

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**INTERSETORIALIDADE: O DESAFIO DE  
ARTICULAR A REDE DE PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS  
E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO  
ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO**

**- Modalidade Artigo Publicável -**

**Gilmara de Campos**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**INTERSETORIALIDADE: O DESAFIO DE ARTICULAR A REDE DE  
PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA**

**Gilmara de Campos**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Sistema Público de Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Sheila Kocourek**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão

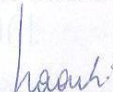
**INTERSETORIALIDADE: O DESAFIO DE ARTICULAR A REDE  
DE PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA**

Elaborado por

**Gilmara de Campos**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Comissão Examinadora:**

  
**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/orientador)

  
**Rosane Janczura, Dra. (UFSM)**

  
**Ilse Melo, Esp. (4ª CRS/RS)**

**Clara I. Colomé, Ms. (UFSM)**

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

## **RESUMO**

Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **INTERSETORIALIDADE: O DESAFIO DE ARTICULAR A REDE DE PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA**

**AUTOR: GILMARA DE CAMPOS**

**ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREC**

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

A partir das vivências dos profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, junto as Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Maria – RS constatou-se um número expressivo de casos de violência contra crianças e adolescentes. Somado a isso, no cotidiano da experiência vivenciada, verificou-se que os profissionais percebiam-se pouco capacitados para o atendimento e encaminhamento dos casos, caracterizando intervenções pouco resolutivas e fragmentadas. O desenvolvimento de uma pesquisa com o objetivo de problematizar a qualificação destes profissionais para acolher e encaminhar esta demanda surgiu como necessária. A partir deste estudo, para fins de elaboração deste artigo, foram analisadas três variáveis da pesquisa: identificação dos casos, encaminhamento e locais de encaminhamento. A partir da análise destes dados, foi possível identificar que os profissionais minimamente identificam instituições de proteção à criança e adolescente no município de Santa Maria/RS, embora se observe como desafio a integração dos serviços na perspectiva da intersetorialidade. O principal resultado deste artigo é mostrar que a integralidade do atendimento em saúde ocorre na medida em que os serviços/instituições estejam trabalhando articuladamente. Ao mesmo tempo, também se verifica que quanto mais qualificados os profissionais estiverem, mais efetivas serão suas intervenções.

Palavras-chave: **Violência, Criança e adolescente, Profissionais da Saúde, Intersetorialidade.**

## **ABSTRACT**

Specialization Article

Integrated Multidisciplinary Residency Program in Public Health System

Federal University of Santa Maria

### **INTERSECTORAL: THE CHALLENGE OF ARTICULATING NETWORK PROTECTION TO CHILDREN AND YOUNG VICTIMS OF VIOLENCE IN PUBLIC HEALTH**

**AUTHOR: GILMARA DE CAMPOS**

**ADVISOR: SHEILA KOCOUREC**

**DATE OF DEFENSE: SANTA MARIA, JUNE 18<sup>TH</sup>, 2011**

From the experiences of professionals in the Integrated Multidisciplinary Residency Public Health System, Federal University of Santa Maria along the Family Health Strategy in the city of Santa Maria - RS was found a significant number of cases of violence against children and adolescents, added to that, in everyday lived experience, it was found that the professionals, we find little trained in the treatment and referral of cases, featuring some resolving and fragmented interventions. The development of a research in order to discuss the qualifications of these professionals to receive and forward this demand has emerged as necessary. From this study, for the purpose of writing this article, we analyzed three research variables: case identification, routing and local routing. From the analysis of these data, we found that the minimally identify professional institutions for the protection of children and adolescents in the city of Santa Maria / RS, although there is the challenge of integration of services from the perspective of intersectoral. The main result of this article is to show that the integrality of health care occurs in that the departments / institutions are working articulately at the same time, is also observed that the most qualified professionals are, their interventions are more effective.

**Keywords: Violence, Child and adolescent, Health Professionals, intersectoral.**

## INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto da experiência da inserção da Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da intersectorialidade, sob o recorte temático da violência envolvendo crianças e adolescentes no Município Santa Maria- RS, sendo essa produção requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

O setor da Saúde é o que acolhe todas as conseqüências decorrentes dos casos de violência, seja pelo acesso das vítimas à atenção primária ou aos serviços de urgência, seja pelos encaminhamentos realizados para a rede especializada de reabilitação física, psicológica e de assistência social <sup>[1]</sup>. No entanto, a violência não pode ser tratada como um problema específico deste setor, já que se trata de uma questão social, mas sim, como fenômeno que afeta diretamente a qualidade de vida, exigindo a concepção ampliada de saúde <sup>[2]</sup>. Portanto, se buscou fazer uma retomada breve da construção das políticas que formalizaram o sistema de saúde brasileiro, para que sirva como porta de entrada da maioria dos casos de violência envolvendo crianças e adolescente <sup>[3]</sup>.

Neste sentido, as discussões iniciam em 1986 com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se evidenciou a necessidade de uma reformulação e ampliação do conceito saúde. A partir de então, a saúde passa a estar relacionada ao modo de vida das pessoas, das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde <sup>[4,5]</sup>. A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, se torna direito do cidadão o acesso à saúde de qualidade, pautada em ações integrais de promoção, prevenção e recuperação da saúde com a participação do usuário como protagonista social <sup>[6]</sup>.

Diante disso, em 1990, se consolida a lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços <sup>[7]</sup>. No mesmo ano, a lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde <sup>[8]</sup>. Em seguida, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família- ESF foi apresentada como uma proposta de reorganização dos serviços e ações em saúde a partir da Atenção Básica, em consonância com os princípios do SUS <sup>[5,9]</sup>.

Neste sentido, com intuito de contribuir para efetivação de práticas em saúde pautadas em ações integrais, interdisciplinares e intersetoriais, que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, o Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria, tem início com a primeira turma no ano de 2009.

Dessa forma, a partir da inserção e das ações desenvolvidas pelos profissionais da Residência Multiprofissional junto às ESF de Santa Maria – RS foi evidenciado um número expressivo de casos de violência envolvendo crianças e adolescentes, sendo principalmente constatadas situações dentro da família ou domicílio. Também foi possível visualizar as dificuldades dos profissionais da saúde em identificar e intervir em tais situações, o que caracteriza atendimentos pouco resolutivos e fragmentados.

Neste sentido, a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude das seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um grave problema de Saúde Pública, e quando dirigida à criança e ao adolescente é responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade nessa faixa etária. Trata-se de um fenômeno que possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais, econômicos e culturais. Portanto, é dever do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência. <sup>[10, 11, 12]</sup>.

Diante disso, o desenvolvimento da Pesquisa intitulada: *“Crianças e adolescentes vítimas de violência: Uma avaliação do trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família de Santa Maria - RS sob esta perspectiva”*, almejou analisar a forma pela qual os profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família identificam, intervêm e encaminham estes sujeitos. A partir dos resultados da pesquisa, se buscou capacitar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a temática da violência, bem como a articulação intersetorial, fomentando a Rede de cuidados e proteção à infância e adolescência na cidade de Santa Maria – RS.

Deste modo, frente à complexidade do assunto e à necessidade das Equipes de Saúde da Família buscarem de maneira integral o cuidado, a prevenção e a promoção à saúde de crianças e adolescentes, e ainda reduzir os danos que a violência pode causar, é preciso reconhecer a necessidade de compartilhar este fenômeno através da co-responsabilização das ações intersetorialmente com o intuito de fortalecer a rede, buscando o apoio da educação, cultura, segurança, justiça e assistência social, bem como dos usuários, família e comunidade

[12]. A violência é objeto da intersetorialidade, levando o campo médico-social a se integrar. Neste sentido, pode-se dizer que, ao integrar os diversos atores sociais e organizacionais, se privilegia a ação de vários setores, que ao integrarem saberes e experiências constituem as redes sociais atuantes no cuidado, proteção e promoção da saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência [2, 13].

Portanto, o desenvolvimento das ações intersetoriais surge como uma possibilidade de resolução de problemas sociais, como a violência de forma integrada e integral. A noção de rede permite traduzir a trama de conexões intersetoriais, em que se baseia o sistema de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência, garantindo seus direitos e proteção integral. A trama compreende as ações realizadas em diferentes momentos pelos agentes de cada organização, em cada nível de atenção, para garantir a proteção. Assim, a Saúde rediscutida nessa complexidade, é capaz de demonstrar suas fragilidades e pedir apoio, com o objetivo de aumentar as possibilidades de atenção, ampliando seu olhar a respeito das situações de violência. Diante disto, a forma de articulação em rede requer a inclusão de outros setores, que se mobilizem para o melhor reconhecimento do fenômeno, suas causas e soluções potenciais [12, 13, 14, 15, 16].

Dessa forma, esses atores se dispõem a discutir, planejar, implementar e avaliar as ações desenvolvidas, fomentando a distribuição de responsabilidades e a tomada democrática de decisões. Em suma, a organização em rede deve estar pautada na co-responsabilidade, liberdade, respeito mútuo, democracia, e transparência entre os setores [17]. Neste sentido, a rede de proteção não significa a construção de um novo programa de prevenção e proteção à criança e ao adolescente em situação de violência, mas uma nova concepção de trabalho que dá ênfase à atuação integrada e intersetorial das ações desenvolvidas a estes sujeitos [18].

## **MÉTODOS**

O delineamento do estudo foi descritivo, observacional, transversal em nível individual. A população-alvo foram os integrantes (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal, recepcionistas e serviços gerais) de todas as Equipes de Saúde da Família de Santa Maria, urbanas e rurais. Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, a estratégia de saúde da família do



município é composta por 13 unidades com 16 equipes, totalizando cobertura de 20% da população do município.

As coletas dos dados foram realizadas no período de 02 de dezembro de 2010 a 12 de janeiro de 2011, totalizando uma amostra de 116 entrevistas de um universo de 127 profissionais que constituíam as 16 equipes de ESF do município.

Foi utilizado para coleta de dados um questionário com aplicação individual, adaptado de LESCHER <sup>[19]</sup>. Durante a realização das entrevistas, foi apresentado e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado – TCLE, elaborado conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos especificadas na Resolução 196/96 <sup>[20]</sup>.

A consistência das informações foi checada durante a coleta de dados, uma vez que a digitação ocorreu simultaneamente, permitindo a emissão de relatórios de possíveis inconsistências. Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações foram: o treinamento dos entrevistadores, a elaboração do questionário padronizado e pré-testado e ainda, as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo. O estudo piloto envolveu a aplicação do questionário em uma unidade de saúde da família de Santa Maria, na qual foram realizadas entrevistas para detecção de problemas com o questionário e avaliação final dos entrevistadores.

Os dados dos questionários foram categorizados e tabulados em uma planilha do software Microsoft Excel for windows. Em relação ao tratamento dos dados, estes foram sistematizados com o auxílio do programa informacional SPSS 13.0, o qual se constitui em um software que permite o gerenciamento e a análise estatística de dados. Para fins da elaboração deste artigo, delimitaram-se três variáveis do questionário: 1) atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima violência na Estratégia de Saúde da Família; 2) você encaminha ou já encaminhou alguma criança ou adolescente para a rede de proteção; 3) Para onde foi efetuado tal encaminhamento. Estas questões foram eleitas para trabalhar a dimensão da intersectorialidade a partir do serviço de saúde, com o intuito de analisar a visão dos profissionais da ESF a respeito da existência e formatação dos serviços na rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência.

A Pesquisa foi encaminhada e aprovada pela Prefeitura Municipal de Santa Maria, por meio do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob número 0310.0.243.000-10.

## DISCUSSÃO E RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido a partir de uma amostra de 116 entrevistas, o que representa 91,33% de um total do universo de 127 profissionais presentes nas ESF durante o período de coleta. Observa-se que do universo dos entrevistados houve apenas uma recusa.

O perfil dos profissionais entrevistados quanto ao sexo foi 85,3% do sexo feminino e 14,7% do sexo masculino. A idade dos participantes ficou entre 24 e 64 anos, sendo que a maioria dos profissionais encontra-se na faixa etária entre os 40 e 49 anos, totalizando 37,1 % dos entrevistados.

Quanto ao tempo de atuação em ESF, o mínimo foi 01 mês e o máximo 180 meses. Sendo assim, 43, 1% dos entrevistados tem 61 meses ou mais de experiência em ESF. Quanto à atuação em Saúde Pública, o tempo mínimo foi de 03 meses e o máximo, 384 meses. Sendo assim, 58,6% dos entrevistados têm 61 ou mais meses de tempo de serviço em saúde pública.

Em relação ao cargo que os profissionais ocupam, 62,1% dos entrevistados eram Agentes Comunitários de Saúde, 10,3% eram médicos, 8,6% serviços gerais, 7,8% eram enfermeiros, 6,0% recepcionistas, 4,3% técnicos em enfermagem e 0,9% eram dentistas.

Neste sentido, no que diz respeito ao fato de já terem atendido ou identificado crianças e adolescentes que sofreram violência, 47,4% dos profissionais já o fez. Então, pode-se confirmar que os profissionais que exercem suas atividades na atenção primária à saúde, se constituem por excelência, privilegiados para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento, bem como para o cuidado e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência <sup>[21]</sup>.

Assim, cabe ressaltar que está formalizado, através do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e pela portaria 1968/2001 do Ministério da Saúde, que além da identificação, é obrigação do profissional comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, tendo o profissional da saúde a responsabilidade de participar da garantia dos direitos desses sujeitos <sup>[22, 23]</sup>. Frente a isto, existem estratégias que devem ser utilizadas pelos profissionais da saúde ao intervirem neste fenômeno <sup>[21]</sup>.

Inicialmente, a equipe de saúde nunca deve agir sozinha em caso de suspeita e confirmação de violência, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, pela sua

vinculação com os membros da comunidade. A rede de cuidado e de proteção no território deve sempre ser acionada, a fim de apoiar as medidas tomadas pelo profissional de saúde na garantia de direitos e de proteção da criança e do adolescente <sup>[21]</sup>.

Neste sentido, a nível territorial, acionar a rede de cuidado e de proteção a crianças e adolescentes, de acordo com a necessidade dos cuidados e com objetivo de atenção integral, envolveria os seguintes serviços: a própria Rede de Saúde com ESF, Hospitais, Unidades de Urgências, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi), Centro de Testagem e Aconselhamento e intersetorialmente com a Rede de Proteção Social: Centro de Referência em Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas), Conselho Tutelar (CT) e Defesa: Ministério Público (MP), e as Varas da Infância e da Juventude (VIJ), Instituto Médico Legal (IML), bem como outros dispositivos sociais: Disque 100 (Disque Denúncia Nacional), organizações não governamentais (ONGs), entre outros <sup>[21]</sup>.

Frente a isso, pode-se constatar que o desenvolvimento de ações intersetoriais aumenta as possibilidades de resolutividade, sendo importante, depois da identificação, existir uma rede preparada para receber e minimizar efetivamente os danos causados pela violência, evitando que os casos voltem a se repetir e a rede passe a ser vista como frágil e pouco resolutiva. Porém, articular todos os serviços em todos os níveis do sistema é tarefa complexa, que exige profissionais e serviços dispostos, articulados e preparados para acolher a esta demanda <sup>[24]</sup>.

No que tange aos profissionais que nunca atenderam ou identificaram esta demanda (52,6%), pode-se dizer que a falta de preparo técnico e emocional são fatores que contribuem para que os casos não sejam identificados, podendo a violência estar presente nestes ambientes a espera de um profissional que acolha a esta demanda <sup>[25]</sup>.

Assim, é urgente o planejamento e a execução de ações em saúde, baseadas em políticas de estado e desenvolvidas pelos gestores, que respondam a estas questões e apontem caminhos para quem atua no cotidiano dos serviços. Oferecer treinamentos, capacitações, normas técnicas e protocolos com fluxos definidos que subsidiem estes atendimentos, são formas de sensibilizar os profissionais a respeito do tema, garantindo um atendimento de qualidade <sup>[26, 27]</sup>.

Diante disso, com intuito de colaborar na capacitação dos profissionais da ESF para o enfrentamento da temática, em abril de 2011, foi proposta e desenvolvida pelo grupo de

profissionais da Residência Multiprofissional, autores da pesquisa, em parceria com as Secretarias da Saúde e a Secretaria de Assistência Social, Cidadania e Direitos Humanos de Santa Maria – RS, uma intervenção em forma de qualificação a respeito da temática, intitulada: “*Qualificação para Profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Perspectiva de Crianças e Adolescentes Vítimas De Violência*”. Nesta capacitação, foram discutidas questões teóricas a respeito da violência e questões práticas, com a participação de alguns serviços da rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência, com a finalidade de buscar articulação entre os serviços, fomentando a rede.

Em relação aos encaminhamentos de crianças e adolescentes para a rede de proteção, 71,6% dos entrevistados nunca realizaram nenhum tipo de encaminhamento. A partir do dado exposto, a principal resistência dos profissionais em realizar a denúncia, primeiro passo para acionar a rede de proteção, é a ausência de suporte institucional para respaldar seu ato, a descrença no poder público para dar solução aos casos encaminhados, o desconhecimento do fluxo que se dá a partir da denúncia e o isolamento do profissional na unidade, que não sabe para onde referenciar os casos <sup>[25, 28]</sup>.

Diante disso, a necessidade de reconhecer e articular a rede através de discussões intersetoriais, organizando os fluxos e encaminhamentos seria um ponto importante de apoio aos profissionais, e ajudaria a superar a insegurança de que após a denúncia, não exista uma rede minimamente estruturada, capaz de receber e intervir na redução efetiva do impacto que a violência causa, bem como impedir que a vítima seja novamente exposta a situações de violência <sup>[24]</sup>.

Em relação aos profissionais que realizaram encaminhamento para rede de proteção, sendo estes uma pequena percentagem, 28,4% de todos os entrevistados, cabe destacar que a maioria dos encaminhamentos (50%) foram feitos ao Conselho Tutelar. A seguir, 14% dos entrevistados encaminharam ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 10% aos Serviços de Assistência Social, 7% encaminharam às Instituições de Ensino Superior que contam com atendimento de Psicologia, 7% encaminharam para os serviços de saúde, 5% encaminharam para Organizações Não Governamentais (ONGs), outros 5%, para a Promotoria da Infância e Juventude e por fim, 2% dos profissionais realizaram encaminhamento de casos de violência contra criança e adolescente para a Brigada Militar.

Neste sentido, a iniciativa do serviço ou da família de acionar diferentes setores revela a existência e a configuração mínimas de uma rede, além da capacidade de integração com e

entre ela. Tais elementos são fundamentais quando se está diante de um problema complexo, multicausal e que depende da intervenção de diversos setores para seu enfrentamento. No entanto, fazer com que ela se interligue garantindo um cuidado integral é o maior desafio encontrado pelos profissionais da saúde <sup>[29,30]</sup>.

Na análise dos encaminhamentos realizados para a rede de proteção, verificou-se que o Conselho Tutelar foi o principal órgão de acesso para encaminhamentos. A descrição do trabalho desenvolvido pelo Conselho Tutelar evidencia o seu papel de articulador das redes de serviços de apoio, com a finalidade de efetivar a co-responsabilização intersetorial a proteção às crianças e adolescentes das comunidades. Deve ser acionado obrigatoriamente, na presença ou na desconfiância de casos de violência, está encarregado de proteger e defender os direitos das crianças e adolescentes, acionar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, exercendo função importante na interlocução com a autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos <sup>[22,31]</sup>.

No entanto, apesar da existência deste serviço e de seu papel articulador das redes intersetoriais, isto nem sempre é garantido. A falta de profissionais ou a atuação de profissionais pouco capacitados, instalações físicas inadequadas, ausência de mínimas condições de infra-estrutura e a falta de referência e contra-referências entre os conselheiros tutelares, o Ministério Público e os profissionais de saúde, são pontos que dificultam esta articulação intersetorial e o acompanhamento dos casos de violência. Todo esse descompasso dificulta um atendimento integrado, necessário ao bom desfecho a favor da proteção da vítima, e pode levar ao descrédito da efetividade das ações desenvolvidas pelos Conselhos Tutelares. Apesar das dificuldades, gradativamente, os profissionais vêm percebendo que a atuação do Setor Saúde tem inúmeras limitações e que a parceria com os Conselhos Tutelares, estabelecida a partir da denúncia, pode ajudar na abordagem dos casos. É importante também, que a sociedade e os próprios conselheiros tutelares, cobrem dos poderes públicos garantia de condições necessárias para que cumpram sua missão <sup>[32, 33, 34, 35]</sup>.

Por conseguinte, podemos agrupar os encaminhamentos para o setor da saúde em: Centro de Assistência Psicossocial, que foi alvo de 14% dos encaminhamentos; serviços de saúde como a Estratégia de Saúde da Família, o Hospital Universitário de Santa Maria e a Casa Treze de Maio (Centro de Testagem e Aconselhamento), que receberam 7% dos encaminhamentos e Clínicas Escola de Psicologia das universidades do município de Santa Maria, com também 7% de encaminhamentos.

Diante disso, existem estudos sobre o atendimento à crianças vítimas de abuso sexual, que revelam que o atendimento ainda é centrado nas vítimas e tem caráter médico, hospitalar e psicológico, pouco acompanhamento social e não gera grandes modificações nas dinâmicas geradoras do abuso. Existe uma preocupação com a atenção emergencial à vítima, sendo pouco acionada a rede de proteção à criança e ao adolescente que ofereceria possibilidades de atendimento integral à vítima, ao abusador e a sua família <sup>[35]</sup>.

Ainda estima-se, que dez por cento das crianças e adolescentes que chegam aos serviços de emergência, sofrem maus-tratos, sendo a grande maioria intradomiciliares, ocultos e repetitivos, e quando se contabiliza os "acidentes" devidos à negligência ou à falta de cuidados mínimos, essa porcentagem seria muitas vezes maior <sup>[18]</sup>. Neste sentido, a consciência das limitações de atuação dos serviços de saúde, frente à complexidade do fenômeno, mostra a necessidade de oferecer atenção integral às vítimas de violência. Além do acolhimento e atendimento, encaminhar os casos para parceiros que desenvolvam ações complementares amplia o espectro da intervenção e maximiza os efeitos da ação intersertorial, evitando as ações realizadas apenas em caráter pontual e emergencial <sup>[36]</sup>.

Por conseguinte, os encaminhamentos realizados para os serviços Sócio- Assistenciais representaram 10% e os profissionais referenciaram ao Centro de Referência em Assistência Social (Cras), e ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas).

Assim, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, se configura como o novo reordenamento da política de assistência social, na perspectiva de promover maior efetividade de suas ações, aumentando sua cobertura, estando organizada por tipo de proteção - básica e especial <sup>[37]</sup>.

Deste modo, o Serviço de Proteção Social Básica está voltado à prevenção de situações de riscos pessoal e social, fortalecendo a potencialidade das famílias e dos indivíduos de forma integral, evitando que o vínculo seja quebrado. Tal ação, será executada de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, que estão localizados nas áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social dos municípios, e se caracteriza como a principal porta de entrada das famílias para a rede de proteção social de assistência social <sup>[37]</sup>.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade está voltada à proteção de famílias e indivíduos que apresentem situações de violação de seus direitos pessoais e sociais

porém, sem o rompimento do vínculo familiar, e tem como referência para atendimento o Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS. Por fim, a Proteção Social de Alta Complexidade é acionada quando ocorre o rompimento dos vínculos, existindo a necessidade da retirada das crianças e adolescentes de seu núcleo familiar e ou, comunitário e atua na garantia da proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho) às famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos <sup>[37]</sup>.

Neste sentido, o CREAS deve ofertar atenção na ocorrência de situações de negligência, abandono, ameaça, maus tratos, violência física/psicológica/sexual, discriminação social e restrição à plena vida com autonomia e exercício de capacidades. Os Serviços de Saúde, Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, Promotoria de Justiça e da Juventude, podem encaminhar estes casos para o CREAS, além da demanda espontânea dos usuários. Por atuar na prevenção das situações de violência e no acolhimento desta demanda, mais uma vez se confirma a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais, que iniciam com a identificação das situações de risco (situação de rua, trabalho infantil, etc.) ou violação de direitos. Tais ações são desenvolvidas pelo CRAS e pelo CREAS, e seguem tecendo e articulando a rede, com o encaminhamento ao Conselho Tutelar, Vara da Infância e da Juventude para a notificação dos casos identificados e aplicação, se necessário, de medida protetiva <sup>[37]</sup>.

Diante disso, a divulgação e articulação da rede, principalmente entre a Saúde e os serviços Sócio-Assistenciais, podem potencializar as ações desenvolvidas pela saúde, na busca de atender e prevenir as situações de violência contra criança e adolescente, através de diálogo, co-responsabilização, planejamento e implantação de ações coletivas, já que nestas instituições há trabalhos de fortalecimento dos vínculos da família, buscando encaminhar as demais questões da vida da criança, além das de saúde. Dividir com outros profissionais e instituições a responsabilidade do atendimento pode colaborar, tornando o profissional de saúde mais disponível para identificar e encaminhar as questões sociais ouvidas no atendimento realizado pelo setor da saúde <sup>[38]</sup>.

Neste sentido, as articulações interseroriais, através de suas redes, rompem o isolamento das pessoas e das organizações, evitam a duplicação de ações e viabilizam a realização de atividades integradas, porque atuam de maneira sistêmica e sinérgica contribuindo sobretudo, na quebra do ciclo repetitivo da violência, que pode alimentar a violência social. No entanto, a constituição de uma rede desta natureza está em processo permanente de construção, implicando em mudanças culturais e de hábitos de trabalho

setorizado e verticalizado. A desconcentração do poder é condição de fundamental importância, e o livre fluxo de informações assegura a transparência das ações que buscam o atendimento integral das crianças e adolescentes vítimas de violência [38, 39, 40, 41].

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência certamente afetou com grande intensidade o setor saúde ao se tornar um problema de saúde pública, e exigiu sua reestruturação para o enfrentamento das consequências que ela gera. A busca da intersetorialidade é consensual hoje, como forma de intervenção integral para o acolhimento, atendimento e encaminhamento dos casos de violência, já que estamos tratando de um fenômeno multifatorial e de alta complexidade.

Portanto, primeiramente, existe a necessidade imediata de que o profissional da saúde saiba reconhecer situações de violência, para que o fenômeno seja prevenido ou desestruturado e as seqüelas orgânicas e psicológicas nestas crianças e adolescentes, minimizadas. Para que isso ocorra, é necessário que estes profissionais estejam devidamente capacitados e dispostos para intervirem diante das situações de violência. Assim, o apoio dos gestores, investindo em educação continuada e na elaboração e execução de políticas voltadas para a prevenção da violência, preferencialmente articuladas em rede, é de suma importância.

Em seguida, o reconhecimento dos serviços que formam a rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como a articulação entre as equipes dos diferentes setores ao estabelecerem fluxos de atendimento, se fazem indispensáveis. Desta forma, a ênfase deve ser a prevenção, a atuação no atendimento e a busca da promoção do cuidado, criando uma rede de atenção ininterrupta, na qual em cada serviço sejam assegurados o acolhimento, a responsabilização, a resolutividade das situações de violência e a continuidade da atenção, caracterizando o atendimento integral desses sujeitos. Portanto, não se trata de criar um novo serviço, mas sim, de estabelecer a articulação da rede já existente.



## REFERÊNCIAS

- 1- Opas. Salud y Violencia: Plan de Acción Regional. Washington, 1994.
- 2 - Minayo, MCS. Editorial – Cad. de Saúde Pública mai-jun 2004, 20 (3): 646-647.
- 3- Minayo, MCS. A Violência Social Sob a Perspectiva da Saúde Pública. Cad. de Saúde Pública 1994, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 01): 07-18.
- 4- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. 1986.
- 5- Brasil. Para entender a gestão do SUS. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde Brasília, 2007, Vol. 01.
- 6- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil Brasília, 1988. Documento Oficial. República Federativa do Brasil.
- 7- Brasil. Lei 8.080: Lei Orgânica da Saúde. Sistema Único de Saúde, 1990.
- 8- Brasil. Lei 8.142. Sistema Único de Saúde, 1990.
- 9- Brasil. Portaria nº 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006.
- 10- Brasil. Temático Prevenção da Violência e Cultura de Paz. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde Brasília, 2008, Vol. III.
- 11- Brasil. Temático Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2009, Vol. IV.
- 12- Brasil. Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2002, Cadernos de Atenção Básica nº 8.
- 13- Junqueira, LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. Painel: A qualificação de profissionais na interface serviço público/cidadão. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0052306.pdf>

- 14- Minayo, MCS, Souza, ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, 1998. 4: 513-531. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>
- 15- Junqueira, LAP, Inojosa, RM. Desenvolvimento Social e Intersetorialidade: a Cidade Solidária. São Paulo 1997, FUNDAP.
- 16- Ipea/ Comanda. O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/direitoconvivenciafamiliar\\_/Rosto\\_ndice\\_apresent.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/direitoconvivenciafamiliar_/Rosto_ndice_apresent.pdf)
- 17- Malta, CD. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Epidemiol. Serv. Saúde. 2007, vol.16, n.1, pp. 45-55.
- 18 - Curitiba. Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a Violência. Manual de Atendimento. Curitiba, 2002. Disponível em: [http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/dwnld/ca\\_enfrent\\_p2.pdf](http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/dwnld/ca_enfrent_p2.pdf)
- 19- Lescher AD. et al. Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. São Paulo, 2004
- 20- Brasil. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Resolução 196. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
- 21- Brasil. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/51321124/cartilha-saude-violencia>
- 22 - Brasil. Lei 8.069: Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1968/GM. Brasília, 2001.
- 24 – Arpini DM, Silva ML. A violência com Crianças e Adolescentes na Cidade de Santa Maria – RS. Psicologia/UFSM, 2006.
- 25 - Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Guia para os profissionais de saúde). Atualizado e adaptado por Neuma T.

Rossetto Hidalgo e Vilma P. Gawryszewski. 1ª edição. São Paulo, 2004. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/maus\\_tratos.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/maus_tratos.pdf)

26 - Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde. Brasília, 1997.

27 - Conselho Federal de Psicologia. A escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini\\_cd/pdfs/cfp\\_escuta.pdf](http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/cfp_escuta.pdf)

28 – Almeida EC. Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra, 1998. (Dissertação de mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

29 – Ferreira AL. Souza, ER Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. Cad. Saúde Pública. 2008, vol.24, n.1, pp. 28-38.

30 – Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. The Lancet. Série Brasil. Publicação Online. 9 de maio de 2011.

31 – Milani RG, Loureiro SR. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. Psicol. cienc. Prof; Brasília, v.28, n.1, mar. 2008.

32 – Brasil. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

33 – Silva KH. Notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: uma relação em construção [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

34 - Bezerra-de-Miranda A. Chapeuzinho vermelho e o lobo mau: infância abusada na mira do "caçador" [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

- 35- Faleiros ET. organizador. O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des) caminhos da denúncia. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Presidência da República. Brasília, 2003.
- 36 - Gonçalves H, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. Rev Saúde Pública 1999; 33:547-53.
- 37 - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS guia de orientação nº 1. Brasília, DF. 2006. Disponível em: [http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/file/2006/imprensa/guia\\_creas.pdf](http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/file/2006/imprensa/guia_creas.pdf)
- 38 - São Paulo. Projeto Quixote/Unifesp/FSP/UNDCP/Ministério da Saúde; 1999. 62 p. Disponível em: <http://www.projetoquixote.epm.br/publicacao.pdf>
- 39 – Schlithler CRB. Redes de Desenvolvimento Comunitário: iniciativas para a transformação social. Global/IDIS. São Paulo, 2004.
- 40 - Deslandes SF. Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação CRAMI-Campinas [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
- 41 – Guerra ANV. Como Organizar Redes de Combate à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes? Trabalho apresentado dentro do Curso: Administração para Organizações do Terceiro Setor – Módulo III – julho/2006 – Fundação Getúlio Vargas – SP. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/leituravirtual.htm>