

CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**CHARACTERISTICS OF FAMILY HEALTH PROFESSIONALS IN CARE OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS****CARACTERÍSTICAS DE PROFESIONALES DE SALUD FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DEL VIOLENCIA CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTE**

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani¹
Pâmela Kurtz Cezar²
Gilmara de Campos³
Fernanda Giordani Kretzmann⁴
Sheila Kocourek⁵

Doi: 10.5902/2179769216375

RESUMO: **Objetivo:** avaliar as características dos profissionais de Saúde da Família no atendimento de casos de violência. **Método:** trata-se de um estudo transversal, utilizando dados coletados através de entrevistas estruturadas de um censo dos profissionais de saúde da família. O desfecho foi o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes e os preditores foram sexo, idade, região, tempo de serviço em saúde da família, conhecimento teórico. **Resultados:** a prevalência de identificação ou atendimento de casos de violência foi 47,4% (IC95%: 38,6-56,4). Através de análise hierárquica agrupando as variáveis nas dimensões: Demográfica e Processo de trabalho, as maiores prevalências foram observadas entre os profissionais com maior tempo de serviço em saúde da família (RP = 3,17 IC95%: 1,11-9,03) e que conheciam alguma legislação (RP = 2,06 IC95%: 1,12-3,81). **Considerações finais:** independentemente de fatores demográficos, as características do processo de trabalho foram importantes para o cuidado.

Descritores: Violência; Criança; Adolescente; Saúde da família; Pessoal de saúde.

ABSTRACT: **Aim:** evaluate the characteristics of family health professionals in the health care of violence cases. **Method:** this is a cross-sectional study, using data collected through structured interviews of a family health professional census. The outcome was the treatment or identification of cases of violence against children or adolescents and predictors were sex, age, region, length of service in the family health and theoretical knowledge. **Results:** the prevalence of treatment or identification of cases of violence was 47.4% (95% CI: 38.6 to 56.4). Through hierarchical analysis grouping variables in the dimensions: Demographic and Work process, the highest prevalence ratios were observed among professionals with greater length of service in family health (PR = 3.17 95% CI: 1.11 to 9.03) and knowledge about legislation (PR = 2.06 95% CI: 1.12 to 3.81). **Conclusions:** regardless of demographic factors, the characteristics of the work process were important for care.

¹ Cirurgião-Dentista, Mestre em Saúde Bucal Coletiva, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. jessyesm@hotmail.com

² Psicóloga, Especialista em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. pamelakurtz@gmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. enfermeiragil@yahoo.com.br

⁴ Assistente Social, Graduada em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. fernandagkretzman@gmail.com

⁵ Assistente Social, Doutora em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. sheilakocourek@gmail.com



Descriptors: Violence; Child; Adolescent; Family health; Health personnel.

RESUMEN: **Objetivo:** evaluar las características de los profesionales de la Salud Familiar en la atención de casos de violencia. **Método:** estudio transversal que utiliza datos recopilados por medio de entrevistas estructuradas en un censo de profesionales de la salud familiar. El resultado fue la identificación de casos de violencia contra niños o adolescentes y los predictores fueron sexo, edad, región, tiempo de servicio en la salud familiar y conocimientos teóricos. **Resultados:** la prevalencia de identificación o atención a casos de violencia fue de 47,4% (IC95%: 38,6-56,4). A través del análisis jerárquico en las dimensiones: Demográfica y Proceso del trabajo, las mayores tasas de prevalencias fueron entre los profesionales con más tiempo de servicio en la salud familiar (PR = 3,17 IC95%: 1,11 a 9,3) que conocían la legislación (PR = 2,06 IC95%: 1,12 a 3,81). **Consideraciones finales:** independiente de factores demográficos, las características del proceso de trabajo fueron importantes para el cuidado.

Descriptoros: Violencia; Niño; Adolescente; Salud de la familia; Personal de salud.

INTRODUÇÃO

As ciências sociais e humanas tratam de uma diversidade de assuntos, sendo que é possível dizer que qualquer tema de saúde é também assunto dessa área, uma vez que todos dizem respeito à vida e ao que a sociedade e o próprio setor fazem para gerenciá-los.^{1:29} O fenômeno da violência encontra-se cada vez mais estudado, tanto no campo das ciências sociais, quanto na saúde, sendo preciso estabelecer diálogos entre esses campos de conhecimento através de enfoques conceituais, teóricos e analíticos ampliando a capacidade de compreensão e explicação.¹⁻³

Destaca-se que no Brasil, foi a partir de 1980 que a violência ingressou na agenda dos debates políticos, sociais e no campo da saúde pública. No decorrer dessa década a violência foi ganhando visibilidade, em especial, por meio de movimentos sociais que tinham por foco a proteção da infância contra a violência. Entretanto, é na década de 1990 que a violência ganha mais espaço no campo da Saúde Pública, e uma Política nacional para o tema começou a se esboçar no interior do Ministério da Saúde com a intenção de incluir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ações direcionadas especificamente para o seu enfrentamento. Embora esse fenômeno não seja de intervenção exclusiva da saúde, esse setor possui inúmeros motivos para se preocupar com a violência, visto que todos os agravos e ameaças à vida devem fazer parte do rol de intervenções em saúde pública.⁴

A violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública, como foi enfatizado na quadragésima nona Assembléia Mundial de Saúde e pode ser definida como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.⁵

Entre os diversos tipos de violências, a violência doméstica e a violência intrafamiliar, principalmente contra crianças e adolescentes, são um grande problema de saúde pública no Brasil e merecem atenção especial. As consequências da violência para a saúde das crianças e adolescentes podem se manifestar em diferentes aspectos do crescimento e desenvolvimento, podendo se estender à idade adulta. Estudos mostraram associações entre abuso infantil e transtornos psiquiátricos, em geral uso de drogas, depressão e baixa autoestima na adolescência, transtornos de conduta, transtorno de estresse pós-traumático e comportamento transgressor na idade adulta.⁶⁻⁷

Deste modo, é necessário destacar a importância que os serviços de atenção básica à saúde possuem no enfrentamento da violência. Visto que são dispositivos de base territorial e podem atuar na prevenção da violência e na promoção da qualidade de vida das famílias. E é neste panorama que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) recebe um papel crucial, especialmente por ter em sua equipe o enfermeiro, o agente comunitário de saúde e o médico. Por meio destes profissionais e da visita domiciliar, as manifestações da violência contra crianças e adolescentes ficam mais perceptíveis, pois além de possibilitarem a compreensão da dinâmica familiar e comunitária, permitem também o desenvolvimento de ações preventivas e educativas.⁸⁻⁹

Embora a violência doméstica e/ou intrafamiliar contra crianças e adolescentes seja um assunto de grande importância, suas tendências e padrões ainda são desconhecidas, pois há poucos estudos sobre o tema⁶, principalmente quando avaliados o perfil epidemiológico dos atendimentos dos profissionais de saúde. Por exemplo, uma busca na base de dados da biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos (PUBMED), considerando-se o período de 1966 a maio de 2014, utilizando-se uma combinação de descritores MeSH (Medical Subject Heading Terms) e o operador booleano AND (Violence AND Child AND Adolescent AND Primary Health Care), encontrou 277 estudos. A partir da obtenção dos resultados da busca, todos os títulos foram lidos e, se identificados como relevantes, tiveram seus resumos também avaliados para inclusão na lista de trabalhos selecionados. Embora fossem encontradas pesquisas qualitativas avaliando a questão da violência contra crianças ou adolescentes entre os profissionais de saúde, apenas duas publicações foram selecionadas, por somente estas terem investigado epidemiologicamente as características de profissionais da saúde sobre a temática de violência contra crianças ou adolescentes, em atenção básica à saúde. A mesma estratégia de busca foi utilizada na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), sendo encontradas apenas referências duplicadas.

Os dois estudos foram publicados no ano de 2002. No primeiro, foi avaliado o conhecimento e as práticas de médicos de família e pediatras sobre o rastreamento de situações de violência íntima.¹⁰ Ao todo, 1350 profissionais participaram do estudo que demonstrou uma taxa em torno de 5% e 18% de rastreamento de casos de violência realizados rotineiramente, para médicos pediatras e de família, respectivamente. Demonstraram-se déficits no conhecimento da gestão adequada das situações de violência doméstica, por exemplo, a necessidade de mais informações sobre a violência doméstica, que variou de 40%, para médicos de família e 72% para os pediatras. Os autores concluíram que formação e educação continuada na prevenção da violência na criança/adolescente e ter um protocolo para gestão de casos envolvendo violência doméstica aumentou a probabilidade de reatamento destes casos. O segundo estudo selecionado, descreve como profissionais de atenção primária a saúde associam agressões físicas e a suspeita de abuso.¹¹ Participaram do estudo 85 profissionais e, ter alguma suspeita de abuso esteve associada com maior gravidade da lesão (OR 3,4 IC95%:1,7-7,0), idade menor que seis anos (OR 2,9 IC95%:1,5-5,6), utilizar plano ou serviço privado de saúde (OR 1,4 IC95%:1,4-5,3), identificação de fatores de risco familiares (OR 4,8 IC95%:1,6-14,6) e abordagem teórica sobre abuso infantil (OR 2,9 IC95%:1,4-5,8).¹¹

Diante do contexto da temática estudada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: como e quais são as características dos profissionais de saúde da família que influenciam na identificação ou atendimento de casos de violência contra crianças e adolescentes? Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar as características dos profissionais de Saúde da Família no atendimento de casos de violência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, com população formada pelos membros (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, recepcionistas e serviços gerais) das equipes das ESF urbanas e rurais, do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2011 (ano da realização do estudo), a ESF do município apresentava 13 unidades de saúde da família, com 16 equipes e 20% de cobertura populacional. Segundo dados do Ministério da Saúde, para o ano de 2014 os indicadores de cobertura continuaram os mesmos, a população em torno de 274 mil habitantes e o percentual de violências domésticas, sexuais e outras aproximadamente 41% para a população de zero a 19 anos. O município de Santa Maria está situado na região central do estado do Rio Grande do Sul a aproximadamente 300 km de distância da capital, Porto Alegre, contando, na sua estrutura, com 160 estabelecimentos de saúde, dos quais 68 são estabelecimentos de saúde pública.¹²

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser trabalhador da unidade de saúde visitada e estar presente no momento da visita pelos pesquisadores. Foram excluídos do estudo os indivíduos que se encontravam ausentes no momento das entrevistas, porém em período de trabalho ou que não estavam em período de trabalho como férias ou afastamentos por motivos de doença.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, utilizando-se um questionário padronizado, pré-testado e adaptado¹³, gerando um banco de dados primário. Um estudo piloto com uma equipe de saúde da família serviu como base para avaliar a qualidade do instrumento, além de apreciar os métodos e a logística da pesquisa. Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações foram o treinamento dos entrevistadores, as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo. As coletas aconteceram entre dezembro de 2010 e janeiro de 2011, no qual 127 trabalhadores das 13 unidades de saúde da família exerciam atividades no município.

O desfecho do estudo foi o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, obtido pela resposta positiva à questão: você já atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima de alguma violência na ESF? (sim/não) As variáveis de exposição foram: sexo, idade, território (urbano/rural), tempo de serviço em ESF (≤ 1 ano/ > 1 ano), participar das reuniões de equipe (sim/não), conhecer alguma legislação relacionada com violência contra crianças ou adolescentes (sim/não) e conhecer algum protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes (sim/não).

Os dados foram analisados com o software pacote estatístico para as ciências sociais (SPSS) versão 18.0 para estimação das frequências absolutas e relativas e das razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de 95% de confiança. A análise de regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para quantificar a contribuição simultânea e mutuamente independente dos preditores selecionados. As variáveis com valores de $p < 0,20$ na análise bruta foram selecionadas para a análise ajustada. O nível de significância foi estabelecido em 5% para os modelos ajustados. Foi utilizada análise hierárquica¹⁴ baseada em um modelo teórico agrupando as variáveis nas dimensões: Demográfica e Processo de trabalho; logo, as variáveis demográficas continuaram no modelo final apenas para ajuste (Figura 1).

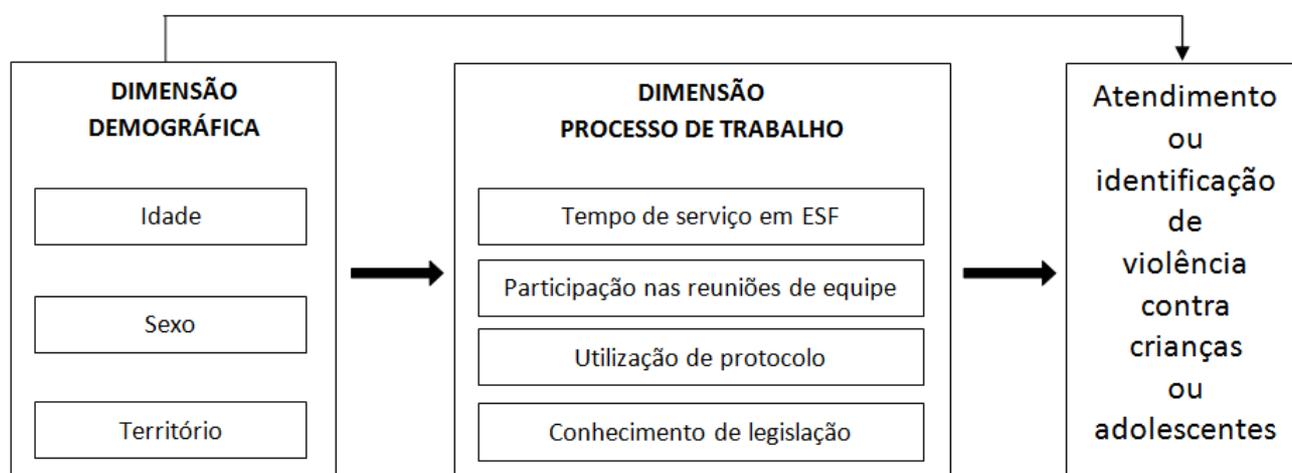


Figura 1- Modelo teórico conceitual.

A pesquisa obteve pareceres positivos para seu desenvolvimento pela Prefeitura Municipal de Santa Maria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (0310.0.243.000-10). Todos os participantes do estudo foram informados sobre o conteúdo da pesquisa, bem como dos objetivos e finalidades da mesma por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados, estando de acordo com a resolução 196/96.¹⁵

RESULTADOS

Foram realizadas 116 entrevistas, 91,33% do total de profissionais presentes nas ESF durante o período de coletas. As perdas (11 indivíduos) foram decorrentes de profissionais em período de férias e em atestado de saúde, ou seja, não houve perda por motivo de ausência do profissional no momento das visitas pelos pesquisadores. A maioria da população estudada trabalhava em território urbano (87,9%), era do sexo feminino (85,3%) e com idade entre 24 e 40 anos (51,7%). Grande parte dos profissionais (84,5%) tinham mais de um ano de serviço em ESF, 82,8% afirmaram participar das reuniões de equipe, 74,1% afirmaram conhecer alguma legislação relacionada com violência contra crianças ou adolescentes e 87,1% não conheciam um protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes. A prevalência de atendimento ou identificação de casos de violência foi 47,4% (IC95%: 38,6-56,4) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra e prevalência de atendimento/identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes pelos membros das equipes de saúde da família, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.

Variável	n (%)	Prevalência de atendimento/identificação de VCA (IC 95%)
Dimensão demográfica		
Idade		
41 a 64 anos	56 (48,3)	51,00 (37,74 - 62,26)
24 a 40 anos	60 (51,7)	44,64 (32,39 - 57,59)
Sexo		
Masculino	17 (14,7)	35,29 (17,31 - 58,70)
Feminino	99 (85,3)	49,49 (39,85 - 59,18)
Território		
Rural	14 (12,1)	28,57 (11,72 - 54,65)
Urbano	102 (87,9)	50,00 (40,47 - 59,53)
Dimensão processo de trabalho		
Participa das reuniões de equipe		
Não	20 (17,2)	30,00 (14,55 - 51,90)
Sim	96 (82,8)	51,04 (41,20 - 60,81)
Protocolo para casos de VCA		
Não	101 (87,1)	47,52 (38,06 - 57,18)
Sim	15 (12,9)	46,67 (24,81 - 69,88)
Tempo de serviço em ESF		
≤ 1 ano	18 (15,5)	16,67 (5,84 - 39,22)
> 1 ano	98 (84,5)	53,06 (43,25 - 62,64)
Conhece alguma legislação		
Não	30 (25,9)	26,67 (14,18 - 44,45)
Sim	86 (74,1)	54,65 (44,16 - 64,75)

VCA: Violência contra Crianças ou Adolescentes.

No modelo final (ajustado hierarquicamente) as maiores prevalências, estatisticamente significativas, de atendimento ou identificação de violência contra crianças ou adolescentes em atenção básica à saúde foram encontradas entre os profissionais que relataram conhecer alguma legislação sobre a temática (RP = 2,06; IC95%: 1,12 - 3,81), quando comparados com aqueles que não conheciam; e entre aqueles profissionais que referiram trabalhar há mais de um ano na estratégia de saúde da família (RP = 3,17; IC95%: 1,11 - 9,03), quando comparados com aqueles que tinham mais de um ano de serviço (Tabela 2).

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas prevalências de atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes conforme localização urbana ou rural, sexo e idade. Assim como as variáveis de participação nas reuniões de equipe e conhecer algum protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes não se mostraram estatisticamente associadas com o desfecho investigado (Tabela 2).

Tabela 2- Análise bruta e ajustada para atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes pelos membros das equipes de saúde da família, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.

Variável	Análise bruta RP (IC95%)	Valor p	Análise ajustada RP (IC95%)	Valor p
Dimensão demográfica				
Idade				
41 a 64 anos	1	0,565	1	0,817
24 a 40 anos	0,89 (0,61 - 1,32)		0,96 (0,67 - 1,36)	
Sexo				
Masculino	1	0,325	1	0,421
Feminino	1,41 (0,71 - 2,75)		1,29 (0,69 - 2,43)	
Território				
Rural	1	0,197	1	0,111
Urbano	1,75 (0,75 - 4,09)		2,01 (0,87 - 4,61)	
Dimensão processo de trabalho				
Participa das reuniões de equipe				
Não	1	0,135	-	-
Sim	1,71 (0,85 - 3,42)		-	
Protocolo para casos de VCA*				
Não	1	0,951	-	-
Sim	0,98 (0,55 - 1,75)		-	
Tempo de serviço em ESF				
≤ 1 ano	1	0,031	1	0,031
> 1 ano	3,18 (1,11 - 9,01)		3,17 (1,11 - 9,03)	
Conhece alguma legislação				
Não	1	0,024	1	0,021
Sim	2,05 (1,10 - 3,82)		2,06 (1,12 - 3,81)	

*VCA: Violência contra Crianças ou Adolescentes.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que algumas características dos profissionais estiveram associadas ao atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, principalmente o tempo de serviço em ESF e ter algum conhecimento teórico sobre o assunto, especificamente em legislação, mesmo após o controle para as características demográficas. Em termos gerais, o estudo revela um quadro semelhante àquele descrito para outros grupos de profissionais de saúde: o efeito do conhecimento teórico, revelado pelas altas prevalências de atendimento/identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes.^{10-11,16}

A influência do tempo de serviço em ESF, mesmo após o ajuste para idade, sobre o atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes foi um achado ímpar, pois nenhum outro estudo encontrou a mesma ocorrência de forma estatisticamente significativa. A predominância do sexo feminino e de idade aproximada de 40 anos também foi encontrada em outro estudo que avaliou o perfil sociodemográfico de profissionais da estratégia de saúde da família.¹⁷⁻¹⁸

Em atenção básica à saúde, a importância do conhecimento teórico dos profissionais de saúde sobre maus tratos infantis está bem estabelecida¹⁹ e é um fator que exerce grande influência sobre o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, e alguns estudos mostraram relação entre o fato de o profissional se deparar com casos de maus tratos nas suas atividades cotidianas e ter realizado qualificação para tal.^{10-11,17,20} Na Espanha, uma comparação das notificações de agências de proteção à criança mostrou que após a introdução de um programa de

treinamento com profissionais de saúde, serviço social e educação, houve um aumento do número de notificações.¹⁹ Em outro estudo, foram encontradas grandes lacunas de informação através de revisões nos currículos de formação dos profissionais de saúde a respeito do tema abuso infantil.²⁰

Uma possível explicação para o papel da qualificação ou treinamento sobre o aumento da suspeita, identificação ou atendimento de casos de violência é que uma grande quantidade dos profissionais de saúde acredita que os casos de violência são pouco frequentes no cotidiano de suas práticas, ou seja, um número significativo de profissionais não se enxerga como responsável pelo atendimento destes casos ou que deva realizar a denúncia.²⁰

No que se refere ao tempo de serviço em ESF apresentar associação com o desfecho, acredita-se que esteja relacionada a três fatores principais. Em primeiro lugar, um aspecto importante relatado na literatura é o acolhimento e vínculo com usuários pelos profissionais que atuam nos serviços de atenção básica à saúde, uma vez que este dispositivo se encarrega da escuta qualificada do usuário, permitindo a superação das barreiras e dificuldades, durante o atendimento e visando a resolubilidade para suas necessidades.¹⁷ Logo, este cuidado com o usuário, através de dispositivos da clínica ampliada, produz ações que visam à promoção dos sujeitos, tornando-os mais capazes de compreender suas necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como corresponsáveis no processo de produção de saúde.²¹ Em segundo lugar, a própria filosofia da ESF que é baseada em equipes multiprofissionais integradas ao serviço de saúde e outros setores como educação e assistência social, visando a promoção de saúde através de uma abordagem comunitária, não somente com os usuários que procuram os serviços, estabelecendo-se uma relação pessoal longitudinal.²²⁻²³ Logo, quanto maior o tempo de atuação do profissional com a metodologia da ESF, maior a compreensão deste a respeito da filosofia de trabalho. Por último, uma explicação razoável seria que aquele profissional que está por mais tempo no serviço de saúde, teria maior probabilidade de atender ou identificar algum caso de violência contra crianças ou adolescentes em função de agregar maior tempo de atuação.

O estudo apresenta uma limitação no que diz respeito ao seu delineamento. Estudos com delineamento transversal são limitados à identificação de associações, não sendo possível estabelecer relação causal. Pode haver causalidade reversa, pois tanto desfecho quanto exposição são medidos no mesmo ponto temporal. Ou seja, em função dos profissionais atenderem ou identificarem casos de violência contra crianças ou adolescentes, eles aprenderam mais sobre o tema, logo isto repercutiu sobre seu conhecimento. Sendo assim, estudos longitudinais são essenciais para elucidar as associações aqui descritas. Finalmente, a presença de viés residual não pode ser descartada, pois o presente estudo apresenta uma visão parcial da realidade, onde a presença de outros aspectos relacionados aos profissionais e não contemplados na análise, devem ser melhor investigados.

Apesar das variáveis de participação nas reuniões de equipe e conhecimento de algum protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes não se mostrarem estatisticamente associadas com o desfecho investigado, é interessante que se realizem investigações futuras, pois são consideradas importantes para a assistência na questão da violência.²⁴⁻²⁵

As concepções de saúde dos usuários e profissionais de saúde da família são variadas, porém de uma maneira geral sinalizam em uma perspectiva ampliada, com forte influência de construtos de equilíbrio e multifatorialidade.²⁶ Portanto, se usuários e profissionais possuem uma visão que aponta para caminhos intersetoriais, é crucial integrar os profissionais de forma a torná-los a espinha dorsal da formação e para a assistência e proteção das vítimas de violência, enfatizado a necessidade urgente de integração entre



diferentes setores, como saúde, justiça, bem-estar social e educação, na perspectiva de atuação em equipes multidisciplinares que dialoguem com os usuários.⁶ Aqueles profissionais que têm um contato permanente com crianças podem exercer liderança na identificação, notificação e cuidados aos indivíduos que sofreram violência e suas famílias. Internacionalmente têm-se enfatizado a necessidade de uma abordagem que combine um foco da atenção no indivíduo juntamente com sua família.¹⁹

CONCLUSÃO

A análise dos resultados encontrados, bem como a revisão da literatura realizada, permitiu perceber que apesar das limitações, os achados deste trabalho têm relevância como fonte para futuras comparações por identificar relações importantes entre características dos profissionais da ESF e atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes. Fatores como tempo de atuação na ESF e conhecimentos teóricos sobre a temática de violência são importantes para promover atenção em saúde para os usuários do SUS e suas famílias, pois apresentam relevância independentemente de fatores demográficos dos profissionais, como idade e sexo.

A ESF é um serviço com potencial identificador de demandas de violência, no entanto, para além de identificar, os profissionais precisam saber como intervir nestas situações. Para que o fenômeno da violência não seja negligenciado pelos próprios trabalhadores de saúde por falta de informação, investir na qualificação dos profissionais de saúde e no fortalecimento das redes de proteção é fundamental para enfrentar a violência, uma vez que profissionais qualificados e seguros ampliam sua capacidade de cuidar e promover saúde. Para tanto, o agir precisa ser corresponsável, por meio do trabalho em equipe, formação de parcerias e construção conjunta dos planos de intervenção. Embora se reconheça a importância da multidisciplinaridade na atenção à criança ou adolescente vítima de violência, considera-se que o profissional de Enfermagem apresenta um papel importante neste processo, pois além da dimensão do cuidado em saúde é este profissional que permanece por maior período convivendo com a criança e sua família, seja na unidade de saúde ou no ambiente familiar e comunitário.

Espera-se que a partir da discussão da temática estudada, a qual se entende como um problema relacionado com diversos setores, como saúde, educação, assistência social, segurança pública entre outros, os gestores e profissionais de saúde o visualizem como um auxílio na produção do conhecimento, mobilizando as práticas de saúde através de ações que visem fortalecer o SUS, principalmente no nível de atenção básica à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. *Saúde Soc* (São Paulo). 2013;22(1):21-31.
2. Adorno S. Editorial. *Saúde Soc* (São Paulo). 2008;17(3):7-8.
3. Oliveira WF. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde Soc* (São Paulo). 2008;17(3):42-53.
4. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 1999;4(1):7-32.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [acesso em 2013 maio 20]. Disponível em: http://www.academia.edu/7619294/Relat%C3%B3rio_mundial_sobre_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde

6. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.
7. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):605-12.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Borowsky IW, Ireland M. Parental screening for intimate partner violence by pediatricians and family physicians. *Pediatrics*. 2002;110(3):509-16.
11. Flaherty EG, Sege R, Mattson CL, Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting. *Ambul Pediatr*. 2002;2(2):120-6.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [Internet]. 2015 [acesso em 2015 mar 19]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
- 13- Lescher AD, Grajcer B, Bedoian G, Azevedo LM, Silva LN, Pernambuco MCA, Carneiro Junior N. Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. Projeto de Pesquisa. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo. 2004.
14. Victora CG, Hutlly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 1996 [acesso em 2015 abr 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.
- 16- Knox LM, Spivak H. What health professionals should know: core competencies for effective practice in youth violence prevention. *Am J Prev Med*. 2005;29(5 Suppl 2):191-9.
17. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-91.
18. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(9):1881-92.
19. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
20. Tilden VP, Schmidt TA, Limandri BJ, Chiodo GT, Garland MJ, Loveless PA. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *Am J Public Health*. 1994;84(4):628-33.
21. Hanfer MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 1:1715-24.



22. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ*. 2010;341:c4945. Falta Segundo autor?
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério; 2002.
24. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc*. 2012;21(4):884-94.
25. Rocha VMA. Elaboração e implementação do protocolo de atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes pelas equipes de saúde da família na regional Venda Nova no município de Belo Horizonte em Minas Gerais [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. 44 f.
26. Budó MLD, Schimith MD, Garcia RP, Seiffert MA, Simon BS, Silva FM. Concepções de saúde de usuários e profissionais de uma estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2014 abr/jun;4(2):439-49. [Internet]. 2014 [acesso em 2015 abr 16]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufism/article/view/10461/pdf>

Data de recebimento: 05/12/2014

Data de aceite: 17/04/2015

Contato do autor responsável: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Endereço postal: Campus UFSM, Prédio 26, 3ºAndar, Sala 1356.

E-mail: jessyesm@hotmail.com