

A intersetorialidade nos atendimentos de violência contra crianças com condição crônica

Intersectoriality in violence care against chronic illnes children

Intersectorialidad en la atención de la violencia contra niños con enfermedad crónica

Recebido: 16/09/2020 | Revisado: 17/09/2020 | Aceito: 22/09/2020 | Publicado: 24/09/2020

Nirelle Rodrigues Marinho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8970-0254>

Instituto Nacional Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Brasil

E-mail: nirelle_rodrigues@hotmail.com

Dolores Lima da Costa Vidal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0821-4620>

Instituto Nacional Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Brasil

E-mail: dolores.vidal@iff.fiocruz.br

Mariana Setúbal Nassar de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0076-6589>

Instituto Nacional Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Brasil

E-mail: mariana.setubal@iff.fiocruz.br

Resumo

Este artigo parte da experiência das situações de violência contra crianças num ambulatório pediátrico de uma unidade de média e alta complexidade do SUS que atende à crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde. Tem como objetivo analisar a intersetorialidade como uma das estratégias no atendimento de crianças com este perfil de adoecimento e que vivenciam situações de violência intrafamiliar. Trata-se de estudo exploratório, documental e descritivo, utilizando análise em prontuários e coleta de dados em fichas de notificação compulsória do Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN). O período da pesquisa foi setembro de 2017 a setembro de 2018. Os resultados revelam que ocorreu atendimento multiprofissional pelos profissionais do ambulatório de pediatria às crianças com condições crônicas de saúde e suas famílias e encaminhamentos pertinentes à rede socioassistencial, porém o acesso dessas famílias foi por vezes dificultado, bem como poucos foram os retornos recebidos pelas instituições encaminhadas.

Palavras-chave: Violência; Intersetorialidade; Infância; Criança com condição crônica.

Abstract

This article starts from the experience of situations of violence against children in a pediatric institution of a medium and high complexity of the SUS that serves chronically ill children and adolescents. It aims to analyze an intersectoral approach as one of the strategies in the children care of with this profile of illness and who experience situations of intrafamily violence. This is an exploratory and descriptive study, using analysis in medical records and data collection in compulsory notification forms from the Information System and Notifiable Diseases (SINAN). The period of the research was from September 2017 to September 2018. The results known the occurrence of important referrals to the social assistance network, however the access of these families was sometimes hampered, and the returns received by the referred institutions were few.

Keywords: Violence; Intersectorality; Childhood; Chronically ill child.

Resumen

Este artículo parte de la experiencia de situaciones de violencia contra la niñez en un ambulatorio pediátrico de una unidad de mediana y alta complejidad del SUS que atiende a niños y adolescentes con enfermedades crónicas. Tiene como objetivo analizar la intersectorialidad como una de las estrategias en el cuidado de los niños con este perfil de enfermedad y que viven situaciones de violencia intrafamiliar. Se trata de un estudio exploratorio, documental y descriptivo, utilizando análisis en historias clínicas y recolección de datos en formularios de notificación obligatoria del Sistema de Información y Enfermedades Notificables (SINAN). El período de investigación fue de septiembre de 2017 a septiembre de 2018. Los resultados revelan la ocurrencia de derivaciones pertinentes a la red de asistencia social, sin embargo el acceso de estas familias en ocasiones se vio obstaculizado y las instituciones referidas recibieron pocas devoluciones.

Palabras clave: Violencia; Intersectorialidad; Infancia; Niño con enfermedad crónica.

1. Introdução

O presente trabalho é oriundo da experiência das situações de violência contra crianças no Ambulatório de Pediatria do IFF/ Fiocruz; das discussões na tutoria da residência multiprofissional em saúde das crianças e adolescentes cronicamente adoecidos; e das reflexões sobre achados da pesquisa realizada no Trabalho de Conclusão da Residência (TCR). Diante da dificuldade de articulação com a rede socioassistencial para o atendimento

às crianças em situações de violência visando a interrupção do ciclo da violência e garantia da proteção integral.

A violência é preconizada como um problema de Saúde Pública desde 1993 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 2008), devido aos danos que ela pode acarretar na vida dos sujeitos.

Quando essa violência diz respeito a crianças e adolescentes, ela se configura de maneira ainda mais complexa, pois devemos considerar que eles são sujeitos em desenvolvimento o que poderá vir a acarretar mais agravos em suas vidas; além disso, as crianças são mais dispostas a sofrerem violência. De acordo com Egry et al (2017), a proteção e a segurança necessárias para seus desenvolvimentos são advindas de adultos. Prova disso são os dados apresentados pela ouvidoria nacional de direitos humanos, em que crianças e adolescentes lideram os canais disponibilizados pelo Sistema de Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos e Atendimento (SONDHA), com 76216 (Setenta e seis mil duzentos e dezesseis) denúncias (Brasil, 2019). Acredita-se que ao separarmos desse quantitativo o número de crianças e adolescentes com condições crônicas o número de casos seria bem expressivo.

A violência manifesta-se de diversas formas na vida de crianças e adolescentes. Conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Assim sendo, também de acordo com o ECA, em casos de violência contra crianças é necessário que ocorra a notificação da violência e a realização de atendimento pela rede socioassistencial.

Parte-se do pressuposto que não é possível falar de violência, sem pensar em rede, instituições e pessoas, ou seja, sem pensar na intersetorialidade, enquanto uma premissa básica. Assim, o objetivo deste estudo consiste em analisar a intersetorialidade como uma das estratégias no atendimento de crianças com condição crônica de saúde em situação de violência. Para tanto, buscou-se entender como ocorre o fluxo de atendimento para acionar a rede socioassistencial de atendimento a esses usuários. Descreveu-se as redes socioassistenciais que as crianças com condições crônicas, notificadas pelos profissionais do Ambulatório de Pediatria, foram encaminhadas; analisou-se como ocorreu o acesso das famílias aos serviços disponíveis e identificou-se os principais desafios para um atendimento intersetorial.

2. Metodologia

Partiu-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental, realizado no ambulatório geral de pediatria de uma unidade de média e alta complexidade do SUS, referência no acompanhamento à saúde de crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde, localizada no Rio de Janeiro – RJ, referente ao período de setembro de 2017 a setembro de 2018. A coleta de dados se deu nos prontuários dos pacientes atendidos pelo referido ambulatório. No período do estudo, foi localizada amostra de 5 pacientes.

Inicialmente adotou-se levantamento nas fichas de notificações SINAN (Sistema de Informações e Agravos de Notificação) de crianças de 0 a 12 anos incompletos com condições crônicas de saúde¹, notificadas por profissionais do cenário de estudo e posteriormente, realizou-se consulta aos prontuários. A consulta das fichas de notificações compulsória foi feita junto ao NVE (Núcleo de Vigilância Epidemiológica).

Para esta coleta, foi utilizado um roteiro para coleta de dados nas fichas de notificação SINAN (apêndice I) e outro para coleta dos prontuários (apêndice II), ambos previamente elaborados. Vale ressaltar que a identificação de crianças com condição crônica apenas foi concretizada após a coleta de dados nos prontuários dessas crianças notificadas, pois nas fichas do SINAN consta somente a opção de presença ou não de deficiência. Assim sendo, a partir das fichas de notificações, foram analisados os respectivos prontuários para identificar as crianças com condição crônica de saúde.

As informações foram agrupadas por temas (condições de vida, tipos de violência, redes de atenção, acompanhamento na instituição. Foram usadas tabelas como maneira de ilustrar os dados e usou-se a inicial C com o número para cada criança do estudo por questões de sigilo.

A respeito da importância da utilização de abordagem de natureza quantitativa, concordamos com Pereira (2018: 69), quando afirma:

¹ O curso da doença crônica na infância é complexo e dinâmico. A severidade e o impacto variam de acordo com os órgãos e sistemas acometidos e podem se manifestar no nascimento e até mesmo antes dele. Algumas são hereditárias, como anemia falciforme, fibrose cística, cardiopatias, imunodeficiências primárias, epilepsias, doença celíaca, neoplasias; outras podem ser consequência de um evento agudo, com potencial grave, como quadros respiratórios virais ou bacterianos, que vão requerer ventilação mecânica prolongada, meningites, encefalites, afogamento, parada cardiorrespiratória, traumatismo cranioencefálico. (KLIEGMAN et al, IN: MENEZES et al, 2019:37)

Nos métodos quantitativos, faz-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos por meio do uso de medições de grandezas (...). O enfoque matemático muitas vezes torna-se importante por possibilitar a previsão dos acontecimentos. Esse enfoque pode ser utilizado em qualquer área do saber humano (...) e mesmo nas áreas de Saúde, podem-se utilizar métodos estatísticos para realizar previsões em relação a algum fenômeno em estudo.

Destaca-se que todos os dados incorporados nesse trabalho foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP/IFF), obtendo aprovação através do CAAE: 1 09617319.7.0000.5269.

3. Discussão

Inicialmente abordaremos o conceito de condições crônicas, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde, em 2003, como problemas de saúde que necessitam de cuidados permanentes por vários anos ou décadas. O termo abrange “doenças não transmissíveis” e transmissíveis, como o HIV/ AIDS (Mendes, 2012).

As doenças crônicas possuem uma base biológica, psicológica ou cognitiva, com duração mínima de um ano e podem produzir uma ou mais sequelas como: limitação funcional (nível físico, cognitivo, emocional e de desenvolvimento geral); dependência de assistência ou mecanismos compensatórios (medicação, doença especial, tecnologia médica, aparelhos específicos, assistência pessoal) e necessidade de cuidados médicos, psicológicos ou educacionais para além do esperado para a idade (Stein et al., 1993).

Devido a essas particularidades, a chegada da criança com condição crônica complexa traz uma série de reorganizações dentro da família, marcado por sentimentos de medo, angústias, entre outros. Conforme ressaltado por Silva et al (2010), a condição crônica acarreta alterações orgânicas ou físicas na criança doente, e ocasionam mudanças emocionais e sociais em toda a família, requerendo constantes cuidados e adaptações.

Além disto, segundo Pfeiffer (2006), devido ao fato de as crianças deficientes não nascerem superando as expectativas da família, muitas das vezes pioram os relacionamentos entre os familiares e essas crianças acabam sendo alvo de maus tratos.

Mesmo sabendo que nem toda condição crônica é deficiência, acredita-se que essa questão ressaltada pelo autor também se estende às crianças com condições crônicas, visto as peculiaridades de suas vidas apresentadas anteriormente.

Em relação à violência, sabe-se o quanto ela é prejudicial e o quanto ela pode acarretar danos em todas as circunstâncias, contudo, em se tratando de crianças com condições

crônicas, a problemática pode se acentuar, visto que eles são seres mais vulneráveis e a violência pode ser ainda mais difícil de ser identificada devido à condição de saúde e às limitações que ela pode gerar em suas vidas.

A partir de um resgate histórico, pode-se perceber que a violência contra crianças e adolescentes ocorre desde os primórdios, segundo Sanchez e Minayo (2006) o que variam são suas expressões e explicações. São diversas as manifestações de violência contra crianças e adolescentes, ainda nos dias de hoje muitas formas de violências acometem crianças e adolescentes de diferentes classes sociais, sexo e idade.

Conforme preconizado pelo Ministério de Direitos Humanos no balanço anual de 2017, entre os tipos de violência contra crianças e adolescentes mais recorrentes denunciadas pelo disque 100² estão: a negligência, com 61.416 (Sessenta e um mil quatrocentos e dezesseis) casos, em seguida a violência psicológica, 39.561 (Trinta e nove mil quinhentos e sessenta e um), em terceiro está a violência física, com 33.105 (Trinta e três mil cento e cinco), em quarto a violência sexual 20.330 (Vinte mil três e trinta) denúncias e 11.944 (onze e mil novecentos e quarenta e quatro) são outros tipos de violências não especificadas.

Outra manifestação muito corriqueira é a violência estrutural. Essa consiste sobre a condição de vida dessas crianças e adolescentes, interferindo de maneira desfavorável em suas condições de crescimento e desenvolvimento. Entre as principais expressões desta violência enfrentada por esses sujeitos estão: trabalho nas ruas para sobrevivência; viver na rua e estar dentro de instituições privadas de liberdade (Sanchez & Minayo, 2006). A violência estrutural está diretamente ligada à ausência do Estado na vida das crianças e adolescentes, de forma que a responsabilidade consiste nas famílias.

Vale ressaltar que historicamente, crianças e adolescentes não ocupavam espaço de diferenciação na organização familiar, eles exerciam as mesmas atividades realizadas por adultos e estavam submetidos a cultura adúlterica, em que adultos, principalmente os responsáveis legais, utilizavam de sua autoridade exercendo muitas vezes castigos físicos.

Desta forma, tiveram dois marcos importantes na vida de crianças e adolescentes, cujos quais são frutos de grandes mobilizações das classes trabalhadoras e de movimentos sociais. O primeiro refere-se à instauração de políticas sociais no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando crianças e adolescentes passaram a ter assegurado

² Canal que recebe, analisa e encaminha denúncias de violações de direitos humanos relacionados a vários grupos, entre eles crianças e adolescentes, também funciona como “pronto socorro”, visto que também atende situações de violações que acabaram de acontecer ou que ainda estão em curso, acionando os órgãos competentes (IPEA, 2019).

direitos fundamentais de seres humanos. O segundo, diz respeito à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. A partir desse momento, esse público passa a ser reconhecido como sujeitos de direitos, devendo ser fornecido a eles a proteção integral devido a sua condição de sujeito em desenvolvimento, além de serem consideradas prioridades para a formulação de políticas sociais.

O ECA foi uma grande conquista, tendo em vista a sua implicação na consolidação do direito de crianças e adolescentes, rompendo com a lógica de repressão e culpabilização do menor que consistia no Código de Menores, além de iniciar a construção de uma rede de serviços públicos, multiprofissional e intersetorial, para assegurar a garantia dos direitos desses sujeitos.

O Estatuto dispõe como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (art. 4).

O ECA determina que nenhuma criança ou adolescente seja objeto de qualquer negligência ou violência. A violência contra esses sujeitos é definida por toda ação ou omissão de pais ou responsável capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. (Brasil, 2005).

No entanto, em casos de violência contra crianças e adolescentes, conforme preconizado pelo ECA, a sociedade e profissionais de saúde e educação possuem a obrigatoriedade em realizar a notificação:

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Brasil, 1990).

Todavia, ainda que o ECA estabeleça essa obrigatoriedade, em diversos estudos são apresentados a resistência de profissionais efetuarem as notificações, entre os possíveis motivos estão:

(...) pouco apoio da gestão dos serviços para a realização da notificação; falta de experiência, formação ou capacitação dos profissionais para a identificação das situações de violência ou quanto aos procedimentos de notificação; medo ou recusa em se envolverem com situações que julgam ser de difícil resolução ou por serem consideradas da esfera íntima; por considerar que a violência não é assunto a ser

tratado pela saúde e educação; hesitação em notificar casos suspeitos; descrença nos mecanismos sociais de proteção à criança; medo de retaliações da família ou do autor da violência; receio de envolvimento em processos jurídicos, e até a má compreensão do que sejam as orientações éticas profissionais quanto ao sigilo (Lima, 2017:55).

Em relação à notificação, vale ressaltar que ela não deve ser executada como forma de denúncia, mas o ato de os profissionais de saúde comunicá-la visa reconhecer as demandas especiais e urgentes do sujeito em situação de violência, de modo que o poder público possa atuar com vistas à interrupção da mesma e proteção social a crianças e adolescentes.

Além da notificação aos serviços de proteção à criança e ao adolescente, conforme exposto por Nascimento e Paiva (2015), em caso de violência contra esse público, deve ser proporcionado a eles e sua família orientação e acompanhamento, para que se garanta a proteção e prevenção de ocorrer outros casos de violência, devendo ser enfrentada pelo profissional de saúde, com abordagem multiprofissional. Todavia, esses atendimentos não podem se restringir às instituições de saúde.

São diversas as instituições do Poder Público responsáveis por garantir a proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, tais como: Poder Judiciário (especialmente o Juízo da Infância e da Juventude), Ministério Público, Secretarias de Justiça (órgãos de defesa da cidadania), Secretaria de Segurança Pública (Polícias), Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, ouvidorias, Entidades Sociais de Defesa dos Direitos. A articulação com essas instâncias também constitui fator essencial para uma maior integração e promoção de intersetorialidade no atendimento a crianças e adolescentes.

Dessa forma, é importante ressaltar que o trabalho com casos de violência não devem se esgotar na realização da notificação, essa deve ser apenas o primeiro passo, cuja importância também se desdobra na geração de dados epidemiológicos, bem como no início da articulação com a rede de garantia de direitos, visto que uma cópia da ficha de notificação compulsória é enviada para o Conselho Tutelar.

Todavia, junto à notificação, os profissionais devem articular suas ações com a rede socioassistencial do território dos sujeitos em situação de violência, ou seja, a notificação é o início e o grande desafio está na intersetorialidade.

No entanto, para que ocorra a articulação das políticas sociais, as instituições e programas do SGDCA (Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente) devem romper com a naturalização do trabalho fragmentado presente no cotidiano dos serviços e buscar desenvolver um trabalho em rede estabelecendo fluxos operacionais eficientes e eficazes. Em relação à promoção dos direitos das crianças e adolescentes,

considera-se necessário que as políticas de atendimento a esse público sejam transversais e intersetoriais. (Campos, 2014).

No que diz respeito à intersetorialidade quando se trata de crianças e adolescentes em situação de violência, o ECA propõe como responsabilidade dos Estados, Municípios, União e Distrito Federal promover espaços intersetoriais locais para a articulação de ações e a elaboração de planos de atuação conjuntos focados nas famílias em situação de violência, com participação de profissionais de saúde, de assistência social e de educação e de órgãos de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente (ECA, art. 70A).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, os Municípios devem estruturar sua rede de saúde articulada com redes de assistência social, educação, sistemas de justiça, Ministério Público, Defensoria Pública, Várias da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território, a fim de fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (Brasil, 2010).

4. Resultados e Discussão

No período de setembro de 2017 a setembro de 2018 foram realizadas, pelo ambulatório de pediatria 5 (cinco) notificações de violência contra crianças com condições crônicas de saúde.

Acreditava-se na possibilidade de ser encontrado um número maior de notificações de violência em crianças com condições crônicas, porém levando em consideração as dificuldades de identificar e notificar crianças sem problemas de saúde, por motivos como: desconhecimento para identificar a situação de violência, de como realizar a notificação, e até mesmo pela insegurança de envolvimento em processos jurídicos, quando diz respeito à condição crônica essas dificuldades podem ser acrescidas de outros desafios.

Uma questão importante de pontuar é o fato de a amostra ser representativa, desta maneira, mesmo que as considerações deste trabalho tenham reflexo na literatura, as análises são realizadas para este universo, não podendo generalizar a pesquisa.

Vale ressaltar que as 5 (cinco) crianças notificadas por situações de violência eram atendidas em pelo menos três diferentes especialidades do IFF. Além disto, apesar de na análise de prontuário ter sido identificado apenas uma criança que também é atendida por outra unidade de saúde de referência, sendo ele o Hospital Estadual Pedro Ernesto, acredita-se

que outras dessas crianças também podem ser acompanhadas em demais unidades de saúde e não constar registro no prontuário.

Assim sendo, são crianças que recorrem a diversas especialidades de saúde, possuem acompanhamentos multidisciplinares, muitas necessidades e demandas, são passíveis de olhar atento de profissionais de saúde tanto para a promoção de saúde assim como para recuperação, indo ao encontro ao apresentado por diversos autores como Carvalho et al (2019).

Em relação à idade dessas crianças em situação de violência, a maioria faz parte da primeira infância⁶, sendo este o período de vida em que as crianças costumam ser mais dependente de seus responsáveis, independente da condição crônica de saúde. Além disso, segundo Ministério da Saúde é a fase extremamente sensível para o desenvolvimento, em vista de ser o momento em que forma toda estrutura emocional e afetiva e desenvolve áreas relativas à personalidade, ao caráter e à capacidade de aprendizado.

Elas foram acometidas por diferentes manifestações de violência, entre elas: negligência, violência sexual, física e psicológica. E entre os agressores, tem-se que a maioria das notificações de violência foram realizadas por irmãos, pai e mãe, ou seja, a manifestação de violência intrafamiliar. Esse resultado vai ao encontro das pesquisas realizadas por diversos autores, como Sanchez e Minayo (2006), Faraj et. al. (2016), que relatam que a maior incidência da violência contra crianças é a intrafamiliar, a qual ocorre dentro da própria residência.

No que diz respeito à negligência, é importante analisar que esta pode estar relacionada a um tipo de violência estrutural, a qual consiste na ausência do Estado na vida das crianças de forma que as famílias sejam responsabilizadas pela questão.

Volic e Baptista (2005: 151) abordam que as pessoas apenas são passíveis de serem responsabilizadas por negligência quando “(...) possuírem as condições para atender às necessidades daqueles que estão aos seus cuidados e voluntariamente se omitirem. Esses cuidados estão relacionados às necessidades básicas fundamentais, que podem ser materiais, psicológicas ou sociais”.

Um dado inovador encontrado, a partir das coletas nas fichas de notificações SINAN e nos prontuários, foi em relação aos profissionais que realizaram as notificações de violência, em que se tem a categoria médica como maior notificadora. Isso difere-se de vários estudos que abordam outras categorias profissionais como maiores notificadores de suspeitas de violência, assim como exposto por Nascimento e Paiva (2015), os assistentes sociais são colocados como responsáveis pela atenção e acompanhamento dos atendimentos de casos de

negligência. Vale frisar que a pesquisa das autoras foi realizada em uma instituição de saúde com perfil semelhante ao IFF.

Considera-se o achado neste estudo importante, pois, um dos primeiros profissionais a atender a criança no ambulatório, é o médico. Considera-se que quando esse consegue identificar situações de violência, abrem-se possibilidades para que essa criança tenha o ciclo de violência interrompido e que ela seja atendida em suas necessidades, de uma maneira mais ampliada.

O ambulatório de pediatria possui uma equipe multiprofissional, que durante a rotina de trabalho, nos espaços de formação dos residentes médicos (canal teórico que ocorre semanalmente) e em reuniões de equipe, são discutidos diversos temas relativos à infância, sendo a violência um deles. Portanto, a possibilidade de um médico ou residente do ambulatório entender a importância da notificação e de todos os seus desdobramentos, num caso de violência, são grandes e reais, já que esse tema é pautado na realidade que vivenciam. Nesse sentido, acredita-se que a articulação da equipe e o conhecimento do tema, constituam um facilitador para que médicos do IFF sejam identificados como uma das categorias profissionais que mais realizam notificação no Ambulatório de Pediatria.

Outro facilitador, que provavelmente também contribui para um diferencial dos profissionais de saúde do IFF/ Fiocruz ao lidarem com o tema da violência, é a existência no IFF do Núcleo de Apoio aos Profissionais (NAP), que possui entre seus objetivos colaborar na qualificação dos profissionais para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência. Este núcleo oferta anualmente o curso sobre a temática da violência, aberto aos profissionais da Instituição, profissionais externos e estudantes. Porém, infelizmente, não são todos os residentes deste Instituto que são liberados à participarem.

É válido ressaltar o acompanhamento por parte da equipe multiprofissional nos casos de notificações. Mesmo a notificação sendo feita/ assinada por um único profissional, existe um entendimento por parte dos médicos de que a criança necessita de um acompanhamento multiprofissional. Tal fato fica evidente, através da consulta aos prontuários das crianças que tiveram sua situação notificada ao Conselho Tutelar, em que todas tiveram acompanhamento da equipe multiprofissional.

Constitui parte da rotina do Ambulatório de Pediatria a discussão dos casos de suspeitas de violência entre a equipe multiprofissional. Esse envolvimento é indispensável, pois é importante que casos de violência sejam atendidos de maneira interdisciplinar, e um exemplo da efetividade deste atendimento é constar no prontuário de C2, evoluído pela médica “solicito interconsulta com a assistente social (realizada hoje)”, outro registro

encontrado foi no relatório social enviado ao Conselho Tutelar em que constava “Em atendimento conjunto, serviço social e medicina, ouvimos o relato da genitora e, diante da suspeita exposta, preenchemos a ficha de notificação SINAN”.

Em relação à rede socioassistencial que essas crianças em situação de violência e suas famílias foram encaminhadas, as instituições que foram acessadas e aquelas que deram retorno, têm-se (Quadro 1):

Quadro 1 – Encaminhamentos à rede socioassistencial.

Crianças	Encaminhadas	Com acesso	Deram retorno
C1	Ignorado	Ignorado	Ignorado
C2	CREAS e CT	CT	Ignorado
C3	CT	Ignorado	Ignorado
C4	CREAS, CT, DCAV e CAAC	CT, CREAS e DCAV	Ignorado
C5	UBS, CT e ESCOLA	UBS e ESCOLA	UBS e CT

Fonte: Coleta de dados nos prontuários (2019).

O quadro acima apresenta a rede sociassistencial cujas crianças foram encaminhadas, dessas redes quais elas tiveram acesso e aquelas que deram retorno à instituição que realizou o contato inicial e encaminhou essas crianças e suas famílias.

Após a realização da notificação de casos de violência, a partir da análise nas fichas de notificação SINAN e dos prontuários, as situações foram encaminhadas para a rede de proteção à criança de referência da família para possível acompanhamento pelas instituições. Assim sendo, 4 (quatro) crianças foram encaminhadas para o Conselho Tutelar, 2 (duas) para o CREAS, 1 (um) para Delegacia da Criança e do Adolescente Vítima, 1 (uma) para o Atendimento ao Adolescente e à Criança vítimas de violência sexual, 1 (um) para escola e 1 (um) para unidade básica de saúde.

Vale frisar que diante da análise em prontuário, uma das crianças não consta encaminhamento para rede de atendimento, porém em evolução no prontuário realizada pelo Serviço Social consta que “C1 foi encaminhada ao psicólogo do ambulatório de pediatria”, ou seja, houve encaminhamento intrasetorial.

Como se pode observar, a rede de atendimento em que crianças em situação de violência foram mais encaminhadas é o CT, sabe-se que este órgão tem como objetivo garantir os direitos das crianças e adolescentes e, para tanto, quando necessário, ele leva o caso para conhecimento da autoridade jurídica ou Ministério Público ou para a polícia. Porém é importante salientar que não se pode pensar nesta instituição se não existir rede para esses sujeitos serem atendidos, no entanto, acredita-se que os encaminhamentos não deve se esgotar para o CT, sendo importante articular com outras redes do território de proteção à criança, assim como presente no ECA, artigo 13.

O CREAS foi a segunda instituição que os profissionais de Ambulatório de Pediatria mais encaminharam as crianças e famílias em situação de violência. Este é um órgão da política social de assistência social, e uma de suas funções é atender famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos a fim de que os laços sejam fortalecidos, assim como disposto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Com isso, acredita-se na importância de que crianças em situação de violência sejam sempre encaminhadas para esse serviço, de modo que possa ocorrer a proteção integral a elas e suas famílias.

Apenas uma das crianças foi encaminhada para a escola. Isso pode ter ocorrido por essa instituição não atuar de maneira direta em situações de violência, porém acredita-se que a escola é importante para proteção das crianças em vista de elas passaram grande parte nesse local. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, “a comunidade escolar é, sobretudo, um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz” (Brasil, 2010:85), além disto, segundo o ECA, artigos 13,56 e 245, as escolas devem participar na identificação, notificação e o encaminhamento de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes e “O currículo do ensino fundamental incluirá, obrigatoriamente, conteúdo que trate dos direitos das crianças e dos adolescentes, observada a produção e distribuição de material didático adequado” (Lei de Diretrizes e Bases da Lei nº 9.394/96).

A violência deve ser pensada dentro de um sistema de garantias de direitos, como já abordado, existe uma gama de rede de atendimento às crianças e adolescentes visando proteção e interrupção do ciclo da violência.

Com relação às instituições que essas crianças e suas famílias conseguiram acessar, a partir da análise em prontuário constou-se em evoluções que de 5 (cinco) crianças encaminhadas para o CT, apenas duas tiveram o acesso, de 2 (duas) crianças encaminhadas ao CREAS apenas 1 (uma) acessou, também acessaram instituições como DCAV, UBS e Escola. Conforme consta em relato em prontuário do Serviço Social “mãe refere que o CREAS de

Ipatinga- MG entrou em contato com a família e está atendendo C4 quinzenalmente”. Em relação às demais instituições não se sabe se não ocorreu o acesso ou se não existe o registro em prontuários.

No que diz respeito ao retorno pelas instituições, das 10 instituições para que as crianças em situação de violência foram encaminhadas, apenas 2 (duas) realizaram retorno para o Ambulatório de Pediatria. Assim como presente nos prontuários analisados, um exemplo que consta na evolução do serviço social “atendimento agendado pela responsável em função da notificação recebida pela CF”, conforme consta no registro mãe foi acionada pela Clínica da Família (CF) e agendou atendimento com o serviço social do IFF e devido a dificuldade do contato pela instituição direto com a UBS a assistente social envia carta à CF pela mãe.

Acredita-se que grande parte das dificuldades para implementação de ações intersetoriais seja consequência do atual cenário de desmonte das políticas sociais, em que estão presentes precarizações dos serviços públicos, dificultando o contato com as instituições, sejam por ausência de infraestrutura como telefones, computadores, etc. ou pela redução de equipes profissionais, acarretando na sobrecarga de trabalho, o que dificulta o retorno dos casos compartilhados.

Conforme abordado anteriormente, a intersetorialidade é importante para a proteção e interrupção do ciclo de violência, de maneira que ocorra a articulação das políticas sociais:

É necessária a adequação da área física, a compatibilização entre a oferta e a demanda dos serviços, a capacitação dos profissionais e a governabilidade das equipes locais, associadas ao modelo de gestão de redes para a definição de protocolos e de fluxos de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias na rede de cuidados e de proteção social, formada pelas políticas sociais básicas de saúde, educação, assistência social e de direitos humanos, articuladas com os sistemas de justiça e de segurança pública (Brasil, 2010:90).

Porém ainda que diversos estudos abordem essa importância, na prática depara-se com a desarticulação das políticas sociais, e a sociedade sofre as consequências, visto que:

As demandas dos usuários são encaminhadas de setor em setor, sem que se tenha a satisfação integral de suas necessidades. Ao mesmo tempo, a população tem de se submeter a um paralelismo ações, com preenchimento de um mesmo cadastro em diversos serviços ou ainda com repetição da mesma história nos vários atendimentos. Enfim, são variadas as situações que demonstram a fragmentação e a ausência de coordenação entre as ações de uma

mesma política e entre as políticas para o atendimento da população. (Schutz & Minayo2010: 60)

Tratando de violência isso ainda é mais alarmante para crianças e suas famílias, visto que a cada serviço é preciso recontar a história fazendo com que novamente vivencie o ocorrido.

Deste modo, acredita-se que para ocorrer a proteção integral às crianças e adolescentes em situação de violência, como proposto pelo ECA, é necessária articulação das políticas sociais, com estabelecimento de fluxos de atendimento, elaboração de diretriz, além da incorporação pelos profissionais de um protocolo de atendimento à crianças em situação de violência, de modo que o acesso aos serviços sejam facilitados e que esses sujeitos possam ser acompanhados pelas instituições de proteção social, com garantia dos seus direitos.

5. Considerações Finais

O estudo buscou compreender a importância da intersetorialidade para o atendimento de crianças em situações de violência. O objetivo da pesquisa era analisar a intersetorialidade como uma das estratégias no atendimento de crianças com condição crônica de saúde em situação de violência através da descrição de quais redes socioassistenciais às crianças com condição crônica foi encaminhadas e análise de como ocorreu o acesso das famílias aos serviços disponíveis e os principais desafios para um atendimento intersetorial.

No entanto, para aproximar da discussão buscou-se na literatura conceitos que perpassam o objeto de estudo, como o conceito de intersetorialidade, dando ênfase no que foi adotado nesse estudo, o que as legislações trazem sobre o atendimento de violência contra crianças e por fim o desafio para o atendimento intersetorial à crianças em situação de violência.

Nesse estudo não se pretende esgotar as contribuições relacionadas ao tema, tão embora a análise em fichas de notificação compulsória – SINAN e em prontuários tenha possibilitado uma aproximação com os desafios para o atendimento intersetorial de crianças em situação de violência, porém sabe-se que a amostra é representativa.

A partir da pesquisa foi possível identificar que ocorreu um atendimento multidisciplinar pelos profissionais do ambulatório de pediatria do IFF às crianças em situação de violência e encaminhamentos pertinentes à rede socioassistencial. O que demonstra a existência de uma equipe qualificada e atenta no atendimento e isto facilita a

identificação de casos de violência e início do atendimento visando a interrupção do ciclo da violência e proteção social a essas crianças.

Ainda que não seja objeto de discussão desse estudo, vale pontuar que a pesquisa no prontuário apontou uma fragilidade nos registros de profissionais de maneira geral, centrando muitas informações no profissional do serviço social, além da interlocução com a rede também ficar a cargo deste profissional.

Logo, se considera importante o registro em prontuário pelos profissionais dos atendimentos e das intervenções realizadas, pois pode vir a contribuir para uma atenção mais qualificada da criança, além de fornecer subsídios para pensar em outros encaminhamentos.

Em relação a atribuição exclusivamente do assistente social no que tange ao contato com a rede socioassistencial, vale ressaltar que esta questão vai ao encontro ao apresentado por Costa (2010), visto que segundo a autora, grande parte das ações e atividades voltadas para a articulação intersetorial entre o SUS vem sendo realizadas por assistentes sociais, a ponto de cada vez mais serem identificadas como competências desse profissional, inclusive em processos multiprofissionais de trabalho em saúde. A autora afirma que a categoria vem sendo requisitada quando há necessidade de articulação com outras políticas e instituições, principalmente nos casos de condições agudas e emergenciais, sobretudo quando há doenças crônicas.

No entanto, o IFF está no ponto de cuidado de alta e média complexidade, sendo necessária e indispensável a interação com a rede socioassistencial, e conforme apresentado por Lima, Oliveira & Sousa (2015), uma estratégia como a intersetorialidade não pode se resumir a ações pontuais fomentadas por uma única categoria profissional, considerando a potencialidade desta estratégia na implementação das políticas sociais e serviços no atendimento das necessidades dos usuários.

Diante disso, é importante o estabelecimento de espaços formais ou institucionais para a interlocução com a rede, de maneira que sejam criados espaços mais coletivos e dinâmicos para essa interação, nem que isto ocorra no movimento com reuniões mais abrangente por áreas, por exemplo, reuniões na saúde realizadas por Coordenadoria Geral da Atenção Primária da Área Programática (CAP).

Para tanto, pretende-se para trabalhos futuros realizar uma articulação com profissionais inseridos na rede socioassistencial que atendem crianças em situação de violência com intuito de compreender o fluxo de atendimento à esses sujeitos e suas famílias.

Referências

- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília.
- Brasil. (1990). Ministério da Saúde. *Lei n. 8069, 13 de julho de 1990b*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União de 16 de julho de 1990.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*. Brasília.
- Brasil. (2008). *Painel de indicadores do SUS: prevenção de violências e cultura de paz*. Brasília, 3(5).
- Campos, D. S. (2014) Análise da Atuação do Conselho Tutelar Diante das Notificações de Abuso e Exploração Sexual. (Dissertação de mestrado). Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro.
- Carvalho, M. S. N., *et al.* (orgs). (2019). Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: Perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Ed. Eldorado.
- Costa, M. D. H. (2010). Serviço social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do sistema único de saúde. (Tese de Doutorado). Pós- graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- Egry, E. Y., Apostolico, M. R., & Morais, T. C. P. (2018, jan) Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 23.
- Faraj, S. P., *et al.* (2016, out/dez) Notificação da Violência: Percepções de Operadores do Direito e Conselheiros Tutelares. *Psicologia: Ciência e Profissão*. São Paulo. 36(4).

Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. (2019). Atlas da violência. Brasília: Ipea.

Lima, J. de S. (2017). Notificação da violência como fator de proteção social a crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Ed. Appris.

Lima, R. D. O. L., Oliveira, R. A., & Sousa, F. M. (2015) Intersetorialidade, política de saúde e serviço social: um processo de ações na busca da integralidade. VII Jornada Internacional Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão.

Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Metodologia da pesquisa científica [recurso eletrônico] Santa Maria, RS : UFSM, NTE, 2018. 1 e-book

Nascimento, D. H., & Paiva, R. M. (2015, maio/ago) Análise sobre atenção multiprofissional em situação de negligência com criança. *Vértices*. Campos dos Goytacazes/RJ. 17(2).

Pheiffer, L. (2006) Portadores de deficiências e de necessidades especiais: duplamente vítimas de violências e discriminações. IN:Violência faz mal a saúde. Brasília – Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf.

Sanchez, R. N., & Minayo, M. S. C. (2006) Violência contra criança e adolescente: Questão histórica, social e de saúde. *Violência faz mal a saúde/ [Cláudia Araújo de Lima (cood) et.al.]* Brasília – Ministério da Saúde. Recuperado de [.http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf).

Silva, M. de A. S., et al. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta paul. enferm.*CABEDELO/ PA. 23(3). Recuperado de https://actaape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103_21002010000300008/1982-0194-ape-S0103-21002010000300008.x92059.pdf.

Stein, R. E., et. al. (1993) Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. *The Journal of pediatrics*, St. Louis.122(3), 324-7.

Schutz, F., & Mioto, R. C. T. (2010) Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*. Pelotas. 16 (1). Recuperado de <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>.

Volic, C., & Baptista, M. V. (2005). Aproximações ao conceito de negligência. *Revista Serviço Social e Sociedade*. 83. 147-156.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Nirelle Rodrigues Marinho – 50%

Dolores Lima da Costa Vidal – 25 %

Mariana Setúbal Nassar de Carvalho – 25 %