

## Contextualizando la violencia familiar contra niños y adolescentes: las implicaciones de los territorios de cuidado<sup>1</sup>

Diene Monique Carlos<sup>2</sup>

Maria das Graças Carvalho Ferriani<sup>3</sup>

Objetivo: comprender el contexto de cuidado dirigido hacia las familias involucradas en violencia familiar contra niños y adolescentes (VICNA) que resulta de la Atención Primaria de la Salud (PHC) desde la óptica de los profesionales de un municipio del interior de Sao Paulo. Método: investigación cualitativa del tipo social-estratégica, fundamentada en el Paradigma de la Complejidad. Participaron en el estudio 41 profesionales de salud de cinco unidades del municipio en estudio, cada una perteneciente a uno de los cinco Distritos Sanitarios. La recolección de datos se realizó por medio de cinco grupos focales y 10 entrevistas semi-estructuradas en el período entre 24/04/2013 y 17/12/2013. Las nociones de comprensión y contextualización y los principios dialógicos, recursivo y hologramático guiaron el análisis de los datos. Resultados: se identificaron dos cuestiones cruciales para el cuidado desarrollado por el equipo de salud de las familias: el contexto en ocurre esta violencia (El espacio doméstico) y las relaciones de poder que existen en la emergencia de ese cuidado en el territorio. Los trabajadores comunitarios merecen una atención especial ya que viven la dialógica de trabajar/habitar en la misma área. Conclusión: la mirada sobre el territorio, considerando la complejidad de contextos y dimensiones, se presenta como inherente al diseño del cuidado de las familias involucradas en la VICNA en el ámbito de la APS.

Descriptores: Familia; Niño; Adolescente; Violencia Doméstica; Atención Básica a la Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis doctoral "El cuidado en la red de atención a familias participantes en violencia doméstica contra niños y adolescentes: la perspectiva de la Atención Básica a la Salud", presentada a la Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, proceso nº 2014/23620-7.

<sup>2</sup> Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Carlos DM, Ferriani MGC. Family violence against children and adolescents in context: How the territories of care are imbricated in the picture. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2735. [Access 

mes	día	año

]; Available in:   

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0593.2735>.

## Introducción

La violencia es responsable por más de 1 millón de muertes por año, un total de 2,5% de la mortalidad mundial. Sin embargo estas estadísticas representan solamente la punta de la pirámide, la mejor imagen para entender la magnitud de este problema. Millares de personas en el mundo son víctimas de violencia no fatal cada día y representan la base de esta pirámide. Los niños y adolescentes están entre las poblaciones que más sufren esta violencia en silencio<sup>(1)</sup>. Este fenómeno es aún más complejo ya que el contexto en que es más frecuente –el espacio familiar – y también la forma repetida en que ocurre, dificulta el cuidado por parte de los profesionales que lo realizan<sup>(2-3)</sup>.

El Ministerio de Salud se propone integrar los recursos y servicios disponibles para la atención de familias involucradas en violencia familiar contra niños y adolescentes (VICNA) en una red de cuidados, dentro de una lógica interinstitucional e intersectorial, orientada por la Atención Primaria de Salud (APS)<sup>(2-3)</sup>. La APS se propone como el primer nivel de atención del sistema de salud, siendo la puerta de entrada de preferencia al Sistema Único de Salud (SUS). Se entiende que por la proximidad geográfica de la población, tiene el espacio privilegiado para la identificación, recepción y construcción de los proyectos terapéuticos dirigidos a las familias involucradas en la VICNA, en conjunto con los demás servicios de la red de cuidados<sup>(2)</sup>.

Los estudios más recientes que abordan la violencia experimentada por niños y adolescentes, destacan la importancia del factor contexto de estos actores para poder enfrentar las violencias que sufren, y citan como esenciales la familia, los pares y la comunidad; mostrando también la desapropiación de los sectores de protección a la infancia y adolescencia, entre ellos los de salud, para construir miradas y acciones intersectoriales, que usen la integralidad como instrumento de trabajo<sup>(4-7)</sup>. En esta forma, y buscando superar los desafíos encontrados en el área de salud, y en especial de enfermería en relación al cuidado de la VICNA, se presentan aquí las preguntas orientadoras: ¿Entendiendo a la APS como organizadora de la red de cuidados a la VICNA, en que contexto se comprende este cuidado? ¿Cuáles son los factores dificultadores y potencializadores del cuidado en este contexto de vida de las familias y del trabajo de los profesionales?

Considerando estas preguntas, el objeto de este estudio fue el contexto del cuidado a las familias involucradas en la VICNA, tal como se produce a partir de la APS. El Paradigma de la Complejidad, tomando como referencia a Edgar Morin, uno de sus principales autores, fue utilizado como recurso para entender este objeto. Se propone el pensamiento complejo para el abordaje

de aquello que es “tejido en conjunto”, lo que implica considerar las partes diferentes y a veces contradictorias que se combinan en la composición de un fenómeno, insertas en un contexto y no aisladas del mismo, en una perspectiva dialógica. Para esto es necesaria una visión desde diferentes ópticas, de manera que se puedan percibir e interrelacionar lo local, lo global y las relaciones múltiples entre partes-todo-contexto, haciendo posible un abordaje multidimensional, contextual, dinámico y transdisciplinar de la realidad, además de considerar sus contradicciones<sup>(8)</sup>. La mirada hacia la VICNA de forma multidimensional y la comprensión del cuidado en el contexto donde el mismo sucede, pueden orientar las potencialidades y dificultades para la actuación de los profesionales de la APS frente a este fenómeno.

En esta forma el objetivo de este estudio fue entender el contexto de cuidado dirigido a las familias involucradas en la VICNA, que se produce en la APS, desde la óptica de los profesionales de las Unidades Básicas de Salud de un municipio del interior del estado de Sao Paulo.

## Metodología

Es un estudio con enfoque cualitativo del tipo de investigación social-estratégica, basado en el Paradigma de la Complejidad, de acuerdo a lo ya expresado. El trayecto metodológico está guiado por las nociones de comprensión y contextualización presentes en el Paradigma de la Complejidad. Contextualizar consiste en usar estrategias que buscan comprender un determinado fenómeno en conexión y no en forma aislada. La comprensión busca aprehender el significado de un objeto o suceso y sus relaciones con otros objetos o sucesos<sup>(9)</sup>.

Además de estas nociones, se utilizaron los principios de la complejidad, a saber: dialógico, recursivo y hologramático. El primero requiere la conjugación y asociación de factores contradictorios en el análisis de un determinado fenómeno. El segundo principio se refiere a la recursión organizacional, que nos lleva a la imagen de un remolino, y resalta que “ el proceso recursivo es aquel en que los productos y los efectos son al mismo tiempo causas y productores de aquello que los produjo”<sup>(8)</sup>. El tercero se vincula a la imagen del holograma, en la que cada punto contiene casi la totalidad de la información sobre el objeto representado, de manera que no solamente la parte está en un todo, pero también el todo esta inscripto de alguna manera en las partes<sup>(8-9)</sup>.

El campo de estudio fue un municipio de gran tamaño del interior del estado de Sao Paulo. La complejidad del sistema de salud de este municipio llevó a dividir

el mismo en Distritos Sanitarios, un proceso progresivo de descentralización de la planificación y gerencia de la salud, para áreas de cerca de 200.000 habitantes. De este modo, el municipio está dividido geográficamente en cinco Distritos Sanitarios: Norte, Sur, Este, Noroeste, y Sudoeste.

El municipio estudiado tiene 62 UBS organizadas por medio de la Estrategia de Salud de la Familia. Hay aproximadamente una unidad básica por cada 20.000 habitantes, con equipos multiprofesionales que tienen médicos de las especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeros, dentistas, auxiliares de enfermería y auxiliares de consultorio dental. Algunas UBS tienen además profesionales de salud mental (médicos psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales).

Los participantes de este estudio fueron los trabajadores de las UBS, y los criterios de inclusión eran: (i) incluir una unidad de cada distrito de salud, de acuerdo con la disponibilidad y autorización de la coordinación distrital y local; (ii) considerar solamente los profesionales que trabajan por lo menos hace un año en la unidad estudiada y que ejercen funciones con familias con VICNA; (iii) considerar tales participantes en número suficiente para que exista reincidencia y saturación teórica de las informaciones. El criterio de saturación de la muestra fue orientado por las respuestas al objetivo de la investigación y con mayor énfasis para la profundización de las preguntas-guía para la comprensión y contextualización de la temática.

En esta forma a partir de la disponibilidad, organización distrital y local de las unidades, se definieron las cinco UBS participantes, y se seleccionaron los profesionales por decisión de cada equipo de cada una. En total se seleccionaron 41 profesionales, siendo 17 trabajadores comunitarios de salud (TCS); 4 auxiliares de enfermería; 4 enfermeros; 1 terapeuta ocupacional (TO); 4 médicos pediatras; 2 psicólogos; 1 médico psiquiatra; 2 médicos clínicos; 1 auxiliar de salud dental (ASD); 5 residentes en salud multiprofesional. Entre los participantes, seis eran de sexo masculino y los restantes de sexo femenino, con la mayoría en el grupo etario de 31 a 40 años.

El contacto con los Distritos de Salud del municipio estudiado se inició el 14 de enero de 2013 con el objetivo de discutir y seleccionar las UBS participantes. Después de esta definición, hecha de acuerdo con la disponibilidad y organización del equipo local, se programaron las reuniones para recoger los datos. Las UBS participantes fueron numeradas por los números 1,2,3,4 y 5 de acuerdo al orden de realización de la recolección de datos, con la finalidad de mantener la

identidad en anonimato. La recolección de datos fue hecha en el periodo de 24/04/2013 a 17/12/2013..

La recolección fue realizada a través de grupos focales y entrevistas semi-estructuradas. Los grupos focales se realizaron a partir de la siguiente pregunta guía: ¿Cómo se hace el cuidado de las familias involucradas en VICNA? A partir de esta pregunta disparadora, se iniciaron los debates con el objetivo de comprender y contextualizar la temática. Tuvieron dos encuentros de cada unidad, que duraron aproximadamente 90 minutos, en una sala con buena acústica y luminosidad, libres de interrupciones. De acuerdo con lo que indica la literatura, los grupos tenían una relatora, una observadora y una moderadora y fueron identificados como Gp1, Gp2, Gp3, Gp4 y Gp5, de acuerdo con el orden en que fueron realizados.

Posteriormente se realizaron las entrevistas con los mismos participantes de los grupos focales, en días diferentes. La selección de los profesionales invitados a participar de los grupos fue de acuerdo con la heterogeneidad de los núcleos profesionales. La guía definida para este estudio tenía tres preguntas abiertas y orientadoras, que permitían una mirada específica del entrevistado sobre el objeto de estudio, y que además reducían la interferencia del entrevistador, a saber: ¿Delante de un caso sospechoso o confirmado de VICNA, como es la actuación del equipo de salud? ¿Cuáles son las principales dificultades encontradas para la actuación frente a estas situaciones? ¿y cuáles son las facilidades?

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 20 minutos y fueron identificadas con la letra E, numeradas de acuerdo con el orden en que fueron realizadas: E1, E2, E3 y así sucesivamente. La categoría profesional de los entrevistados no fue señalada siendo este dato identificado solamente en caso que existan informaciones específicas en que la diferenciación de categoría pudiera tener implicaciones para el diagnóstico. A través de un análisis procesal de los datos, los investigadores percibieron que la saturación se dio a partir de la 10ª. entrevista, momento en que se decidió no incluir nuevos informantes en el estudio. Los relatos de los grupos y entrevistas, después de tener el consentimiento de los participantes, fueron grabadas en el programa *Easy Voicer* en un aparato con tecnología MP5, transferidas para un computador y transcritas íntegramente.

El análisis de los datos fue guiado por las siguientes etapas<sup>(10)</sup>: clasificación y organización de las informaciones recogidas, realizada por una lectura atenta del material, e identificación de los principales puntos de las entrevistas y debates de los grupos, observando la pertinencia y relevancia para el objeto de estudio; organización de los marcos referenciales con los

principales puntos de las respuestas de los profesionales, para tener una visión de conjunto de las informaciones para categorizarlas; y el establecimiento de relaciones entre los datos, por medio de la organización en categorías, que se constituyeron por el agrupamiento de elementos, ideas y/o expresiones en relación a conceptos capaces de abarcar todos estos aspectos. Posteriormente se buscó establecer las relaciones entre los datos y el paradigma de la complejidad (En especial las nociones de comprensión y contextualización y los principios dialógicos, recursivo y hologramático), los dispositivos legales y la literatura que trata sobre el cuidado en redes a las familias involucradas en la VICNA. La emergencia del contexto en que se produce este cuidado es traída por la APS – el territorio de vida de estas familias se constituye en la categoría que guio el presente estudio.

El estudio fue analizado por el Comité de Ética de la Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, cumpliendo la resolución no. 196/96 propuesta por el Consejo Nacional de salud, del Ministerio de Salud, y aprobado el 14 de noviembre de 2012, por el protocolo CAAE 01726512.0.00005393, oficio 217/2012. También conforme a dicha resolución se solicitó a los participantes el consentimiento espontáneo, firmando un formulario de consentimiento libre e informado (FCLI). El estudio fue aprobado por la Secretaría Municipal de Salud del municipio en cuestión, el 18 de mayo de 2012. Para la realización de este estudio, además de la aprobación municipal, también se pidió la autorización de los distritos y la local de las unidades.

## Resultados y discusión

El fenómeno de VICNA es complejo e interfiere intensamente en las relaciones humanas. En función de esta complejidad y del contexto en que el presente estudio buscó acciones y cuidados para enfrentar este fenómeno (La APS), es posible comprender las implicaciones de los territorios (De acción, de cuidado, de vida, de convivencia) y de las relaciones que se establecen en ellas, en especial de poder, como intrínsecas e inherentes al estudio.

La unidad de salud es más que una referencia para el cuidado de la salud de la población, ya que la comunidad se apropia de ella, sintiéndola inherente a su territorio de vida. Esta unidad, muchas veces aparece como el único espacio donde se escucha a las familias: *Porque veo esta unidad de salud no solamente como una unidad de salud, es un lugar donde las personas de la comunidad se acaban encontrando para contarse los problemas, todo tipo de problemas (...)* Es el lugar

*más cercano...*(Gp1). La literatura sobre la violencia contra niños y adolescentes en especial en los últimos tres años, muestra que todavía es un desafío que la integración entre los servicios de protección social a esta población y sus familias. La propuesta de considerar los determinantes y condicionantes de la salud en la producción y reproducción de la violencia, requiere de una mirada interdisciplinaria e intersectorial para ser enfrentada<sup>(9)</sup>. Sin embargo, como aparece en los relatos del grupo, la unidad de salud también se presenta/coloca en forma aislada. Los estudios refuerzan también que las iniciativas de promoción del desarrollo infantil y adolescente deben estar integradas a estrategias de prevención de la violencia que involucren a estos actores, en la perspectiva de la integralidad, y que los órganos internacionales hagan más ágil la diseminación de conocimiento con base en evidencias, estimulando prácticas innovadoras de cuidado a la VICNA<sup>(5-11)</sup>.

En el contexto del cuidado a la VICNA, los TCS merecen una atención especial. Estos trabajadores son el vínculo entre la población y el equipo de salud y viven en una relación dialógica<sup>(8)</sup> ya que al mismo tiempo que son las personas que ofertan directamente cuidados a la comunidad, también son parte de esa misma comunidad: *Tenemos ese lado, de ser parte de la población, de donde trabajamos, no?... Tenemos ese lado.*(E5)

La legislación señala algunos requisitos para el trabajo del TCS, y entre ellos está la posibilidad de residir en la misma área en que actúan. Un estudio sobre el cuidado a las adolescentes embarazadas desde la perspectiva y actuación de los TCS mostró que por el hecho de residir en la misma comunidad, se establecía una relación de confianza e intimidad entre estos trabajadores y las adolescentes, lo que posibilitaba un mayor vínculo con la unidad de salud<sup>(12)</sup>. Se entiende que la residencia en el mismo territorio es importante para conocer mejor este contexto y más posibilidades de planificar acciones que impacten y mejoren la calidad de vida de la población. Sin embargo presenta algunos contrastes, en especial en el manejo de situaciones relacionadas con la violencia. La literatura presenta críticas al criterio de que el TCS deba obligatoriamente residir en la misma área en la que trabaja, asociando directamente esta cuestión al sufrimiento físico y psíquico de estos actores sociales. La ausencia de educación permanente de estos trabajadores que no tienen título profesional en salud a priori, no se realiza o se hace por abordajes incipientes<sup>(12-13)</sup>.

La temática aquí discutida debe ser ampliada más allá de entender al territorio como una delimitación geográfica, de carácter político-administrativo, que delimita un área de actuación de un servicio de salud

determinado. En las Ciencias Sociales, el concepto de territorio involucra tres presuposiciones. La primera se relaciona a la diferenciación de espacio geográfico y territorio. La segunda se refiere a la construcción histórica del territorio, proponiéndolo como social, a partir de las relaciones de poder. La tercera presuposición, que es la que interesa más a este estudio nos trae el territorio en su dimensión más subjetiva, de identificación y dominación de un espacio, y en su dimensión objetiva, relacionada a la acción político-económica. De acuerdo con esta vertiente, el territorio es definido por el poder que se ejerce en aquel espacio, no solo el poder político, pero también el de apropiación simbólica<sup>(14-15)</sup>.

El fenómeno de la violencia actúa sobre este territorio y lo (trans)forma, a través de relaciones recíprocas. Este estudio se concentró en la discusión sobre las implicancias de los territorios en el cuidado a las familias involucradas en VICNA. Se identificaron dos preguntas cruciales para este cuidado realizado por el equipo de salud de la familia y en especial por los TCS: el contexto en el cual esta violencia sucede y las relaciones de poder existentes en la emergencia de este cuidado en el territorio.

El contexto doméstico fue presentado como símbolo de lo sagrado, revestido de sigilos. En este ámbito singular se entiende que están las contradicciones y las consecuencias de dimensiones sociales más amplias que acentúan desigualdades y faltas, que se traducen en la ausencia de recursos para tratar las situaciones cotidianas, el estrés la opresión y las condiciones precarias y desfavorables a las relaciones familiares saludables<sup>(3)</sup>. Adentrarse en estas relaciones fue entendido por algunos trabajadores como una invasión: *Existe un límite(...) no puedo interrumpir la decisión de la madre por ejemplo. Hasta donde podemos llegar? (...) Que no podemos simplemente ir allá y decir que ella no puede pegar...* (E10). A pesar de que la unidad pertenece al territorio de la comunidad, los profesionales señalaron que la violencia *existe pero no llega* (Gp2) *hasta ellos*. Las unidades de atendimento rápido y de urgencia atienden a las situaciones de violencia contra los niños y adolescentes con más frecuencia, y en general a las que tienen mayor gravedad. Los profesionales asocian esta cuestión al hecho de la distancia del territorio y a la "impersonalidad".

La visita domiciliaria es una propuesta de la APS como una tecnología de ciudad; se presenta como un instrumento importante de los equipos de salud para la inserción y el conocimiento del contexto real de la vida de la población, favoreciendo la vinculación y la comprensión de aspectos de las dinámicas familiares<sup>(16-17)</sup>. Un estudio refuerza el hecho que las prácticas emancipadoras tales como la visita domiciliaria

permiten aprehender las condiciones de salud como resultado de las relaciones sociales, lo que da potencia a otros mecanismos terapéuticos como el trabajo en equipo y la participación comunitaria<sup>(18)</sup>. A pesar de ser un cuidado pasible de ser realizado por todos los trabajadores, las visitas domiciliarias son realizadas principalmente por los TCS: *La investigación es solo de los TCS... Pienso que si yo ganase, ya estaría pareciendo el CSI o algo así...* (Gp1). Además de estos aspectos ya expuestos sobre la actuación de los TCS, el estudio comprobó cierto aislamiento de estos trabajadores en el cuidado a la población, proponiendo mecanismos de integración a los equipos para superar esta tendencia<sup>(19)</sup>. Retomando la última cita, las visitas domiciliarias en la red de cuidados a las familias involucradas en la VICNA ocupan el lugar de "investigación", control y vigilancia, en el sentido policial del término. Dialógicamente, la temática se presenta como esencial en el abordaje de la VICNA ya que posibilita encontrar situaciones que serían difícilmente evidentes en los atendimientos de la unidad, y más allá de la percepción de dinámicas familiares violentas. Este abordaje se presenta como difícil y amenazador, en especial para los TCS: *Existe mucho miedo de la denuncia e inclusive cuando tenemos una denuncia, existe miedo en tocar lo que esta muy escondido, hay mucho miedo, hasta los TCS tiene miedo, yo vivo aquí y puedo sufrir amenazas.* (E4).

En el contexto familiar, el poder se direcciona al responsable de aquel domicilio y la entrada o intervención por algún profesional de salud, o aquel que dialógicamente es su vecino puede hacer surgir una relación asimétrica. Este problema remite a la discusión sobre la multiplicidad y la pluralidad de territorios en los que actúa la unidad. Se entiende por multiplicidad a las relaciones implicadas en este cuidado, mientras que la pluralidad puede ser entendida como el conjunto de contextos que precisan ser asumidos como inherentes a este cuidado<sup>(14-15)</sup>. Los profesionales de salud precisan aproximarse a este debate y desarrollar sus prácticas alrededor de estos conceptos construyendo una mirada multidimensional. Un estudio realizado en la capital de un estado de Brasil, refuerza la idea de que la actuación de los profesionales de APS con poblaciones en situaciones de violencia, tienen una mirada poco amplia y poco integradora<sup>(3)</sup>. La literatura también refuerza la necesidad de cambio de paradigma para enfrentar la violencia contra niños y adolescentes, y sugiere que se evalúen las dinámicas familiares de apego o de violencia desde una óptica relacional, en ese contexto y en las relaciones de este con los demás contextos de los cuales participa la familia<sup>(20)</sup>.

En las localidades de este estudio el tráfico de drogas aparece como una fuerza que moviliza a la



comunidad, en especial en su relación con la VICNA, en el lugar de "cuidado" a las víctimas y como detentor del poder legitimado y simbólico dentro del territorio de la unidad: *Infelizmente quien protegía y detenía en aquel momento a la violencia, en aquella familia, con los niños, es el tráfico...Ni la policía...(...) Llego y dijo -si le pone la mano a ese niño de nuevo usted esta muerto!* (Gp5). La literatura es todavía incipiente en el abordaje de esta temática, lo que muestra que el tráfico de drogas y su relación con la comunidad todavía precisa ser profundizada. Se entiende que el tráfico aparece en el sentido atribuido al relato del grupo, en la ineficiencia o insuficiencia del Estado en suplir las diferentes necesidades presentadas por la población. En muchas comunidades las drogas, armas y violencia representan la mayor parte de la infraestructura económica y política<sup>(21)</sup>. Se trata de una apropiación y dominación importante de los territorios que implican una relación de poder legitimada por la comunidad, si bien informal<sup>(21)</sup>.

Mas allá de estas consideraciones, los profesionales entrevistados se refirieron a las dificultades de convivir con este poder del tráfico en los territorios de cuidado a la comunidad, mostrando las contradicciones de esta relación: *No tengo seguridad, trabajar con la relación de poder, me entiende? Tenemos esta dificultades y con miedo de tratar sobre esta relación; no es: ahh es simple, solo hay que notificar, hacer y ya esta... hasta para que ud. pueda recibir a esta madre, a este niño a este adolescente, es complicado... inclusive aquí esta una cuadra, el mayor tráfico esta aquí, me entiende?* (Gp2). Los profesionales aclaran que muchos niños y adolescentes se involucran precozmente con el tráfico de drogas, generalmente en situaciones asociadas a la violencia familiar, como una "ruta de escape". La literatura expresa que la exposición a la violencia por adolescentes en especial la comunitaria y familiar puede elevar el riesgo de un futuro uso de alcohol y marihuana<sup>(23)</sup>. Un estudio realizado en los Estados Unidos de América alertó sobre el considerable aumento del riesgo de depresión, al involucramiento con pandillas y la infección por enfermedades de transmisión sexual, por adolescentes en problemas con la ley, que viven en contextos sociales pobres (Por ejemplo, red social frágil, condiciones de vivienda precaria, exposición a comunidades violentas, pocas oportunidades educativas)<sup>(24)</sup>.

Las relaciones con el tráfico de drogas en todas las instancias por las que transcurren, se presentan como una dialógica, con un movimiento dinámico de orden y desorden, rodeado de antagonismos y contradicciones. La recursividad de este fenómeno evidencia la complejidad que lo rodea, o sea que no se percibe una lógica de causa-efecto, pero se presentan simultáneamente como

productos y productores de la violencia que los produjo inicialmente y retro-actúan sobre ella<sup>(8-9)</sup>. Los programas y acciones integradoras e intersectoriales, dirigidos a la prevención, tal como fue discutido antes, son imperiosamente necesarios para producir "incubadoras" para el crecimiento y conocimiento tanto en ciudades del mundo industrializado o en desarrollo, para combatir la producción presente de ciclos de violencia y miseria<sup>(21)</sup>.

La comunidad se presenta como asociada y con vínculos significativos con las UBS, principalmente por la legitimidad en el cuidado a las familias involucradas en la VICNA: *Por el equipo, no? Las personas están bien vinculadas, no?...*(Gp3) *Porque la familia busca mucho, pienso que nosotros somos una buena referencia para la familia, hay un vinculo de confianza, no?... para todo no?* (Gp5). Las UBS presentan al Consejo Local de salud como el representante significativo de la comunidad para el cuidado dirigido a las familias involucradas en la VICNA: *Nuestro consejo local es participativo en estos casos, ellos traen todo para aquí. Entonces nosotros nos enteramos de las situaciones* (Gp3).

Los valores cultivados en el mundo contemporáneo han exacerbado el individualismo racionalista, contribuyendo para la desintegración del sentimiento de pertenencia a una comunidad y a la inhibición de potencialidades solidarias<sup>(8)</sup>. Los relatos de los profesionales mostraron la existencia de practicas comunitarias que actúan como factores protectores importantes para las familias involucradas en la VICNA y tienen implicancias directas en los cuidados proporcionados por ellos: *Porque vive allí, en aquel mundito quedándose uno en la casa del otro, de ayudar... Solidaridad... entre los mas humildes...*(Gp 5). Una revisión de literatura reciente que utiliza el modelo ecológico que propone la Organización Mundial de la Salud para estudiar la violencia interpersonal<sup>(1)</sup>, experiencias en países como Uganda, India y Nicaragua mostraron la relevancia y la eficiencia de estrategias basadas en la comunidad para enfrentamiento de la violencia contra mujeres y adolescencia. Estas estrategias proponen cambios en las concepciones de poder y género para, a partir de ahí provocar otros cambios en las relaciones individuales y sociales<sup>(25)</sup>.

El pensamiento complejo busca reconectar las dimensiones individuo/especie/sociedad, que dan fundamento a la ética de la solidaridad. Esta cuestión es crucial para el debate sobre la promoción de la salud en la esfera colectiva, donde se busca mejorar la interacción entre los individuos de la comunidad, permitiendo el surgimiento de vivencias y relaciones saludables<sup>(3-9)</sup>. Estos aspectos están subrayados en la literatura que demuestra la importancia del empoderamiento comunitario por medio de programas con foco en la

prevención de daños y de mayor participación de la población, en especial adolescentes, en la formulación de políticas públicas específicas<sup>(5-11)</sup>.

## Conclusión

De acuerdo con el desarrollo de este estudio, se entendió con más claridad la necesidad de construir una mirada para el territorio que va más allá de los límites geográficos para asignar la clientela a los servicios. Se presentó una discusión sobre la multiplicidad y pluralidad de los territorios que fueron utilizados para diseñar el cuidado a la VICNA por la APS. En este ámbito los TCS fueron los elementos esenciales de la discusión; aunque eran el elemento más significativo de la APS, la dialógica que viven estos trabajadores precisa profundizada para su comprensión.

La proximidad y la vinculación significativas con las familias involucradas en la VICNA hacen posibles acciones de promoción de salud y prevención de daños con acciones que favorezcan el desarrollo de autonomía y el fortalecimiento de lazos comunitarios que lleven al empoderamiento individual y colectivo.

La principal limitación del presente estudio estaba relacionada con la dificultad de profundizar la investigación en un territorio tan diferenciado y específico como es el municipio estudiado. Se observó la necesidad de complementariedad de informaciones como la mirada de las familias en relación a los hallazgos de la investigación. Para comenzar se recomienda la construcción de nuevos estudios que analicen los puntos de vista de los niños, adolescentes, familias y comunidades en relación/enfrentamiento de la VICNA, buscando nuevas contribuciones que coloquen los procedimientos actuales bajo una nueva luz y revelen la multidimensionalidad del fenómeno.

## Referencias

1. World Health Organization. Global status report on violence prevention. Geneva: World Health Organization; 2014. 292 p.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. 86 p.
3. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):266-73. doi: 10.1590/S0104-11692012000200008.
4. Fry DA, Messinger AM, Rickert VI, O'Connor MK, Palmetto N, Lessel H, et al. Adolescent relationship violence: help-seeking and help-giving behaviors among peers. *J Urban Health*. 2013;91(2):320-34. doi: 10.1007/s11524-013-9826-7.
5. Mikton C, MacMillan H, Dua T, Betancourt TS. Integration of prevention of violence against children and early child development. *Lancet Glob Health*. 2014;2(8):442-3. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70233-5.
6. Foshee VA, Benefield TS, Reyes HL, Ennett ST, Faris R, Chang LY, et al. The peer context and the development of the perpetration of adolescent dating violence. *J Youth Adolesc*. 2013;42(4):471-86. doi: 10.1007/s10964-013-9915-7.
7. Karriker-Jaffe KJ, Foshee VA, Ennett ST. Examining how neighborhood disadvantage influences trajectories of adolescent violence: a look at social bonding and psychological distress. *J Sch Health*. 2011;81(12):764-73. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00656.x.
8. Morin E. *Ciência com consciência*. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005. 350p
9. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
10. Pádua EMM. Complexidade e Pesquisa Qualitativa: aproximações. *Série Acadêmica, PUC-Campinas*. 2015;32(2):39-48.
11. Monteiro EM, Neto WB, Lima LS, Aquino JM, Gontijo DT, Pereira BO. Culture Circles in adolescent empowerment for the prevention of violence. *Int J Adolesc Youth*. 2015;20(2):167-84. doi:10.1080/02673843.2014.992028.
12. Oliveira M, Cruz N, Moura L, Moura J, Coelho R, Melo M. Care to pregnant adolescents: perspectives and performance of community health agents. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):76-81. doi: 10.12957/reuerj.2015.15580.
13. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Community Health Agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):633-40. doi: 10.1590/S0080-62342012000300015.
14. Haesbaert R. Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad. *Cultura y representaciones sociales*. 2013;8:7-42.
15. Moraes DE, Canôas SS. O Conceito de "Território" e seu significado no campo da Atenção Primária à Saúde. *Rev Desenvol Soc*. 2013;1(9):49-57.
16. Albuquerque ABB, Bosi M.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1103-12.

17. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface. (Botucatu)* 2013;17(44):61-73. doi:10.1590/S1414-32832013000100006.
18. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Emancipatory practices of nurses in primary health care: the home visit as an instrument of health needs assessment. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(spe):119-25. doi: 10.1590/S0080-623420140000600017.
19. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):43-50. doi:10.1590/S0034-89102011005000083.
20. Frewen P, Brown M, DePierro J, D'Andrea W, Schore A. Assessing the family dynamics of childhood maltreatment history with the Childhood Attachment and Relational Trauma Screen (CARTS). *Eur. J. Psychotraumatol.* 2015;3(6):27792. doi: 10.3402/ejpt.v6.27792.
21. Ward E, Ashley D. The New Imperative: Reducing Adolescent-Related Violence by Building Resilient Adolescents. *J Adolesc Health.* 2013;52:43-5. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.009.
22. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(9):1749-58. doi: 10.1590/S0102-311X2012000900013.
23. Wright EM, Fagan AA, Pinchevsky GM. The Effects of Exposure to Violence and Victimization across Life Domains on Adolescent Substance Use. *Child Abuse Negl.* 2013;37(11):899-909. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.010.
24. Voisin DR, Sales JM, Hong JS, Jackson JM, Rose ES, DiClemente RJ. Social Context and Problem Factors among Youth with Juvenile Justice Involvement Histories. *Behav Med.* 2015;5(0). ahead of print Epub 05 Aug 2015.
25. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet.* 2015;385:1672-84. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61797-9.04/12/2014

Recibido: 4.12.2014

Aceptado:20.9.2015

---

Correspondencia:

Diene Monique Carlos  
Universidade de São Paulo  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Monte Alegre  
CEP: 14.040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: diene.carlos@usp.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.