

# ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: O OLHAR DA ENFERMAGEM AO PLANO DE CUIDADOS

Miriam Silva do Nascimento

Cláudia Polubriaginof

## RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a aplicação do manual “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências” e descrever o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência no país, através da consulta ao “Mapa da Violência 2012 de Crianças e Adolescentes do Brasil”. Com base no manual, objetiva-se também discorrer sobre as formas de manifestação da violência, destacar os principais eixos a serem aplicados na assistência necessária às crianças, adolescentes e suas famílias vítimas de violência, como o acolhimento, a detecção de sinais e sintomas, a notificação aos órgãos competentes e a construção do cuidado em rede, orientando a prática dos profissionais de saúde a ser realizada para a obtenção de um cuidado de maneira humanizada, integral, com o propósito de produção de saúde, garantindo o pleno desenvolvimento e a manutenção dos direitos da criança e do adolescente.

**Descritores:** violência infantil; Enfermagem; Manual.

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa documental tem como objetivos analisar o manual do Ministério da Saúde, descrever as formas de manifestação da violência e sua natureza, levantar o perfil epidemiológico, bem como elencar os pontos importantes do manual a serem utilizados no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, dentre eles, a construção de vínculo, detecção de sinais e sintomas, fluxo de atendimento e notificação. Os objetivos do manual são descrever as formas de manifestação das violências e a orientação aos profissionais de saúde quanto às possibilidades de assistência a serem seguidas.

<sup>1</sup>Aluna do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. São Paulo - SP  
Email: Miriam.space@gmail.com

<sup>2</sup>Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Santo de Santo Amaro. São Paulo - SP

De acordo com a Declaração dos Direitos Humanos, de 1984, e a Convenção sobre os Direitos das Crianças, estão assegurados os direitos das crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente foi instituído pela Lei 8.069, em 13 de julho de 1990, e é um conjunto de normas que regem sobre a proteção integral da criança e do adolescente, garantindo os direitos humanos e caracterizando como crime a violação de seus direitos. De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente, o ECA, consideramos criança a idade de 0 a 11 anos e adolescente entre 12 e 18 anos.<sup>1</sup>

No Brasil, uma criança é vítima de violência a cada 10 minutos e, infelizmente, os principais agressores, na maioria dos casos, são familiares de primeiro grau. A violência infanto-juvenil se trata de uma violação aos direitos das crianças e, conseqüentemente, pode provocar seu adoecimento psíquico, tornando-se, portanto, um problema de saúde pública.<sup>2-3</sup>

Os profissionais de saúde devem atentar-se aos sinais e sintomas que a criança ou o adolescente manifesta e como agir ao percebê-los, pensando nos prejuízos que podem acarretar na vida do indivíduo, que podem ser de ordem psicossocial e cognitiva. No SUS, está prevista uma rede de cuidados que oferece à vítima e à sua família, acolhimento, atendimento, notificação, orientações e cuidados específicos para a necessidade do usuário. Assim, é importante que o enfermeiro olhe para as situações de violência de forma integral, pensando nos agravos e conseqüências na saúde do indivíduo, refletindo o cuidado.

## **1. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa documental, a partir da análise do manual “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, com o apoio e consulta ao Mapa da Violência 2012 de Crianças e Adolescentes do Brasil, descrevendo o perfil epidemiológico de menores vítimas de violência em nosso país.

## **2. O MANUAL**

O manual “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências” é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, publicado em 2012, com o objetivo de orientar gestores e profissionais de saúde, estimulando o desenvolvimento de ações de prevenção à violência, de promoção à saúde e à cultura de paz.

O manual chama a atenção para a necessidade de trabalho junto às famílias, reforça a importância de enfatizar os fatores de proteção e alerta acerca das vulnerabilidades e os riscos contra crianças e adolescentes. O documento “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências” é uma estratégia de ação que se configura como um caminho para o alcance da atenção integral do cuidado previsto no SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção básica até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda interação entre os demais sistemas para a garantia dos direitos, de proteção e defesa de crianças e adolescentes.

Trata-se de um roteiro elaborado pelo Ministério da Saúde, contemplado por 101 páginas e dividido em seis capítulos que discorrem acerca de: promoção da saúde e prevenção de violências; tipos e natureza de violências que atingem crianças e adolescentes; alerta para os sinais e sintomas de violências; linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias vítimas de violências; rede de cuidado e de proteção para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias vítimas de violências.<sup>4</sup>

## **3. O PERFIL DA VIOLÊNCIA NO BRASIL**

A violência intrafamiliar atinge uma parcela importante da população e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas. Por isso, configura-se como um problema de saúde pública relevante e um desafio para os trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde. É uma questão de grande amplitude e complexidade, cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes

campos de atuação, exigindo uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Considerando a complexidade do tema, faz-se necessária uma análise mais aprofundada sobre a construção social inerente ao contexto em que a violência ocorre, bem como sobre a garantia dos direitos humanos. A situação de violência na infância e adolescência é tema frequente de discussões, pois é constante a violação dos direitos de crianças e adolescentes, seja por maus tratos ou situações onde são negligenciados os direitos básicos como educação e saúde. <sup>4-5-6</sup>

Segundo os dados do Mapa da Violência 2012 de Crianças e Adolescentes do Brasil e o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde:

Caracterização dos eventos por violência doméstica, sexual e outras violências – ciclos de vida da criança (0 a 9 anos de idade). Dentre as crianças menores de 10 anos de idade, a negligência foi o tipo de violência mais comum (43,1%), seguida da violência física (33,3%). Na maior parte dos atendimentos, tratava-se de um familiar o provável autor da agressão, de modo que a mãe apareceu em mais de 36% dos casos notificados. Adolescentes (10 a 19 anos de idade). A violência física (65,3%) foi o tipo de violência mais comum na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Na maior parte dos atendimentos, tratava-se de um amigo ou conhecido o provável autor da agressão (20,0%). <sup>5-6</sup>

#### **4. VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS POR UNIDADE FEDERATIVA**

Segundo o SINAN, no ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos na faixa de <1 a 19 anos idade, o que representa 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema no ano de 2011. <sup>5</sup>

Considerando que o capítulo de violências foi incorporado no SINAN recentemente – em 2009 – é de esperar ainda problemas em sua cobertura e universalização. Por tal motivo, consideramos que não seria apropriado construir taxas de atendimento por UF, relacionando o número de atendimentos com a população de crianças e adolescentes de cada local, dado que o indicador poderia estar influenciado pelas diferenças de cobertura. Ainda assim, pode ser útil realizar

outro tipo de análise mais agregada, relacionando o número de atendimentos de cada faixa etária do país com a população desse segmento, o que nos dá a taxa de atendimentos (em 100 mil crianças e adolescentes) de cada grupo de idades.<sup>5</sup>

Em nível nacional, a faixa de maior índice de atendimentos é, de longe, a de menores de 1 ano de idade, com 118,9 atendimentos em 100 mil crianças menores de 1 ano. Em segundo lugar, a faixa de 15 a 19 anos de idade, com 84,6 atendimentos para cada 100 mil adolescentes. No conjunto - <1 a 19 anos de idade, destacam-se os estados de Sergipe, Pará e Acre, por conta das elevadas proporções de atendimento a crianças e adolescentes. No outro extremo, Paraíba, Minas Gerais e Santa Catarina são os estados que apresentam as menores proporções; verifica-se elevados níveis de atendimento e pesadas taxas de vitimização nas crianças com menos de 1 ano de idade.<sup>5</sup>

Os estados do Paraná, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul lideram com as maiores proporções de atendimento, e Rio Grande do Norte, Roraima e Amapá, com os menores índices; já na faixa de 1 a 4 anos de idade, as proporções mais elevadas de atendimento registram-se em Sergipe, Piauí e Paraná. No outro extremo, Roraima, Alagoas e Rondônia são as regiões que apresentam os menores valores; de 10 a 14 anos, Sergipe e Acre são os estados com os maiores índices. Os menores correspondem à Paraíba e ao Piauí; já na faixa de 15 a 19 anos de idade, Amapá, Alagoas e Bahia são as unidades que ostentam os maiores índices; neste sentido, Rondônia e Espírito Santo, os menores. Prevalece a violência física, que concentra 40,5% do total de atendimentos às crianças e adolescentes, principalmente na faixa de 15 a 19 anos de idade, que representam 59,6% do total de atendimentos realizados nessa faixa etária. Em segundo lugar, destaca-se a violência sexual, notificada em 20% dos atendimentos, com especial concentração na faixa de 5 a 14 anos de idade; esses dois tipos de maior incidência deverão ser objeto de maior aprofundamento analítico; em terceiro lugar, com 17% dos atendimentos, a violência psicológica ou moral; já a negligência ou abandono foi motivo de atendimento em 16% dos casos, com forte concentração na faixa de <1 a 4 anos de idade.<sup>5</sup>

Os pais, no sentido genérico, são os principais responsáveis pelas violências notificadas, concentrando 39,1% dos atendimentos, em 2011. Esse fato torna-se

bem marcante no primeiro ano de vida e vai diminuindo com o crescimento da criança. Já na faixa de 15 a 19 anos, só acontece em 15,8% dos casos; esse papel dos pais começa a ser substituído a partir dos 5 anos de idade por amigos/conhecidos, e a partir dos 10 anos, por parceiros ou pessoas desconhecidas.<sup>4-5</sup>

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA estabelece que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais”.<sup>1</sup>

Entretanto, o manual aponta diversos tipos de violência infligida a menores, com destaque para a violência física; caracterizada por ato violento com uso da força física de maneira intencional, não acidental, praticada por pais, familiares, responsáveis ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que possa ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, podendo inclusive levar à morte. Esses atos podem ser praticados por meio de tapas, beliscões, chutes, arremessos de objetos, causando lesões, mutilações, traumas ou queimaduras. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde.<sup>4</sup>

**Violência autoprovocada:** comportamento violento contra si mesmo, envolvendo automutilação, provocando destruição direta de partes do corpo sem intenção suicida, podendo ser superficial, estereotipada a grave. Ideação e tentativa de suicídio. O suicídio se caracteriza quando há um planejamento e desenvolvimento de uma maneira a cometer o ato, onde o indivíduo consegue meios de realizá-lo e concretizá-lo pondo um fim à própria vida.<sup>4</sup>

**Violência intrafamiliar:** a manifestação é hierárquica e intergeracional. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas da família se relacionar utilizando a violência como solução frente aos conflitos e como estratégia educativa. Há inclusão ainda de falta de cuidados básicos aos seus filhos. Ao identificar uma criança que sofre violência em casa, existe a possibilidade de que outras pessoas desta mesma família também sejam vítimas. Já a violência comunitária tem como

características o fato de ser praticada por pessoas de fora do cenário familiar, podendo ser conhecidas ou desconhecidas. <sup>4</sup>

**Violência coletiva:** geralmente cometida por grupos maiores ou pelo Estado. Caracterizada por distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial, étnica e social, com o propósito de anular ou prejudicar o exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em outro domínio da vida pública. <sup>4</sup>

**Violência psicológica:** é toda a ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou desenvolvimento da criança ou adolescente. Sua manifestação ocorre através de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. <sup>4</sup>

**Violência de gênero:** são formas de dominação, opressão e crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas e reproduzidas no cotidiano. Geralmente é sofrida por mulheres e é naturalizada no processo de socialização de meninos e meninas. <sup>4</sup>

**Violência sexual:** ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual. Abrange relações homo e heterossexuais. Sua ocorrência está em uma variedade de situações, como: estupro, incesto, assédio, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas, ânus, ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais, práticas eróticas não consentidas e “voyeurismo”, que é a obtenção de prazer por meio de observação. É predominantemente doméstica, especialmente na infância. Os principais agressores são os companheiros das mães, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios e padrinhos, bem como mulheres que também praticam este tipo de violência, por exemplo, mães, avós, tias, e outros que possam manter com a criança qualquer contato ou estabelecer relação de convívio. <sup>4</sup>

**Trabalho infantil e exploração sexual:** o trabalho infantil também é uma forma de violência, podendo acarretar danos físicos e psicológicos, pois transforma crianças e adolescentes em adultos precoces, submetendo-os, muitas vezes, a

situações extremas que afetam seu processo de crescimento e desenvolvimento, expondo-os à aquisição de doenças e atrasos na formação escolar, até mesmo, provocando sequelas que acabam sendo irreversíveis na vida adulta.<sup>4</sup>

A exploração sexual afeta todas as classes, etnias, e ambos os sexos, sendo mais comum em adolescentes mulheres e de baixa renda. Caracteriza-se quando a criança ou adolescente é utilizado sexualmente com a intenção de se obter lucro, ou troca, seja de ordem financeira ou de qualquer espécie. Geralmente há um intermediário ou aliciador, que usa meios de coagir ou persuadir os menores nas formas de prostituição, pornografia, uso de imagens e vídeos na internet, tráfico para fins sexuais em viagens e no turismo.<sup>4</sup>

**Negligência:** especificada por formas de omissões praticadas pelos adultos, ao deixar de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes. Estão incluídas como formas de negligência a privação de medicamentos, de atendimento à saúde e educação, descuido com a higiene, falta de estímulo, de proteção, de condições climáticas, de condições para a frequência escolar, falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral, social, emocional e espiritual. O abandono é a forma mais grave de negligência. Uma criança ou adolescente pode ser afetado por mais de um tipo de ato negligente, especialmente em situações graves e crônicas.<sup>4</sup>

## 5. CONSTRUINDO O CUIDADO

O manual “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, traz orientações que direcionam os profissionais de saúde, contribuindo na identificação de sinais e sintomas de violência que deverão ser aplicados na prática ao prestar atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias.<sup>4</sup>

## 6. A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO DESDE O ACOLHIMENTO

Conhecer o conceito e a prática de acolhimento é ferramenta que promove o acesso à integralidade da assistência. Compreender seu significado valoriza outros conceitos implícitos nessa prática, como humanização, acesso, resolutividade e cuidado integral, conceitos necessários quando nos colocamos a escutar o outro em suas demandas. Um dos desafios está em aplicar o acolhimento, que é diferente de uma triagem. Acolhimento é uma escuta mais ampla do que um momento de triagem, em que são avaliados critérios de urgência para se resolver um problema.

Capacitar os profissionais de saúde coletiva é importante para que os mesmos se agreguem de conceitos referentes à assistência humanizada, integral e de qualidade, contribuindo para a melhora no processo de trabalho e do atendimento às necessidades do indivíduo, ofertando um serviço com qualidade superior.<sup>4-7-8</sup>

Um dos passos no cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento, atentando para o fato de que eles poderão se encontrar com grande ansiedade, medo ou em casos já crônicos, desamparados e em estado de intenso sofrimento. É importante valorizar as informações relatadas desta criança ou adolescente, considerando que a abordagem do profissional deve ser sutil, evitando traumas e culpabilização da vítima.<sup>4-5</sup>

Evitar julgamentos e comentários de indignação, censura, acusação ou confrontos, lembrando que para a vítima pode ser difícil contar a um adulto que está ou que já sofreu alguma violência. Há o temor de ameaça da violência contra si ou membros da família, ou ainda medo de serem levados para longe. No atendimento às crianças e adolescentes, o profissional deve adotar atitudes positivas e de proteção a esses indivíduos. Vinculação do paciente e profissional, estabelecendo uma relação entre ambos que favoreça o cuidado integral frente às suas necessidades.<sup>5-7-9</sup>

## **7. DETECÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Crianças e adolescentes possuem o direito de se desenvolver de maneira saudável. Desta maneira, a exposição de ambos a situações de violência pode comprometer seu desenvolvimento físico, emocional e mental. Na consulta de enfermagem, o profissional tem a possibilidade de detectar sinais e sintomas que podem sugerir que a criança ou o adolescente está sendo vítima de violência e assim avaliar o risco e a necessidade do acompanhamento da vítima e se necessário, de seus familiares.

Quando os maus tratos acontecem na infância, os prejuízos são maiores que em qualquer faixa etária. Como o comportamento é algo aprendido de acordo com suas vivências e imitação do comportamento dos adultos, crianças que vivem em ambientes permeados pela violência tendem a achar que esta é uma maneira natural de lidar com conflitos, passando a adotar esse modelo de comportamento em suas vidas. <sup>4-7-8</sup>

Na educação de crianças e adolescentes, impor regras e limites não significa bater ou castigar. O diálogo deve ser estimulado desde sempre e mantido pelos pais e cuidadores como caminho para a resolução de problemas, uma vez que a violência pode ser algo que vai se reproduzindo através das gerações familiares. Assim, algumas ações como formas de prevenção são pertinentes, através de grupos de pais e cuidadores, em que o assunto possa ser abordado propiciando trocas de experiências entre os pais, que poderão de repente rever suas condutas com seus filhos. <sup>5-10-11</sup>

Há, portanto, a necessidade de ressaltar a importância da promoção de debates e capacitação dos profissionais de saúde a respeito do tema violência contra a criança e adolescente, para que estes possam prestar um atendimento adequado à criança e ao adolescente em situação de violência. É importante que a incorporação desta temática ocorra desde a formação dos profissionais da equipe de saúde, para que estejam em alerta e aprendam a lidar com esta temática no cotidiano da assistência. <sup>4-9</sup>

## **7.1 Notificação**

A notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não somente como denúncia e punição. É um direito da criança, do adolescente e de sua família, viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional, livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência. A notificação é uma das dimensões da linha de cuidado, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, da responsabilização pelo seu preenchimento, bem como encaminhamento ao Conselho Tutelar.<sup>4-13</sup>

Assim, a decisão de notificar não se restringe às determinações legais, mas sim, às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços de saúde que, em sua maioria, são deficientes, segundo tem se destacado na literatura nacional e internacional, constituindo-se em um dos principais desafios dos trabalhadores da área da saúde para realizar a notificação.<sup>4</sup>

O temor de ser identificado e sofrer represálias por parte dos agressores, muitas vezes pela carência de proteção ao profissional que denuncia, além da fragilidade da rede de cuidados, constituem-se em barreiras para uma conduta eficaz pela equipe da ESF. Esse quadro expressa a necessidade de diálogo com os gestores, a fim de rever aspectos da legislação e organização dos serviços, de forma a resguardar os profissionais notificantes e fortalecer a rede de apoio, estabelecendo um fluxo de cuidados multidisciplinares integrados e potencialmente resolutivos.<sup>12-13</sup>

## **7.2 Fluxo do registro da notificação e medidas de proteção**

Preencher a Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias.

Preencher a ficha em três vias:

A ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica, da Secretaria de Saúde do Município; a segunda deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Varas da Infância e da Juventude ou Ministério Público); a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência. Para dar continuidade ao acompanhamento, é preciso que os serviços de saúde e profissionais estejam capacitados para os cuidados que a vítima necessite, sejam eles clínicos ou psicológicos, através de protocolos e fluxos definidos, e rede de saúde organizada nos três níveis de atenção. <sup>4-8-12</sup>

Este fluxo pressupõe a organização dos encaminhamentos, agendamentos, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões de equipe de saúde e rede para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações necessárias para garantir a eficácia na promoção de proteção, cuidados e prevenção. A violência, como um dos grandes problemas de saúde, exige um trabalho em rede e de forma articulada, negociando e partilhando os recursos de acordo com os interesses e necessidades, de forma a garantir a integralidade do cuidado em todos os níveis da saúde. <sup>4-12-14</sup>

A atenção básica à saúde é o nível primário do sistema de saúde, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, incluindo cuidados essenciais de promoção, reabilitação e manutenção da saúde. Este nível de atenção à saúde possui espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência. Os profissionais da atenção primária, por estarem geograficamente mais próximos à família, têm maior possibilidade em identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento e atendimento, notificar e encaminhar para a rede de cuidados e de proteção social.

Em geral, os serviços de atenção especializada para atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência estão vinculados a um estabelecimento de saúde, público ou conveniado com a rede SUS. Há situações mais graves, como tentativa de suicídio, agressão física e violência sexual, em que a porta de entrada pode ocorrer através de serviços de alta complexidade ou de Urgência e Emergência, como Hospitais e unidades de Pronto Socorro, tais serviços prestarão o

atendimento à vítima e posteriormente darão os devidos encaminhamentos que se façam necessários. <sup>4-8-12</sup>

Sabemos que muitos fatores psicossociais estão presentes e compõem diferentes manifestações de violência. E neste aspecto é possível que a atenção à saúde mental se torne necessária à vítima e à sua família, mesmo porque, inclusive seus agressores podem ser portadores de algum transtorno mental, como depressão ou ainda cenários de vulnerabilidade.<sup>4</sup>

A rede de atenção psicossocial é constituída por diversos dispositivos assistenciais, que possibilitam atendimento nesta esfera para: crianças, adolescentes e suas famílias, destacando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo divididos em atendimento ao adulto, infanto-juvenil e usuários de álcool e outras drogas.

Os CAPS regulam a porta de entrada na saúde mental, sendo locais de referência para tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental e sofrimento grave e persistente, como portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas ou ainda aqueles que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. CAPS infanto-juvenis, são destinados a atender crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, por exemplo, portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas ou ainda aqueles que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Os CAPS podem atender direta ou indiretamente casos de violência, de acordo com impacto que a situação afetar a saúde mental da criança/adolescente.

Os CAPS AD oferecem atendimento a pacientes que fazem uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas, possibilitando intervenções terapêuticas de forma individualizada e contínua. <sup>4</sup>

Na atenção básica, algumas unidades contam também com Equipe de Saúde Mental e NASF, que potencializam o cuidado facilitando uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos usuários e comunidade, ampliando as ações da atenção primária. Na composição destas equipes, deve haver profissionais, como: psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social, fonoaudiólogo,

entre outros. Dentro das Unidades de Saúde, em seus diferentes níveis, de acordo com a portaria nº 936, de 20 de maio de 2004, devem ser implementados Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção de Saúde, tendo como principais objetivos articular, gestão e profissionais na definição de estratégias e intervenções em rede, implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violência e Acidentes VIVA, promovendo qualidade na informação e planejamento frente à violência nos demais setores de saúde, qualificar e articular a rede de proteção e capacitar os profissionais de saúde para o trabalho de prevenção à violência em parceria como os polos de educação permanente. <sup>4-14-15</sup>

Além dos serviços de saúde, existem outros serviços no território que atendem às crianças e adolescentes em situação de violência, que devem estabelecer um fluxo de diálogo permanente com os demais serviços de saúde, fazendo parte da rede de cuidados e proteção. O Sistema Único de Assistência Social (Suas) integra uma política nacional que prevê a organização participativa e integrativa da assistência social, com ações e serviços voltados para o fortalecimento da família, elemento fundamental para o cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. O SUAS conta com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que são serviços que prestam ações sociais e assistenciais de proteção básica e especial às famílias e indivíduos, na perspectiva de potencializar a proteção social com articulação entre outros órgãos, como: Sistema de Justiça e de Direitos Humanos, Conselho Tutelar, Vara da Infância e adolescência, Sistemas de ensino, Sistema Único de Segurança Pública) e Sociedade Civil Organizada. <sup>4</sup>

## **CONCLUSÃO**

A violência contra a criança e o adolescente tornou-se um problema de saúde pública, tanto pelas questões do trauma físico, mas também pelo trauma psicológico que a criança ou o adolescente venha a sofrer, o que causará prejuízos em seu desenvolvimento integral. O manual “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, traz

aos profissionais de Saúde ferramentas para atuar nesta questão de forma clara e completa, ilustrando o caminho a ser seguido pelo profissional desde o acolhimento, até a forma de notificar e traçar os demais cuidados necessários não só para a criança ou o adolescente, mas também no que se refere ao possível agressor, que de acordo com os estudos, na maioria dos casos faz parte da família.

O perfil da violência no Brasil aponta que em menores de 10 anos, os pais são os principais responsáveis pelas agressões notificadas; a negligência e a violência física apresentam o maior número de notificações dentre crianças. Já entre as idades de 10 a 19 anos, a violência física é prevalecente e os prováveis autores da agressão são indivíduos conhecidos ou amigos da vítima. A violência sexual tem maior concentração entre as idades de 5 a 14 anos, sendo a segunda forma de violência mais notificada no país.

Os dados do perfil são preocupantes e trazem a reflexão de que ainda há muito a ser feito no combate à violência contra crianças e adolescentes e uma das frentes que necessitam de maior enfoque deve ser a prevenção, através de propostas que cheguem às famílias, e não somente pensando em formas de punir os agressores, mas que aconteça uma conscientização de que a violência não é um meio de educação.

Identificamos que em muitos casos a descoberta de sinais e sintomas que evidenciam que a criança ou adolescente possa estar sendo vítima de violência são vistos na atenção básica, em consultas com profissionais, através de notificações do Conselho Tutelar e escolas do território. Assim, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre o tema na rede de atenção e trabalhar para desconstruir este modelo que culpabiliza a vítima, dificultando a identificação de seu sofrimento. Nesta discussão, é importante que haja constante articulação entre os diversos serviços que compõe a rede de atenção, pensando nas esferas da saúde, educação e assistência social, através de ações de educação em saúde que alcancem profissionais e comunidade.

O enfermeiro possui importante papel neste cuidado em sua atuação, e através de um olhar integral, diferenciado, humanizado e pautado em princípios éticos e legais, poderá trabalhar no seguimento das medidas protetivas necessárias

para garantir a prevenção, promoção e recuperação de saúde da criança, adolescente e sua família.

## REFERÊNCIAS

1. Ishida V. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Atlas S.A.; 2014.
2. Brasil. Viva: Instrumento de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Caderneta de Saúde da Criança. 8th ed. Brasília DF; 2013.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2012.
5. Waiselfisz J. Mapa da Violência 2012 Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro RJ: Flacso Brasil; 2012.
6. Apostólico M, Nóbrega C, Guedes R, Fonseca R, Egry E. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2012; 20(2): 266-273.
7. Jabour SR, T. F. Rosas A, Soraya C, Valente G, O. Viana L. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. Ciencia y Enfermeria. 2012; 18(01).
8. Penna C, Faria R, Rezende G. Acolhimento: Triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? REME: Revista Mineira de Enfermagem. 2014; 18(4).
9. Moreira T, Martins C, Feuerwerker L, Schraiber L. A construção do cuidado: o atendimento as situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde e Sociedade. 2014; 23(3): 814-827.
10. Machado J, Rodrigues V, Vilela A, Simões A, Morais R, Rocha E. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Saúde e Sociedade. 2014; 23(3): 828-840.
11. Costa D, Reichert L, França J, Collet N, Reichert A. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Trabalho, Educação e Saúde. 2015; 13:79-95.

12. Apostólico M, Hino P, Egry E. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(2): 320-327.
13. Pinheiro Bezerra Klwata Monteiro A. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. 2012; 13(02).
14. Silva P, Lunardi V, Ribeiro J, Oliveira A, Vasquez T. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. *Avances en Enfermería*. 2015; 33(1): 142-150.
15. Aragão A, Ferriani M, Vendruscollo T, Souza S, Gomes R. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013; 21(spe): 172-179.