



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF



MILENA GABRIELA DOS SANTOS SILVA

**VIOLÊNCIA À CRIANÇA NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DAS
EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

NATAL/RN
2019

MILENA GABRIELA DOS SANTOS SILVA

**VIOLÊNCIA À CRIANÇA NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DAS
EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof^ª. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha.

Natal/RN
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Silva, Milena Gabriela Dos Santos.

Violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes das Unidades Básicas de Saúde / Milena Gabriela Dos Santos Silva. - 2019.
91f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha.

1. Saúde da criança - Dissertação. 2. Maus tratos infantis - Dissertação. 3. Atenção primária à saúde - Dissertação. I. Rocha, Nadja de Sá Pinto Dantas. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-053.2

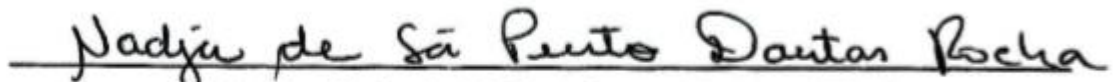
MILENA GABRIELA DOS SANTOS SILVA

**VIOLÊNCIA À CRIANÇA NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DAS
EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

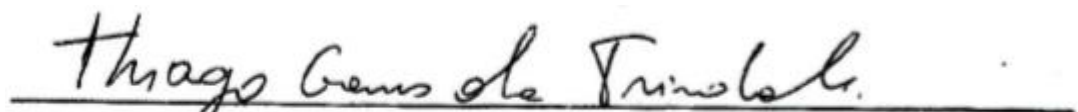
Aprovada em: 17/11/2019

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha – UFRN

Orientadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE


Prof.º. Dr. Thiago Gomes da Trindade – UFRN

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE


Prof.ª. Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira – UNI-RN

Membro externo

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pelas inúmeras vezes em que fraquejei na fé e tu enviou o Espírito Santo para me consolar e me deste a coragem para prosseguir. Hoje louvo e te ofereço humildemente esta vitória.

A Dra. **Nadja Rocha** por ser orientadora, amiga, guia e companheira, por ter abnegado aos seus interesses particulares em favor da minha formação, pelo olhar zeloso e maternal que me proporcionaram segurança durante todo esse percurso. Nossa vitória é fruto do desejo de um mundo melhor para todas as crianças.

A minha filha **Helena** por me fazer ser uma pessoa melhor e por me dar forças para enfrentar as dificuldades e continuar a caminhada. Sei que após os dias exaustivos, à noite posso olhar seu lindo rostinho e sentir que tudo foi válido. Peço perdão pela ausência em alguns momentos. Amo-te!

Ao meu esposo **Joseilson**, nada teria sentido se eu não reconhecesse a sua renúncia em favor dos meus sonhos. Obrigada por depositar em mim a esperança de uma vitória. Amo-te!

Aos meus pais **Jânio** e **Marli** por aplaudirem cada vitória, pelas palavras de incentivo, por não terem me deixado desvanecer e pelos cuidados dispensados a minha filha nos dias em que me ausentei. Vocês são exemplos de luta.

Aos meus irmãos **Janáina** e **Orlando** pelo amor, amizade e cumplicidade de sempre. Obrigada por sempre cuidarem de Helena na minha ausência. Amo vocês!

Aos meus **amigos** pela troca de saberes, experiências e pela mão estendida. Chegamos ao mestrado com medo do desconhecido e, certamente, a cada encontro adquirimos conhecimentos que mudaram drasticamente nossas práticas profissionais. O SUS precisa de nós!

Ao **corpo docente** do Mestrado Profissional em Saúde da Família minha gratidão pelos momentos de aprendizagem significativa. Vocês foram mestres e amigos.

Aos **professores** Luciana Carla Barbosa de Oliveira, Thiago Gomes da Trindade e Juliana Teixeira Jales Menescal Pinto pelas valiosas contribuições.

A **Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família** (RENASF) e ao **Ministério da Saúde** pelo empenho para qualificação dos profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Parelhas/RN**, por me permitirem realizar esse estudo.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de registrar o meu agradecimento aos **profissionais** que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Parelhas por aceitarem discutir comigo uma temática ainda velada à sociedade.

“A palavra progresso não terá qualquer sentido enquanto houver crianças infelizes.”

Albert Einstein

RESUMO

A violência caracteriza um grave problema de Saúde Pública que abrange qualquer ação ou omissão que gere comprometimento ao bem-estar biopsicossocial e a desenvolvimento integral do ser humano. Objetivou-se identificar a percepção das equipes, de unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), acerca da violência à criança no contexto familiar, em um município do Nordeste brasileiro. Investigação exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. Desenvolveu-se em dois momentos: entrevista com questionário semi-estruturado, seguida de 01 grupo focal em 01 unidade referência no cuidado. Para processamento dos dados quantitativos, utilizou-se o programa Microsoft Excel, versão 2013. Para os dados qualitativos, a análise de conteúdo, segundo Bardin e os princípios do Interacionismo Simbólico de Herbet Blummer. Os resultados revelaram predominância da violência por negligência com 33% e da violência psicológica, 31,4%. A maioria dos profissionais, 75,7%, nunca participou de cursos de capacitação sobre Linha de Cuidados. Há valorização em referir situações de violência para os serviços especializados, quando 45,7% dos participantes relataram que estes serviços estão parcialmente iniciados e as unidades de APS, com 81,4%, não iniciados. A percepção destas equipes revela à necessidade de agregar competências e atitudes no sentido de construção de práticas/políticas públicas de articulação da rede psicossocial e gestão compartilhada do cuidar. Almeja-se que os resultados revelados nesta pesquisa possam promover a abertura de um diálogo necessário entre os diversos atores e instituições envolvidos com a temática da violência na infância, ainda invisível nas práticas do cuidado, com perpetuação dos atos violentos e violação dos direitos essenciais.

Palavras-chave: Saúde da criança. Maus tratos infantis. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Violence characterizes a serious Public Health problem that encompasses any action or omission that may compromise biopsychosocial well-being and the integral development of the human being. The objective of this study was to identify the perception of the teams of Primary Health Care (PHC) about violence against children in the family context, in a municipality in northeastern Brazil. Exploratory and descriptive research, with quantitative and qualitative approach. It was developed in two moments: interview with semi-structured questionnaire, followed by 01 focus group in 01 reference unit in care. For the processing of quantitative data, we used the Microsoft Excel program, version 2013. For qualitative data, content analysis, according to Bardin and the principles of Symbolic Interactionism by Herbert Blummer. The results revealed a predominance of negligent violence with 33% and psychological violence, 31.4%. Most professionals, 75.7%, have never participated in training courses on Care Line. There is appreciation in referring situations of violence to specialized services, when 45.7% of participants reported that these services are partially started and PHC units, with 81.4%, not started. The perception of these teams reveals the need to aggregate competences and attitudes towards the construction of public practices / policies to articulate the psychosocial network and shared care management. It is hoped that the results revealed in this research may promote the opening of a necessary dialogue between the various actors and institutions involved with the theme of violence in childhood, still invisible in care practices, with the perpetuation of violent acts and violation of essential rights.

Keywords: Child Health. Child Abuse. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Avaliação do aspecto/dimensão acolhimento.....	47
Quadro 2 –	Avaliação do aspecto/dimensão atendimento.....	48
Quadro 3 –	Avaliação do aspecto/dimensão notificação.....	49
Quadro 4 –	Avaliação do aspecto/dimensão seguimento na rede	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil e caracterização dos participantes.....	45
------------	--	----

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASI	Abuso Sexual Infantil
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados em Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTSR	Reação de Estresse pós-traumático
RNPI	Rede Nacional da Primeira Infância
SBS	Síndrome do Bebê Sacudido
SDH-PR	Secretaria de Direitos Humanos da Previdência da República
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1	CENÁRIO HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA E DA PROTEÇÃO À CRIANÇA	21
2.2	CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTIL NO CONTEXTO FAMILIAR	23
2.3	VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	30
3	OBJETIVOS.....	35
3.1	OBJETIVO GERAL.....	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4	MÉTODO.....	36
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	36
4.2	LOCAL DA PESQUISA	37
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	37
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
	Artigo 1: Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes de Atenção Primária à Saúde	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	75
	ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a violência como a utilização deliberada do poder, seja ele físico ou na forma de ameaça, contra si próprio, contra outro indivíduo ou aglomerações, que desencadeie ou tenha elevado risco para desencadear lesões, óbito, dano psicológico, retardo no desenvolvimento ou privação (NUNES; SALES, 2016).

Mota et al (2018) caracteriza a violência enquanto problema de saúde pública e fenômeno que abrange qualquer ação ou omissão que gere comprometimento ao bem-estar biopsicossocial do ser humano, sendo evidente desde as civilizações mais remotas, originada da desigualdade social, miséria, má distribuição de renda, condições de vida indignas e fragilização na assistência a saúde e educação.

Sob a ótica da saúde, a violência interpessoal vem recebendo destaque por proporcionar uma maior capacidade de intervenção no que concerne às ações de prevenção e atenção aos que sofrem ou praticam esse ato. Subdivide-se em: intrafamiliar, no ambiente domiciliar, embora não exclusivamente; e comunitária, que se desdobra entre indivíduos sem laços de parentesco (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Minayo (2009) salienta que, uma violência interpessoal parte da interação social, onde é evidente a dificuldade em solucionar problemas por meio do diálogo, bem como há desequilíbrio no relacionamento entre pais e filhos, casais, irmãos, entre outras formas de convívio em que se caracterizam relações de poder.

Na infância, a violência intrafamiliar transcende a comunitária, pois engloba aspectos hierárquicos e intergeracionais, perpassa por meios agressivos de interação familiar para resolução de conflitos, intolerância, abusos, ausência de cuidados básicos com as crianças e estratégias opressoras de educação (WIRTZ et al., 2016; CABRERA; CRUZ; REYES, 2017; MAGALHÃES et al., 2017).

Na perspectiva de compreender a violência infantil, no contexto familiar, é imprescindível se apropriar dos conceitos de criança e de primeira infância. Assim, em conformidade ao estabelecido pela OMS, o Ministério da Saúde (MS) conceitua criança como sendo o indivíduo na faixa etária de zero a nove anos e, primeira infância, como período entre zero e cinco anos. Esta definição de primeira infância se alinha ao Marco Legal da Primeira Infância, Lei nº 13.257 de 2016 (BRASIL, 2018).

Em um contexto histórico, alguns sociólogos, filósofos e cientistas sociais, especialistas na área familiar, tais como James Bossard, Philippe Ariès, Mary Del Priori e

Sérgio Buarque de Holanda, propõe teorias acerca da história social da infância, construções que consolidam uma visão ampliada sobre a sociedade e como as crianças eram assistidas, seguindo uma perspectiva historiográfica (LINHARES, 2016).

James Bossard defende que a história da infância nunca foi escrita com total veracidade e se questiona se algum dia de fato será, haja vista a precarização de dados registrados e fidedignos, entretanto, acredita que as relações entre pais e filhos sempre se consolidou como marco social relevante e principal fonte de vulnerabilização à criança, algo que se perpetua até os dias atuais (DEMAUSE, 2014).

Para Levin (1997), a infância até o século XVII era desconhecida pela ciência, não havia lugar para a mesma nas construções familiares, sociedade, nas artes plásticas e na literatura. Considera-se que a carência de registros relativos a este período, revela a incapacidade do adulto em visualizar a criança enquanto ser histórico e digno de um olhar cauteloso.

Acredita-se que a família medieval se cercava de uma realidade moral e social, mais do que de afeto às crianças, uma vez que as mesmas eram mantidas em casa até os sete anos e, posteriormente, levadas para executarem serviços domésticos na residência de outras pessoas, assim, chamavam-nas de aprendizes. O serviço doméstico se camuflava de uma aprendizagem, como forma comum de educação (ARRIÉS, 1986).

Foi a partir do século XVIII, quando emerge a ideia de proteção, amparo e dependência, que a infância começa a ocupar certo espaço no seio familiar e na sociedade. A criança anteriormente vista como sujeito inexistente, passa a necessitar de grande cuidado, bem como de uma rígida disciplina, com vistas a se transformar em um adulto aceito socialmente (LEVIN, 1997).

Consoante Francischini (2018) a família do século XVIII sofreu uma reorganização, nasceu a família nuclear burguesa, com a função de transmitir valores, afeto, sentimentos e cuidados, constituindo-se em locus da socialização infantil, fundamental na construção de sua subjetividade, desse modo, as crianças passam a ser centralizadoras de cuidados.

Nessa premissa, Heywood (2009) revela que no fim do século XIX e início do século XX, até a contemporaneidade, a infância passa a representar uma etapa do ciclo de vida merecedora de atenção e investimentos não só afetivo-sentimentais, mas também, econômicos, sociais e educativos.

Seguindo a dinâmica social desse período, a família sofre ações desintegradoras, promovidas pelo capitalismo e conversão do indivíduo a uma “cultura midiática”, onde o

avanço dos meios de comunicação e da tecnologia interfere diretamente na relação entre seus pares, de modo especial na inter-relação entre pais e filhos, fato que vulnerabiliza a infância, em diversos contextos, no seio familiar (FRANCISCHINI, 2018)

Desse modo, oportuniza-se aceitar que a tríade, sociedade, violência e família mantêm uma estreita relação dialética. Embora a família esteja atrelada a conceitos de união, proteção e aconchego, a realidade nos mostra um ambiente permeado por conflitos, antagonismos e violação de direitos que tem vulnerabilizado a criança, em especial, a que vivência a primeira infância (RUSSO et al, 2014).

É mister enfatizar que as mudanças nas configurações familiares, proveniente de um acelerado processo de modificação social, econômico, cultural e demográfico, vem elevando a pressão sobre a estrutura familiar, o que tem repercutido em sua dinâmica e resultando na naturalização da violência infantil (JÚNIOR, BORGES, SANTOS , 2015).

O Brasil vem se destacando na construção de dispositivos legais para proteção a esse grupo vulnerável, a exemplo, podemos citar as mobilizações durante o período de redemocratização do país, que permitiram que o compromisso firmado na Declaração Universal dos Direitos da Criança e do Adolescente fosse ratificado pela Constituição Federal de 1988 (BARBOSA; ANTUNES; PADILHA, 2016).

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi promulgado pela Lei Federal 8.069, o qual se tornou um marco legal promotor da cidadania e ações prioritárias à criança e ao adolescente, diante disso, toda forma de negligência, abandono, exploração, crueldade e/ou opressão passa a ser ilustrada como violência e duramente combatida (BRASIL, 1990; SOUTO et al, 2018).

Em 2014, o MS publicou a Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, como estratégia pedagógica e orientadora dos fluxos assistenciais, que proporcionem em todos os pontos da rede psicossocial, o acolhimento, a responsabilização e a resolutividade às problemáticas apresentadas aos profissionais e gestores da saúde (BRASIL, 2014).

Ainda considerando o MS, a natureza da violência praticada na infância, dentro do contexto familiar, em conformidade à linha de cuidado supracitada, resulta em danos físicos, psicológicos, sexuais e por negligência/abandono, desencadeados por atos e/ou omissões dos pais, cuidadores, familiares, organizações e sociedade como um todo (BRASIL, 2001a).

Salienta-se o papel relevante da Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015 que criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) como marco histórico,

cujo objetivo é a proteção infantil desde a gestação até os 9 anos, por meio de cuidados integrais e integrados que promovam condições de vida dignas e a queda nos índices de morbimortalidade (BRASIL, 2015).

A PNAISC emerge como instrumento para qualificação das ações em saúde da criança, vindo ao encontro ao pleiteado por muitas organizações da sociedade civil que militam em prol dos direitos infantis, a saber, a Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), a Pastoral da Criança, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), além de equipamentos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (BRASIL, 2018).

Ao nos debruçarmos sob os dados epidemiológicos acerca da violência infantil, observamos que o resultado de pesquisas realizadas pelo UNICEF, as quais foram publicadas recentemente, revelaram que anualmente, 275 milhões de crianças em todo o planeta são vítimas da violência intrafamiliar (TEIXEIRA, 2016).

Um estudo feito em 2015, no município de Cazenga, em Cuba, com base em casos notificados, constatou que 67,74% das crianças sofreram violência física, 45,16% violência psicológica, 9,67% abuso sexual e, 54,83% foram vítimas de mais de um tipo de agressão domiciliar (GONZÁLEZ-SÁBADO et al, 2019).

Na América do Sul e no Caribe, sete em cada dez crianças (67%), entre 1 e 14 anos, já sofreram agressões corporais. O Brasil segue a mesma tendência apresentando 68% das crianças (30,3 milhões), na mesma faixa etária, com relatos de violência corporal praticada em seio familiar (GLOBAL REPORT, 2017).

Entre 2009 e 2010, no Brasil, a dimensão da violência infantil, no contexto familiar, pode ser evidenciada pelas 21.199 notificações em menores de 0 a 9 anos, dessas destacamos, 35,6% por negligência, 35,6% por violência sexual e 32,8% por violência física (APOSTÓLICO et al., 2017).

Em 2011, uma análise das notificações compulsórias do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) menciona 17.900 casos de agressões contra crianças com idade menor/igual a 9 anos, as meninas foram as principais vítimas (54,3%). E em relação ao local de ocorrência, 73,6% dos casos ocorreram na própria moradia da criança, sendo que destas ocorrências, 43,6% foi de repetição (RATES et al, 2015).

Dados do “Disque 100”, apontam que em 2017, registrou-se 84,049 denúncias de violência contra crianças, um total de 10% a mais em relação a 2016 (76.171 denúncias), sendo as principais violações, ao considerarmos que a maioria das notificações englobam

mais de uma forma de agressões, a violência por negligência (61,416), a psicológica (39.561) e a física (33.105), onde 45% ocorrem no ambiente domiciliar (BRASIL, 2017).

O Estado do Rio Grande do Norte apresentou em 2014, segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR), 5.476 denúncias de violência contra crianças e adolescentes, desses foram 2.041 casos de negligência; 1.211 por violência física; 1.346 por violência psicológica; 655 violência sexual; e 233 caracterizadas como de outra natureza. Em 2015, apenas no primeiro semestre, tivemos 1.813 notificações (SANTOS 2017).

Observa-se, de modo geral, a feminização da violência sexual na infância, enquanto que crianças do sexo masculino são as maiores vítimas de agressões físicas. Vale salientar que, o ciclo da violência se reproduz, quando a criança violentada passa a ser o agressor na vida adulta (TEIXEIRA, 2016).

A pobreza emerge como fator de considerável impacto para violência intrafamiliar pela não garantia de acesso a políticas públicas, além de interferir na dinâmica do lar, por se relacionar a falta de oportunidades no desenvolvimento familiar, a convivência de adultos e muitas crianças no mesmo domicílio, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas por seus pais ou responsáveis e, das próprias agressões entre eles (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Ressalta-se que alguns Programas Federais, tais como o Bolsa Família tem conseguido alcançar resultados positivos, desde sua implantação, na redução da violência doméstica, desse modo, evidenciamos um melhor bem-estar no ambiente domiciliar, aumento na frequência escolar das crianças beneficiárias e queda na taxa de trabalho infantil, considerada uma forma de violência à criança (MOREIRA, 2014).

De acordo com Silva; Paes (2019), o Programa Bolsa Família, enquanto um dos maiores instrumentos de transferência condicional de renda no mundo, possui condicionalidades que são competências da Estratégia Saúde da Família (ESF), desse modo, ambos atuam de forma integrada para proporcionar as pessoas um melhor acesso aos serviços públicos de qualidade, o que tem contribuído para redução da mortalidade infantil.

Neste panorama, o olhar para criança maltratada vai além dos sinais de espancamento, tais como contusões, hematomas e equimoses, geralmente provocadas por agressões físicas, indo de encontro ao comprometimento no desenvolvimento social, constatado por sinais de depressão, ansiedade, agressividade, retardo na aprendizagem, ausência de expressão facial diante das situações alegres ou tristes, entre outros (BRASIL, 2001b).

Para Silva et al (2015) o silenciar da dor dificulta a elaboração e o confronto da situação, fato que ocorre devido as ameaças dos agressores e alimenta o ciclo da violência. Comumente o sofrimento é internalizado por medo, vergonha ou culpa. Nesse sentido, cabe aos profissionais da rede educacional e assistencial, em especial aos da saúde, o acolhimento e uma atuação numa perspectiva holística, com a compreensão da linguagem não verbal, no intuito de quebrar o silêncio e proteger as vítimas.

Schek et al (2018) aponta que a prática do silenciar também engloba muitos serviços supostamente de proteção, a saber, os hospitais, Conselhos Tutelares, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS). Nesses serviços, as intervenções podem ser limitadas ou pontuais, não havendo averiguação de efetividade das condutas aplicadas, associado a isso, a falha na comunicação entre os profissionais convergem para que muitos eventos sejam arquivados e as crianças permaneçam expostas a novas agressões.

Como eixo organizador do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para ESF, é o espaço mais adequado para assistir as crianças em situação de violência intrafamiliar. Entretanto, faz-se pertinente compreender a concepção das equipes da atenção básica em relação a esse fenômeno (APOSTÓLICO et al., 2017).

Diante do quadro apresentado, ao reconhecermos às fragilidades no acesso a saúde, a magnitude da vulnerabilidade em muitas regiões do país, as falhas na formação dos recursos humanos, a carência de protocolos e fluxos assistenciais, a subnotificação desse agravo e, ao considerarmos a subjetividade que permeia o fenômeno abordado, questionamo-nos: Qual a percepção das equipes, de unidades de APS, acerca da violência à criança no contexto familiar?

Neste sentido, essa pesquisa teve como objetivos: Descrever como são identificados e acolhidos os casos de violência à criança; Identificar que ações e estratégias são desenvolvidas frente aos casos de violência à criança no seio familiar; Visualizar os principais avanços e desafios do município, na perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social à criança vítima de violência intrafamiliar.

A relevância científica e social desse estudo incluiu a oportunidade para visualizarmos e compreendermos as elaborações dos profissionais da Atenção Primária sobre o fenômeno em questão. Indubitavelmente a coleta de dados possibilitou o surgimento de reflexões críticas/reflexivas que poderão nortear a construção do “percurso de atenção e proteção” à violência infantil, em seio familiar, no município estudado.

A presente dissertação está estruturada em cinco capítulos sendo o primeiro esta introdução, a qual almeja descrever conceitos de violência, expor dados epidemiológicos, apresentar marcos históricos, os principais serviços de proteção, os dispositivos legais para proteção à criança, bem como as idéias centrais a que se reporta o estudo e seus objetivos.

O segundo capítulo engloba o referencial teórico estudado sobre a violência intrafamiliar contra a criança. O terceiro capítulo aborda o percurso metodológico utilizado. E o quarto capítulo faz referência aos resultados e discussões, que culminaram em um artigo científico passível de publicação.

O artigo se intitula “Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde” e foi submetido à *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que publica estudos com ênfase em ciências humanas, sociais, política, planejamento e administração em saúde.

Por fim, o último capítulo aponta considerações relevantes e argumentos conclusivos à dissertação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados os aportes teóricos que fundamentaram a pesquisa: o cenário histórico da violência e da proteção à criança, a caracterização da violência infantil no contexto familiar e por fim, a violência intrafamiliar infantil e a Atenção Primária à Saúde. Este levantamento bibliográfico reuniu livros, evidências científicas nacionais e internacionais, bem como todo o arcabouço legal que dá sustentabilidade à proteção infantil.

2.1 CENÁRIO HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA E DA PROTEÇÃO À CRIANÇA

A organização familiar tem se consolidado, ao longo dos séculos, como um referencial imprescindível ao pleno desenvolvimento humano, no qual um indivíduo poderá ser nutrido, cuidado e passar por processos de aprendizagem. Tal organização tem sofrido o impacto das mudanças sociais, que perpassam por valores e regras predominantes em cada contexto histórico da humanidade (MOREÍ; KRENKE, 2014).

Ainda conforme Moré e Krenke (2014) a família tem assumido, enquanto instituição social, organizações e papéis que se ancoram ora em uma perspectiva ideológico-religiosa, política, econômica ou jurídica, ora em uma perspectiva sociológica, antropológica ou psicológica. Neste contexto, a unidade familiar tem buscado adaptar-se ao meio e nesse processo de busca, tem vivenciado tempos de vulnerações e vulnerabilidades.

Vale ressaltar que a família deve integrar um espaço harmonioso, funcional, pautado na partilha, na motivação, no vínculo e no apoio emocional ao desenvolvimento de seus membros, em especial das crianças, tornando-os adultos coesos, seguros afetivamente e capazes de garantir sua estabilidade biopsicossocial (CORREIA; MOTA, 2017).

As singularidades que permeiam o cuidar das crianças, revela-nos também sua natureza frágil e vulnerável, fato que tem resultado no decorrer da história da família, na sua exposição a atos de violência, praticados inclusive, no próprio ambiente que lhe serviria de lar, pelos próprios entes queridos (BARBOSA; ANTUNES; PADILHA, 2016).

A história da violência intrafamiliar na infância é complexa, multifatorial e reflete um pesadelo vivenciado por muitas civilizações em todo o mundo. Por séculos, a família foi moldada com base em conceitos de naturalização da violência, sendo praticada sem punições, pois, o pai era o chefe da família e detinha o poder sobre sua prole (TEIXEIRA, 2016).

De acordo com Russo et al (2014) quanto mais estudarmos o contexto histórico de agressões à criança, melhor visualizaremos o quanto estas foram cruelmente mutiladas, aterrorizadas, escravizadas, abusadas sexualmente e assassinadas, para alimentar a falsa imagem de uma família perfeita aos padrões socialmente aceitos em cada período histórico.

No antigo Egito, o Código de Hamurábi previa em seu artigo 192, a laceração da língua de crianças adotadas que verbalizassem aos pais adotivos que estes não eram seus pais biológicos. Em Roma, a Lei das XII Tábuas, consentia ao pai matar o filho deficiente. Na Idade Média, a educação infantil ficava a mercê de punições físicas dos religiosos. E durante a Revolução Industrial, com o fortalecimento do capitalismo europeu, o trabalho infantil recebe destaque (MARTINS FILHO, 2009; FELIZARDO et al., 2011).

Apenas no século XIX as crianças começam a ser alvo de afeto, incentivo econômico e educacional por parte dos equipamentos governamentais, não governamentais e da própria família, porém, é no fim do século XX que as ciências da saúde, a justiça e a pedagogia fortalecem a ideia de proteção e assistência integral (MARTINS FILHO, 2009).

Finalmente, no século XXI, em meio a avanços e retrocessos, as crianças passam a sofrer os efeitos do surgimento dos novos arranjos familiares, uma vez que o modelo nuclear, embora predominante, não é mais unitário (MACHADO; SANCHES, 2014)

O Brasil sofreu todos os impactos desse processo histórico e, não discordante ao cenário europeu, evidencia-se em manuscritos do Brasil Colonial e Imperial (1500 – 1889) práticas de exploração ao trabalho infantil de indígenas e africanos; outrossim, o ciclo da infância, adolescência e vida adulta inexistia, o que nos desvela o perfil de violação à infância em nosso país nos mais de 500 anos de sua história (LINHARES, 2016).

Consoante Linhares (2016) os índices de morbimortalidade infantil naquela época eram elevados devido à carência no tratamento de doenças. Aspectos como a educação, o brincar, a alimentação saudável e o acesso a saúde praticamente inexistiam. Apenas com a Lei de Ventre Livre em 1871 (Lei nº 2.040) a infância passa a assegurar alguns direitos, entre eles à redução gradual da escravidão pela infância e a proibição do comércio dos menores de 12 anos.

Doravante a Proclamação da República em 1889, acreditou-se que com os avanços sociais e incentivos educacionais do século XX e XXI, a infância receberia um melhor amparo familiar e governamental. Nessa premissa, o país moldou nas últimas décadas um arcabouço legal, que almeja proteger suas crianças contra as situações de violência (MACHADO, 2014).

Podemos citar diversos programas e estratégias exitosas, a saber: o Programa Nacional de Imunização, de 1970; o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, de 1981; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984; e do primeiro Cartão de Saúde da Criança, de 1986 (MAGALHÃES, 2011).

Ainda conforme Magalhães (2011) destaca-se o PAISC como um compilado de diversas políticas, diretrizes, programas e ações que argumentam e regulamentam os direitos da criança, não se constituindo, portanto, em documento único, mas sim em um conjunto de normativas legislativas e administrativas, que dão sustentabilidade à proteção infantil.

A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer novas normativas ético-políticas e jurídicas, cria em seu art. 227, parágrafo 8, equipamentos para tentar coibir agressões contra crianças em seus lares, ressaltando o direito a vida e a saúde como prioridade absoluta. Essa reformulação constitucional foi um dos maiores marcos históricos do país (MACHADO, 2014).

Em 1990 surge o ECA, através da Lei 8.069, que segue a lógica de atendimento integral, concedendo aos indivíduos de zero a doze anos, a garantia de defesa, sendo tratados como sujeitos de direito. O art. 5º, pontua “[...] nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, e opressão, sendo punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais” (JÚNIOR; BORGES; SANTOS, 2015, p.125).

O ECA estabeleceu as obrigações legais dos trabalhadores da saúde no que se refere à notificação por ação ou omissão ao preconizado como direitos fundamentais; o Conselho Tutelar, instituição criada a partir do ECA, deve zelar pelo cumprimento de tais direitos, demonstrando aptidão para iniciar uma investigação de situações denunciadas, direcionando estratégias a serem adotadas pela rede de atenção (SOUTO, 2018).

O Conselho Tutelar deve atuar numa perspectiva autônoma, democrática, não jurisdicional e ágil, contrapondo-se a práticas repressivas, autoritárias, violentas e criminalizantes contra a infância. Nessa lógica, vemos em sua essência, um órgão livre ao controle hierárquico ou político, responsável pela adoção de mecanismos de caráter administrativo (MEZZINA; MARTINS, 2019).

O Brasil possui ao menos 5,472 Conselhos Tutelares, composto por cinco membros, escolhidos por voto popular, uma cobertura de 98,3% dos municípios. Todavia, estas instituições tem enfrentando grandes desafios, a saber, a falta de habilidade de seus membros para identificar crianças em risco ou situação de violência, o envolvimento da família nas

situações de vulnerações, as fragilidades na rede de proteção à criança e o fato da população desconhecer a função dos conselheiros (SANTOS et al, 2019).

No ano de 1991 a Lei nº 8.242 cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), neste órgão, de forma compartilhada, governo e sociedade civil se organizaram para delimitar as diretrizes para Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes. Ademais, exerce um papel fiscalizador quanto às ações desempenhadas pelo poder público no que concerne a assistência ao público infanto-juvenil (BRASIL, 1990).

Em 2001, os acidentes e as formas de violência integraram a pauta de discussões na saúde, fato que resultou na promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria nº 737. Ainda no mesmo ano, foi lançada a Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, a qual define o instrumento para notificar casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

A Política Nacional de Assistência Social, implantada em 2004, abrange a proteção social básica, exercida pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e a proteção social especial, exercida pelos CREAS, estes se destinam a assistência de indivíduos em situação de abandono, violência, uso de drogas psicoativas, em cumprimento de medidas socioeducativas, entre outros. Desse modo, crianças violentadas no seio familiar devem ser acolhidas pelo CREAS, após encaminhamento do Conselho Tutelar (BRASIL, 2005).

O MS criou em 2006, pela Portaria 1.356, a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a qual apresenta dois componentes básicos, a vigilância por inquérito e a vigilância contínua, ambas foram inicialmente limitadas às maternidades, centros de apoio a doenças sexualmente transmissíveis e serviços especializados para acolher vítimas de agressões. Em 2009, passou a abranger todos os serviços de saúde e se agrega ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (RATES et al, 2015).

A Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009, veio ao longo dessa trajetória histórica, realizar modificações de alguns artigos do ECA, promovendo uma reformulação quanto à relevância das políticas públicas em defesa dos direitos sociais às crianças e aos adolescentes, bem como incentivando o trabalho integrativo e operacional do Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar e incentivadores das políticas setoriais (BRASIL, 2009).

Com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, as violências interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e autoprovocadas se tornam de notificação compulsória em todo o país. Vale salientar que este dispositivo legal também cita fluxos, critérios, ações de responsabilidade e atribuições aos profissionais aptos a atender esta demanda (RATES et al, 2015).

Recentemente, foi sancionada a Lei 13.010 de 26 de junho de 2014, também chamada de “Lei do Menino Bernardo” ou “Lei da Palmada”, que altera alguns aspectos do ECA, entre eles, o Art. 18 enaltece que a criança ou adolescente detém o direito a educação e cuidados livres de castigos físicos cruéis ou degradantes. Esta lei honra a memória de Bernardo Boldrini, assassinado aos 11 anos, de modo cruel, por uma overdose de sedativos (JÚNIOR; BORGES; SANTOS, 2015).

A referida lei definiu termos como “castigo físico” e “tratamento cruel”, além de discutir sobre as condutas a serem desenvolvidas pelo Conselho Tutelar e Poder Público uma vez constatado as agressões. Embora que timidamente, houve elevação nas taxas de notificação dessa forma de violência no país, o que sinaliza a necessidade de investigar quais entraves devem ser superados para ampliar a prática da notificação, até mesmo dos eventos suspeitos (SOUTO et al, 2018).

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências teve sua primeira edição lançada pelo Ministério da Saúde em 2010 e, posteriormente, em 2015, através da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com sete eixos estratégicos, entre eles, a atenção integral as crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTIL NO CONTEXTO FAMILIAR

A elevação no número de casos de violência intrafamiliar infantil no Brasil demonstra a real necessidade de medidas preventivas por todos os setores envolvidos na assistência à criança. Este problema de saúde pública alcançou visibilidade social e política na década de 1990, com a elaboração do ECA, por meio da Lei 8.069 (NUNES; SALES, 2016).

Mesmo com este suporte legal, os menores ainda vêm sofrendo maus-tratos físicos, sexuais, psicológicos e por negligência/abandono em todo o país, inclusive, no âmbito

familiar, fato que gera ponderações e exige um olhar crítico acerca de seus impactos ao crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2014).

Para Carrillo-Urrego (2018) boa parte dessa violência se atrela a “práticas disciplinares” utilizadas pelos pais na criação de seus filhos, cujo intuito é corrigir qualquer contravenção ao que é preconizado como correto. Quanto a tais práticas, existe controvérsia, pois, embora algumas punições sejam vistas como necessárias para orientar comportamentos, outras são visualizadas como abuso a integridade física e mental, que impactam na vida adulta.

No que diz respeito à violência física, defrontamo-nos com o exercício da força física como meio de corrigir, disciplinar, punir ou educar, gerando dor e/ou lesões de maneira intencional. Habitualmente, os agressores são os pais ou cuidadores e os modos de agressão variam desde uma simples tapa até o espancamento (TEIXEIRA, 2016).

Surras com objetos ou com utilização de socos e pontapés; espancamento, até a fratura de ossos, quebra de dentes, traumatismo craniano; arremesso contra móveis e paredes; aprisionamento sem condições de higiene e com restrição a água e alimentação; proibição de vida social e de realização de atividades escolares, levando a uma exclusão profundamente dolorosa para a criança; provocação de ferimentos, com ou sem tortura, em órgãos sexuais e ânus [...] melhor caracterizam essa forma de violência (FIORELLI, 2014, p. 284).

O abuso físico associado à exposição à violência parental na infância, pode repercutir negativamente na vida dos indivíduos, em curto ou longo prazo, por possibilitar uma maior predisposição ao desenvolvimento de problemas comportamentais, tais como as desordens no uso de álcool e outras drogas (ZANOTI-JERONYMO, 2019).

Desde a década de 1970, a Síndrome do Bebê Sacudido (SBS) é reconhecida como modo de abuso físico praticado contra bebês ou crianças menores de cinco anos de idade, com taxa de mortalidade superior a 20%, que resulta em lesões intracranianas, tais como, hematoma subdural, edema cerebral e hemorragia de retina (LOPES et al, 2018).

Todavia, estudos publicados recentemente em jornais de grande circulação dos Estados Unidos, New York Times e Washington Post, questionam a possibilidade de que o tremor ocasione lesões que comprometam, de fato, o sistema neurológico ou a motricidade infantil (NARANG et al., 2016).

A Síndrome de Munchausen por procuração é classificada como abuso infantil pela décima edição da Classificação Internacional de Doença (CID F 68.12) e diz respeito à

fabricação de sinais e sintomas, por pais ou cuidadores, para expor o estado de saúde da criança. Integra um exemplo de violência física por conduzir a criança a procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (SOUSA FILHO et al., 2017).

Observa-se uma relação simbiótica desenvolvida entre cuidador e criança, a qual resulta em dependência extrema e, ulteriormente, as vítimas passam a ser coniventes com o fabricante de sua sintomatologia, pois, perdem a capacidade em diferenciar o verídico de uma condição fictícia, começando a assentir os sinais e sintomas como genuínos, por temer atos de punição ou abandono (OLIVEIRA, 2016).

O trabalho infantil emerge como promotor tanto da violência física, quanto da psicológica, pois, faz com que a criança transponha as fases de seu desenvolvimento, tornando-se adultos precoces. O impacto disso pode ser verificado pelo atraso na formação escolar e a aquisição de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2014).

Atualmente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que uma média de 168 milhões de crianças e adolescentes, entre 5 e 17 anos, integrem o mercado de trabalho mundial. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável tem se engajado na erradicação das piores maneiras de trabalho infantil, a saber, o tráfico de drogas e a exploração sexual, meta a ser cumprida até 2025 (SILVA et al, 2019).

Em relação ao Abuso Sexual Infantil (ASI), caracteriza-se como ato ou jogo sexual com o intuito de incentivar sexualmente a criança e/ou obter prazer, geralmente é praticado no domicílio da vítima, por indivíduo que desperte afeto na criança e, associa-se a eventos frequentes, com grave repercussão psicológica e social, a saber, depressão, isolamento e baixa autoestima (COSTA; ROCHA; CAVALCANTE, 2018).

O ASI pode abranger comentários, avanços sexuais indesejáveis ou o ato de comercializar a sexualidade da criança, obrigando-os a expor sua anatomia sexual, a praticar a pornografia ou fazendo-os participar de sua produção. De acordo com a OMS, em 2016, uma em cada cinco meninas e um em cada treze meninos teriam sofrido abuso sexual na infância (COHEN ROSENSTOCK; COB GUILLEN, 2019).

A manipulação de genitália, mama ou ânus, por meio de carícias ou penetração vaginal e/ou anal, podem estar atreladas a exploração sexual. No tocante a esta exploração, representa o intuito em obter lucro, troca ou vantagem com a experimentação sexual. Este é um fenômeno mundial, que tem vulnerabilizado especialmente as crianças do sexo feminino e, manifesta-se através da prostituição, pornografia, tráfico ou turismo sexual (OLIVEIRA; RUSSO, 2017).

O abuso sexual incestuoso perpetrado no seio intrafamiliar, adotivo ou biológico, inclui relação de cunho sexual entre um adulto e uma criança ou entre uma criança e um adolescente, uma vez que haja um vínculo de parentesco consanguíneo e uma relação de responsabilidade, com ou sem geração de filhos, ocorrendo com indefinição de sua temporalidade (HOLANDA JÚNIOR, 2017).

No que se refere à pedofilia, este é um transtorno do grupo das parafilias, representada pelo desejo em manter relação sexual com pessoas em fase pré-púbere (até 14 anos de idade), ou dentro de uma conceitualização social, representa a atração erótica por uma criança, a qual pode se materializar ou permanecer no âmbito da fantasia. A violência sexual na infância é dita pedofilia quando cometida durante seis meses, no meio intra ou extrafamiliar (MARAFIGA; FALCKE; TEODORO, 2017).

Acerca da pedofilia nos termos virtuais, surge a lei nº 12.965 de 2014, a qual foi estabelecida como “marco civil da internet” no Brasil. Este marco legal se alinha a lei nº 8.069 de 1990 e com a lei nº 11.829 de 2008 que, altera a anterior no que concerne a fortalecer o combate à pornografia infantil, bem como, criminalizar a aquisição e a posse de materiais relativos à pedofilia na internet (JUNIOR; OKABE, 2015).

O ASI alberga também, atividades que não englobam contato físico, como o voyeurismo (observação de um indivíduo ao se despir, nua ou desempenhando atos sexuais e que não se sabe observado), exibicionismo, assédio sexual ou a reprodução da pornografia infantil, imposta muitas vezes, através de violência psicológica à criança (KRINDGES, 2016).

Para Barbosa; Antunes; Padilha (2016) a violência sexual intrafamiliar é um fenômeno complexo, pois, por ser veiculada ao seio familiar, a narrativa de um abuso pode ser atrelada ao imaginário da criança, estar alicerçada ao sentimento de culpa à vítima ou ocorrer na clandestinidade até que o silêncio seja rompido. Os sentimentos certamente são conflituosos, agregando medo, raiva, vergonha, culpa e sensação de desamparo.

Ao nos reportarmos a violência psicológica, esta é classificada como ato que põe em risco ou desencadeia dano ao desenvolvimento da criança, pode ser manifestada por rejeição, discriminação, castigos humilhantes ou cobrança excessiva para satisfação psíquica de outrem. Geralmente está atrelada a todos os outros tipos de violência, ou seja, dificilmente se apresentará como ato isolado (BRASIL, 2014).

Guerra (2005) ressalta em seu livro que estes maus-tratos emergem de agressões verbais ou gestuais e, direciona a criança para hábitos destrutivos, despersonalização do

sujeito, tendência ansiosa, depressiva ou suicida. O violentador objetiva humilhar, rejeitar, reduzir a auto-estima, causar temor e isolar a criança do convívio social.

O estudo de Rueness et al (2019) defende que o dano psicológico resultante da violência na infância é capaz de desencadear reações de estresse pós-traumático (PTSR), que direcionam o indivíduo a queixas de saúde física na vida adulta, sendo os relatos de dor músculo-esquelética, sintomas gastroenterológicos e cardiovasculares, os de maior expressão.

Ademais, a violência psicológica e/ou emocional no decorrer da infância tem sido relatada, em alguns estudos, como contribuinte, mais do que a violência física ou sexual, para o desenvolvimento de enxaqueca. Entretanto, nenhuma dessas pesquisas avaliou a relação temporal entre o início dos maus-tratos psicológicos e o surgimento desse agravo (TIETJEN; KARMAKAR; AMIALCHUK, 2017).

Um estudo realizado pela Universidade de Zurique, com 1170 pessoas, apontou que a violência psicológica infantil estava intimamente relacionada à personalidade dos indivíduos, com associações preocupantes com o neuroticismo, ou seja, tendência a um estado emocional negativo decorrente de negligência emocional, física e/ou abuso sexual (HENGARTNER et al, 2015).

Por fim, a negligência surge como uma forma de violência ainda naturalizada em nosso país. Está condicionada a um cuidado precário, ausência de higiene, oferta inadequada da alimentação, desnutrição, desidratação, desatualização do cartão vacinal, oferta de medicamentos sem prescrição médica, sendo geralmente praticada pelos próprios pais da criança (COELHO; FRANZIN, 2014).

Russo et al (2014) faz uma abordagem a negligência, classificando-a em formas e graus, entre elas, o abandono, o não reconhecimento de paternidade, a ausência de registro em cartório, a criança “pingue-pongue”, menores residentes nas ruas e crianças que tomam atribuições de adultos para contribuir com a renda familiar (trabalho e prostituição infantil são bons exemplos).

Notoriamente não devemos ignorar as situações de grave negligência familiar que põe em risco a qualidade de vida das crianças. Todavia, existem situações que suscita considerações, uma vez que expressam práticas culturais ou condições impostas por inviabilidade financeira ou social da família, assim, torna-se oportuno uma criticidade em relação aos termos família negligente ou negligenciada (MATA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017).

A contemporaneidade vem nos apresentando à violência infantil em múltiplas abordagens, isso é notório. O médico pediatra José Martins Filho, em seu livro intitulado, a criança terceirizada: os descaminhos das relações familiares no mundo contemporâneo, faz-nos refletir acerca do quanto a dedicação dos pais ao trabalho tem representado menos tempo ao lado de seus filhos, o que culmina em uma forma de abandono e traz como consequência a “criança terceirizada” (MARTINS FILHO, 2009).

Para Martins Filho (2009) o fenômeno da terceirização infantil, ocorre não por falta de amor dos pais para com seus filhos, mas diante da necessidade de trabalho para manter o sustento de seus lares, os genitores acabam transferindo o papel de cuidadores para outras pessoas, o que pode gerar contradições, inversão de valores e repercutir negativamente no desenvolvimento da criança.

Em função do exposto acerca das formas de maus-tratos contra crianças em seus lares, torna-se mister avaliar o modo como elas se imbricam, gerando dor, sofrimento e indignação aos que se comovem com essa problemática. Assim sendo, vale destacar as tristes consequências físicas e mentais resultantes desse agravo, entre eles, distúrbios de aprendizagem, ansiedade, alterações no padrão de sono, depressão, além da triste reprodução do abuso sofrido. (JÚNIOR; BORGES; SANTOS, 2015).

2.3 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A APS representa um modelo de assistência preconizado pela OMS para elevar os indicadores de atenção à saúde. Apresenta, conforme Starfield, quatro atributos essenciais, o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Ademais, possui também três atributos derivados, a orientação familiar, comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002; CARLOS; PADUA; FERRIANI, 2017).

No Brasil, após a implantação do SUS e, posteriormente, da ESF, este modelo se consolidou como a principal porta de entrada para acesso aos serviços de atenção, sendo desenvolvida com alto grau de capilaridade e descentralização. Prioriza ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, com base nas necessidades da população, definidas a partir do contato contínuo entre os usuários e os profissionais (BATISTA et al, 2016).

Neste sentido, compreende-se que decorrente da proximidade com os sujeitos e coletividade, possui uma maior abertura para identificar, acolher e traçar projetos terapêuticos

direcionados às crianças que sofrem violência no âmbito intrafamiliar, seguindo uma logística interinstitucional e intersetorial, conforme orientação da Saúde Primária (CARLOS; PADUA; FERRIANI, 2017).

Consoante Silva Júnior et al (2017) a ESF se integra à rede de serviços com elevada densidade tecnológica ao direcionar sua prática a uma atenção centralizada no indivíduo e na família, uma vez que prioriza a consolidação de vínculo entre profissionais e comunidade, um dos mais relevantes atributos para responder às demandas que emergem da violência no contexto familiar.

Portanto, o SUS é o grande responsável por proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, ofertando um nascimento, crescimento e desenvolvimento adequados, ao fomentar políticas e estratégias de promoção da saúde, de proteção contra violências e de cuidado integral as crianças com direitos violados (MAGALHÃES, 2011).

Neste universo, os profissionais atuantes na saúde da família preenchem um papel primordial na identificação, notificação, tratamento e encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados de agressões contra crianças. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desponta como peça chave na detecção desses agravos por utilizarem as visitas domiciliares na sistematização de sua atividade laboral (SILVA JÚNIOR et al, 2017).

O fato de residir na área de abrangência de sua atuação profissional, mesmo não sendo de caráter obrigatório, proporciona-lhe um forte vínculo com os usuários, torna o ACS importante na promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde e de ações educativas individuais e coletivas em âmbito domiciliar, com condições oportunas para percepção da vulnerabilidade à violência infantil e notificação desses eventos (GARBIN et al, 2014).

Vale ressaltar que a ESF deve atuar em articulação com a rede de serviços em assistência social, segurança, justiça, instituições religiosas e associações comunitárias, no intuito de redirecionar práticas assistenciais e políticas públicas, que promovam uma atenção integral, facilite a tomada de decisões e garantam o pleno exercício dos direitos da criança em situação de violência (MACHADO et al., 2014).

Egry; Apostólico; Moraes (2018) ratificam o exposto acima ao pontuarem que o trabalho executado pela APS deve ocorrer em rede com as demais organizações de proteção e cuidado, entre elas, Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS e Juizado da Infância e

Adolescência, para que haja construção de protocolos/planos de cuidados comuns, garantia de integralidade da assistência, defesa e preservação dos direitos das crianças.

O trabalho em rede reproduz uma estratégia operacional, que almeja articular políticas públicas no intuito de superar demandas complexas e enfrentar a fragmentação das condutas governamentais. Fundamenta-se na intersetorialidade como equipamento para otimizar os saberes e competências, apresentando como objetivo primordial, a prática social compartilhada (LOLIS; MOREIRA, 2016).

Ainda conforme Lolis; Moreira (2016) a gestão do cuidado compartilhado entre os diversos seguimentos de uma rede vislumbra o planejamento de ações, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a busca por resultados positivos, estruturados coletivamente, de modo ágil, com a máxima utilização dos recursos e a ampla garantia de continuidade dos programas das Redes de Proteção a criança.

Salienta-se que o PTS vem se consolidando como uma ferramenta que integra saberes profissionais, onde diante de uma realidade individual e/ou coletiva, de modo interdisciplinar e em atuação integrada, moldam-se estratégias de enfrentamento a agravos, oportunizando mudanças de hábitos e qualidade de vida às pessoas (BRASIL, 2007).

Embora estejamos abordando um espaço adequado para acolher, notificar, cuidar e proteger as crianças contra os maus-tratos em seu domicílio, a APS enfrenta desafios complexos, a saber, de caráter moral, ético, ideológico e cultural. Destaca-se ainda, a falta de qualificação profissional para reconhecer e direcionar as situações de violência em uma rede assistencial fragilizada e pouco resolutiva, fato que perpetua o complexo ciclo de agressões na infância (EGRY et al, 2017).

O ato de acolher demanda dos profissionais da atenção primária a capacidade de tomar para si a responsabilização pelas demandas da criança com empatia e resolutividade, permite uma escuta ativa, a formação de vínculo e o compartilhamento de saberes. A notificação da violência deve ser realizada em ficha específica e visualizada como meio de proteção e não de denúncia ou ato punitivo (BRASIL, 2014).

Para Tomazine; Toso; Viera (2014) os profissionais necessitam compreender o amplo significado de violência intrafamiliar infantil, o qual apresenta características socioculturais, psicológicas, biológicas e econômicas peculiares, desse modo, exige atuação interdisciplinar, intersetorial e um olhar crítico, singularmente por parte da sociedade civil e das organizações governamentais, para que esse fenômeno saia da subnotificação e a criança agredida possa ser atendida de forma holística.

Embora a notificação da suspeita ou ato confirmado de maus tratos seja obrigatória, mediante o preenchimento de um instrumento definido, ainda encontramos relatos da subnotificação justificada por fatores culturais, sociais, infraestrutura inadequada e recursos humanos insuficientes para identificação dos casos (MAIA et al, 2016).

Vale destacar que em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma versão atualizada da ficha de notificação/investigação individual – Violência interpessoal e autoprovocada, a qual expõe variáveis e categorias que revelam a magnitude do ato violento. A notificação é realizada mediante suspeita ou confirmação de agressão, por qualquer profissional de saúde (CEZAR; ARPINI, 2017).

Ainda em 2014, de acordo com Cezar; Arpini (2017), por meio da Portaria nº 1.271 de 6 de junho, ficou estabelecido que os agravos de notificação compulsória seriam registrados de modo imediato ou semanal, sendo a violência doméstica e outras violências de notificação semanal; e a violência sexual ou tentativa de suicídio de notificação imediata .

Os atos violentos perpetrados contra as crianças demandam dos trabalhadores da saúde a elaboração de um relatório impresso e/ou de uma cópia da ficha de notificação do evento, o qual deverá ser direcionado ao Conselho Tutelar ou demais autoridades competentes, de acordo com o preconizado pelo ECA (BRASIL, 1990).

A verdade é que as instituições de ensino abordam o tema violência de maneira pontual, lançando no mercado de trabalho profissionais com formação frágil, no que se refere a condução do cuidado as vítimas de violência na infância. Ademais, uma vez inseridos na assistência, tais profissionais pouco participam de ações para educação permanente, o que possibilitaria uma melhor desenvoltura na execução de suas atividades (MARTINS et al., 2017).

Conforme Maia et al (2016), visualiza-se como emergente investimentos na qualificação e sensibilização dos profissionais, para que se tornem aptos a distinguir não apenas os maus-tratos extremos, mas também os casos velados, bem como, notificar, direcionar aos centros de referência e acompanhar os menores violentados por todo o trajeto na rede de atenção.

A ausência ou falha na comunicação entre os profissionais atuantes na rede, de referência e contrarreferência, é vista como um dos aspectos que comprometem as estratégias de proteção das vítimas, desse modo, muitos casos são silenciados, ignorados, arquivados ou considerados solucionados, quando na verdade os vitimizados recebem atendimento imediato, descontinuado e, retornam a sua moradia onde seguem vulneráveis (SCHEK et al, 2018).

Destarte, oportuniza-se enaltecer a realização de pesquisas científicas, em amplas abordagens, que almejem discutir a temática da violência infantil que se desdobra em ambiente doméstico, bem como a construção e o fortalecimento de estratégias e políticas públicas eficazes, a serem desenvolvidas pelas equipes da APS, em articulação com os demais equipamentos da rede de atenção, para proteção à infância em todo o país (JÚNIOR; BORGES; SANTOS, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a percepção das equipes, de unidades básicas de saúde, acerca da violência à criança no contexto familiar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como são identificados e acolhidos os casos de violência à criança;
- Identificar que ações e estratégias são desenvolvidas frente aos casos de violência à criança no seio familiar;
- Visualizar os principais avanços e desafios do município, na perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social à criança vítima de violência intrafamiliar.

4 MÉTODO

No intuito de garantir os debates propostos e suscitados pelos objetivos dessa dissertação, faz-se pertinente apresentar a construção metodológica que norteou sua elaboração, conduziu seu desenvolvimento e gerou seus resultados.

4.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa foi inserida em um projeto de estudo cujo objetivo central era conhecer e analisar a percepção das equipes, de unidades básicas de saúde, acerca da violência à criança no contexto familiar no município de Parelhas – RN. A investigação foi do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa.

O ato de explorar torna o pesquisador mais íntimo de uma determinada temática. Assim, as pesquisas exploratórias descrevem um dado fenômeno, de modo a proporcionar uma interação sólida entre pesquisador e objeto de estudo (MARCONI e LAKATOS, 2011).

A pesquisa descritiva almeja caracterizar uma população ou fenômeno a fim de firmar relações entre variáveis. Fundamenta-se na observação, descrição e classificação de um evento (POLIT e HUNGLER, 1995; FIGUEIREDO, 2008).

Para Minayo (2008) e Neves (1996) a pesquisa qualitativa deverá responder a questionamentos particulares e compreender os fenômenos de acordo com a perspectiva dos personagens da situação estudada, para que então, possa ocorrer uma interpretação dos fatos. Neste tipo de abordagem metodológica é comum a obtenção de dados descritivos por meio da interação entre aquele que pesquisa e a situação alvo do estudo.

Ainda segundo Minayo (2008) o estudo qualitativo é entendido como um conjunto de práticas interpretativas que busca investigar os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto de relações em que eles se inserem. Por essa abordagem, dentre outros aspectos, procura-se compreender a realidade vivenciada pelos sujeitos sociais em sua amplitude histórico-dialética.

Por sua vez, o caráter quantitativo dessa pesquisa buscou revelar valores expressos em medidas numéricas, para compreendermos os principais avanços e desafios do município estudado, na perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social à criança vítima de violência intrafamiliar (Marconi & Lakatos, 2011).

Ressalta-se que a integração da abordagem qualitativa e quantitativa foi utilizada de

modo complementar e não antagônica, na verdade, o intuito é que elas se imbrinquem para descrever a realidade estudada, respondendo aos objetivos da pesquisa.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas 08 Unidades Básicas de Saúde de Parelhas, cidade localizada na porção Centro-Sul do Estado do Rio Grande do Norte, na microrregião Seridó Oriental, abrangendo uma área de 523 km² (CPRM, 2005). Possui uma população estimada para 2017 de 21.669 habitantes (IBGE, 2010).

Na atualidade, o setor saúde, possui 100% de área coberta pela Estratégia Saúde da Família, totalizando 8 USF correspondendo a 8 equipes, onde cada uma conta com 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e, no mínimo, 05 Agentes Comunitários de Saúde. Possui ainda 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 equipe do Programa Melhor em Casa, 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e 01 hospital municipalizado.

Por sua vez, a rede intersetorial de apoio à população para a linha de cuidado é formada por 01 Conselho Tutelar, 02 Centros de Referência a Assistência Social (CRAS), 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 03 creches e 11 escolas.

O município foi contemplado pela última edição do Selo UNICEF 2013/2016. Nesta perspectiva, comprometeu-se com o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF a assegurar os direitos fundamentais às crianças e adolescentes conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança e no ECA.

O Selo UNICEF almeja fortalecer as políticas públicas de proteção à criança e adolescentes, nas cidades do Semiárido e Amazônia Legal Brasileira, por meio do desenvolvimento de habilidades dos gestores municipais e incentivo a mobilização/participação social (UNICEF, 2019).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para melhor delineamento dessa pesquisa, a mesma foi desenvolvida em dois momentos, a saber:

Para a realização da entrevista, participaram todas as USF, 01 equipe por USF, compreendendo 08 equipes, que corresponderam a 89 profissionais atuantes nas UBS do município, atribuindo a eles os seguintes critérios de inclusão: categorias médico, enfermeiro,

técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e ACS com tempo de experiência na ESF maior/igual a 1 ano. Foram excluídos os que eventualmente estavam de férias, licença ou afastados por motivo de doença no período destinado a realização da coleta de dados. Assim sendo, selecionou-se 70 profissionais, os quais se submeteram a um questionário semi-estruturado.

Para o grupo focal, selecionamos uma USF “referência”, com os seguintes critérios: USF com iniciativas de qualificação da estrutura e de ambiência, estar inserida em área de vulnerabilidade familiar à violência infantil, possuir todos os membros da equipe, ser unidade fixa e ser referência para a linha de cuidado e educação permanente. Os profissionais atenderam aos mesmos critérios de inclusão previamente estabelecidos para a aplicação do questionário. Foram excluídos os que eventualmente estavam de férias, licença ou afastados por motivo de doença no período destinado a realização da coleta de dados, e os que porventura não confirmaram presença em data e horário previsto para realização da coleta de dados.

4.4 Instrumento de coleta de dados

A entrevista com questionário semi-estruturado (ANEXO – A), com questões abertas e fechadas, realizou-se nas 8 equipes das 8 USF. Teve início com a caracterização dos sujeitos da pesquisa (sexo, idade, categoria profissional, tempo de experiência na USF, participação em cursos de capacitação em linha de cuidado, se já presenciaram ou vivenciaram alguma situação de violência à criança no contexto familiar e a percepção sobre a forma mais frequente desse evento). Dando seguimento ao estudo, visualizou-se como é identificada a violência à criança em âmbito intrafamiliar, quais as necessidades enfrentadas para atender a esta demanda e como a gestão municipal apóia a implementação da Linha de Cuidado.

Ulteriormente, o questionário se reportou aos Indicadores de monitoramento/implementação da Linha de Cuidado para atenção integral à saúde da criança. Este instrumento atribui parâmetros de avaliação aos indicadores de estrutura e processo das quatro dimensões dessa Linha, a saber: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na Rede de Cuidado e Proteção Social (MAGALHÃES, 2011).

Antes da aplicação dos questionários, o pesquisador realizou a exposição dos objetivos do estudo, bem como solicitou a assinatura do TCLE (APÊNDICE-A). Os profissionais foram abordados durante suas atividades laborais, nos turnos da manhã e/ou tarde, conforme disponibilidade dos mesmos.

Para um aprofundamento ou refinamento das questões da pesquisa, foi desenvolvido ainda um grupo focal. Este permitiu aos participantes a manutenção de interações construtivas para discussão de tópicos sugeridos pelo pesquisador, almejou reconhecer as percepções, atitudes e representações sociais (GONDIM, 2003).

As vantagens na introdução dessa técnica incluem a oportunidade para observarmos aspectos convergentes e divergentes acerca de uma dada temática, partilha de experiências, promoção da auto-reflexão e estímulo à transformação social (GASKEL; BAUER, 2002).

Trabalhou-se com sete profissionais, da “USF referência”, conduzidos por um relator e um pesquisador/moderador que norteou as atividades de discussão, por meio de um roteiro de questões, que contemplava os objetivos da pesquisa (APÊNDICE – C). Teve duração de 93 minutos, obedecendo ao critério de saturação teórica dos dados.

Conforme Flick (2009) a “saturação teórica” ocorre quando não se visualiza dados adicionais que contribuam para o desenvolvimento do estudo, sendo este um critério para interrupção da coleta de dados.

Todos os participantes receberam convite em que constava data, horário e local para o desenvolvimento das atividades. Antes de iniciar as atividades, o pesquisador fez a exposição dos objetivos do grupo, explanou as regras, sinalizou os questionamentos centrais acerca dos quais a discussão se concentrou, apresentou e solicitou que todos assinassem ao TCLE (APÊNDICE – B).

A ordem para introduzir as questões e o tempo direcionado a cada uma delas dependeu do ritmo das discussões. O grupo ocorreu em área de atividades educativas da unidade (sala de atividade coletiva). As discussões foram arquivadas em gravador de voz digital, posteriormente transcritas integralmente para o programa Microsoft Word versão 2013 e serão guardadas durante cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador.

Com vistas a garantir o anonimato dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios de pedras preciosas. Para Oliveira (2007) as pedras preciosas são raras e encontradas em sua forma bruta, entretanto, quando lapidadas, revelam a sua venustidade.

4.5 Processamento e análise dos dados

Para o processamento dos dados quantitativos, foi utilizado o programa de tabulação Microsoft Excel versão 2013, por facilitar a análise das informações, cujos resultados foram atribuídos nas formas de frequências absolutas e relativas, segundo parâmetros de

implementação adotados pelo questionário: Não iniciado, Parcialmente efetivado ou Efetivado. Realizou-se uma análise descritiva dos parâmetros de implementação.

Para as questões abertas da entrevista e para o grupo focal, o tratamento dos dados ocorreu mediante Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Portanto, optamos pela Análise Temática Categorial, a qual foi realizada em etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, e por último, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Além disso, os resultados foram analisados conforme os princípios do Interacionismo Simbólico de Herbet Blummer.

Conforme Blummer (1969) os indivíduos se comportam com as coisas, conforme o significado que as mesmas possuem para eles; com prontidão relata que esse significado sobrevém da interação social que o indivíduo desenvolve com seus semelhantes; por último, defende que, a partir de um processo interpretativo, os significados podem mudar, passar por manejo e/ou serem utilizados pelo indivíduo para lidar com as coisas que ele se defronta cotidianamente.

O Interacionismo Simbólico desenvolve um esquema analítico acerca da sociedade e do agir humano, que abrange o pensamento básico direcionado a grupos de pessoas, a interação social, objetos, o indivíduo como ator, a ação humana e, por fim, as interconexões das linhas de ações (HAGUETTE, 1992).

Para Dupas et al (1997) o Interacionismo Simbólico observa o ser humano como dinâmico, ao interagir consigo mesmo e com os demais indivíduos, levando em consideração tudo o que ocorre em um contexto vivido. Mediante as experiências vivenciadas e conhecimentos adquiridos, os profissionais de saúde direcionam suas práticas.

Corroborando ao exposto, Lopes e Jorge (2005) abordam que o Interacionismo Simbólico fortalece o ensino e a prática em saúde, por realizar uma abordagem que almeja ampliar os conhecimentos para construção de ações direcionadas a um relacionamento interativo e humanizado entre as pessoas. Considera o contexto social, sentimentos, valores, crenças, atividades individuais e coletivas, bem como os aspectos internos experimentais pertinentes ao comportamento humano.

Após leitura exaustiva, buscando consensos, elementos representativos e significativos em relação à temática desse estudo, seguida da exploração do material empírico, que consistiu substancialmente em ações de codificação e decodificação, definiu-se três categorias de análise: Identificação e acolhimento aos casos de violência à criança; Ações e estratégias desenvolvidas frente aos casos de violência à criança; e Avanços e desafios na

perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados à criança vítima de violência intrafamiliar.

4.6 Aspectos éticos

O projeto para construção dessa dissertação foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), veiculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme determinações da Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, a qual determina as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos, de modo a garantir aos participantes: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013).

Recebeu aprovação em 29 de março de 2019, mediante o parecer consubstanciado nº 3.232.763 e parecer CAAE 07292819.1.0000.5292. Desenvolveu-se com financiamento próprio e não houve conflitos de interesse envolvidos.

O risco ou desconforto atribuído à realização deste estudo foi mínimo, entretanto, podemos associá-lo a uma remota possibilidade na identificação do entrevistado por meio da exposição de suas ideias e opiniões. Porém, o pesquisador assumiu a responsabilidade por qualquer dano moral decorrente do risco previsto, bem como a concessão de indenizações, haja vista sua necessidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de um artigo científico, o qual foi intitulado “Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde” e foi submetido à *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, de acordo com os critérios Qualis da CAPES, por esta razão seguirá suas normas padrão para publicação.

ARTIGO: DESVELANDO A VIOLÊNCIA À CRIANÇA NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resumo: Objetivou-se identificar a percepção das equipes, de unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), acerca da violência à criança no contexto familiar, em um município do nordeste brasileiro. Investigação exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. Desenvolveu-se em dois momentos: entrevista com questionário semi-estruturado, seguida de 01 grupo focal em 01 unidade referência no cuidado. Para processamento dos dados quantitativos, utilizou-se o programa Microsoft Excel, versão 2013. Para os dados qualitativos, a análise de conteúdo, segundo Bardin e os princípios do Interacionismo Simbólico de Herbet Blummer. Os resultados revelaram predominância da violência por negligência com 33% e da violência psicológica, 31,4%. A maioria dos profissionais, 75,7%, nunca participou de cursos de capacitação sobre Linha de Cuidados. Há valorização em referir situações de violência para os serviços especializados, quando 45,7% dos participantes relataram que estes serviços estão parcialmente iniciados e as unidades de APS, com 81,4%, não iniciados. A percepção destas equipes revela a necessidade de agregar competências e atitudes no sentido de construção de práticas/políticas públicas de articulação da rede psicossocial e gestão compartilhada do cuidar. Almeja-se, portanto, promover um diálogo entre os diversos atores envolvidos com a temática da violência na infância, ainda invisível nas práticas do cuidado.

Palavras-chave: Saúde da criança. Violência infantil. Atenção Primária a Saúde.

Introdução

A violência caracteriza um grave problema de Saúde Pública e fenômeno que abrange qualquer ação ou omissão que gere comprometimento ao bem-estar biopsicossocial e ao desenvolvimento integral do ser humano. Corresponde a uma execrável violação aos Direitos

Humanos, cujos danos impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas (MOTA et al, 2018).

Quando perpetrada contra crianças, indivíduos na faixa etária de zero a nove anos, é representada por toda forma de abuso que se desdobre a partir de uma relação de responsabilidade ou poder e que resulte em dano à dignidade, saúde e desenvolvimento infantil. A negligência, a violência física, psicológica e sexual são as formas mais frequentes de maus tratos à criança, as quais ocorrem, em sua maioria, no domicílio (BRASIL, 2018; MACEDO et al, 2019).

Estudos realizados pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e publicadas recentemente, revelaram que anualmente, 275 milhões de crianças em todo o planeta são vítimas da violência intrafamiliar. Na América do Sul e no Caribe, sete em cada dez crianças (67%), entre 1 e 14 anos, já sofreram agressões corporais. O Brasil segue a mesma tendência apresentando 68% das crianças (30,3 milhões), na mesma faixa etária, com relatos de violência corporal praticada em seio familiar (TEIXEIRA, 2016; GLOBAL REPORT, 2017).

Dados do principal veículo de comunicação das violações aos direitos humanos no país, o “Disque 100”, apontam que em 2017, registrou-se 84,049 denúncias de violência contra crianças, um total de 10% a mais em relação a 2016 (76.171 denúncias), sendo as principais violações, ao considerarmos que a maioria das notificações engloba mais de uma forma de agressão, a violência por negligência (61,416), a violência psicológica (39.561) e a violência física (33.105), onde 45% ocorrem no ambiente domiciliar (BRASIL, 2017).

O Brasil vem se destacando na construção de dispositivos legais para proteção a esse grupo vulnerável, a exemplo, podemos citar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, promulgado pela Lei Federal 8.069; a Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, em 2012; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2015, pela Portaria nº 1.130 (SOUTO et al, 2018).

Como eixo organizador do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), que apresenta como atributos essenciais o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, segundo Starfield, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o espaço mais adequado para assistir as crianças em situação de violência intrafamiliar (APOSTÓLICO et al, 2017) .

O trabalho em rede, executado a partir da APS reproduz uma estratégia operacional, que almeja articular políticas públicas no intuito de superar demandas complexas, a rede psicossocial, por exemplo, visa promover uma assistência de saúde qualificada para grupos vulneráveis, tais como as crianças vítimas da violência (BRASIL, 2011; LOLIS; MOREIRA, 2016).

Para Lolis; Moreira (2016) trabalhar em rede caracteriza uma gestão do cuidado compartilhado que vislumbra o planejamento de ações através do matriciamento, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a busca por resultados positivos, estruturados coletivamente, de modo ágil, com a máxima utilização dos recursos e a ampla garantia de continuidade dos programas das Redes de Proteção.

Faz-se pertinente, portanto, compreender a concepção das equipes da atenção primária em relação à temática em discussão. Desta forma, ao reconhecermos às fragilidades no acesso a saúde, a magnitude da vulnerabilidade à violência em muitas regiões do país, as falhas na formação dos recursos humanos, a carência de protocolos e fluxos assistenciais, a subnotificação desse agravo e, ao considerarmos a subjetividade que permeia o fenômeno abordado, questionamo-nos: Qual a percepção das equipes, de APS, acerca da violência à criança no contexto familiar?

Por vezes, não é dada a oportunidade de fala aos profissionais dos serviços de saúde, os quais têm a plena capacidade de contribuir com reflexões críticas/reflexivas que norteiem a construção do “percurso de atenção e proteção” à criança em situação de violência. Assim sendo, objetivamos descrever como são identificados e acolhidos os casos de violência à criança no contexto intrafamiliar; que ações e estratégias são desenvolvidas frente a suspeita ou constatação do ato violento; e visualizar os principais avanços e desafios, na perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social à criança.

Métodos

Este artigo foi elaborado a partir de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com suporte da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), cujo foco foi identificar a percepção das equipes, de APS, acerca da violência à criança no contexto familiar, em um município da região Nordeste do Brasil.

A investigação foi do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. Desenvolveu-se em dois momentos: Para a realização da entrevista, utilizou-se

questionário semi-estruturado, o qual possuía questões abertas e fechadas. Participaram todos os profissionais de saúde das 08 Unidades Saúde da Família (USF), que preencheram os critérios de inclusão, a seguir: categorias médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com tempo de experiência na USF maior/igual a 1 ano. Foram excluídos os que eventualmente estavam de férias, licença ou afastados por motivo de doença no período destinado a realização da coleta de dados. Perfez um total de 70 participantes, 87,5% dos profissionais atuantes nas USF.

A entrevista teve início com a caracterização dos sujeitos da pesquisa (sexo, idade, categoria profissional, tempo de experiência na USF, participação em cursos de capacitação em linha de cuidado, se já presenciaram ou vivenciaram alguma situação de violência à criança no contexto familiar e a percepção sobre a forma mais frequente desse evento). Dando seguimento ao estudo, visualizou-se como é identificada a violência à criança em âmbito intrafamiliar, quais as necessidades enfrentadas para atender a esta demanda e como a gestão municipal apóia a implementação da Linha de Cuidado.

Posteriormente, as questões fechadas do questionário se reportaram aos Indicadores de monitoramento/implementação da Linha de Cuidado para atenção integral à saúde da criança. Este instrumento atribui parâmetros de avaliação aos indicadores de estrutura e processo das quatro dimensões dessa Linha, a saber: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na Rede de Cuidado e Proteção Social (MAGALHÃES, 2011). A aplicação do questionário ocorreu após o pesquisador realizar a exposição dos objetivos do estudo e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para um aprofundamento ou refinamento das questões da pesquisa, foi desenvolvido ainda um grupo focal, contemplando os mesmos critérios de inclusão, agregando os de maior especificidade para linha de cuidado, a saber: USF de “referência” na linha de cuidado, com iniciativas de qualificação da estrutura e ambiência, estar inserida em área de vulnerabilidade familiar à violência infantil, possuir todos os membros da equipe, ser unidade aberta a ações de educação permanente.

Trabalhou-se com sete profissionais, conduzidos por dois pesquisadores, um relator e um moderador, que norteou as atividades de discussão, por meio de um roteiro de questões, que contemplava os objetivos da pesquisa. Teve duração de 93 minutos, obedecendo ao critério de saturação teórica dos dados. Antes de iniciar as atividades, o pesquisador fez a exposição dos objetivos do grupo, explanou as regras, sinalizou os questionamentos centrais

acerca dos quais a discussão se concentrou, apresentou e solicitou que todos assinassem ao TCLE.

As discussões foram arquivadas em gravador de voz digital, posteriormente transcritas integralmente para o programa Microsoft Word versão 2013. Com vistas a garantir o anonimato dos participantes, foram atribuídos nomes fictícios de pedras preciosas.

Para o processamento dos dados quantitativos, foi utilizado o programa de tabulação Microsoft Excel versão 2013, por facilitar a análise das informações, cujos resultados foram atribuídos nas formas de frequências absolutas e relativas, segundo parâmetros de implementação adotados pelo questionário: Não iniciado, Parcialmente efetivado ou Efetivado. Realizou-se uma análise descritiva dos parâmetros de implementação.

Para as questões abertas da entrevista e para o grupo focal, o tratamento dos dados ocorreu mediante Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Portanto, optamos pela Análise Temática Categorial, a qual foi realizada em etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, e por último, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Além disso, os resultados foram analisados conforme os princípios do Interacionismo Simbólico de Herbet Blummer (Blummer, 1969).

Para Blummer (1969) os indivíduos se comportam com as coisas, conforme o significado que as mesmas possuem para eles; com prontidão relata que esse significado sobrevém da interação social que o indivíduo desenvolve com seus semelhantes; por último, defende que, a partir de um processo interpretativo, os significados podem mudar, passar por manejo e/ou serem utilizados pelo indivíduo para lidar com as coisas que ele se defronta cotidianamente.

Após leitura exaustiva, buscando consensos, elementos representativos e significativos em relação à temática desse estudo, seguida da exploração do material empírico, que consistiu substancialmente em ações de codificação e decodificação, definiu-se três categorias de análise: Identificação e acolhimento aos casos de violência à criança; Ações e estratégias desenvolvidas frente aos casos de violência à criança; e Avanços e desafios na perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados à criança vítima de violência intrafamiliar.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), veiculado à UFRN, conforme determinações da Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação em 29 de março de 2019, mediante o

parecer consubstanciado nº 3.232.763 e parecer CAAE 07292819.1.0000.5292. Possuiu financiamento próprio e não houve conflitos de interesse envolvidos.

Resultados e discussão

Perfil dos entrevistados

A Tabela 1 corresponde às variáveis relacionadas aos dados coletados através do questionário, que caracterizam o perfil dos entrevistados. Visualizamos predominância do sexo feminino, 90% (N=60), a categoria profissional que mais contribuiu foram os ACS, 58,6% (N=41), no que se refere à faixa etária, 37,2% (N=26) pertenciam ao segmento produtivo da sociedade, entre 30 e 40 anos e, no que diz respeito ao tempo de experiência em USF, 50% (N=35) possuíam entre 11 e 20 anos de serviço público.

Quando questionados acerca da participação em cursos de capacitação sobre Linha de Cuidados, 75,7% (N=53) afirmaram nunca terem recebido qualificação em relação a esta temática. Do total de entrevistados, 87,1% (N=61) afirmaram que já presenciaram ou vivenciaram alguma situação de violência no contexto familiar em sua prática laboral. Desses depoentes, destaca-se que 33% (N=23) enfatizaram como a forma de violência mais frequente a negligência e sequencialmente, 31,4% (N=22) citaram a violência psicológica.

Tabela 1: Perfil e caracterização dos participantes.

VARIÁVEIS	Caracterização dos Participantes	
	f	%
Sexo		
Feminino	60	90
Masculino	10	10
Categoria profissional		
Médico	02	3
Enfermeiro	07	10
Técnico de enfermagem	12	17,1
ACS	41	58,6
Odontólogo	03	4,2
Técnico de Saúde Bucal	05	7,1
Idade		
20 - 30 anos	12	17,1
30 - 40 anos	26	37,2
40 - 50 anos	22	31,4
Acima de 50 anos	10	14,3
Tempo de experiência em USF		
Até 5 anos	21	30
6 - 10 anos	06	8,6
11 - 20 anos	35	50
Mais de 20 anos	08	11,4
Participação em curso de capacitação sobre Linha de Cuidado		
Não	53	75,7
Sim	17	24,3
Presenciou ou vivenciou alguma situação de violência no contexto familiar?		
Não	09	12,9
Sim	61	87,1
Forma mais frequente de violência identificada		
Sexual	03	4,2
Negligência/abandono	23	33
Psicológica	22	31,4
Física	13	18,5
TOTAL	70	100%

Fonte: Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde, 2019.

Chama-nos a atenção o fato de que, embora tendo vivenciado cenas de violência à criança no contexto familiar em seu longo percurso laboral, as estratégias de Educação Permanente se apresentam incipientes, haja vista que os participantes, em sua maioria, nunca vivenciaram ações de capacitação em Linha de Cuidado que pudessem prepará-los para atuar nesta temática, mesmo se considerarmos a inserção familiar e comunitária da práxis do ACS, elo central entre o domicílio e a USF.

Ressalta-se que a baixa adesão a cursos de capacitação possa ser compreendida pelo fato de que, no Rio Grande do Norte, eles foram ofertados e voltados, exclusivamente, para profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, os quais não caracterizam a categoria profissional mais expressiva neste estudo. Estes momentos de construção social, com toda a equipe, permitiriam o relato de sentimentos e o planejamento de estratégias de enfrentamento com menor dificuldade e maior resolutividade.

Questionamo-nos se os gestores e os próprios trabalhadores da saúde se sentem mobilizados para debater a violência infantil, uma vez que se trata de uma problemática complexa e multifacetada, quase sempre, velada pela sociedade, pois, engloba vergonha, medo, sentimento de impunidade e segredos silenciados.

O Ministério da Saúde através da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, propõe ações de educação permanente para todos os profissionais da rede de cuidados e proteção social, no intuito de capacitá-los ao desenvolvimento de habilidades e competências para assistir integralmente os menores vulneráveis e/ou vulnerados (BRASIL, 2014; EICHHERR; CRUZ, 2017).

No tocante a forma de violência mais frequentemente identificada nesta pesquisa, um estudo similar realizado no Estado do RN, em 2014, revelou conforme dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR), 5.476 denúncias de violência contra crianças, dessas se destacam 2.041 casos de abuso por negligência familiar (SANTOS 2017).

Indicadores de monitoramento/implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à saúde da criança

Os resultados apresentados a seguir correspondem às dimensões da linha de cuidado, indicadores de monitoramento e implementação, obtidos na aplicação do questionário.

No Quadro 1, referente ao aspecto/dimensão Acolhimento, observamos que os quatro primeiros indicadores foram vistos pelos entrevistados como parâmetros de implementação não iniciados, com percentuais acima de 60%. Apenas o quinto indicador, relacionado à identificação, avaliação, primeira abordagem e encaminhamento na rede, foi visto como parâmetro parcialmente efetivado, 70% (N=49), o que nos faz ponderar em que componentes da linha de cuidado ocorre a intervenção dessas equipes.

Quadro 1: Avaliação do aspecto/dimensão acolhimento.

ASPECTOS/DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	TOTAL DE ENTREVISTAS	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO					
			NÃO INICIADO		PARCIALMENTE		EFETIVADO	
			f	%	f	%	f	%
ACOLHIMENTO (Avaliação de risco, ambiência, atendimento e seguimento na rede)	1 - Área de recepção adequada que permita fácil movimentação de crianças em situação de violências, visando minimizar a curiosidade dos presentes.	70	62	88,6%	5	7,1%	3	4,3%
	2 - Sala ou espaço acolhedor disponível e com objetivos lúdicos para receber crianças em situação de violências.		61	87,1%	9	12,9%		0,0%
	3 - Recepção com profissional capacitado (a) para realizar o acolhimento de crianças e suas famílias em situação de violências.		53	75,7%	17	24,3%		0,0%
	4 - Equipe interprofissional sensibilizada /capacitada para o acolhimento em todas as dimensões de cuidado.		48	68,6%	22	31,4%		0,0%
	5 - Equipe preparada para identificar e avaliar situação de risco, e realizar a primeira abordagem; e encaminhar para atendimento e/ou seguimento para a rede, caso o serviço não disponha de recursos técnicos e administrativos para atendimento.		3	4,3%	49	70,0%	18	25,7%

Fonte: Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde, 2019.

Esta dimensão mostra fragilidade no momento em que o acolhimento, com espaço de escuta qualificada, não se encontra efetivado, podendo constituir uma barreira de acesso aos demais componentes da linha de cuidado. Faz-se pertinente romper o paradigma de que o acolhimento se limita a um espaço físico ou profissional determinados, portanto, emerge a necessidade de instrumentalizar as equipes e USF, com um posicionamento ético que promova vínculos, corresponsabilização e continuidade da atenção.

Carlos; Pádua; Ferriani (2017) enaltecem que a forma de acolher a criança e sua família em situação de violência intrafamiliar se torna fundamental para humanização e qualificação do cuidar, sendo essencial para garantia da continuidade do trajeto dessa família ao longo de uma linha de cuidado.

O Quadro 2 demonstra o aspecto/dimensão Atendimento, em que todos os indicadores foram observados pelos participantes, como parâmetros de implementação não iniciados, com percentuais acima do 70%. A exceção foi o quarto indicador, relacionado ao serviço de

referência especializado, o qual foi citado como parâmetro parcialmente efetivado por 45,7% (N=32) dos entrevistados.

Podemos inferir que embora existam equipamentos municipais ou regionais aptos a receber vítimas da violência infantil, a rede se fragmenta quando não ocorre o acolhimento e o atendimento inicial da USF, fragilizando a interação e a comunicação entre os pontos de atenção, em especial, da USF como articuladora da rede.

Portanto, o não estabelecimento de fluxos, protocolos, linha de cuidado, referência/contrarreferência, construção de PTS e disponibilidade de equipe multiprofissional na APS, trabalhando em uma perspectiva interdisciplinar, enfraquece o cuidado integral preconizado pelo SUS e pela Assistência Social, na Rede Psicossocial.

Quadro 2: Avaliação do aspecto/dimensão atendimento.

ASPECTOS/DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	TOTAL DE ENTREVISTAS	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO					
			NÃO INICIADO		PARCIALMENTE		EFETIVADO	
			f	%	f	%	f	%
ATENDIMENTO (Diagnóstico, tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços da Atenção Básica, ambulatorial, de urgência e hospitalar)	1 - Projetos Terapêuticos Singularizados, elaborado por equipe interdisciplinar	70	61	87,1%	8	11,5%	1	1,4%
	2 - Protocolo/Linha de cuidado para a Atenção Domiciliar por equipe multiprofissional		51	72,8%	19	27,2%	0	0,0%
	3 - Protocolo/Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças e suas famílias em situação de violências, com referência e contra referência na rede de saúde.		52	74,3%	18	25,7%	0	0,0%
	4 - Fluxos e/ou serviço especializado para tratamento e cuidados profiláticos em decorrência de violência sexual, no município ou serviço regionalizado, com referência e contra - referência		28	40,0%	32	45,7%	10	14,3%
	5 - Equipes multiprofissionais (médicos - pediatra, clínico, ortopedista, psiquiatra - Enfermeiro (a), psicólogo, assistente social), atuando no serviço com protocolo de atendimento em Linha de Cuidado.		57	81,4%	13	18,6%	0	0,0%
	6 - Equipes interdisciplinares para atendimento psicossocial de crianças em situação de violências (médico, assistente social, psicólogo, pedagogo e outros), com fluxos e protocolos definidos.		62	88,6%	8	11,4%	0	0,0%

Fonte: Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde, 2019.

A falha na atuação e comunicação entre os profissionais da USF com os da rede de referência é vista como um dos aspectos que comprometem as estratégias de proteção as vítimas. Desse modo, muitos casos são silenciados, ignorados, arquivados ou considerados solucionados, quando na verdade os vitimizados recebem atendimento imediato, descontinuado e, retornam as suas casas, onde seguem vulneráveis (SCHEK et al, 2018).

Há uma valorização pelas USF de referir as situações de violência para os serviços especializados, quando 45,7% (N=32) dos participantes relataram que estes serviços estão

parcialmente iniciados e as USF com 81,4% (N=57), não iniciados. Provavelmente há um movimento desarticulado e concentrado geograficamente, para organizar a linha de cuidado priorizando os serviços de referência.

O Quadro 3, apresenta o aspecto/dimensão Notificação com todos os indicadores evidenciando parâmetros de implementação não iniciados, com percentuais superiores a 40%. Esta dimensão sinaliza que apesar de todo arcabouço legal construído no Brasil para promover obrigatoriedade à notificação do evento em debate, este ainda se configura como fenômeno invisível aos profissionais da saúde, o que leva a uma omissão das políticas de saúde e medidas protetivas, frente à criança em situação de violência.

Quadro 3: Avaliação do aspecto/dimensão notificação.

ASPECTOS/DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	TOTAL DE ENTREVISTAS	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO					
			NÃO INICIADO		PARCIALMENTE		EFETIVADO	
			f	%	f	%	f	%
NOTIFICAÇÃO (Registro na Ficha/MS, alimentação do SINAN-net e comunicação ao Conselho Tutelar)	1 - Acesso à Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências	70	32	45,7%	15	21,4%	23	32,9%
	2 - Condições/incentivos para implementação do Módulo de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva Contínuo) e alimentação do Sinan-Net.		48	68,6%	22	31,4%	0	0,0%
	3 - Fluxo definido de referência e contra-referência na rede de saúde (Saúde da Família, Unidades Básicas, Políclínicas, Caps, Capsi, Caps ad, Caps III, serviços especializados, ambulatorial e hospitalar etc), com gestão da Vigilância em Saúde/Epidemiológica da SMS e do Distrito Federal.		39	55,7%	30	42,9%	1	1,4%
	4 - Fluxo definido entre rede de saúde e a rede de proteção social, especialmente o Conselho Tutelar, Assistência Social, Escolas e os outros dispositivos da rede.		46	65,7%	23	32,9%	1	1,4%
	5 - Equipe interdisciplinar sensibilizada e capacitada para o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, do Ministério da Saúde.		59	84,3%	10	14,3%	1	1,4%

Fonte: Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde, 2019.

A concepção das equipes sobre a notificação dos casos de violência segue o mesmo caminho relacionado ao acolhimento e atendimento, demonstrando que prevalece a concepção de não responsabilização no âmbito da APS. Provavelmente, por não compreenderem a importância dos componentes articulados da Linha de Cuidado que deveriam ocorrer de forma complementar na USF.

Ademais, a tenuidade de regulamentos que sustentem procedimentos técnicos, os lapsos no reconhecimento da violência nos serviços de saúde, as falhas no sigilo profissional e a comunicação deficiente entre os equipamentos da rede, têm se tornado barreiras a serem transpostas para fortalecer a notificação da violência infantil (GARBIN et al, 2015).

Neste sentido, desponta a inevitabilidade de discutir esta temática de modo multiprofissional, sob uma abordagem interdisciplinar, que promova uma reorganização dos serviços, em especial da APS, coordenadora da Rede Psicossocial, com vistas a fortalecer a notificação, como eixo primordial na geração de dados epidemiológicos norteadores de políticas públicas, assim como da oferta do cuidado longitudinal no seu território.

Por fim, o Quadro 4 expõe o aspecto/dimensão Seguimento na Rede com todos os indicadores revelando parâmetros de implementação não iniciados, com percentuais maior/iguais a 60%. Chama a atenção o desconhecimento dos principais pontos de atenção e a inexistência de um mapeamento dos equipamentos sociais da Rede Setorial, no território, bem como de fluxos definidos de referência e contrarreferência entre os diversos seguimentos da mesma, evidenciados por 86,6% (N=62) dos entrevistados.

Quadro 4: Avaliação do aspecto/dimensão seguimento na rede.

ASPECTOS/DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	TOTAL DE ENTREVISTAS	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO					
			NÃO INICIADO		PARCIALMENTE		EFETIVADO	
			f	%	f	%	f	%
SEGUIMENTO NA REDE (Acompanhamento do caso na rede de saúde e/ou encaminhamento e acompanhamento para outros equipamentos no território)	1 - Mapeamento da rede de serviços de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Unidades Básicas) e da Média e Alta Complexidade (Serviços/Centros de atenção especializados, ambulatorios, policlinicas, Caps, Capsi, Caps ad, Caps III, urgências e hospitais)	70	62	88,6%	7	10,0%	1	1,4%
	2 - Mapeamento da rede de promoção, proteção e defesa - equipamentos de assistência social (CRAS e CREAS), Conselho Tutelar, educação, segurança pública, Varas da Infância e Juventude, delegacias, Ministério Público, identificados como integrantes do sistema de garantia de direitos.		42	60,0%	26	37,1%	2	2,9%
	3 - Equipe interprofissional sensibilizada e capacitada para realizar o seguimento (encaminhamento e acompanhamento) na rede de cuidado e de proteção social.		46	65,7%	23	32,9%	1	1,4%
	4 - Fluxos definidos de referência e contra referência na rede de saúde e fluxo da rede de proteção intersetorial		62	88,6%	8	11,4%	0	0,0%

Fonte: Desvelando a violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes da Atenção Primária à Saúde, 2019.

Outro aspecto que evoca a um olhar crítico é o fato dos entrevistados conseguirem visualizar um mapeamento da rede de promoção, proteção e defesa, mais valorizado e compreendido, do que a própria rede de cuidados no âmbito da saúde. Os indicadores de estrutura e processo denotam a necessidade de organização do mapa da rede de saúde e redefinição dos fluxos de atenção, para que assim, haja eficácia nas ações proteção e cuidado à criança.

Schek et al (2018) apontam que a desorganização dos fluxos oportuniza intervenções limitadas, não havendo averiguação de efetividade das condutas aplicadas, associado a isso, a falha na comunicação entre os profissionais convergem para que muitos eventos sejam arquivados e as crianças permaneçam expostas a novas agressões, consolidando a cultura do medo e do silêncio.

As práticas do cuidado na perspectiva dos profissionais

Os resultados apresentados a seguir, obtidos através da entrevista com o questionário e com o grupo focal, foram agrupados por dimensões: acolhimento, atendimento/ações, notificação, seguimento na rede, avanços e desafios no cuidado, sendo estes, os mesmos utilizados para conformação da Linha de Cuidado.

Identificação e acolhimento aos casos de violência à criança

A percepção geral acerca da violência à criança no contexto familiar, na perspectiva dos depoentes, evidencia a natureza e os tipos de atos violentos perpetrados na infância:

Ouro: violência à criança é todo tipo de violência física, verbal, psicológica e principalmente sexual, mas a gente vê muito mais a violência por negligência e psicológica.

Rubi: É violência a criança não ter espaço para dormir. Tem criança que a mãe nem sabe quem é o pai, isso é violência, mesmo a gente sabendo que ela ocorre por condições de pobreza, mas enfim...

A avaliação subjetiva em relação à temática em discussão nos revela predominância da negligência e da violência psicológica, convergindo com os resultados do questionário, quando nos reportamos à forma mais frequente de violência identificada. É válido que cada indivíduo apresenta por base de suas ações os símbolos por ele interpretados e definidos. Assim sendo, Rubi nos chama atenção ao atrelar à predisposição a “violência” a condições de “pobreza”.

Notoriamente, as situações de grave negligência familiar põe em risco a qualidade de vida das crianças. Todavia, existem situações que suscita considerações, uma vez que expressam ausência de políticas públicas ou condições impostas por inviabilidade financeira, cultural ou social da família, assim, torna-se oportuno uma criticidade em relação aos termos família negligente ou negligenciada (MATA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017).

O cenário sócio-cultural em que se desdobra a violência psicológica é relevante, na medida em que esta forma de abuso depende substancialmente do contexto em que a criança

se insere. Apesar dos relatos escassos na literatura, sendo praticamente ignorada pela sociedade, atrela-se a todos os outros tipos de violência (NUNES; SALES, 2016).

Quando questionados a respeito da identificação dos atos violentos, dentro da prática laboral na Atenção Básica, os profissionais atribuíram um significado positivo a “visita domiciliar” como instrumento de aproximação dos trabalhadores ao contexto em que os sujeitos se inserem:

Água Marinha: Na visita domiciliar você observa a condição de vulnerabilidade. Na casa não tem comida e a renda é uma bolsa família.

Esmeralda: Em visitas domiciliares, observando crianças com cartão de vacinas atrasadas, que presenciam ato sexual entre adultos, privadas de ir à escola, observando marcas pelo corpo.

Os depoimentos salientam a importância da visita domiciliar no mapeamento de situações complexas que necessitem de um olhar reverente para a construção de políticas públicas resolutivas às demandas infantis. Esta percepção se tornou possível a partir da interação dos profissionais com o mundo de objetos (experiências) no transcorrer de suas vivências na USF.

Muito embora essa visita se desdobre como atividade inerente a todos os profissionais atuantes na atenção primária, o ACS por trabalhar essencialmente com esse instrumento, tem papel primordial no diagnóstico familiar, sendo fundamental, com as necessidades identificadas na visita, trazê-lo para o planejamento da equipe e para a centralidade do cuidado.

Para Rocha et al (2017) essa maior proximidade com o domicílio e modo de vida das pessoas promove uma supervalorização da dimensão subjetiva das práticas do cuidado, ao criar espaços de comunicação e troca de saberes que podem direcionar o planejamento e a execução de planos de ação, com a participação da equipe e da família.

Uma vez visualizados como são identificados os casos de violência, voltamo-nos ao acolhimento dessa demanda nas USF. Apesar dos indicadores do questionário terem revelado um acolhimento ainda incipiente, em uma abordagem subjetiva, os depoentes expõem um acolher realizado e/ou idealizado da seguinte maneira:

Diamante: Podemos acolher, ouvindo. Mas esse acolhimento deve ser multiprofissional.

Água Marinha: Eu primeiramente iria receber, escutar a criança, depois seu familiar, entendeu? Tem que ouvir e investigar o caso.

Safira: O acolhimento a criança é fácil ter na Unidade, todos podemos sentar e ouvir.

O acolher, sob uma perspectiva interacionista, perpassa por concepções de “receber”, “ouvir”, “conversar” e “investigar”. Visto isso, reverbera um pensamento crítico em relação ao papel do profissional como “investigador”, pois, tal concepção pode mascarar uma atribuição que não compete ao profissional de saúde.

Macedo; Conceição (2017) discorre sobre um acolhimento com escuta empática e com abstenção de julgamentos ético-morais, portanto, qualificado para compreender a realidade subjetiva, bem como as condições objetivas que mantêm o ciclo da violência e cerceiam os direitos da criança.

O acolhimento multiprofissional, vislumbrado por Diamante, oportunizaria um cuidado compartilhado, na medida em que facilitaria o diagnóstico das situações de violência, o planejamento de PTS e mobilizaria os profissionais da rede, em cada eixo de atuação, no intuito de prevenir e cuidar das crianças vitimizadas.

O PTS representa uma ferramenta que integra saberes profissionais, onde diante de uma realidade individual e/ou coletiva, de modo interdisciplinar, moldam-se estratégias de enfrentamento a agravos, oportunizando mudanças de hábitos, qualidade de vida, além de promover estratégias de fortalecimento familiar para a proteção e autocuidado no cotidiano da violência. (BRASIL, 2007).

Ações e estratégias desenvolvidas frente aos casos de violência à criança no contexto familiar

As percepções dos profissionais, da USF de referência, quanto às ações e estratégias desenvolvidas pela APS, frente às situações identificadas como abuso infantil, remetem-nos ao modo como essa criança é atendida:

Ouro: o atendimento é assim, a criança chegou, é acolhida, em seguida, vai ser atendida pelo médico ou pelo enfermeiro para ser examinada, escutada e para que seja feito o direcionamento, de acordo com a forma de violência. Vamos tentar resolver o caso!

Safira: Se precisar de alguma interferência com relação à análise de violência sexual a gente vê, se for a psicológica a gente tenta reverter em uma conversa, tenta dar um acompanhamento melhor a família.

Os discursos analisados no grupo focal, da USF de referência, levam-nos a definição de um fluxo de acolhimento e atendimento diferenciado, embora apresente a mesma composição das demais Unidades do município, destaca-se por estar inserida em área

vulnerável à violência infantil domiciliar. Ressalta-se que a avaliação do aspecto/dimensão acolhimento e atendimento, do conjunto das USF, nos quadros 1 e 2, revelou incipiência de tais estratégias.

A fala de Safira provoca inquietude quanto ao modo como os casos de abuso psicológico são conduzidos, uma vez que este pode gerar feridas tão profundas e dolorosas quanto qualquer outra natureza da violência.

Os maus tratos psicológicos para Silva; Melo (2018) se imbricam aos demais tipos de violência e, apesar de não serem evidenciados em marcas corporais, geram danos que dilaceram a alma, tais como a depressão, ideação suicida e dissociação afetiva, requerendo condução efetiva pelos profissionais da rede de atenção.

Uma vez realizado o acolhimento e o atendimento à criança violentada e/ou vulnerabilizada, faz-se pertinente a notificação desse agravo. Todavia, percebemos nos depoimentos que esta etapa do processo de cuidado se encontra fragilizada:

Rubi: A notificação eu não faço, não conheço a ficha, nunca fui capacitada, portanto, não faço.

Ouro: A notificação é feita geralmente pelo enfermeiro. Deve ser preenchida a ficha e encaminhada para secretaria municipal de saúde, porque o SINAN é centralizado lá.

As falas em apreço nos revelam, dentro de uma perspectiva interacionista, que as falhas na “notificação” perpassam por relatos de “desconhecimento da ficha” e “ausência de capacitação” para preenchê-las. Visto isso, observamos um consenso ao evidenciado no quadro 3 (avaliação dos aspecto/dimensão notificação) pelos participantes. Os resultados foram similares quando comparados os relatos das USFs e da USF de referência.

Para Santos; Yakuwa (2015) estratégias de capacitação e sensibilização dos profissionais proporcionam conhecimentos que garantem maior assertividade para o desenvolvimento de habilidades na prevenção, detecção, segurança para efetuar a notificação e construção de parcerias com a rede de proteção.

Ademais, destaca-se a centralidade da notificação como atribuição de profissionais definidos, sendo geralmente o enfermeiro considerado agente notificante. Entretanto, o Ministério da Saúde publicou, em 2011, a Portaria nº 104, enaltecendo a notificação de atos violentos como obrigatório a todos os trabalhadores da saúde (CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017).

O seguimento na rede de cuidado e de proteção social é relatado pelos depoentes de modo desordenado, com carência de fluxos/protocolos que integrem um cuidar compartilhado, entre os diversos atores envolvidos com a temática em evidência:

Topázio: Se a criança for encaminhada na rede, nós do posto temos que ir lá para saber como é que está sendo o atendimento dessa criança, se ela está indo, se a família está sendo acompanhada também, né?

Diamante: No caso do acompanhamento, vamos encaminhar para o hospital, Conselho Tutelar, CREAS, dependendo do caso. Infelizmente a gente não tem uma contrarreferência.

Embora o quadro 4 (Avaliação do aspecto/dimensão seguimento na rede) nos mostre inconsistência dos parâmetros de implementação desse indicador, sentimos na fala de Topázio, o desejo dos profissionais da APS em dividir responsabilidades com outros equipamentos da rede, o que não se materializa em atitudes do cuidado. O ato de “encaminhar”, em momento algum, transparece o anseio em transferir integralmente a assistência à criança, mais sim, remete-nos a intenção de compartilhamento do cuidar.

Avanços e desafios na perspectiva do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social à criança vítima de violência intrafamiliar

Em meio às discussões fomentadas, deparamo-nos com os avanços na perspectiva da elaboração de uma Linha de Cuidado eficaz na proteção as crianças e suas famílias em situação de violência:

Ouro: O avanço é que a gente tenta se apoiar em equipe para tentar resolver a situação, né?

Diamante: Eu acho que iniciar o debate sobre o assunto já é um avanço.

Rubi: A melhoria da estrutura do posto foi um avanço para cuidar dessas crianças.

Outro avanço relatado pelos depoentes foi o surgimento dos equipamentos de proteção social e defesa, assim como da adesão a programas de incentivo ao cuidado e formação de vínculo com o agressor, no intuito de romper o ciclo da violência infantil:

Pérola: avanço foi aquele “Programa Cultura de Paz”, onde se capacitava para cuidar do agressor, mas o município não deu continuidade.

Topázio: Nós avançamos porque antes não tinha essa questão de psicólogo, assistente social, CRAS, antigamente não existia isso.

Os depoimentos supracitados revelam, sob a ótica do Interacionismo Simbólico, que os participantes deste estudo construíram um processo interativo com as experiências vivenciadas em seu contexto laboral, levando-os a reputar como “avanços” o desenvolvimento do “trabalho em equipe”, as iniciativas de “debate à temática”, a melhoria da “estrutura e ambiência” dos postos de saúde, o incentivo, ainda que pontual, a programas que norteiem o “cuidado ao agressor” e, por fim, o surgimento de “equipamentos de proteção”.

Os desafios para consolidar uma linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças em situação de violência são inúmeros. No entanto, precisamos iniciar um diálogo a partir dos sentimentos dos profissionais que estão em uma das portas de entrada, considerada estratégica no cuidado, do sistema de saúde:

Rubi: Os desafios são muitos, por que temos medo, por que você tá entrando na vida de outra pessoa.

Ouro: Não estamos preparados para receber uma criança em situação de violência. São casos bem grotescos que tem na área, tem que fechar os olhos e respirar fundo para não chorar.

Os sentimentos de “medo” e “impotência” permeiam uma verdadeira situação de guerra, onde o profissional se sente “acuado, limitado e paralisado” diante da incapacidade em exercer o seu papel de cuidador.

Nesta perspectiva, Santos; Yakuwa (2015) corrobora ao salientar que as equipes da APS alimentam um sentimento de medo, despreparo e desproteção para lidar com casos de violência intrafamiliar na infância, fato que tem gerado angústia e adoecimento entre os trabalhadores.

Outrossim, mais um desafio a ser superado é a necessidade de capacitação para lidar com a singularidade de cada evento:

Esmeralda: Acho que é um desafio a questão das capacitações, educação permanente e uma melhor investigação dos casos.

Safira: A gente precisaria de capacitação.

Uma vez capacitados, os profissionais teriam mais segurança para notificar os atos de violência identificados, haja vista que a pertinência da notificação e o combate a subnotificação foi vista, pelos depoentes, como forte desafio a ser superado:

Topázio: A questão da notificação fica a desejar, existe uma subnotificação até mesmo devido a sobrecarga de trabalho, a demanda é muito grande. Por isso, a subnotificação é um desafio.

Os desafios em apreço nos revelam sob a ótica do Interacionismo Simbólico que os motivos para “subnotificação” da violência infantil, perpassam por concepções de “sobrecarga de trabalho”, carência de “capacitações”, “educação permanente” e uma melhor “investigação” dos eventos.

Em conformidade a este estudo, Garbin et al (2015) explicita como causas da subnotificação o medo de sofrer represália, as falhas na capacitação dos profissionais, a sobrecarga de trabalho e as lacunas na atuação dos órgãos de proteção social que dariam retaguarda a APS.

A superação da fragmentação da Rede, no que concerne ao cuidado e a proteção social às crianças, também inspira um olhar crítico e um desafio a ser transposto de acordo com os discursos que se seguem:

Ouro: temos o trabalho em equipe, temos CRAS, CREAS, mas falta integração. Temos os equipamentos, mas eles não conseguem conversar.

Rubi: A rede não funciona.

Esmeralda: Não vemos ninguém mandar dizer a equipe: estamos acompanhando aquele caso, melhorou! Vocês também estão acompanhando? Não tem ligação, não tem elo.

A longa experiência profissional permite aos depoentes, dentro de um processo interacionista (entre o eu e o que ocorre no contexto), atribuir significados negativos ao trabalho em rede, “a rede não funciona”, “temos os equipamentos, mas eles não conseguem conversar”, “não tem ligação, não tem elo”. Predomina uma atitude passiva de “esperar que a rede” desempenhe o cuidado, quando na verdade, este deveria ser fundamentado na interação, comunicação e co-responsabilidade.

Assim, podemos inferir que o trabalho em rede suscita uma reorganização na busca pela garantia dos direitos, da democracia e integralidade da atenção à criança em situação vulnerável, bem como, o fortalecimento do papel e da identidade de cada profissional na iniciativa singular do cuidado. Convém destacar que, a linha de cuidado preconiza a notificação em sigilo e que o papel da equipe é acolhimento centrado no cuidado integral à criança, os encaminhamentos são complementares a necessidade de acionar instituições vinculadas às medidas protetivas.

Lolis; Moreira (2016) aponta que o trabalho em rede deveria ocorrer de modo articulado e intersetorial, porém, as políticas sociais não têm apresentado essa conformação, cada uma responde por seus serviços e objetivos para assistir ao mesmo indivíduo, tornando o

cuidar fragmentado e desconexo. Um exemplo emblemático é o do fluxo do cuidado distinto, quando observado o da saúde e o da assistência social, no enfrentamento setorial de um caso de violência à criança.

O apoio da gestão à implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Criança, também surge como desafio nos discursos que se seguem:

Turmalina: Outro desafio seria sensibilizar a gestão quanto a uma equipe multiprofissional para atender essa demanda. Tentar montar uma equipe melhor para o CRAS.

Granada: Falta capacitação e envolvimento da gestão.

Gemma: Apesar de existir no município alguns trabalhos realizados, ainda se precisa de uma rede mais direcionada a atenção e cuidados com a criança violentada.

Faraj; Siqueira; Arpini (2016) afirmam que é atribuição dos gestores municipais pactuarem e organizarem uma linha de cuidado estratégica para seguimento das crianças em situação de violência, bem como investir em educação permanente no sentido de empoderar os profissionais para promoção de novas práticas que superem as fragilidades da rede.

O cuidar aflora como grande desafio à APS:

Turmalina: Garantir a confiança da criança e da família é um desafio.

Safira: Um desafio é cuidar do agressor, porque a gente sabe que é um ciclo vicioso, vem de pai para filho e de uma geração inteira de violência que vai se perpetuando.

Ouro: Um desafio é cuidar da família, mas como fazer? lidamos com usuários de drogas e ex-presidiários, então, trabalhar com a família é um grande desafio.

Os discursos foram elaborados de modo a atribuir como “desafio” a ser superado, o “cuidar do agressor”, o “cuidar da família” e o proporcionar “confiança” aos violentados e agressores. Nessa lógica, o resgate aos valores da família com ênfase no afeto, união, proteção e aconchego, romperia com os conflitos, antagonismos e violações de direitos que postergam o ciclo da violência.

Conforme Barbosa et al (2016) as equipes da APS, de modo compartilhado aos demais equipamentos da rede, devem ofertar um cuidar direcionado à reconstrução da autoestima familiar, com reflexões acerca dos fatores originários de dificuldades, da importância das políticas sociais e econômicas de enfrentamento nos determinantes do processo saúde-doença,

e enaltecendo a relevância do campo socioafetivo para proteção e bem-estar no ambiente domiciliar.

Considerações finais

A percepção das equipes da APS sobre a violência à criança no contexto familiar nos remete a um olhar crítico quanto à necessidade de agregar competências e atitudes, fortalecer práticas/políticas públicas e articular a Rede de Proteção, no sentido do trabalhar intersetorialmente, com gestão compartilhada do cuidar, respeitando a singularidade de cada caso e, por fim, em Linha de Cuidado.

Esta pesquisa externou percepções desafiadoras no enfrentamento do cuidado, como as falhas e dificuldades nos aspectos, dimensões, indicadores e parâmetros para implementação da Rede Psicossocial, desde o acolhimento, perpassando pelo atendimento, notificação e seguimento na rede, o que evidencia um diagnóstico situacional inquietante, que suscita o planejamento de ações e a construção do “percurso de atenção e proteção” à violência infantil, em ambiente familiar, no município estudado.

Almeja-se que os resultados apresentados nesta pesquisa possam incitar o exercício e o diálogo urgente entre os diversos atores e instituições governamentais e não governamentais envolvidos com a temática da violência infantil, no desenvolvimento de políticas e práticas para impedir que crianças sejam re (submetidas) a situações evitáveis de desigualdade e violação dos direitos básicos, evidenciadas pela perpetuação dos atos violentos.

Intenciona-se, portanto, contribuir para transformação de uma triste e dolorosa realidade, que embora tenha sido discutida nesse estudo em um município de forma isolada, representa a necessidade de incorporarmos ao processo de trabalho e agenda da equipe na APS, de modo efetivo, às metodologias do cuidado compartilhado, tais como o matriciamento e a construção de PTS, possibilitando uma atenção em rede. Indubitavelmente, remetemo-nos a um grande desafio, que é o de efetivar uma prática reflexiva sobre o necessário cuidado compartilhado, em Rede Psicossocial, protegendo a infância e materializando os seus direitos essenciais.

Referências

APOSTÓLICO, M.R. et al. Accuracy of nursing diagnoses for identifying domestic violence against children. *Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo*, v. 51, p. 1-7, 2017.

BARBOSA, V. M. C. et al. A reinserção familiar de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar em acolhimento institucional por medida de proteção: o abuso sexual em foco. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 36, n. 21, p.286-309, 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: **Edições 70**; 2011.

BLUMMER, H. Symbolic interactionism perspective and method. Califórnia: **Prentice-Hall**. 1969.

BRASIL. Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Brasília, DF: **Editora do Ministério da Saúde**; 2007.

_____. Disque 100 registra 142 mil denúncias de violações em 2017. **Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos**, 2017.

_____. Portaria nº 1.130, de 2015. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2011.

_____. **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, 2014.

CARLOS, D. M.; PADUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C.. Violência contra crianças e adolescentes: a perspectiva da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 3, p. 511-518, junho de 2017.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p.432-445, 2017.

EICHHERR, L. M.; CRUZ, L. R. Violência contra crianças e adolescentes: (in) visibilidades e problematizações. **Revista do Departamento de Psicologia - PSI/UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, p.74-87, 2017.

FARAJ, S.P.; SIQUEIRA, A.C.; ARPINI, D.M. Rede de Proteção: O olhar de profissionais dos sistemas de garantia de direitos. **Temas em psicologia**. v.24, n.2, p.727-741,2016.

GARBIN, C.A.S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p.1879-1890, 2015.

Know Violence in Childhood. Ending Violence in Childhood. **Global Report**, 2017.

LOLIS, D.; MOREIRA, F. S. Trabalho em rede. Um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 19, n. 1, p.109-130, 2016.

MACEDO, D. M. et al . Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 487-496, 2019.

MACEDO, E. O. S.; CONCEICAO, M. I. G. Atendimento psicossocial a crianças e adolescentes em situação de violência: o psicólogo e a rede de atenção. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del-Rei , v. 12, n. 1, p. 129-146. 2017.

MAGALHÃES, M.L. **Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado**. / Maria de Lourdes Magalhães. -- 2011. 107 f.

MATA, N. T.; SILVEIRA, L. M. B.; DESLANDES, S.F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.2881-2888, 2017.

MOTA, R. S. et al. Prevalência e fatores associados à vivência de violência intrafamiliar por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 71, p.1086-1091, 2018.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p.871-880, 2016.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

SANTOS, J S.; YAKUWA, M.S. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. v. 15, n.1, p.38-43, 2015.

SANTOS, M.P. **Enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes:** uma análise da atuação da rede proteção do município do Natal/RN. 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SCHEK, G. et al. Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 1, n. 27, p.1-8, 2018.

SILVA, J.C.T.; MELO, S.C.A. Violência infantil: atuação do psicólogo no processo de auxílio à criança. *Psicologia e Saúde em debate*. Patos de Minas, v.1, n.4, p.61-84, 2018.

SOUTO, D. F. et al . Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1237-1246, 2018.

TEIXEIRA, E.S.G. As diversas faces da violência doméstica contra o menor no Brasil: medidas protetivas e punitivas aplicadas pelo nosso ordenamento jurídico. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIX, n. 154, 2016.

VIOLENCE OF CHILDREN IN THE FAMILY CONTEXT: PERCEPTION OF TEAMS OF THE BASIC HEALTH UNITS

Abstract: The objective of this study was to identify the perception of the teams of Primary Health Care (PHC) about violence against children in the family context, in a municipality in northeastern Brazil. Exploratory and descriptive research, with quantitative and qualitative approach. It was developed in two moments: interview with semi-structured questionnaire, followed by 01 focus group in 01 unit in care reference. For the processing of quantitative data, we used the Microsoft Excel program, version 2013. For qualitative data, content analysis, according to Bardin and the principles of Symbolic Interactionism by Herbert Blummer. The results revealed a predominance of negligent violence with 33% and psychological violence, 31.4%. Most professionals, 75.7%, have never participated in training courses on Care Line. There is appreciation in referring situations of violence to specialized services, when 45.7% of participants reported these services are partially started and PHC units, with 81.4%, not started. The perception of these teams reveals the need to aggregate competences and attitudes towards the construction of public practices / policies to articulate the psychosocial network and care shared management. Therefore, it aims to promote a

dialogue between the various actors involved with the theme of violence in childhood, still invisible in care practices.

Key Words: Child Health. Child Violence. Primary Health Care.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões que despontam a partir da percepção das equipes da APS acerca da violência à criança no contexto familiar nos remetem a um olhar crítico quanto à necessidade de agregar conhecimento, competências e atitudes, fortalecer práticas/políticas públicas e articular a Rede de Proteção, no sentido do trabalhar intersetorialmente, com gestão compartilhada do cuidar, respeitando a singularidade de cada caso e, por fim, em Linha de Cuidado.

Decerto, esta pesquisa externou as falhas e dificuldades nos aspectos, dimensões, indicadores e parâmetros para implementação da Linha de Cuidado, desde o acolhimento, perpassando pelo atendimento, notificação e seguimento na rede, o que evidencia um diagnóstico situacional inquietante, que suscita o planejamento de ações e a construção do “percurso de atenção e proteção” à violência infantil, em ambiente familiar, no município estudado.

Para tanto, com o intuito de superar esta problemática e ao reconhecermos a necessidade de descortinar a transgeracionalidade desse agravo, faz-se pertinente que os recursos humanos atuantes nos serviços estejam capacitados para lidar com as mais diversas situações e suas peculiaridades, por meio das metodologias do cuidado compartilhado, da notificação dos eventos, da articulação da rede de cuidado e de proteção social, no que tange a fluxos e protocolos; e por último, no fortalecimento do vínculo com as famílias mais frágeis.

No que concerne ao vínculo supracitado, passamos a ponderar sobre o papel do ACS como promotor desse fortalecimento, por representar o elo entre o usuário e a USF e, trabalhar prioritariamente com a visita domiciliar, principal instrumento utilizado na identificação da situação violenta, conforme visualizado nesse estudo. Portanto, o empoderamento desse profissional se torna oportuno, bem como colocá-lo na centralidade do cuidado à família vulnerável.

Destarte, almeja-se que os resultados apresentados nessa dissertação possam incitar o exercício e o diálogo urgente entre os diversos atores e instituições governamentais e não governamentais envolvidos com a temática da violência infantil, no desenvolvimento de políticas e práticas para impedir que crianças sejam re (submetidas) a situações evitáveis de desigualdade e violação dos direitos básicos, evidenciadas pela perpetuação dos atos violentos.

Intenciona-se, portanto, contribuir para transformação de uma triste e dolorosa realidade, que embora tenha sido discutida nesse estudo em um município de forma isolada, representa a necessidade de incorporarmos ao processo de trabalho e agenda da equipe na APS, de modo efetivo, às metodologias do cuidado compartilhado, tais como o matriciamento e a construção de PTS, possibilitando uma atenção em rede. Indubitavelmente, remetemo-nos a um grande desafio, que é o de efetivar uma prática reflexiva sobre o necessário cuidado compartilhado, em Rede Psicossocial, protegendo a infância e materializando os seus direitos essenciais.

REFERÊNCIAS

- APOSTÓLICO, M. R. et al. Accuracy of nursing diagnoses for identifying domestic violence against children. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p.1-7, 2017.
- ARIÉS, P. **História social da criança e a da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 22, p.2825-2840, 2017.
- BARBOSA, V. M. C.; ANTUNES, M. C.; PADILHA, M. G. S. A reinserção familiar de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar em acolhimento institucional por medida de proteção: o abuso sexual em foco. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 36, n. 21, p.286-309, 2016.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: **Edições 70**, p. 229, 2011.
- BATISTA, et al. AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Sanare**, Sobral, v. 15, n.2, p.87-93, 2016.
- BLUMMER, H. Symbolic interactionism perspective and method. Califórnia: **Prentice-Hall**. 1969.
- BRASIL. Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Brasília, DF: **Editora do Ministério da Saúde**; 2007.
- _____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
- _____. DISQUE 100 REGISTRA 142 MIL DENÚNCIAS DE VIOLAÇÕES EM 2017. **OUIDORIA NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS**, 2017.

_____. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. **Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2009.

_____. Lei nº 8.069, de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda)**. Brasília, 1990.

_____. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/Secretaria de Políticas de Saúde. **Caderno da Atenção Básica nº8**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria GM/MS n. 737 de 16/05/01 publicada no DOU n. 96 Seção 1e, de 18/05/01, Seção 1. Brasília, 2001b.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

_____. Portaria nº 1.130, de 2015. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. **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, 2014.

CABRERA, C. L. P.; CRUZ, G. P.; REYES, L. de La C. C. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. **Humanidades Médicas**, Cuba, v. 2, n. 17, p.415-435, 2017.

CARLOS, D. M.; PADUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C. Violência contra crianças e adolescentes: a perspectiva da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 3, p. 511-518, 2017.

CARLOS D. M., FERRIANI M.G.C. Family violence against children and adolescents in context: How the territories of care are imbricated in the picture. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.24, n.2735, p.1-8, 2016.

CARRILLO-URREGO, A. Castigos en la crianza de los hijos e hijas: un estado de la cuestión. **Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv**, Manizales , v. 16, n. 2, p. 719-740, Dec. 2018.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p.432-445, 2017.

COELHO, F. J.; FRANZIN, L. C. S. Violência doméstica infanto-juvenil: importância deste conhecimento pelo profissional da saúde. **Revista Uninga Review**, Maringá, v. 20, n. 2, p.104-108, 2014.

COHEN ROSENSTOCK, S.; COB GUILLEN, E. Abuso sexual en el paciente pediátrico. **Med. leg. Costa Rica**, Heredia , v. 36, n. 1, p. 54-61, 2019 .

CORREIA, F.; MOTA, C. P. Papel do ambiente familiar no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica em jovens adultos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 2, p. 253-271, 2017.

COSTA, L. P.; ROCHA, C. J. B. ; CAVALCANTE, L. I. C. Características Biopsicossociais entre Acusados de Agressão Sexual contra Crianças/Adolescentes em Contextos Intra e Extrafamiliar. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p.283-295, 2018.

DEMAUSE, L. Fundamentos da psico-história: O estudo das motivações históricas. New York: **Kbr Editora Digital Ltda**, 2014.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T.N.A. A importância do Interacionismo Simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.31, n.2, 1997.

EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 70, p.119-125, 2017.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.83-92, 2018.

FELIZARDO, M. J. A. et al. Uma abordagem sobre a violência infantil no campo histórico, social e de saúde: [revisão]. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.47-52, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: **Yendes**, 2008.

IORELLI, José Osmir; MANGINI, Rosana Cathya Ragazzoni. Psicologia Jurídica. 5.ed. - São Paulo: **Atlas**, 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.

FRANCISCHINI, R. As faces da infância em contextos de violência física intrafamiliar. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 16, 2018.

GARBIN, C.A.S. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.6,n.20, p.1879-1890, 2015.

GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: **Vozes**, 2002.

GONZÁLEZ-SÁBADO, R. I et al. Violencia doméstica en niños y adolescentes de la Comuna Tala Hady. **Revista Archivo Médico de Camagüey**. Cuba, v. 2, n. 23, p. 178-187, 2019.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**. v.24, n. 12, p.149-161, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HENGARTNER, M.P. et al. Associação entre maus-tratos na infância e traços normais de personalidade adulta: exploração de um campo não estudado . **Journal of Personality Disorders**. v. 29 , n. 1 , p. 1-14, 2015.

HEYWOOD, C. A history of childhood: children and childhood in the West from medieval to modern times. **Polity Press**, 2009.

HOLANDA JÚNIOR, F. W. N. Evitação e proibição do incesto: fatores psicobiológicos e culturais. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.287-297, 2017.

IBGE. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. **CENSO DEMOGRÁFICO**, BRASIL, 2010.

JÚNIOR, A. P. J.; BORGES, V.C.; SANTOS, J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.2, n.23, p.124-131, 2015.

JUNIOR, L.L.C.; OKABE, M.S. O marco Civil da internet no Brasil: reflexões sobre a psicologia, pornografia infantil e pedofilia. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, v.1, n.14, p.1-13, 2015.

Know Violence in Childhood. Ending Violence in Childhood. **Global Report**, 2017.

KRINDGES, C. A.; MACEDO, D. M.; HABIGZANG, L. F. Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 9, n. 1, p. 60-71, jun. 2016.

LEVIN, E. **A infância em cena** – constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LINHARES, J. M. História Social da Infância. Sobral: **Inta**, 2016. 66 p.

LOLIS, D.; MOREIRA, F. S. Trabalho em rede. Um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 19, n. 1, p.109-130, 2016.

LOPES, N. R. L. et al . Assessment of a Brief Intervention with Parents to Prevent Shaken Baby Syndrome. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 28, e2823, 2018.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.1, n.39, p.103-108, 2005.

MACHADO, J. A., SANCHES, M. A. A Gênese da Violência Infantil. **Caderno teológico da PUCPR**, CURITIBA, v.2, n.1, p.173-189, 2014.

MACHADO, J. C. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.828-840, 2014.

MAGALHÃES, J. R. F. de et al. Expressão da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 4, n. 24, p.1-9, 2017.

MAGALHÃES, M.L. **Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado.** / Maria de Lourdes Magalhães. -- 2011. 107 f.

MAIA, J. N. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v.17, n.5, p.593-601, 2016.

MARAFIGA, C. V.; FALCKE, D.; TEODORO, M. L. M. Pedofilia: história de vida e o retorno para a família por meio de alta progressiva. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 1, p. 48-62, 2017.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M.; **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS FILHO, J. A criança terceirizada: Os descaminhos das relações familiares no mundo contemporâneo. São Paulo: **Papirus Editora**, 2009. 108 p.

MARTINS, D. C. et al. VIOLÊNCIA: ABORDAGEM, ATUAÇÃO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracajú, v. 4, n. 2, p.155-168, 2017.

MATA, N. T.; SILVEIRA, L. M. B.; DESLANDES, S. F.. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.2881-2888, 2017.

MEZZINA, C. A. K.; MARTINS, E. B.

C.O Conselho Tutelar e os desafios para a garantia dos direitos da criança e do adolescente . **Serv. soc. rev.**, Londrina, v. 21, n. 2, p.425-452, 2019.

MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, p. 21-42, 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2008.

MORÉ, C. L. O. O.; KRENKE, S. Violência no contexto familiar. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2014. 82 p.

MOREIRA, G. C. **Externalidades do Programa Bolsa Família sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil**. 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Economia Aplicada, Departamento de Economia Rural, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

MOTA, R. S. et al. Prevalência e fatores associados à vivência de violência intrafamiliar por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 71, p.1086-1091, 2018.

NARANG, Sandeep K. et al. Acceptance of Shaken Baby Syndrome and Abusive Head Trauma as Medical Diagnoses. **The Journal of Pediatrics**, Chicago, p.273-278, 2016.

NEVES, José Luís. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p.1-5, jun. 1996.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p.871-880, 2016.

OLIVEIRA, D. C. C.; RUSSO, J. A. Abuso sexual infantil em laudos psicológicos: as “duas psicologias”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.579-604, 2017.

OLIVEIRA, E. M. F. de. **Vivência do homem no puerpério**. 2007. 97f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem de Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

OLIVEIRA, V. M. **SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. 2016. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante, Católica - Faculdade de Educação e Psicologia, Porto, 2016.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: delineamento de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artes médicas, 1995.

RATES, Susana Maria Moreira et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.655-665, 2015.

RUENESS, J. The mediating role of posttraumatic stress reactions in the relationship between child abuse and physical health complaints in adolescence and young adulthood. **EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY**. Oslo, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2019.

RUSSO, G. Da omissão denunciada: negligência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no Creas/Mossoró-RN. **Ser Social**, Brasília, v. 16, n. 34, p.65-90, 2014.

SANTOS, L. F. et al . Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 120, p. 137-149, Mar. 2019.

SANTOS, M. P. dos. **Enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes: uma análise da atuação da rede proteção do município do Natal/RN**. 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SCHEK, G. et al. PRÁTICAS PROFISSIONAIS QUE SILENCIAM A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 1, n. 27, p.1-8, 2018.

SILVA JÚNIOR, G. B. et al. IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR MÉDICOS DE FAMÍLIA NO CEARÁ. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.469-484, 2017.

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.623-630, 2019.

SILVA, G. C. O. et al . Características da produção científica sobre o trabalho infantil na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7,p.1-18, 2019.

SILVA, P. A. et al. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. **Avances En Enfermería**, Colombia, v. 1, n. 33, p.142-150, 2015.

SOUSA FILHO, D. de et al. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.516-521, 2017.

SOUTO, D. F. et al. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 71, p.1313-1323, 2018.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. **Ministério da Saúde**, 2002.

TEIXEIRA, Edineia Souza Galdino. As diversas faces da violência doméstica contra o menor no Brasil: medidas protetivas e punitivas aplicadas pelo nosso ordenamento jurídico. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIX, n. 154, nov 2016.

TIETJEN, G.E.; KARMAKAR, M.; AMIALCHUK, A.A., Emotional Abuse History and Migraine Among Young Adults: A Retrospective Cross- Sectional Analysis of the Add Health Dataset. Headache: **The Journal of Head and Face Pain**. v.57,n.1, p.45-59, 2017.

THOMAZINE, A.M.; TOSO, B.R.G.O.; VIEIRA, C.S. Abordagem da Atenção Primária à Saúde na violência intrafamiliar infantil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v.14, n.2, p.105-112, 2014.

UNICEF. **Relatório Anual Uni 2018**. A infância e você: os resultados da sua parceria com o UNICEF em 2018. Ano 15, n.42, 2019.

WIRTZ, A. L. et al. Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. **Bmc Public Health, Biomed Central**, v. 16, n. 1006, p.2-16, 2016.

ZANOTI-JERONYMO, D. V. et al . Violência na infância, exposição a violência parental e abuso e/ou dependência de álcool na idade adulta. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 1, p. 40-49, 2019 .

APÊNDICES



APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: Violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes das Unidades Básicas de Saúde, que tem como pesquisadoras responsáveis Milena Gabriela dos Santos Silva e a profa. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha.

Esta pesquisa pretende identificar a percepção das equipes, de unidades básicas de saúde, acerca da violência à criança no contexto familiar.

O motivo que nos leva a fazer este estudo justifica-se pela necessidade em compreendermos que a superação dessa problemática dependerá da inserção de estratégias que propiciem o reconhecimento de uma linha de cuidado às crianças em situação de vulnerabilidade, sendo necessários recursos humanos capacitados para lidar com cada situação em sua singularidade; enfoque na notificação dos casos e uniformização dos registros; articulação da rede de cuidado e de proteção social, no que se refere a fluxos e protocolos; e por último, o fortalecimento do vínculo com as famílias mais frágeis para que seja moldado um plano de atenção eficiente, em linha de cuidado.

Caso você decida participar, você deverá contribuir com o desenvolvimento da pesquisa respondendo ao questionário adaptado do proposto por Maria de Lourdes Magalhães em sua dissertação de Mestrado para a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, no ano de 2011, a qual sugere uma proposta de indicadores de monitoramento/implementação da Linha de Cuidado para atenção integral à saúde da criança. Suas respostas serão arquivadas e processadas através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.0 e analisadas conforme literatura pertinente. Os dados provenientes das questões abertas do questionário serão analisados através da Análise de Conteúdo segundo Bardin.

Durante o preenchimento do questionário, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

No entanto, podemos associá-lo a remota possibilidade na identificação do entrevistado por meio da exposição de suas ideias e opiniões. Porém, o anonimato dos participantes será garantido mediante a utilização de nomes fictícios. Ainda assim, os pesquisadores assumem a responsabilidade por qualquer dano moral decorrente do risco previsto, bem como a concessão de indenizações, haja vista sua necessidade.

Os benefícios oriundos desta pesquisa incluem a oportunidade em visualizarmos a percepção dos profissionais, da Atenção Básica, acerca da violência no contexto familiar. Os dados coletados auxiliarão a formular, implantar e avaliar mecanismos de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, no sentido de reorganizar seu processo de trabalho, tornando-o mais dinâmico, humanizado, integral e resolutivo, desse modo, estarão aptos a trabalhar as dimensões da linha de cuidado à criança, a saber: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Milena Gabriela dos Santos Silva, telefone: (84) 9606-2912.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

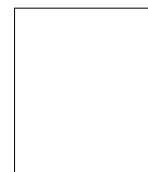
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Milena Gabriela dos Santos Silva.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Violência à criança no contexto familiar: percepção equipes das Unidades Básicas de Saúde, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do pesquisador responsável



APÊNDICE – B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: Violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes das Unidades Básicas de Saúde, que tem como pesquisadoras responsáveis Milena Gabriela dos Santos Silva e a profa. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha.

Esta pesquisa pretende identificar a percepção das equipes, de unidades básicas de saúde, acerca da violência à criança no contexto familiar.

O motivo que nos leva a fazer este estudo justifica-se pela necessidade em compreendermos que a superação dessa problemática dependerá da inserção de estratégias que propiciem o reconhecimento de uma linha de cuidado às crianças em situação de vulnerabilidade, sendo necessários recursos humanos capacitados para lidar com cada situação em sua singularidade; enfoque na notificação dos casos e uniformização dos registros; articulação da rede de cuidado e de proteção social, no que se refere a fluxos e protocolos; e por último, o fortalecimento do vínculo com as famílias mais frágeis para que seja moldado um plano de atenção eficiente, em linha de cuidado.

Caso você decida participar, você deverá contribuir com o desenvolvimento do grupo focal respondendo verbalmente ao roteiro de discussão. Suas respostas serão arquivadas em gravador de voz digital, e posteriormente, processadas e analisadas.

Durante a realização do grupo focal, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. No entanto, podemos associá-lo a remota possibilidade na identificação do entrevistado por meio da exposição de suas ideias e opiniões. Porém, o anonimato dos participantes será garantido mediante a utilização de nomes fictícios. Ainda assim, os pesquisadores assumem a responsabilidade por qualquer dano moral decorrente do risco previsto, bem como a concessão de indenizações, haja vista sua necessidade.

Os benefícios oriundos desta pesquisa incluem a oportunidade em visualizarmos a percepção dos profissionais, da Atenção Básica, acerca da violência no contexto familiar. Os dados coletados auxiliarão a formular, implantar e avaliar mecanismos de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, no sentido de reorganizar seu processo de trabalho, tornando-o mais dinâmico, humanizado, integral e resolutivo, desse modo, estarão aptos a trabalhar as dimensões da linha de cuidado à criança, a saber: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e proteção social.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Milena Gabriela dos Santos Silva, telefone: (84) 9606-2912.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

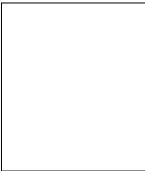
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Milena Gabriela dos Santos Silva.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Violência à criança no contexto familiar: percepção das equipes das Unidades Básicas de Saúde, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE – C

ROTEIRO DE DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL

(Profissionais)

1. O que você considera violência à criança?
2. Como você percebe que uma criança está em situação de violência?
3. Como você identifica a violência à criança que ocorre no contexto familiar?
4. Como você acolhe uma criança em situação de violência na ESF?
5. Como é realizado o atendimento, a notificação e o acompanhamento da criança em situação de violência?
6. Quais as necessidades enfrentadas, enquanto profissional da saúde, para atender a esta demanda?



APENDICE – D

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **VIOLÊNCIA À CRIANÇA NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE** a ser realizada na Secretaria Municipal de saúde de Parelhas/RN, pela pesquisadora Milena Gabriela dos Santos Silva, sob orientação da Prof^a Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha, que utilizará a seguinte metodologia: investigação exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. Apresenta como objetivo geral a identificação da percepção das equipes, de unidades básicas de saúde, acerca da violência à criança no contexto familiar, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nas Unidades Básicas de Saúde. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta secretaria possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Parelhas - RN, 04/01/2019.

Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha
Orientadora: Prof^a Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha

(X) Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Ana Otília P. de Souza Diniz
Ana Otília Pereira de Souza Diniz
Secretária Municipal de Saúde
Portaria 108/2018
Ana Otília Pereira de Souza Diniz
Secretária de Saúde
CPF 057 877 174-81

ANEXOS

ANEXO – A

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

(Adaptação do questionário proposto na Dissertação de Maria de Lourdes Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, 2011)

1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Sexo: F () M () Idade: _____ Categoria: _____

Tempo de experiência na UBS: _____

Participou de algum curso de capacitação sobre Linha de Cuidado? _____

2. QUESTÕES DA PESQUISA

2.1 Identificação de violência no cotidiano da equipe

Presenciou ou vivenciou alguma situação de violência no contexto familiar:

Sim () Não ()

Forma mais frequente _____

Como você identifica a violência à criança que ocorre no contexto familiar? _____

Quais as necessidades enfrentadas, enquanto profissional da saúde, para atender a esta demanda?

Como a gestão municipal apóia a implementação da Linha de Cuidado para atenção integral à saúde da criança?

2.2. Aspectos, Dimensões, indicadores e parâmetros de implementação da linha de cuidado.

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Acolhimento (Avaliação de risco, ambiência, atendimento e seguimento na rede).	1- Área de recepção adequada que permita fácil movimentação de crianças em situação de violências, visando minimizar a curiosidade dos presentes.			
	2- Sala ou espaço acolhedor disponível e com objetos lúdicos para receber crianças em situação de violências.			
	3- Recepção com profissional capacitado(a) para realizar o acolhimento de crianças e suas famílias em situação de violências.			
	4- Equipe interprofissional sensibilizada/capacitada para o acolhimento em todas as dimensões de cuidado.			
	5- Equipe preparada para identificar e avaliar situação de risco, e realizar a primeira abordagem; e encaminhar para atendimento e/ou seguimento para a rede, caso o serviço não disponha de recursos técnicos e administrativos para o atendimento.			

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Atendimento (diagnóstico e tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços da atenção básica, ambulatorial, de urgência e hospitalar).	1- Projetos terapêuticos singularizados, elaborado por equipe interdisciplinar.			
	2- Protocolo/linha de cuidado para a atenção domiciliar por equipe multiprofissional.			
	3- Protocolo/linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violências, com referência e contra referência na rede de saúde.			
	4- Fluxos e/ou serviço especializado para tratamento e cuidados profiláticos em decorrência de violência sexual, no município ou serviço regionalizado, com referência e contra-referência.			
	5- Equipes multiprofissionais (médicos – pediatra, clínico, ortopedista, psiquiatra – enfermeiro (a), psicólogo e assistente social), atuando no serviço com protocolo de atendimento em linha de cuidado.			
	6- Equipes interdisciplinares para atendimento psicossocial de crianças em situação de violências (médico, assistente social, psicólogo, pedagogo e outros), com fluxo e protocolos definidos.			

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Notificação (Registro na Ficha/MS, alimentação do Sinan-net, e comunicação ao Conselho Tutelar).	1- Acesso à Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências.			
	2- Condições/incentivos para implementação do Módulo de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva Contínuo) e alimentação do Sinan-Net.			
	3- Fluxo definido de referência e contra-referência na rede de saúde (Saúde da Família, Unidades Básica, Policlínicas, Caps, Capsi, Caps_ad, Caps III, serviços especializados, ambulatorial e hospitalar etc.), com gestão da Vigilância em Saúde/Epidemiológica da SMS e do Distrito Federal.			
	4- Fluxo definido entre a rede de saúde e a rede de proteção social, especialmente o Conselho Tutelar, Assistência Social, Escolas e os outros dispositivos da rede.			
	5- Equipe interdisciplinar sensibilizada e capacitada para o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, do Ministério da Saúde.			

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Seguimento na Rede (acompanhamento do caso na rede de saúde e/ou encaminhamento e acompanhamento para outros equipamentos no território).	1- Mapeamento da rede de serviços de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Unidades Básicas) e da Média e Alta Complexidade (serviços/centros de atenção especializados, ambulatorios, policlínicas, Caps, Capsi, Caps_ad, Caps III, urgências e hospitais).			
	2- Mapeamento da rede de promoção, proteção e defesa – equipamentos da assistência social (Cras e Creas), Conselho Tutelar, educação, segurança pública, Varas da Infância e Juventude, delegacias, Ministério Público, identificados como integrantes do sistema de garantia de direitos..			
	3- Equipe interprofissional sensibilizada e capacitada para realizar o seguimento (encaminhamento e acompanhamento) na rede de cuidado e de proteção social.			
	4- Fluxos definidos de referência e contra referência na rede de saúde e fluxo da rede de proteção intersetorial.			

Obrigada pela participação!