

Rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade



Inter-sectoral network to face violence against children and adolescents in a rural context
Red intersectorial para enfrentar la violencia contra niños y adolescentes en contexto rural

Lina Domenica Mapelli^a

Fabiano Henrique Oliveira Sabino^a

Luiza Cesar Riani Costa^a

Jorge Luiz da Silva^b

Maria das Graças Carvalho Ferriani^c

Diene Monique Carlos^a

Como citar este artigo:

Mapelli LD, Sabino FHO, Costa LCR, Silva JL, Ferriani MGC, Carlos DM. Rede intersectorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190461. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190461>

RESUMO

Objetivo: Analisar a rede intersetorial construída a partir da Atenção Primária à Saúde em contexto rural para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Método: Pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico e metodológico o Paradigma da Complexidade. Participaram dezessete profissionais de saúde de duas Unidades de Saúde da Família rurais de um município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de mapas mínimos da rede institucional e grupos focais, em maio e junho de 2019; foram analisados tematicamente.

Resultados: Emergiram duas categorias intituladas “Não é inexistente, mas é complicada” e “A gente está sempre na linha do tiro”. A existência de uma rede fragilizada; a atenção pautada pelo viés biomédico; a fragmentação no cuidado foram características presentes no cuidado às famílias.

Considerações finais: a ausência de um cuidado em rede ficou evidente, gerando isolamento e sobrecarga da unidade de atenção básica que é potencializada pelas características da ruralidade.

Palavras-chave: Violência doméstica. Criança. Adolescente. Rede social. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde rural.

ABSTRACT

Objective: To analyze the Primary Health Care inter-sectoral network in a rural context to face domestic violence against children and adolescents.

Method: A qualitative research study, with the Paradigm of Complexity as theoretical and methodological framework. Eighteen health professionals from two rural Family Health Units in a municipality in the state of São Paulo were the participants. Data was collected through minimum maps of the institutional network and focus groups in May and June 2019. Data was analyzed through thematic analysis.

Results: Two categories emerged, entitled “It’s not nonexistent, but it’s complicated” and “We’re always on the firing line”. The existence of a weakened network; assistance based on biomedical bias; and care fragmentation were characteristics present in the care provided to the families.

Final considerations: The absence of network care was evident, with isolation and overload of the Primary Health Care unit that is enhanced by the characteristics of rurality.

Keywords: Domestic violence. Child. Adolescent. Social networking. Primary health care. Rural health services.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la red intersectorial construída a partir de la Atención Primaria de Salud en un contexto rural para hacer frente a la violencia doméstica contra niños y adolescentes.

Método: Investigación cualitativa, teniendo como marco teórico y metodológico el Paradigma de la Complejidad. Participaron dieciocho profesionales de la salud de dos unidades rurales de salud familiar en un municipio del estado de San Pablo. Los datos se recopilaron a través de mapas mínimos de la red institucional y grupos focales en mayo y junio de 2019; y fueron analizados temáticamente.

Resultados: Surgieron dos categorías tituladas “No es inexistente, pero es complicado” y “Siempre estamos en la línea de tiro”. La existencia de una red debilitada; la atención basada en el sesgo biomédico; y la fragmentación de la atención fueron características presentes en el cuidado de las familias.

Consideraciones finales: La ausencia de atención en red fue evidente, lo que generó aislamiento y sobrecarga de la unidad de atención primaria que se ve reforzada por las características de la ruralidad.

Palabras clave: Violencia doméstica. Niño. Adolescente. Red social. Atención primaria de salud. Servicios de salud rural.

^a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

^b Universidade de Franca (UNIFRAN), Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção de Saúde. Franca, São Paulo, Brasil.

^c Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes podem deparar-se com a violação de seus direitos em seus próprios lares, emergindo como principal contexto de violência contra esta população; esta violência, denominada doméstica, ocorre geralmente a partir de pessoas com laços afetivos, consanguíneos ou não, junto a esta população⁽¹⁾. A violência é entendida como o uso intencional da força ou do poder físico, real ou em ameaça, contra uma pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em injúria, morte, dano psicológico, privação ou alteração de desenvolvimento⁽²⁾. No Brasil, as mortes infantojuvenis por acidentes e violências ocupam o terceiro lugar, posterior apenas aos casos de complicações perinatais e mal formações⁽³⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde, colocando-se como eixo de articulação no atendimento dos problemas de saúde da população, dentre eles a violência doméstica⁽⁴⁾. Neste âmbito, o Ministério da Saúde propõe a integração dos recursos (ações e instituições) disponíveis ao enfrentamento da violência em uma rede de cuidados, orientada pela APS^(1,4).

A APS compreende um dos principais pontos da rede intersetorial de proteção à criança e ao adolescente. Todo o processo provém do princípio de que a APS é o centro coordenador do cuidado, inclusive porta de entrada para o acolhimento às violências. A articulação desse setor com os demais permite um fluxo mais natural e constante para os fenômenos de referenciamento e contrarreferenciamento⁽¹⁾. Ainda neste contexto, a rede intersetorial compõe-se de profissionais e instituições que têm por intuito principal a proteção e a garantia de direitos de crianças e adolescentes. É composta pelos setores de segurança pública, terceiro setor, educação, cultura, entre outros⁽²⁾.

O enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes apresenta inúmeros desafios para identificação, manejo e prevenção^(1,5-7); este fato se agrava em alguns contextos, como a zona rural. O cuidado a populações vivendo em contexto rural tem sido apresentado pela literatura como espaço de vulnerabilidade social e científica⁽⁸⁻¹⁰⁾. A primeira se dá pela maior dificuldade no acesso e cobertura de saúde e outros serviços como educação, gerando ausência de oportunidades e possibilidades^(8-9,11). Um histórico de singularidades, anonimato e isolamento também expõe estas populações a maiores violências, somando-se às vulnerabilidades de algumas categorias como crianças e adolescentes⁽¹⁰⁾. O Ministério da Saúde, buscando enfrentar as condições de saúde desfavoráveis e iniquidades em saúde desta população, institui no âmbito

do Sistema Único de Saúde a Portaria nº 2.866/2011, que trata da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta⁽¹¹⁾; apesar do avanço, a transposição desta política para a prática ainda é um desafio. A segunda vulnerabilidade, relacionada ao âmbito científico, se refere à escassez de estudos e intervenções neste âmbito. Este fato reforça a invisibilidade destas populações que são pouco estudadas e legitimadas, apesar de constituírem 16% da população brasileira⁽⁸⁾.

Considerando o exposto, o presente estudo desperta-nos para os seguintes questionamentos: Quais as ações desenvolvidas pelos serviços de APS para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, considerando o contexto rural? Quais os vínculos institucionais estabelecidos por estes serviços para a realização de tais ações? Para responder a tais questionamentos, apoiar-se-á no Paradigma da Complexidade, que aborda aquilo que é “tecido junto”, o que implica considerar as partes distintas, e às vezes contraditórias, que se articulam na composição do fenômeno, inseridas num contexto, em perspectiva dialógica. Para isto, torna-se necessária uma visão poliocular do fenômeno⁽¹²⁾.

No ambiente da APS, a equipe de Enfermagem representa-se como agente ativo na defesa dos direitos da criança e do adolescente. Para tal, o enfermeiro deve qualificar-se enquanto profissional para manejar adequadamente toda a complexidade do processo de violência junto à equipe multiprofissional⁽¹³⁾. Autores reforça-nos que a qualidade da assistência de Enfermagem pauta-se na comunicação da mesma com os demais profissionais e serviços da rede, evitando que haja individualização do trabalho e lacunas nas relações de parceria⁽¹³⁾.

Além das contribuições positivas para a família, a rede quando bem articulada garante a eficiência do trabalho do profissional que lida com os casos de violência facilitando o processo de cuidar, culminando diretamente na qualidade de vida daqueles que são envolvidos por ela⁽¹³⁻¹⁴⁾ em especial num contexto por si só marginalizado, como o rural. Portanto, traz-se como objetivo analisar a rede intersetorial construída a partir da APS em contexto rural para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

MÉTODOS

O presente trabalho de pesquisa foi delineado com base na abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, que possibilita-nos compreender a realidade expressa pelos participantes em seu contexto natural⁽¹⁵⁾. O Paradigma da Complexidade foi utilizado como referencial teórico e metodológico; o mesmo não busca recortar ou reduzir os aspectos envolvidos num fenômeno, mas observá-los de

maneira articulada⁽¹²⁾. Os princípios dialógico (convivência de oposições e antagonismos ao mesmo tempo); recursivo (produtos e efeitos são causas e produtores daquilo que os produziu, ao mesmo tempo); e retroativo (causas agem sobre os efeitos e os efeitos agem sobre as causas) nortearam a coleta e análise dos dados⁽¹²⁾.

O campo de estudo foi um município do interior de São Paulo, que possui 220.578 habitantes⁽¹⁶⁾. Foram incluídas duas Unidades de Saúde da Família (USFs) de dois distritos localizados a norte do município, localizados em zona rural, cerca de 12 e 30 km do centro do município. A população residente nestas regiões era de aproximadamente 6000 pessoas, distribuídas de forma equitativa nos dois distritos. A população de crianças e adolescentes totaliza cerca de 23% da população. Possuem duas escolas municipais de educação infantil e três escolas estaduais de ensino fundamental e médio; um Centro de Referência em Assistência Social e dois centros comunitários⁽¹⁶⁾. A escolha por estas unidades justifica-se pelas particularidades da ruralidade, sendo as únicas do município situadas no contexto rural. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde destas unidades, considerando os seguintes critérios de inclusão: (i) os profissionais que já estiveram em contato com famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes na atenção básica; (ii) os profissionais que trabalham nas unidades estudadas há pelo menos um ano. Foram excluídos os participantes que estavam fora do serviço durante o período de coleta de dados por férias ou afastamentos médicos e legais.

A aproximação das unidades e profissionais ocorreu em março de 2019, mediante a participação da primeira e última autoras e pesquisadoras em reunião de equipe. Nesta oportunidade, foram apresentados os objetivos da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão e possíveis contribuições do estudo para a prática. A primeira unidade, intitulada como A, foi bastante receptiva visto demarcarem uma grande necessidade de estudos na área da violência; a segunda, intitulada como B, disse se tratar de uma temática pouco presente no seu cotidiano, mas aceitou participar. Ressalta-se que a primeira unidade possui maior contato com a universidade, por meio da oferta de projetos de extensão e estágios curriculares. Do total de 32 profissionais de saúde que trabalhavam nas unidades, dez estavam em férias ou outros afastamentos; cinco referiram não ter lidado diretamente com as situações de violências citadas durante esta aproximação inicial. Desta forma, totalizou-se 17 participantes, sendo dez na Unidade A e sete na Unidade B.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2019 por meio da elaboração de mapas mínimos da rede social institucional externa⁽¹⁷⁾ e de grupos focais⁽¹⁸⁾.

Inicialmente, cada profissional respondeu um questionário com dados sociais e demográficos. Esta coleta foi realizada no espaço de reunião de equipe em cada unidade, conforme preferência dos profissionais. Na Unidade A foi realizada em dois encontros, com duração média de 40 minutos cada – o mapa mínimo foi construído em um encontro e na semana seguinte foi realizado o grupo focal em único encontro. Na Unidade B, a coleta foi realizada em um encontro com duração de 83 minutos; o mapa foi construído e posteriormente foi realizado o grupo focal. A organização da coleta seguiu o horário previsto para a reunião de equipe em cada unidade.

O mapa mínimo tem o objetivo de identificar e avaliar a qualidade dos vínculos institucionais entre a unidade estudada e as instituições formais ou informais para o cuidado em rede⁽¹⁷⁾. É representado por um círculo com quadrantes ao seu redor, que indicam os setores existentes para este cuidado, como educação, saúde, área jurídica, segurança, religião, meio ambiente, trabalho, lazer, cultura, assistência social, famílias, entre outros setores sugeridos pelas unidades⁽¹⁷⁾. Estes mapas permitem a compreensão da maneira que as relações se estabelecem. São delineadas por meio de linhas com traçados diferenciados, que representam graficamente os vínculos entre as famílias e as pessoas/instituições, podendo ser de três tipos: significativos – linhas pretas; fragilizados - linhas pontilhadas; e rompidos ou inexistentes – linhas cinzas⁽¹⁷⁾.

Para a construção dos mapas mínimos, apresentou-se aos participantes o mesmo impresso em folha A5 e a forma de construção, com as especificidades dos traçados. Ressaltou-se a possibilidade de inclusão de instituições e/ou setores a partir da decisão dos participantes, e que a rede seria construída a partir do vivenciado pelas pessoas, e não o idealizado. A avaliação do desenho dos mapas é realizada por meio dos seguintes critérios: tamanho (número de vínculos institucionais ou pessoais estabelecidos, sendo que a rede pode ser classificada como reduzida, mediana ou ampliada); densidade (qualidade dos vínculos observados no que tange às linhas do traçado - significativos, fragilizados, rompidos e/ou inexistentes); distribuição/composição (número de pessoas ou instituições situadas em cada quadrante, podendo a partir deste critério identificar fragilidades e potencialidades da rede); dispersão (distância geográfica entre as pessoas ou instituições participantes e as demais situadas nos mapas); homogênea ou heterogênea (diversidades e semelhanças de pessoas e/ou instituições presentes na rede)⁽¹⁷⁾.

Os grupos focais, que têm o objetivo de ouvir os indivíduos coletivamente e observar suas interações⁽¹⁸⁾, possuíram as seguintes questões norteadoras: Quais ações são realizadas

pela unidade para o cuidado às famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes? Como se dá a articulação entre outros serviços para este cuidado? A construção dos mapas e a realização dos grupos focais foram balizados pela primeira e última pesquisadoras e autoras deste estudo, sendo a observadora e moderadora respectivamente. Os encontros foram gravados por meio de aplicativo de gravação de voz e transcritos manualmente.

Após a elaboração gráfica dos mapas e a transcrição integral dos grupos focais, prosseguiram-se as etapas de análise temática⁽¹⁹⁾: classificação e organização das informações; organização de quadros referenciais; estabelecimento de relações entre os dados. Os princípios do Paradigma da Complexidade foram aplicados nas duas últimas etapas, para interpretação e articulação dos dados. Foram construídos dois quadros referenciais finais, sendo o primeiro, *“Não é inexistente, mas é complicada”* e o segundo *“A gente está sempre na linha do tiro”*. A construção dos quadros referenciais e finais está demonstrada no Quadro 1. Conforme as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos, contidas na Resolução nº 466/2012, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o parecer número 3.163.630 em 22 de fevereiro de 2019. Ademais, foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e pela coordenação local das unidades. Os profissionais aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, os nomes dos profissionais foram identificados com a letra P e numerados a partir da sequência de fala (P1, P2 e assim sucessivamente).

RESULTADOS

Participaram do estudo dezessete profissionais, sendo duas enfermeiras; três técnicas de enfermagem; nove agentes comunitários de saúde; uma médica; uma dentista e uma técnica em farmácia. Dentre os participantes, dois eram homens e quinze mulheres; dois profissionais tinham entre 20 e 30 anos; sete entre 30 e 40 anos; quatro entre 40 e 50 anos e quatro entre 50 e 60 anos. Seis profissionais possuíam ensino superior, sendo que dois possuíam especialização lato-sensu e uma possuía doutorado. Cinco destes profissionais receberam cursos de capacitação sobre violência nos últimos cinco anos

Na análise do mapa mínimo, a Unidade A apresentou rede reduzida, pouco densa, com grande número de vínculos frágeis ou rompidos. Dois serviços foram pontuados como significativos, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a escola infantil, que estavam próximos geograficamente à unidade. Tal mapa pode ser visualizado na Figura 1.

A Unidade B apresentou uma rede reduzida, pouco densa, pois tem apenas um vínculo significativo e um grande número de vínculos ausentes. Percebeu-se lacunas em

Quadros iniciais	Quadros finais
Conflitos nas relações	<i>Não é inexistente, mas é complicada</i>
Ausência de vínculos significativos	
Não conhecimento de serviços	
Logica do encaminhamento	
Informalidade	
Pouca articulação	
Pouca resolutividade	
Não conhecer dinâmica da violência	<i>A gente tá sempre na linha do tiro</i>
Isolamento institucional	
Ambivalência nas ações	
Frustração, tristeza	

Quadro 1 – Quadros referenciais iniciais e finais. São Carlos, 2019.

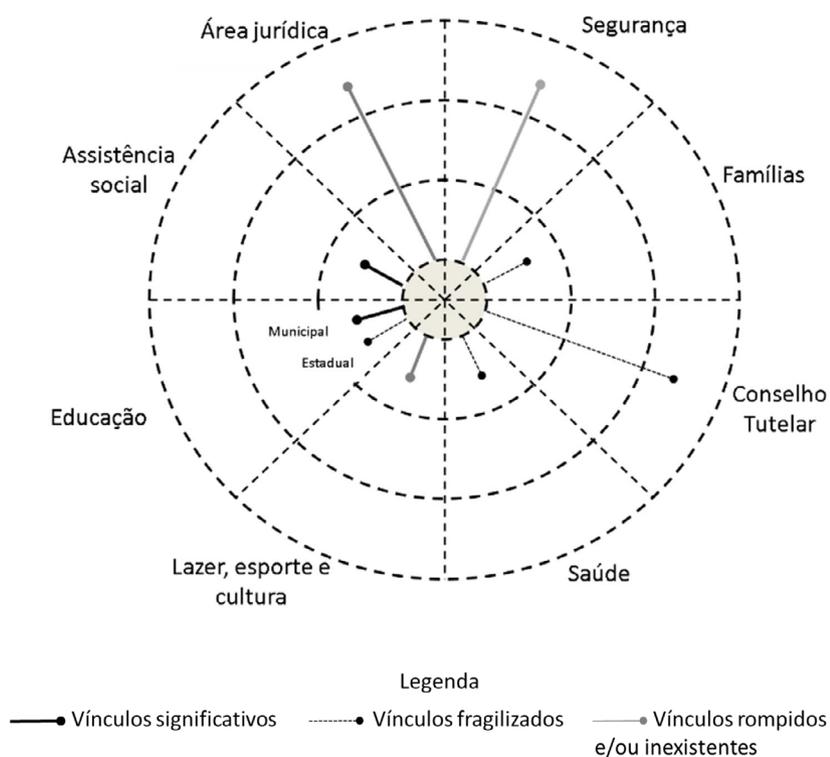


Figura 1 – Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa da Unidade A. São Carlos, 2019.

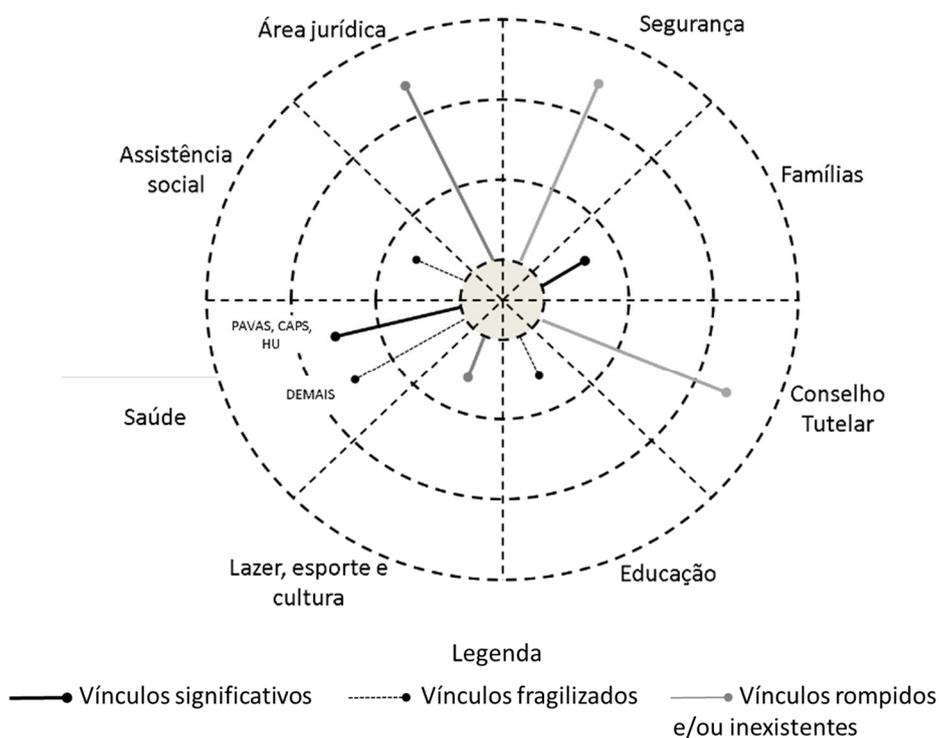


Figura 2 – Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa da Unidade B. PAVAS – Programa de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; HU – Hospital Universitário. São Carlos, 2019.

diversos setores, com uma rede institucional consideravelmente homogênea, concentrando-se apenas em vínculos da educação e assistência social. Este mapa é ilustrado na Figura 2.

Quadro referencial 1 – Não é inexistente, mas é complicada

As falas permearam as relações não harmônicas entre as unidades e os demais serviços da rede de proteção à infância e adolescência.

[...] A situação com o CAPSi é um caos, eles falam que pode encaminhar o usuário para o acolhimento, mas quando o caso chega lá, os atendimentos psicológicos são restritos ... Os usuários permanecem aqui, sem o devido atendimento, nós não sabemos como agir e também não existem devolutivas dos casos (P2).

[Sobre as relações com hospitais] Mas num é uma relação que assim, não é inexistente mas, é complicada.(P1)

Uma rede que funcionasse, que se articulasse, que se conversasse... um pouco que existia acabou.(P10)

Diante da delimitação do mapa mínimo das unidades estudadas, observou-se a presença de vínculos caracterizados como unidirecionais, pontuais e centrados em pessoas, com relações não institucionalizadas. Salientou-se ainda o desconhecimento dos papéis exercidos por todos os serviços apoiadores e constituintes da Rede.

Eu nunca vi as ações do Conselho Tutelar, tanto é que quando acontecem esses casos de violências, nos ficamos realmente sem saber a quem se dirigir, como que nos vamos lidar com essas pessoas. [...] (P3).

[Sobre ações em centros comunitários] às vezes tem um campeonato de bola, alguma coisa lá assim, mas eu não sei se tem outras atividades assim como...(P9)

Denotou-se uma “lógica do encaminhamento” entre profissionais e outras instituições. Esta lógica gerou baixa resolutividade das dificuldades e ineficiência dos cuidados ofertados, ainda orientados pelo viés biomédico. A percepção de que a violência era uma demanda para profissionais de “saúde mental” também foi reforçada.

Então achei por melhor encaminhar para o centro de especialidades, porque lá eu sei que quando têm esses casos, as pessoas recebem acompanhamento psicológico (P5).

[Sobre encaminhamento de casos de crianças e adolescentes vítimas de violência a serviços de saúde mental] É que a nossa relação é mais de encaminhamento, a gente encaminha para lá e eles costumam cuidar do serviço (P7)

Em relação ao processo de referência-contrarreferência, constatou-se falhas na execução deste recurso pelo fato das informações chegarem às instituições informalmente ou se perderem no processo, não havendo uma estratégia formal que garantisse as devolutivas e a continuidade do cuidado prestado.

Não é nada formal, é o fulano que ouviu um murmúrio em um lugar, que contou para beltrano, o beltrano vem para ser atendido aqui, nos conta os acontecidos, e a gente não sabe o quanto é verdadeiro ou não e não sabemos o quanto podemos averiguar, até onde podemos ir? (P6).

[...] A unidade tenta apaziguar as situações momentaneamente para não complicar para a saúde psicológica da criança e do adolescente, mas não tem uma conclusão do caso, nem um acompanhamento em longo prazo, tanto da nossa parte, quanto para das outras instituições do município (P13).

Embora fragilizadas, as unidades estudadas apresentaram vínculos com pessoas e serviços específicos e próximos geograficamente, como é o caso da unidade A, que mantinha uma relação significativa com a equipe de assistência social.

A gente tem bastante contato com a assistente social, ela está sempre aqui na unidade quando precisamos ou nós ligamos para ela quando temos alguma dúvida [...] o bom é o CRAS onde ela fica é pertinho de nós, não tem que ir para São Carlos para acioná-la. [...] (P8).

Eu acho que assim, na minha ideia seria ela até porque ela está aqui... Eu acho que até por isso que a gente tem o maior vínculo, né?(P4)

Quadro referencial 2 – A gente está sempre na linha do tiro

Constatou-se que os “olhares das unidades” se mantiveram vedados para a dinâmica da violência, ainda com a compreensão deste fenômeno pelo viés físico, da agressão física. Os elementos determinantes presentes neste fenômeno ainda foram pouco reconhecidos:

[...] Se pararmos para pensar nós temos poucos casos de violência aqui na unidade, porque para mim, a primeira coisa que me vem à cabeça quando eu penso em violência são as agressões físicas (P10).

[...] A equipe da unidade e a população não compreendem que violência não representa somente as agressões físicas, existem as agressões verbais e psicológicas também, que ferem igualmente como as agressões físicas (P12).

Os cuidados frente às situações de violências infanto-juvenis nas unidades estudadas eram realizados através de intervenções mais curativas e menos preventivas; não existia o compartilhamento de ações com outras instituições e seus membros. Notou-se o calar e a tentativa de “evitar” casos, em consequência das unidades não saberem como proceder diante da violação dos direitos da criança e do adolescente e sentirem-se isoladas. Os profissionais relataram sentimentos de medo, frustração e impotência nas equipes entrevistadas. Emergiram frustrações e indagações sobre permanecerem de “mãos atadas” diante das múltiplas faces da violência:

[...] Teve um caso que precisou da intervenção do Conselho Tutelar, daí forma-se aquele “auê” e a unidade transforma-se no centro das atenções, mas depois que passa a fama: e aí qual é a solução? Como que nós vamos fazer para resolver? Eles vão embora e nós ficamos! (P11).

Quando eu atendo, costumo perguntar se a pessoa, já vivenciou algum tipo de violência, mas tem época que eu nem pergunto, porque já aconteceu da pessoa desabar e ficar chorando lá uma hora, sem parar. [...] Eu fico pensando, para que perguntar? De repente, é melhor ficar quieta (P14).

Eu acho que a palavra que eu posso resumir a situação da violência na nossa comunidade é tristeza, tristeza pelas crianças, adolescentes e os familiares e por não conseguirmos fazer muita coisa, parece que nada se resolve (P16).

O trecho “Eles vão embora e nós ficamos” reforçou a questão do isolamento e sentimento de “solidão institucional” vivenciado pelas equipes. A distância geográfica e territorial das unidades foi mencionada pelos entrevistados como fator dificultador para a resolução dos casos de violências pois referiram encontrar-se distantes da “civilização”, entendendo que estar no perímetro urbano facilitava a busca por opções de cuidado à população.

As unidades se reconheceram e se organizaram como unidades de Pronto Atendimento, voltadas para a resolução

das situações por meio do viés “queixa-conduta”. De acordo com os participantes, os usuários das unidades também apresentavam olhares controversos acerca do propósito da APS.

[...] Tem pessoas da cidade que ligam e perguntam se tem médico atendendo aqui, se está demorando muito [...] O posto acaba transformando-se em atendimentos de urgências e emergências dessas pessoas, das pessoas da comunidade e as atividades de promoção, prevenção e educação em saúde não são aderidas quando propostas (P9).

E tem muito atendimento e a gente não consegue fazer outras ações... tipo grêmios que funcionaria bem nessas idades... (P16)

Foi citado pelos profissionais que as comunidades rurais valorizavam o espaço físico das unidades A e B, pois viam nelas um espaço para interações sociais. Desse modo, observou-se certa ambivalência nas falas dos entrevistados, pois referiram que as comunidades não buscavam por ações de prevenção e promoção da saúde, mas que notavam a ausência de espaços de lazer e de socialização para a população.

Uma coisa que falta na nossa comunidade são atividades para população, eu acho que se tivesse algo para as pessoas fazerem, até diminuiria os atendimentos na unidade. [...] Eu tenho a impressão que a população vem para cá para papear. [...] Se você vier aqui, as segundas ou terças pela manhã, nem parece unidade de saúde, parece feira de domingo (P15).

Antes tinha um grupo de educação e saúde, era muito legal, a gente fazia com as crianças, a gente tinha um retorno bem legal lá... então as crianças eram multiplicadoras né, para os pais, então a gente tinha retorno dos pais, dos professores... (P17)

■ DISCUSSÃO

Os quadros referenciais “Não é inexistente, mas é complicada” e “A gente tá sempre na linha do tiro” desvelaram em especial as fragilidades do cuidado a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes no contexto rural estudado. Características do paradigma da simplificação⁽¹²⁾ se apresentaram nas discussões dos profissionais – a atenção pautada pelo viés biomédico; a fragmentação no cuidado, seja pelo não reconhecimento das instituições que configuram a rede quanto por uma lógica pautada pelo encaminhamento; a não sensibilização para

a complexidade de fenômenos como a violência. Questões indissociáveis, como a forma particular, singular e dinâmica da identidade territorial rural são levantadas apenas pela distância geográfica⁽¹²⁾.

Identificou-se que não existe uma rede de cuidado à violência doméstica, aqui entendida como fenômeno complexo, ou seja, que se apresenta entrelaçado a múltiplos elementos⁽¹²⁾. Para atuar frente à violência e outros fenômenos contemporâneos, novos paradigmas, desde o século XX, vêm buscando a superação da fragmentação do pensamento e das ações, com a disseminação de uma visão integralizadora e multidimensional do homem e de seu ambiente⁽¹²⁾. Neste sentido, o território precisa ser considerado para além do recorte geográfico, visto que é entendido como dinâmico e vivo, expresso nas relações e produções sociais⁽¹¹⁾. Considerando o contexto de ruralidade, identificaram-se singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços e das práticas em saúde; dentre estas ressalta-se o isolamento geográfico⁽⁸⁻⁹⁾. A literatura indica que a APS ainda apresenta desempenho inferior em áreas rurais; possui fragilidades na participação e controle social; a territorialização ainda não é executada de forma a perceber os espaços sociosanitários de maior risco⁽⁹⁾. Apesar da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta⁽¹¹⁾ ter sido construída para garantir o princípio da equidade em saúde, a mesma não se faz presente ou legítima nas USFs estudadas.

A presença de vínculos caracterizados por serem unidirecionais, pontuais e centrados em pessoas, com relações não institucionalizadas, corrobora estudos anteriores realizados em zona urbana^(1,6). Entende-se que estas questões se agravaram pelos elementos já citados, característicos da ruralidade. A não devolutiva de situações ou "casos" compartilhados não respeitou a retroalimentação, ou seja, não motivou ou permitiu a análise e emergência de novas e criativas intervenções a partir da interação entre instituições e setores⁽¹²⁾.

É consenso na literatura que o cuidado a fenômenos complexos, como a violência doméstica contra crianças e adolescentes, exige uma articulação interdisciplinar e intersetorial^(1,3,6,10). Na abordagem em contexto rural, este fato se mostra ainda mais necessário; o acesso e acessibilidade, bem como equidade, longitudinalidade e integralidade no cuidado, extrapolam a existência de uma USF no território pela determinação social do processo saúde-doença desta população⁽⁹⁾. Algumas condicionalidades como distância das localidades rurais à USF; condições de estradas e meios de transportes; falta de acesso a meios de comunicação, se colocam como relevantes⁽⁹⁾. Ademais, a ausência de serviços de cultura e lazer desvelou maiores dificuldades para ações de prevenção da violência de forma geral e promoção de

uma cultura de paz. Apesar deste aspecto emergir apenas na Unidade A, o fato de vínculos geograficamente próximos serem positivos facilitou o compartilhamento de ações longitudinais, bem como o acesso da população.

Em concordância com os resultados do presente estudo, a análise da abordagem de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes por enfermeiros, na APS, desvelou que o *habitus* da enfermagem ainda é fortemente ancorado ao modelo biomédico, com a estruturação de seu saber/fazer por meio destes componentes. A abordagem de situações que não são inteligíveis por esse viés tem sido negligenciada⁽⁵⁾. Estudos têm corroborado tais achados^(1,6-7,14). Apesar dos avanços que tivemos na apropriação da violência pela saúde, os profissionais apresentaram dificuldades de conteúdo interno para manejo e enfrentamento de situações de violência doméstica; sentiram-se desconfortáveis com o fato de se constituir um fenômeno complexo; de difícil desenlace; e sem relação clara e linear de causa-efeito-resolução^(1,6,14). Ainda neste âmbito, estudo demonstrou que o olhar para situações concretas, no caso da violência caracterizado pela presença de elementos físicos, se mostrou mais presente que a ação frente a outros tipos de violência⁽⁷⁾.

Estudo desenvolvido com enfermeiros australianos para explorar o cuidado a famílias com necessidades complexas (transtornos mentais; histórias de traumas como violências e uso de substâncias), identificou que para apoiar efetivamente estas famílias, os profissionais necessitam de educação permanente e supervisão clínica⁽²⁰⁾. Tal ação é essencial para ampliar o conhecimento e compreensão da diversidade de necessidades familiares e de caminhos para atendê-las. Além deste aspecto, os autores reforçam que estes enfermeiros e equipes necessitam de suporte, pois este trabalho consome mais recursos e tempo que um atendimento clínico típico⁽²⁰⁾.

Por outro lado, percebeu-se que o isolamento institucional, potencializado pelo contexto rural essencialmente em sua característica geográfica, acabou por reforçar sentimentos de solidão e desamparo. Neste âmbito, a solidariedade se apresenta como peça fundamental para superação da crise planetária atual, considerada a fragmentação dos saberes e seres, bem como a impotência frente às incertezas próprias dos fenômenos contemporâneos⁽¹²⁾.

Conforme identificado pelos profissionais, muitas ações na APS foram realizadas na lógica do Pronto-Atendimento; tal aspecto corrobora estudo realizado em Campinas-SP, com o mesmo objetivo do presente⁽⁶⁾. A hegemonia de sistemas fragmentados de atenção à saúde acaba por direcionar alguns sistemas para o atendimento a condições agudas, e de eventos agudos associados a doenças crônicas. Tal fato potencializa a percepção cultural de desvalorização

das funções da APS, bem como das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos⁽⁴⁾. Ensaio que buscou problematizar a situação de saúde desta população trouxe que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária são mais elevadas no contexto rural; tais situações são impulsionadas pelas características socioambientais, mas também pela organização dos serviços, com poucas ou pontuais ações de promoção à saúde e prevenção de agravos⁽⁹⁾.

Neste sentido, desvelou-se a dialógica⁽¹²⁾ exposta pelos profissionais de saúde – estes relataram que a população percebia a unidade como Pronto-Atendimento e, ao mesmo tempo, sinalizaram que esta população utilizava estes serviços como “pontos de encontro”, para conversas coletivas entre a comunidade. Percebeu-se um movimento retroativo⁽¹²⁾, em que a organização “natural” das unidades se deu pela lógica imediatista da urgência, e a partir disso a população se organizava para receber tal cuidado. Existiu pouca aposta no empoderamento da comunidade, garantindo a participação e controle social. Estudo desenvolvido em áreas rurais da Noruega sobre riscos e danos identificados por usuários relacionados à sua segurança em serviços de saúde, identificou que os mesmos podem ser bastante participativos em questões envolvendo sua saúde, demonstrando reflexão e construção de estratégias para tal⁽⁸⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo deste estudo, evidenciou-se uma rede intersetorial fragilizada e com organização pouco efetiva para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Identificou-se que o contexto de ruralidade torna as unidades mais isoladas e sobrecarregadas institucionalmente. Algumas dificuldades relatadas pelos profissionais, como a não compreensão da dinâmica da violência para além do viés biomédico e a não apropriação das unidades como APS pelos profissionais e famílias, necessitam ser superadas para a organização em rede.

As principais limitações do estudo se relacionaram ao fato de não aprofundar o olhar para a rede considerando as diferentes formações e funções profissionais, com consequentes ações diferenciadas; a realização de entrevistas individuais poderia ter sido uma estratégia para este aprofundamento. Apesar das limitações, traz contribuições à pesquisa pela abordagem de um contexto negligenciado, a zona rural, que também necessita ser incorporado ou aprofundado no ensino e formação de profissionais de saúde.

A organização de práticas em APS que considere as características sociosanitárias do território são essenciais. Ademais,

a compreensão da violência doméstica contra crianças e adolescentes como fenômeno complexo que exige a articulação em rede deve ser incluída no ensino em Saúde e Enfermagem, além de constituir tema inerente às práticas, podendo ser trabalhado por meio da educação permanente. Neste âmbito, o enfermeiro se apresenta como elemento primordial, visto possuir os conhecimentos e as habilidades necessárias para gestão de equipes e cuidado interdisciplinar e intersetorial à população. São necessários novos estudos que vislumbrem a rede de suporte social sob o prisma das famílias envolvidas em episódios de violências, bem como o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção frente a estas situações por meio de pesquisas participativas.

■ REFERÊNCIAS

1. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):537-44. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>
2. Violence Prevention Alliance [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2014- [cited 2019 mar 20]. Definition and typology of violence; [about 1 screen]. Available from: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>
3. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ, et al. The occurrence of external causes in childhood in emergency care: epidemiological aspects, Brazil, 2014. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(12):3729-44. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.17532016>
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(5): 2297-305. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
5. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscolo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(spec.):172-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>
6. Carlos DM, Pádua EMM, Silva LMP, Silva MAI, Marques WEU, Leitão MNC, et al. The care network of the families involved in family violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective. *J Clin Nurs.* 2017 Aug;27:2452-67. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13692>
7. Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(4):556-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400004>
8. Harbitz MB, Brandstorp H, Gaski M. Rural general practice patients' coping with hazards and harm: an interview study. *BMJ Open.* 2019;9:e031343. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031343>
9. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate.* 2018;42(n.spe1):302-14. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120>
10. Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saude Soc.* 2018;27(2):506-17. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>

11. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
12. Morin, E. Introdução ao pensamento complexo. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
13. Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 3):1237-46. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0048>
14. Galindo NAL, Gonçalves CFG, Galindo Neto NM, Santos SC, Santana CSC, Alexandre ACS. Child and youth violence under the perspective of nursing. *Rev Enferm UFPE online.* 2017 [cited 2019 Nov 10];11(Suppl3):1420-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13986/16842>
15. Flick, U. An introduction to qualitative research. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2020- [citado 2020 abr 04]. Brasil – São Paulo – São Carlos; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>
17. Carlos DM, Pádua EMM, Nakano MAS, Ferriani MGC. Minimum Map of Social Institutional Network: a multidimensional strategy for research in Nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(n.esp):98-103. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300015>
18. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):424-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
19. Pádua EMM. Complexidade e pesquisa qualitativa: aproximações. *Série Academ, PUC-Campinas.* 2015 [citado 2019 out 11];32(2):39-48. Disponível em: <https://www.puc-campinas.edu.br/handlers/arquivos/?arquivo=2596>
20. Rossiter C, Schmied V, Kemp L, Fowler C, Kruske S, Homer C. Responding to families with complex needs: a national survey of children and family health nurses. *J Adv Nurs.* 2016;73(2):386-98. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13146>

Agradecimentos:

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq) pela bolsa de Lina Domenica Mapelli.

■ Autor correspondente:

Diene Monique Carlos

E-mail: diene.carlos@ufscar.br

Recebido: 06.01.2020

Aprovado: 05.05.2020

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti