; e a terceira diz respeito à fragilidade e à desarticulação entre a rede.

Resultados e discussão

Desconhecimento que gera despreparo

Tendo como base as oficinas e DC produzidos, pudemos observar que, ainda reconhecendo sua presença nos territórios de atuação, a temática da violência contra crianças é pouco discutida

entre as equipes de Saúde da Família revelando limitações em sua apropriação conceitual e prática, exemplificado pela dificuldade em reconhecer os diferentes tipos de violência e suas formas de identificação. Como consequência, observamos que parece ser mais comum para estes profissionais o reconhecimento das situações em que as violências física e sexual estão presentes, mas apresentam dificuldades em identificar casos de negligência e violência psicológica. Esses tipos de violência, por serem mais “sutis” e, muitas vezes, não apresentarem sinais explícitos, acabam sendo menos percebidos e, consequentemente não registrados pelos serviços de saúde.

Alguns estudos ratificam esta realidade (Costa et al., 2015; Leite et al., 2016; Oliveira et al., 2013). Segundo Leite et al. (2016), muitos profissionais de saúde sentem-se despreparados para lidar com situações de violência intrafamiliar contra crianças, inclusive em identificar se um caso de omissão foi decorrente de negligência ou falta de condições econômicas da família. Isto revela impasses, tensionando o registro de situações em que a negligência está presente, o que foi observado nos diálogos das oficinas. Além disso, pesquisa de Costa et al. (2015) constatou que profissionais da ESF fazem maior referência às manifestações físicas da violência, não mencionando situações de violência psicológica. Enquanto isso, no estudo de Oliveira et al. (2013), os profissionais afirmaram notificar apenas casos de violência física e sexual, demonstrando como dificilmente são reportadas suas manifestações menos explícitas.

Entendemos que há maior facilidade em se identificar a violência física, por sua manifestação

aparente. Assim, o abuso físico é mais admitido como um tipo de violência devido à visibilidade dos sinais apresentados no corpo da vítima, como hematomas e ferimentos (Oliveira et al., 2013). Entretanto, duas questões merecem ser destacadas nesse jogo de (in) visibilidades dos tipos de violência.

Primeiro, pelo reconhecimento de que a facilidade da identificação da violência não revela, necessariamente, uma facilidade na condução de seu enfrentamento, o que requer o desenvolvimento de intervenções complexas e sensíveis de uma equipe preparada técnica e emocionalmente. Por outro lado, a invisibilidade de formas “silenciosas” de violência pode revelar outros agravantes, como a perpetuação de um ciclo que tende a adquirir maior amplitude ao longo do tempo (Silva Junior et al., 2017), bem como a negligência da equipe por não intervir com os cuidados necessários às crianças vitimadas.

Alguns estudos revelam as dificuldades que profissionais da ESF têm em identificar casos de violência contra crianças (Egry et al., 2017; Gebara; Lourenço; Ronzani, 2013), seja pelos aspectos culturais, ao considerarem-na um problema exclusivo da família, seja pela falta de conhecimento e informação sobre o assunto, ou mesmo pelo próprio comodismo e/ou incomodo em lidar com essa realidade.

Outra questão que interfere na atuação frente à violência e que se mostrou presente nos diálogos durante as oficinas diz respeito à utilização da força física como método adotado na educação das crianças. Essa visão está relacionada à aceitação cultural, presente em várias classes sociais, que atesta a necessidade de utilizar a punição física como maneira de regular o comportamento infantil (Carmo; Harada, 2006).

Nas oficinas, os profissionais relataram exemplos de casos de violência contra crianças, ou que ainda fazem parte de sua vivência cotidiana na comunidade. Nesta discussão, a fala circulou principalmente entre os ACS, os quais, por estarem mais próximos ao contexto de moradia das famílias cobertas pela USF, geralmente são os primeiros a tomar conhecimento dos casos (Oliveira et al., 2013).

Apesar da existência de expressivos relatos, não foram observados desdobramentos de intervenções que demonstrassem continuidade no acompanhamento das crianças vitimadas. Múltiplos fatores que

podem ser/foram citados como intervenientes na proposição de respostas e encaminhamentos se destacam, entre eles: a fragilidade da rede, o medo de sofrer represálias, o despreparo dos profissionais e a impotência na resolutividade dos casos. A fragilidade no conhecimento apropriado pelos profissionais pode gerar sensação de impotência e frustração dificultando mais ainda as intervenções (Ramos; Silva, 2011).

Percebemos, então, tensões entre esse “não saber” e o despreparo das equipes, o que nos leva a indagar: como é possível a intervenção profissional em problema quando não existem conhecimentos necessários sobre ele? Em contrapartida, outro elemento que também gerou tensões diz respeito às resistências pessoais em lidar com a temática da violência, principalmente envolvendo o público infantil. Na nossa sociedade a infância é permeada por representações ligadas à pureza, ingenuidade, fragilidade etc. (Andrade, 2011), no ato da violência esses ideais são abalados e até mesmo rompidos podendo levar a um impacto emocional nos indivíduos, fragilizando a assistência (Maia et al., 2016).

Esses entraves podem dificultar a mobilização dos profissionais para agir diante das crianças vitimizadas. Com isto, é necessário que haja um maior preparo das equipes não apenas envolvendo questões técnicas, mas também pessoais.

Conhecimento que exige coragem: tensões entre saber e fazer

Uma das principais estratégias de prevenção/enfrentamento da violência contra crianças é o preenchimento da ficha de notificação. De acordo com a legislação de referência, é direito da vítima e dever do profissional de saúde proceder à notificação dos casos suspeitos ou confirmados, para que a rede seja acionada e haja controle epidemiológico da violência (Gonçalves; Ferreira, 2002).

Apesar disso, estudos evidenciam grande subnotificação (Gonçalves; Ferreira, 2002; Lima et al., 2011; Rolim et al., 2014). Alguns fatores respondem por isto, como o medo de envolvimento legal nos casos, as fragilidades na formação acadêmica e na rede de apoio do município e a ausência de proteção aos profissionais envolvidos

no acompanhamento dos casos (Moreira et al., 2014). Outro agravante é o entendimento equivocado do vocábulo “denúncia” como sinônimo de “notificação”, uma realidade cultural, mas que tem demarcado no contexto judicial suas diferenças de sentido (Dobke; Santos; Dell’aglio, 2010).

Quando abordamos este assunto, percebemos que a maioria dos profissionais associava a ficha a uma *denúncia anônima*. O medo foi um elemento muito presente nos diálogos, principalmente entre os ACS. Ele aparece em diferentes vertentes e simboliza fontes de ameaça à integridade física e emocional do profissional envolvido (Gebara; Lourenço; Ronzani, 2013). É referido o medo do envolvimento legal nos casos, vinculado ao comprometimento com a comunicação e o seguimento da investigação da situação de violência, assim como o medo de sofrer represálias pelo autor da violência, estando exposto a riscos no contexto laboral.

Cabe destacar ainda, no caso dos ACS, outro agravante: eles são vistos como os profissionais mais expostos às ameaças de violência por parte das famílias, em razão do contato mais próximo com elas e de residirem na comunidade em que trabalham (Lobato; Moraes; Nascimento, 2012). Dessa forma, é mais provável que sejam os primeiros a serem identificados pelo agressor como “responsáveis” pela “denúncia” aos órgãos competentes.

Observamos certa tensão durante esta discussão e foi levantado o seguinte questionamento: diante da notificação, quais estratégias podem ser tomadas para garantir a segurança dos profissionais? Uma das ideias pensadas foi a de *fazer circular* o caso entre a equipe, ou seja, compartilhar o caso, para que vários profissionais se envolvam e se responsabilizem pela situação, não expondo, assim, apenas um trabalhador. Outra estratégia foi orientar a família a tomar a decisão de fazer a denúncia. Contudo, a coesão e o fortalecimento da rede de cuidados à criança em situação de violência constituem grande artifício para assegurar a proteção de toda a equipe envolvida.

Outro ponto prevalente diz respeito à falta de conhecimentos acerca da notificação, desde o preenchimento da ficha até os fluxos existentes no município. Dos 21 participantes da oficina, apenas duas pessoas (enfermeira e médica) afirmaram ter conhecimento ou ouvido falar sobre a ficha

de notificação. Isto gera preocupação, visto que o instrumento existe há mais de 10 anos e constitui importante dispositivo de enfrentamento, ao dar visibilidade ao problema e à interrupção da violência (Oliveira et al., 2013).

O ECA, junto à Portaria nº 1.968/2001, são claros quanto à notificação compulsória de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS (Rolim, et al., 2014), contudo observamos que alguns ACS acreditavam que essa responsabilidade era apenas dos profissionais de nível superior. Isto nos mostra que a atitude de notificar não está relacionada apenas à legislação, mas sim às singularidades de cada caso e a fatores de ordem pessoal de cada profissional (Gonçalves; Ferreira, 2002).

As dificuldades com a ficha de notificação são também estruturais. Durante a discussão surgiram dúvidas sobre o preenchimento da ficha, já que grande parte dos profissionais nunca o havia feito. Merece destaque a parte final da ficha, acerca dos “encaminhamentos da pessoa atendida para outros setores”, sobre a qual foram observadas dúvidas sobre o funcionamento da rede local de cuidados à criança em situação de violência. Tal desconhecimento se relacionava além da identificação dos serviços existentes, à sua funcionalidade.

Assim, além de dialogarmos sobre a importância da ficha, também foi possível trabalhar o seu preenchimento, passo a passo, sendo fundamental que o profissional compreenda os itens que a compõem. Através da proposição de estudos de casos, pudemos tirar dúvidas das equipes aperfeiçoando seus conhecimentos sobre a ficha, e também discutimos o seu fluxo de acordo com as normas estabelecidas no município.

Como estratégia de enfrentamento da violência, a maioria dos profissionais destacou a visita domiciliar, pois esta favorece a aproximação e os vínculos entre equipe e usuários. Entretanto, como paradoxo, esses vínculos muitas vezes se configuram como entraves na resolução dos casos existentes. O medo de notificar e realizar as intervenções necessárias devido à proximidade das famílias pode ser um elemento de separação entre saber e fazer, gerando outro conjunto de tensões (Gebara; Lourenço; Ronzani, 2013).

Conhecer a ficha de notificação e saber utilizá-la não é suficiente. É necessária a concretização

das redes de apoio aos profissionais de saúde visando diminuir os índices de subnotificação e descontinuidade no acompanhamento dos casos (Leite et al., 2016), para que essas tensões entre saber e fazer sejam amenizadas, estimulando e encorajando-os ao enfrentamento da violência contra crianças.

Fragilidades em rede e as fragilidades da rede

O Ministério da Saúde, em 19 de maio de 2004, publicou a Portaria nº 936/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Esta ressalta a importância de redes regionalizadas de atenção à saúde, as quais precisam estar integradas promovendo trabalhos de prevenção e promoção da saúde e acompanhamento dos casos de sujeitos em situação de violência (Brasil, 2004). Contudo, estudos vêm mostrando uma realidade diferente da idealizada (Andrade et al., 2011; Egry et al., 2017; Trabbold et al., 2016).

A concretização dessa rede é um dos maiores e mais complexos desafios a serem enfrentados pelo poder público para reduzir os índices de violência contra crianças. Quando a rede é inexistente ou fragilizada, as consequências em sua maioria são de profissionais estagnados diante da problemática e de crianças vitimizadas em decorrência do sofrimento (Leite et al., 2016).

Nas oficinas, observamos diversas dificuldades na rede de proteção à criança em situação de violência do município. Para fomentar a discussão sobre este assunto, escolhemos um estudo de caso hipotético de uma menina de 11 anos, vítima de violência sexual cometida pelo namorado de sua irmã. Acusada de ser culpada pelo acontecido e também em decorrência da dependência química de sua mãe, foi abandonada pela família, passou a morar na rua e fazer uso abusivo de álcool e outras drogas. Certo dia, procurou a USF porque estava com suspeita de gravidez. A reflexão levantada foi sobre o papel das equipes de SF em frente à situação

e os equipamentos que poderiam ser acionados para garantir a proteção da criança.

Diante dos diálogos empreendidos, notamos que muitos profissionais desconhecem a composição e singularidade dos serviços existentes na rede local. Um dos dispositivos mais mencionados foi o CT, entretanto, dos profissionais presentes nenhum havia ido à sede do serviço (apesar deste ser próximo às USF), e nem mesmo souberam informar a composição de sua equipe.

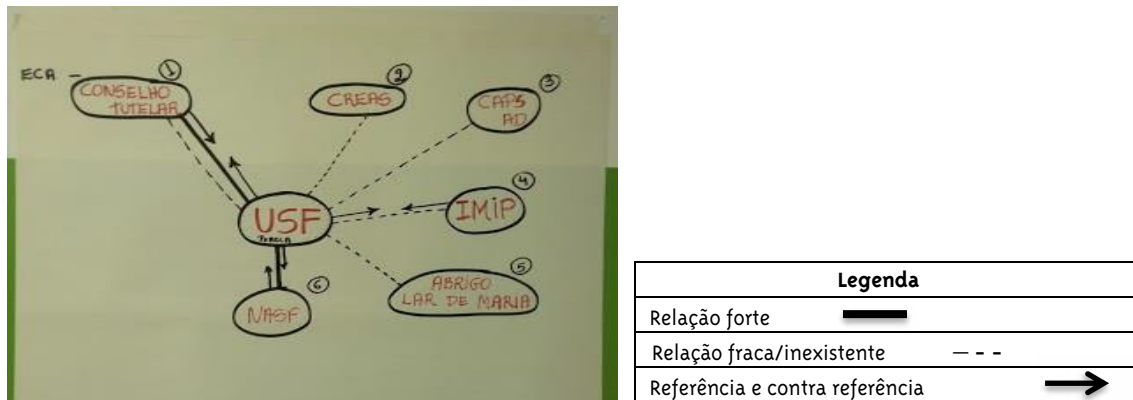
Após a discussão, os serviços mencionados para auxiliar na resolução do caso foram: CT, Creas, Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas infantil, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), abrigo municipal e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Todos esses serviços são municipais, com exceção do Imip.

Na oficina, foi realizada uma dinâmica junto aos profissionais, com o objetivo de pensar a articulação da USF com os serviços da rede referidos. As únicas instituições mencionadas que possuem vínculo mais fortalecido com a unidade foram o CT e o Nasf-AB. Entretanto, como havia três equipes de SF participando das atividades, as respostas foram diferentes. Uma delas afirmou que a relação com o CT é distante porque não houve ainda necessidade para acioná-los.

Isto mostra uma grande dificuldade no enfrentamento da violência, pois é necessário que a equipe reconheça que ela existe em seu território (Egry et al., 2017). Este fato nos mostrou não apenas uma fragilidade no processo de identificação da violência, mas também falta de esclarecimentos sobre o papel do CT. Este órgão foi criado através do ECA com o objetivo principal de zelar pelos direitos da criança e do adolescente, atuando também no combate à violação de tais direitos (Paganini, 2011), constituindo assim uma ferramenta primordial no enfrentamento à violência. Por isso, é fundamental que as equipes de SF o acionem sempre que houver algum caso suspeito ou confirmado de violência.

Na Figura 1 é possível visualizar uma representação (construída durante a oficina) da rede e suas relações/articulações com a USF.

Figura 1 – Serviços da rede de proteção à criança em situação de violência e suas relações com a Unidade de Saúde da Família



Com base nesta figura, podemos observar a fragilidade da rede municipal intersetorial de cuidado às crianças em situação de violência, pois o processo de referência e contra referência é escasso; as relações, em maioria, são fracas ou inexistentes; e faltam esclarecimentos dos profissionais sobre a função e especificidade de cada serviço. As consequências disto são as diversas tensões que estiveram presentes nas oficinas, dentre elas o desconhecimento da rede e sua desarticulação. Como proceder com os casos de crianças em situação de violência diante desta realidade?

Todavia, ressaltamos a necessidade de sensibilizar as equipes de SF sobre seu papel nesta rede. Considerando que a ESF constitui porta de entrada da AB, os profissionais precisam estar aptos para acolher os casos, assistir as vítimas, planejar o cuidado na própria unidade e encaminhar para outros equipamentos da rede quando necessário, sem deixar de acompanhar o desfecho da situação. Além disso, precisam agir de forma preventiva, dificultando e/ou impedindo o surgimento de novas situações (Thomazine; Toso; Viera, 2014).

Ao final do ciclo de oficinas proposto, pudemos observar a escassez das atividades de educação permanente voltadas para a temática, como também a necessidade de encontros abrangendo todos os serviços da rede intersetorial de cuidado às crianças em situação de violência. Como desdobramento da intervenção foi encaminhada, em consenso com os profissionais, uma roda de conversas com representantes dos diferentes pontos da rede, a

fim de favorecer o conhecimento, as relações e o desenvolvimento de vínculos entre os serviços.

Considerações finais

Por meio desta proposta de intervenção em saúde, utilizando oficinas temáticas, foi possível observar o quanto essa ferramenta potencializa as discussões em grupo, em especial acerca da violência, reverberando na diversidade argumentativa produzida, nas construções de sentidos individuais e coletivos, trocas de saberes existentes e formação conjunta do conhecimento. Estes elementos fortalecem os objetivos da educação na saúde, por isso, acreditamos ser necessário o desenvolvimento de mais trabalhos neste sentido, de modo a potencializar seu uso.

Sobre a realização desta intervenção, vale ressaltar algumas reflexões. Observamos que a maioria dos profissionais nunca havia participado de um encontro com este tema. Em consequência, percebemos diversas fragilidades no conhecimento deles, desde o entendimento sobre a violência (tipo e formas de identificação) até às possibilidades e estratégias de intervenção (notificação, salas de espera etc.). Talvez essas dificuldades tenham mobilizado tanto as equipes a comparecer aos encontros, já que merece destaque o expressivo quantitativo de pessoas presentes nas oficinas.

Acreditamos que a intervenção atingiu os seus objetivos, aproximando os profissionais das discussões sobre a questão e suas possíveis estratégias de

enfrentamento. Observamos que a maioria dos participantes não se sentia preparada para lidar com a violência presente no território, e vários fatores podem estar influenciando isto, como: falta de atividades de educação na saúde, fragilidades na rede local de cuidados às crianças em situação de violência, e medo do envolvimento legal nos casos.

Como estratégia de enfrentamento, a maioria dos profissionais ressaltou a importância da visita domiciliar. Contudo, um dos principais instrumentos para tal, a ficha de notificação, ainda é desconhecida e pouco utilizada. Além disso, a temática não é debatida nas salas de espera, nos grupos ou reuniões com a comunidade.

Concernente à rede municipal de proteção à criança em situação de violência, os profissionais desconhecem a maioria dos serviços, e as relações/vínculos entre eles são muito fragilizadas. A ausência de local específico para o atendimento das crianças vitimadas dificulta o andamento e a resolutividade dos casos. Destaca-se também a falha do papel da gestão municipal na capacitação profissional e em manter a rede funcionando com os recursos e insumos necessários. Cabe a ela fornecer os recursos financeiros, serviços assistenciais e pessoas preparadas para lidar com a questão. Além de melhorar a situação da rede, é necessário que haja mais trabalhos de EPS para as equipes visando aprimorar seus conhecimentos, possibilitando uma harmonização da rede. Neste sentido, vale destacar a ausência da gestão municipal, bem como da equipe Nasf-AB durante as oficinas, apesar dos convites à sua participação.

Como limitações da intervenção, ressaltamos o curto espaço de tempo para debater a complexidade do tema e a quantidade de informações inseridas. O espaço físico também dificultou algumas das atividades planejadas, o que levou à necessidade de readaptá-las. Apesar dos percalços, a intervenção foi bem avaliada pelos profissionais, que ressaltaram o desejo de continuar debatendo o assunto, não só entre eles, mas também junto à rede municipal.

Ademais, é importante pontuar que o ciclo da violência doméstica, principalmente contra crianças, é permeado pelo silêncio. Uma das formas de romper com esta realidade é falar sobre o assunto, promover espaços de debate, de fala, de escuta qualificada;

é desenvolver mais estudos e experiências de intervenção sobre a temática, para que a partir do que for obtido possamos pensar em outras estratégias e qualificar as que já existem, visando, sobretudo, romper com este silêncio e proteger nossas crianças.

Referências

- ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.
- APOSTÓLICO, M. R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 266-273, 2012.
- BOLETIM DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIA. Jaboatão dos Guararapes: Secretaria Municipal de Saúde, ano 1, n. 1, 2017.
- BRASIL. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/32CC3H7>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 ago. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZLpzeh>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 13. ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2015.
- CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 537-544, 2017.

- CARMO, C. J.; HARADA, M. J. C. S. Violência física como prática educativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 849-856, 2006.
- CARVALHO, C. M. Violência infanto-juvenil, uma triste herança. In: ALMEIDA, M. G. B. *A violência na sociedade contemporânea*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 31-42.
- COSTA, D. K. G. et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 79-95, 2015. Suplemento 2.
- DOBKE, V. L.; SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 167-176, 2010.
- EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na atenção básica: como os profissionais percebem? *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 119-125, 2017.
- GEBARA, C. F. P.; LOURENÇO, L. M.; RONZANI, T. M. A violência doméstica infanto-juvenil na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 3, p. 441-451, 2013.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 315-319, 2002.
- HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências*. 2. ed. rev. Brasília, DF: MMA, 2006.
- LEITE, J. T. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e55796, 2016.
- LIMA, M. C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 1, p. 118-137, 2011.
- LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012.
- MAIA, J. N. et al. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 17, n. 5, p. 593-601, 2016.
- MARGARIDO, A.; PRÓSPERO, E. N. S.; GRILLO, L. P. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: formação e conhecimento dos médicos. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 31, n. 74, p. 405-414, 2013.
- MARTINS, D. C. O estatuto da criança e do adolescente e a política de atendimento a partir de uma perspectiva sócio-jurídica. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, Marília, v. 4, n. 1, p. 63-77, 2004.
- MOREIRA, G. A. R. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, 2014.
- OLIVEIRA, S. M. et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 594-599, 2013.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial violência e saúde*. Genebra, 2002.
- PAGANINI, J. Os direitos fundamentais de crianças e adolescentes: uma análise da atuação do conselho tutelar no Brasil. *Amicus Curiae*, Criciúma, v. 7, n. 7, 2011.
- RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011.
- ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção

- do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.
- ROLIM, A. C. A. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na atenção primária à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1048-1055, 2014.
- SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.
- SILVA JUNIOR, G. B. et al. Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 469-484, 2017.
- SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficina como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicológica & Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.
- THOMAZINE, A. M.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 105-112, 2014.
- TRABBOLD, V. L. M. et al. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 74-83, 2016.
- VENDRUSCOLO, C.; ZOCHE, D.; DUTRA, A. T. Produção do plano de educação permanente em saúde: um relato de experiência no oeste catarinense. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 632-635, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3oDhS98>>. Acesso em: 3 mar. 2018.
- WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2012: a cor dos homicídios no Brasil*. Rio de Janeiro: CEBELA; Brasília: SEPPPIR/PR, 2012.

Recebido: 15/04/2020
Aprovado: 30/06/2020