



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO**

**RITA DE CÁSSIA BATISTA DE OLIVEIRA PEIXOTO**

**ESTRATÉGIAS DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL**

**Guarulhos  
2017**

**RITA DE CÁSSIA BATISTA DE OLIVEIRA PEIXOTO**

**ESTRATÉGIAS DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Guarulhos para obtenção do  
título de Mestre em Ciências

Orientadora: Profa. Dra. Máira Rosa Apostólico

Guarulhos  
2017



Universidade Guarulhos - UNG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada “**Estratégias do setor saúde no enfrentamento da violência doméstica infantil**”, em sessão pública realizada em 22 de agosto de 2017, considerou a candidata Rita de Cássia Batista de Oliveira Peixoto aprovada.

1. Profa. Dra. Máira Rosa Apostólico

Máira Rosa Apostólico

2. Prof. Dr. Alfredo Almeida Pina de Oliveira

Alfredo Almeida Pina de Oliveira

3. Profa. Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira

Rebeca Nunes Guedes de Oliveira

*É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.*

Dedico este trabalho a meu esposo, Paulo Cesar Vasco de Albuquerque Peixoto, pelo apoio incondicional, em todos os momentos, principalmente, nos de incerteza, muito comuns, para quem tenta trilhar novos caminhos. Sem você, nenhuma conquista valeria a pena; e ao meu filho, Eduardo Batista de Oliveira Peixoto, pela busca constante de evoluir cada vez mais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me presentear com a vida de Eduardo, meu filho, uma criança que transborda alegria e vive intensamente as curiosas descobertas da infância.

À minha mãe, que não está presente neste plano, mas que me acompanha vigilante nos meus sonhos, e a meu pai, que, nas poucas palavras, tem sua ternura e orgulho de ser meu pai.

À Profa. Dra. Maira Rosa Apostólico, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho, ao lado de alguém que transpira sabedoria; meu respeito e admiração pela sua serenidade e pelo seu dom no ensino da Ciência, inibindo sempre a vaidade, em prol da simplicidade e da eficiência. Minha Gratidão.

À minha família, em especial a Carlos (irmão), cunhada, Nazaré, e sobrinho, João Vitor, pelas hospitalidade e paciência. E a minha irmã Sandra Vilma e meu irmão Ricardo que mesmo distantes apoiam minhas conquistas.

Aos vários colaboradores, que me proporcionaram a realização de estudo como este, que só foi possível com o seu apoio. Aos professores do Programa de Mestrado da Universidade de Guarulhos (UNG), que, direta ou indiretamente, contribuíram, de alguma forma, o meu reconhecimento e gratidão.

A Ana Lydia, cunhada, pela solicitude, prontidão e suporte técnico.

Aos amigos de disciplina: Renise Bastos, Maria Betânia Monteiro, José Cesar Cerqueira, Joseineide Soares, Larissa Tenório e Nirliane Ribeiro, que exemplificam a ética e a competência profissionais, a paciência, pelo incentivo e oportunidade de convívio.

"O passo decisivo para o crescimento é quando alguém, de repente, se encontra diante de sua impotência, olho no olho, e assume: aqui, sou pequeno."

Bert Hellinger

## RESUMO

Peixoto RCBO. Estratégias do Setor Saúde no Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil. [Dissertação]. 47 f. Guarulhos (SP). Universidade Guarulhos;2017.

No Brasil, a violência doméstica infantil é majoritariamente cometida por pais ou responsáveis. É considerada como um problema de saúde pública, determinada pela história das sociedades e ao cuidado das crianças e adolescentes. Este estudo teve por objetivo identificar as estratégias do setor de saúde no enfrentamento da violência doméstica infantil e discutí-los na perspectiva da Linha de Cuidado para Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência. Trata-se de uma revisão integrativa realizada em seis etapas, tendo a Estratégia Pico para elaboração da pergunta de pesquisa e busca dos artigos. Para a busca foram utilizados os termos violência doméstica, violência intrafamiliar, criança(s), infância, infantil, estratégia(s) e experiência(s), combinados com os operadores de busca *and* e *or*. Foram incluídos artigos que tratavam das diferentes formas de enfrentamento da violência doméstica infantil pelo setor saúde brasileiro, considerando como enfrentamento, as ações de prevenção da violência, promoção das relações saudáveis e assistência direcionada aos indivíduos, grupos ou famílias envolvidas em situações de violência doméstica. As bases de dados científicas utilizadas foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), localizando inicialmente 703 artigos dos quais 11 constituíram a base de análise da revisão. Os resultados foram trabalhados em três categorias: características da violência doméstica infantil, enfrentamento do setor saúde para a violência doméstica infantil e a linha de cuidado e o enfrentamento da violência. De maneira geral, o enfrentamento do setor saúde para a violência doméstica infantil limita-se em ações pontuais, caracterizado pela desarticulação entre as ações do setor saúde e as recomendações da Linha de Cuidado. Conclui-se que o enfrentamento da violência depende de ações estruturadas e amplas, reformulando práticas e reforçando as redes de proteção.

Palavras-Chave: Violência Doméstica Infantil. Estratégias. Setor Saúde.  
Enfrentamento

## ABSTRACT

Peixoto RCBO. Strategies of the Health Sector in Confronting Domestic Violence in Children. [Dissertation]. 50 pages. Guarulhos (SP). Universidade de Guarulhos;2017.

In Brazil, parents or guardians mostly commit child domestic violence. It is considered as a public health problem, determined by the history of societies and the care of children and adolescents. This study aimed to identify the strategies of the Brazilian health sector in the face of domestic violence in children and discuss them in the perspective of the Line of Care for the Health of Children, Adolescents and their families in situations of violence. It is an integrative review carried out in six stages, with the PICO Strategy for the elaboration of the research question and search of the articles. For the search we used the terms domestic violence, intrafamily violence, child, children, childhood, strategy, strategies, experience and experiences, combined with search operators *and* and *or*. Were included articles about the different forms of coping with child domestic violence by the Brazilian health sector, considering as a coping, the actions to prevent violence, promote healthy relationships and provide assistance to individuals, groups or families involved in situations of domestic violence. The scientific databases used were Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Initially, we finding 703 articles of which 11 formed the basis for review analysis. The results were elaborated in three categories: characteristics of child domestic violence, coping of the health sector for child domestic violence and perspective of the line of care and the coping of violence. In general, the coping of the Brazilian health sector for child domestic violence is limited to specific actions, characterized by the disarticulation between the actions of the health sector and the recommendations of the Care Line. It is concluded that the confrontation of violence depends on structured and broad actions, reformulating practices and reinforcing the networks of protection.

Keywords: Child Domestic Violence. Strategies. Health Sector. Coping

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 Esquema de construção do problema de pesquisa, a partir da estratégia PICO, e descritores controlados e não controlados.
- Figura 2 Quadro com critérios de busca, inclusão e exclusão.
- Figura 3 Fluxo de busca nas bases científicas, aplicação de filtros e resultado da seleção.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Características das fontes estudadas, segundo referência do artigo e estratégia apresentada, Brasil, 2017

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>21</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência tem se expressado no mundo como um grave problema de saúde pública. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), a violência e os acidentes têm representado impacto na mortalidade e morbidade da população e, conseqüentemente, torna-se um problema de relevância, em vista das demandas de assistência nos serviços de saúde e outras conseqüências econômicas e sociais<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a violência como o uso intencional da força ou poder, em forma de ameaça ou efetivamente realizada, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem possibilidade de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações<sup>2</sup>.

O fenômeno da violência é complexo em sua compreensão e enfrentamento. As conseqüências da violência para aqueles que foram vítimas envolvem a individualidade e a sociedade. Sendo considerado um problema de saúde pública, requer políticas públicas efetivas, para superar vulnerabilidades, sobretudo de mulheres, crianças ou idosos, que são as principais vítimas da violência<sup>3</sup>.

No sentido de combater a violência e minimizar seus efeitos, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência contempla diretrizes e deveres institucionais claros para a prevenção da violência e acidentes, assim como a promoção de saúde e o trabalho conjunto dos movimentos sociais. Ressalta o atendimento multidisciplinar, o trabalho intersetorial e define responsabilidades para cada gestor, nas três esferas da administração pública, além de processo de avaliação da política, capacitação dos recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa sobre as temáticas<sup>4</sup>.

Desde 2014, a violência integra a lista dos agravos de notificação compulsória<sup>5</sup>. A notificação possibilita que a violência seja vista pela sociedade, tornando-a um problema real e evidenciando a necessidade de ações concretas, pelo poder público e pela sociedade civil.

A violência é retratada como conseqüência de múltiplos determinantes. Pode ser tipificada como autodirigida (auto abuso e comportamento suicida), interpessoal (no contexto familiar entre ou contra crianças, parceiros ou idosos, e, no contexto

comunitário, entre ou contra conhecidos e estranhos) e coletiva (social, política e econômica). Esta tipologia ainda admite como naturezas, a violência física, sexual, psicológica, a provação e o abandono<sup>6</sup>. Há, ainda, a chamada violência fetal, natureza que corresponde à violência perpetrada contra o feto, pela gestante, ou contra a gestante, para atingir o feto<sup>7</sup>.

No Brasil, as mortes por violência têm afetado cada vez mais jovens, observando-se um aumento de 16,4% nos óbitos por homicídios entre jovens de 15 a 29 anos, entre 2004 e 2014. O Mapa da Violência de 2016 ressalta que a elevada taxa de homicídio entre jovens acarretará impacto importante na proporção dessa parcela da população brasileira, implicando em dificuldades para gerações futuras, em relação ao ingresso no mundo do trabalho, à produtividade e à previdência social. Foi observada forte relação entre anos de estudo e homicídios nessa faixa etária: para o indivíduo com apenas sete anos de estudo, a chance de morrer por homicídio é 15,9 vezes maior do que aquele que ingressou no ensino superior, tornando a inserção social e escolaridade potentes estratégias de enfrentamento da violência comunitária<sup>8</sup>.

A violência está presente, sobretudo, no âmbito doméstico e em relação às crianças, tanto meninos como meninas são vítimas das diferentes naturezas da violência<sup>7,9</sup>. Dados disponibilizados pelo MS e coletados através do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) mostram que, em 2013, 61,5% dos municípios brasileiros notificaram a violência doméstica, sendo 29.784 casos contra crianças de zero a nove anos, 50.634 casos contra adolescentes de 10 a 19 anos e o restante contra adultos, totalizando 188.624 notificações. Dado relevante é que 70,1% das notificações foi de violência perpetrada contra as mulheres e meninas e 32% das notificações referem-se a casos de reincidência<sup>10</sup>.

Para as crianças de zero a 9 anos, há predomínio da negligência (50,1%) seguida de violência física (28,6%), violência sexual (28,4%) e violência psicológica (17,5%). Há diferença entre o sexo das crianças, predominando entre os meninos a negligência e a violência física e, entre as meninas, a negligência e a violência sexual, apontando o gênero como determinante na natureza da violência sofrida<sup>10,11</sup>.

Dadas as consequências sociais, emocionais, psicológicas e cognitivas, causadas pela violência,<sup>12</sup> e a magnitude do problema, foi tomado como objeto deste estudo, as formas de enfrentamento da violência doméstica infantil realizadas pelo setor saúde brasileiro.

A Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências<sup>12</sup>, elaborada pelo MS e publicada em 2010, é um importante documento norteador das ações em saúde, para casos de violência doméstica infantil. Segundo este texto, além de sinais e sintomas observáveis, orientações para o acolhimento, atendimento, cuidados e encaminhamentos das crianças e famílias são oferecidos aos profissionais, e para sensibilizar os gestores da relevância da temática.

O documento também ressalta a necessidade das redes intersetoriais e intrassetoriais, além da articulação de diferentes instituições de cuidado e proteção social das crianças e famílias. Entretanto, sabe-se que os serviços de saúde encontram desafios importantes no enfrentamento da violência doméstica, seja pela falta de qualificação dos profissionais, seja pela precariedade da rede, que, embora preconizada pela linha de cuidado, não está estabelecida e funcionando em todos os cenários brasileiros. Entretanto, os serviços de saúde têm lidado, de alguma forma, com as demandas relacionadas à violência e muitas experiências exitosas de cuidado e monitoramento de famílias em situação de vulnerabilidade podem ser compartilhadas na literatura nacional e internacional, promovendo o debate, a desnaturalização do fenômeno e consistência nas ações de enfrentamento. Diante desses aspectos elencados, o presente estudo buscou responder à pergunta: quais são as estratégias do setor de saúde para o enfrentamento da violência doméstica infantil?

Os resultados encontrados no desenvolvimento deste estudo foram confrontados com as diretrizes propostas na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias vítimas de violências e, quando analisados, foi possível responder quais recursos têm sido utilizados para operacionalizar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias vítimas de violências e como se dá o enfrentamento da violência doméstica infantil pelo setor saúde.

O estudo tem como finalidade identificar e descrever as estratégias e de que forma podem subsidiar ações, preencher as lacunas existentes sobre a temática e, assim, contribuir para o fortalecimento da Prática Baseada em Evidência (PBE) nessa área.

## **2 OBJETIVOS**

Identificar as estratégias do setor de saúde no enfrentamento da violência doméstica infantil.

Discutir as estratégias, à luz dos preceitos da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

### 3 MÉTODO

Trata-se de estudo sobre as estratégias de enfrentamento da violência doméstica infantil, que utilizou o método de revisão integrativa (RI), como forma de obtenção de resultados. Acrescido ao aspecto integrativo da análise, procedeu-se a uma discussão dos achados, à luz dos princípios da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

A RI é um método de pesquisa utilizado desde 1980, no âmbito da PBE, que articula informações dos resultados científicos em saúde de forma que se tornem úteis na assistência à saúde. Tem como meta integrar resultados da literatura acerca de um determinado tema, reunindo dados para aplicação desses na assistência à saúde<sup>13</sup>. Requer o rigor metodológico e descrição clara das etapas de desenvolvimento, possibilitando a replicação do estudo<sup>14</sup>.

O método de RI permitiu a combinação de estudos de diferentes metodologias e objetivos, sendo seu produto final útil para identificar, analisar e sistematizar a produção científica acerca da violência doméstica infantil, contribuindo na melhoria da prática assistencial, por exemplo, aquela desenvolvida pela Enfermagem<sup>15</sup>.

A RI outorga o leitor a reconhecer os pesquisadores que mais inquerem determinado conteúdo, assim como separa o achado científico de opiniões e ideias, e de referir o conhecimento no seu estado atual, promovendo impacto sobre a prática clínica<sup>16</sup>. Assim, possibilita aos profissionais, independente da área, a necessidade de desenvolver habilidades que permitem saber como obter, interpretar e integrar as evidências provenientes de uma RI<sup>17</sup>.

Facilita a seleção dos trabalhos científicos de um assunto específico, auxiliando a prática dos profissionais de enfermagem para uma tomada de decisão baseada em evidências, e qualificar a assistência prestada ao indivíduo sobre os cuidados desses profissionais<sup>18</sup>.

Para análise crítica dos resultados, foi utilizado o conceito de infância, norteado pelos princípios da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, como mote orientador das ações em saúde no Brasil. A Linha de Cuidado tem o compromisso de cuidar integralmente da saúde da criança e do adolescente, ou seja, pode contribuir para a consolidação deste e dos demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>12</sup>.

O estudo foi desenvolvido segundo seis etapas, conforme descrito a seguir <sup>16</sup>:  
**Etapa 1 - foi feita a identificação do tema e definição da questão de pesquisa** para a elaboração da RI. A partir do panorama atual sobre a violência infantil, a contextualização do tema e justificativa da relevância foram feitas a partir da literatura atual e das políticas públicas vigentes no Brasil, conforme apresentados na introdução. Busca nas bases de dados, utilizando os termos “revisão integrativa” e “violência”, verificando ausência de resultados relacionados às estratégias de enfrentamento da violência doméstica infantil. Utilizou-se a estratégia PICO para pesquisas qualitativas, na elaboração da pergunta científica e na definição dos descritores de busca (Figura 1)<sup>19</sup>.



Figura 1: Esquema de construção do problema de pesquisa, a partir da estratégia PICO, e descritores controlados e não controlados.

**Etapa 2 – Foram estabelecidos os critérios de busca, inclusão e exclusão de estudos.**

Critérios de busca
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos científicos publicados na íntegra entre 1990 a 2017, de acesso livre e gratuito pelos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pela biblioteca eletrônica da Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e base de dados PUBMED;</li> <li>• Artigos oriundos de estudos primários, realizados em cenário brasileiro, independente da filiação dos autores, e publicados nos idiomas: português, espanhol e/ou inglês;</li> <li>• Sem recorte temporal.</li> </ul>
Critérios de inclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos de abordagens quantitativa e/ou qualitativa, análise crítica com apresentação do desenho metodológico e resultados alcançados;</li> <li>• Estudos que tratem das diferentes formas de enfrentamento da violência doméstica infantil, considerando as ações de prevenção da violência, promoção das relações saudáveis e assistência direcionada aos indivíduos, grupos ou famílias envolvidas em situações de violência doméstica;</li> <li>• Estudos sobre estratégias de enfrentamento da violência contra o feto ou contra a gestante com objetivo de atingir o feto;</li> <li>• Estudos sobre estratégias de prevenção da violência doméstica infantil, realizadas com gestantes, incluindo ou não o parceiro;</li> <li>• Estudos sobre estratégias e experiências nos diferentes contextos do setor saúde: assistência, formação e qualificação profissional, organização de serviços, elaboração de protocolos.</li> </ul>
Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos de revisão de literatura, de qualquer desenho metodológico;</li> <li>• Estudos que tratem de estratégias e experiências direcionadas exclusivamente ao enfrentamento da violência contra adolescentes;</li> <li>• Artigos que tratem da violência em perspectiva diferente da doméstica ou intrafamiliar, tais como violência decorrente de situações de guerra, conflitos civis ou militares, situações extremas decorrentes de catástrofes ambientais, e outras tipologias de violência.</li> </ul>

Figura 2 - Quadro com critérios de busca, inclusão e exclusão.

Os termos da busca, elaborados a partir da estratégia PICO, foram combinados entre si com os operadores booleanos de busca AND e OR, buscando-se a melhor abrangência e melhor seleção de resultados (Figura 3).

**Etapa 3 - Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos.** Foi construído um roteiro de coleta de informações. Para coleta de informações dos artigos, foi utilizado um instrumento (Apêndice A) elaborado com base no problema de pesquisa e aspectos relevantes para respondê-la. Tais elementos foram definidos à luz dos princípios apresentados

na Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência e na Linha de Cuidado para Atenção Integral de Crianças, Adolescentes e Famílias em Situação de Violências. Dessa forma, buscou-se identificar as estratégias de enfrentamento e o alinhamento delas com as normativas.

**Etapa 4 - Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Seleção, leitura e organização das referências em planilha.** Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e as informações coletadas e registradas em planilha. Cada coluna da planilha correspondeu a um item do instrumento de coleta de dados (Apêndice A), de forma que no momento da análise foi possível comparar as informações de cada estudo.

**Etapa 5 - Interpretação dos resultados.** Cada coluna da planilha resultou em um tema a ser tratado na análise e discussão, buscando-se integrar os resultados em sínteses, convergências, divergências e variedade de informações. Buscou-se ainda, nesta etapa, temas transversais aos pré-estabelecidos no instrumento de coleta.

**Etapa 6 - Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.** Os resultados foram organizados em temas e apresentados conforme segue.

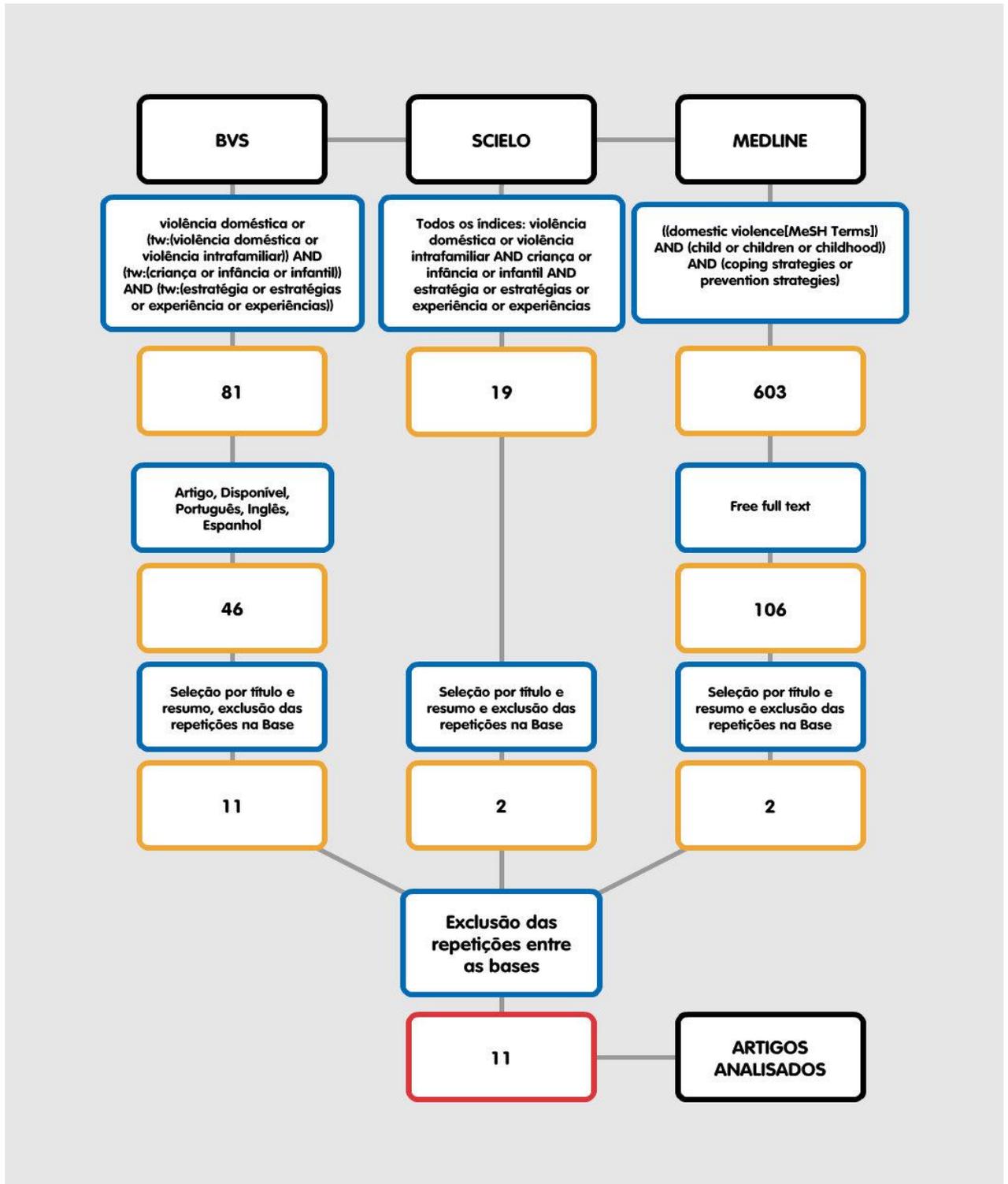


Figura 03 – Fluxo de busca nas bases científicas, aplicação de filtros e resultado da seleção.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados estão apresentados a seguir, em formato de artigo científico, serão encaminhados à publicação em periódico da área da Saúde e Enfermagem.

### **Estratégias do Setor Saúde no Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil: Revisão Integrativa**

#### **Resumo:**

**Objetivo:** Identificar e descrever as estratégias de enfrentamento da violência doméstica infantil no setor saúde. **Método:** Realizou-se uma Revisão Integrativa, a qual utilizou-se da Estratégia PICO, para a formulação da pergunta de pesquisa, e os recursos informacionais adotados foram: Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online e Medline, tendo a Linha de Cuidado a Atenção Integral a Crianças, Adolescentes e suas famílias vítimas de violências como norteadora da análise, sendo que foram 11 artigos refinados de um total de 703. **Resultados:** Emergiram-se três concepções genéricas: Caracterização da violência doméstica infantil, a qual descreve, a partir dos artigos refinados, uma padronização entre os artigos deste estudo; o enfrentamento do setor saúde para a violência doméstica infantil, sendo a segunda categoria descrita, a qual correlaciona três propostas detalhadas nos estudos: a criação de uma linha de cuidado para o enfrentamento da violência infantil, intervenção, através de terapia cognitiva comportamental, especificamente, para o caso de abuso sexual, e intervenção psicossocial com uso de jogos dramáticos. **Conclusão:** discutir o tema da violência infantil, suas implicações e consequências, em espaços de formação ou de capacitação profissional, nos espaços sociais, comunidades ou em qualquer âmbito de convivência social, deve ser despertada, no sentido de que o interesse e responsabilidade seja de todos, e fomentar a prática baseada em evidências, para sustentar a produção científica.

**Descritores:** Estratégias. Infância, Violência Doméstica. Setor Saúde. Enfrentamento

#### **Abstrat:**

**Objective:** To identify and describe strategies for coping with domestic violence in the health sector. **Method:** An Integrative Revision was performed, which was used of the PICO Strategy, to formulate the research question, and the information resources adopted were: Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online and Medline, having the Care Line the Integral Attention to Children, Adolescents and their families victims of violence as the guiding force of the analysis, being 11 refined articles out of a total of 703. **Results:** Three generic conceptions emerged: Characterization of domestic violence in children, which describes, from refined articles, a standardization among the articles of this study; the second category described, which correlates three proposals detailed in the studies: the creation of a care line for coping with child

violence, intervention, through cognitive behavioral therapy, specifically, for the case of sexual abuse, and psychosocial intervention with the use of dramatic games. Conclusion: To discuss the issue of child violence, its implications and consequences, in spaces of training or professional training, in social spaces, communities or in any social coexistence, must be awakened, in the sense that the interest and responsibility are all, and foster evidence-based practice, to sustain scientific production.

Key words: Strategies. Childhood, Domestic Violence. Health Sector.

## INTRODUÇÃO

Relatório emitido pelo Fundação da Nações Unidas pela Infância (Unicef)<sup>1</sup> em 2014, cerca de dois terços das crianças em todo o mundo, entre as idades de 2 e 14 anos (quase 1 bilhão), foram submetidas ao castigo físico por seus cuidadores mais próximos, regularmente, e um terço dos adultos de todo o mundo defendem o castigo físico, como forma de educar satisfatoriamente uma criança<sup>1</sup>.

No Brasil, as mortes por violência têm afetado cada vez mais jovens, observando-se um aumento de 16,4% nos óbitos por homicídios entre jovens de 15 a 29 anos, entre 2004 e 2014. O Mapa da Violência de 2016 ressalta que a elevada taxa de homicídios entre jovens acarretará impacto importante na proporção de jovens na população brasileira, implicando em dificuldades para gerações futuras, em relação a mercado de trabalho, produtividade e previdência social. Foi observada forte relação entre anos de estudo e homicídios nessa faixa etária: para o indivíduo com apenas sete anos de estudo, a chance de morrer por homicídio é 15,9 vezes maior do que aquele que ingressou no ensino superior, tornando a educação uma potente estratégia de enfrentamento da violência comunitária<sup>2</sup>.

A violência está presente em diferentes contextos da vida social e no âmbito doméstico, em relação às crianças, tanto meninos como meninas são vítimas das diferentes naturezas da violência<sup>3,4</sup>. Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) e coletados por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) mostram que, em 2013, 61,5% dos municípios brasileiros notificaram a violência doméstica, sendo 29.784 casos contra crianças de zero a nove anos, 50.634 casos contra adolescentes de 10 a 19 anos e o restante contra adultos, totalizando 188.624 notificações. Dado relevante é que 70,1% das notificações foi de violência perpetrada contra mulheres e meninas e 32% das notificações referem-se a casos de reincidência<sup>5</sup>.

Para as crianças de zero a nove anos, estudo realizado em uma capital brasileira identificou predomínio da negligência (50,1%), seguida de violência física (28,6%), violência sexual (28,4%) e violência psicológica (17,5%). Há diferença entre o sexo da criança, predominando entre os meninos a negligência e a violência física e, entre as meninas, a negligência e a violência sexual<sup>5,6</sup>, apontando o gênero como determinante na natureza da violência sofrida<sup>7</sup>.

Dadas as consequências sociais, emocionais, psicológicas e cognitivas causadas pela violência<sup>3</sup> e a magnitude do problema, foi tomado como objeto deste estudo, as estratégias de enfrentamento da violência doméstica infantil realizadas pelo profissionais que atuam direta ou indiretamente no setor saúde no Brasil. Os dados epidemiológicos apontam o impacto da violência no setor saúde e justificam a relevância da temática.

Como estratégia nacional, a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências<sup>3</sup> elaborada pelo MS e publicada em 2010 é um documento norteador das ações em saúde, para casos de violência doméstica infantil. Segundo o texto, além de indentificar sinais e sintomas observáveis, orientações para o acolhimento, atendimento, cuidados e encaminhamentos das crianças e famílias são oferecidos aos profissionais, para trabalhar a integralidade do cuidado, articulando o território com parceiro.

Por ser complexa, a temática da violência doméstica contra crianças e adolescentes demanda o desenvolvimento de uma assistência multiprofissional e estratégias intersetoriais<sup>8,9</sup>. E a Linha de Cuidado também ressalta a necessidade das redes intersetoriais e intrassetoriais, além da articulação de diferentes instituições de cuidado e proteção social das crianças e suas famílias<sup>3</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um espaço legal e social, a partir de suas diretrizes para o enfrentamento da problemática da violência contra crianças, seja por meio da identificação, acolhimento, atendimento, notificação, orientação às famílias, e se responsabilizando pelo acompanhamento e proteção de crianças que se encontram em situação de violência<sup>9</sup>.

Diversas são as dificuldades apontadas para o enfrentamento da violência infantil, entre as quais: a falta de dados ou precária sistematização dos registros e notificações, que dificultam a comprovação de ações e planejamento de capacitação dos profissionais que atuam nas instituições de saúde, educação e assistência social.

Aponta-se, inclusive, a falta de cultura de valorização de registros e dos processos de trabalho nessas três áreas<sup>10, 11</sup>.

Os serviços de saúde encontram desafios importantes, dado o despreparo dos profissionais, seja pela precariedade da rede, que, embora preconizada pela Linha de Cuidado, não está estabelecida e funcionante em todos os cenários brasileiros. Os serviços de saúde têm lidado, de alguma forma, com as demandas relacionadas à violência e muitas experiências positivas no cuidado e monitoramento de famílias em situação de vulnerabilidade podem ser compartilhadas na literatura nacional e internacional, como o Scielo e Pubmed, promovendo o debate, a desnaturalização do fenômeno e consistência nas ações de enfrentamento. Assim, compreende-se que compartilhar estratégias exitosas e analisar suas potencialidades pode ser também uma importante ferramenta de capacitação profissional.

Diante desses aspectos elencados, o presente estudo buscou responder “Quais são as estratégias do setor de saúde para o enfrentamento da violência doméstica infantil”? E tem como objetivo identificar e descrever as estratégias de enfrentamento da violência doméstica infantil no setor saúde. Os resultados encontrados no desenvolvimento deste estudo foram discutidos à luz das diretrizes propostas na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências<sup>3</sup>, buscando compreender como o enfrentamento da violência doméstica infantil pelo setor saúde tem correspondido aos pressupostos da Linha de Cuidado.

O estudo teve como finalidade impulsionar a síntese do estado da arte sobre o enfrentamento do setor saúde a respeito da violência doméstica infantil, de forma que possa subsidiar novas ações, preencher as lacunas existentes sobre a temática e, assim, proporcionar uma prática baseada em evidência.

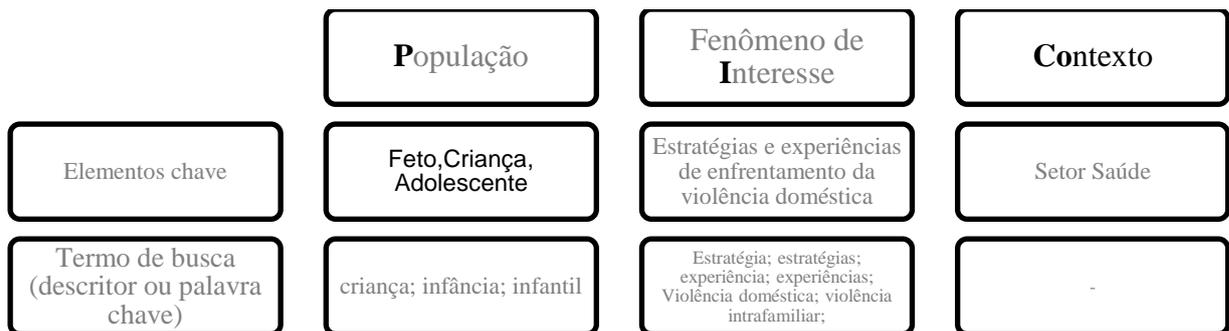
## **MÉTODO**

Uma das maneiras de aprimorar o enfrentamento da violência é a utilização de práticas baseadas em evidências científicas, por permitir ao profissional de saúde que lida com a violência infantil o aprofundamento do estudo e, conseqüentemente, a produção de conhecimentos específicos essenciais ao seu processo de trabalho e fundamentos no pensar crítico<sup>12</sup>.

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) sobre as estratégias de enfrentamento da violência doméstica infantil. Acrescido ao aspecto integrativo da análise, procedeu-se a uma discussão dos achados à luz dos princípios da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

O estudo foi desenvolvido segundo seis etapas<sup>13</sup>, conforme descrito a seguir:

**Etapa 1** - Identificação do tema, contextualização do problema de pesquisa, verificação nas bases científicas sobre a ausência de estudo semelhante, aplicação da estratégia PICO para pesquisas qualitativas, para elaboração da pergunta científica e definição dos descritores de busca (Figura 1)<sup>14,15</sup>.



**Figura 1:** Esquema de construção do problema de pesquisa, a partir da estratégia PICO, e descritores controlados e não controlados.

**Etapa 2** – definição dos critérios de busca, inclusão e exclusão de estudos.

### Critérios de busca

- Artigos científicos publicados na íntegra, entre 1990 a 2017, de acesso livre e gratuito pelos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pela biblioteca eletrônica da Scientific Electronic Library Online (Scielo) e base de dados PUBMED;
- Artigos oriundos de estudos primários, realizados em cenário brasileiro, independente da filiação dos autores, e publicados nos idiomas: português, espanhol e/ou inglês;
- Sem recorte temporal.

### Critérios de inclusão

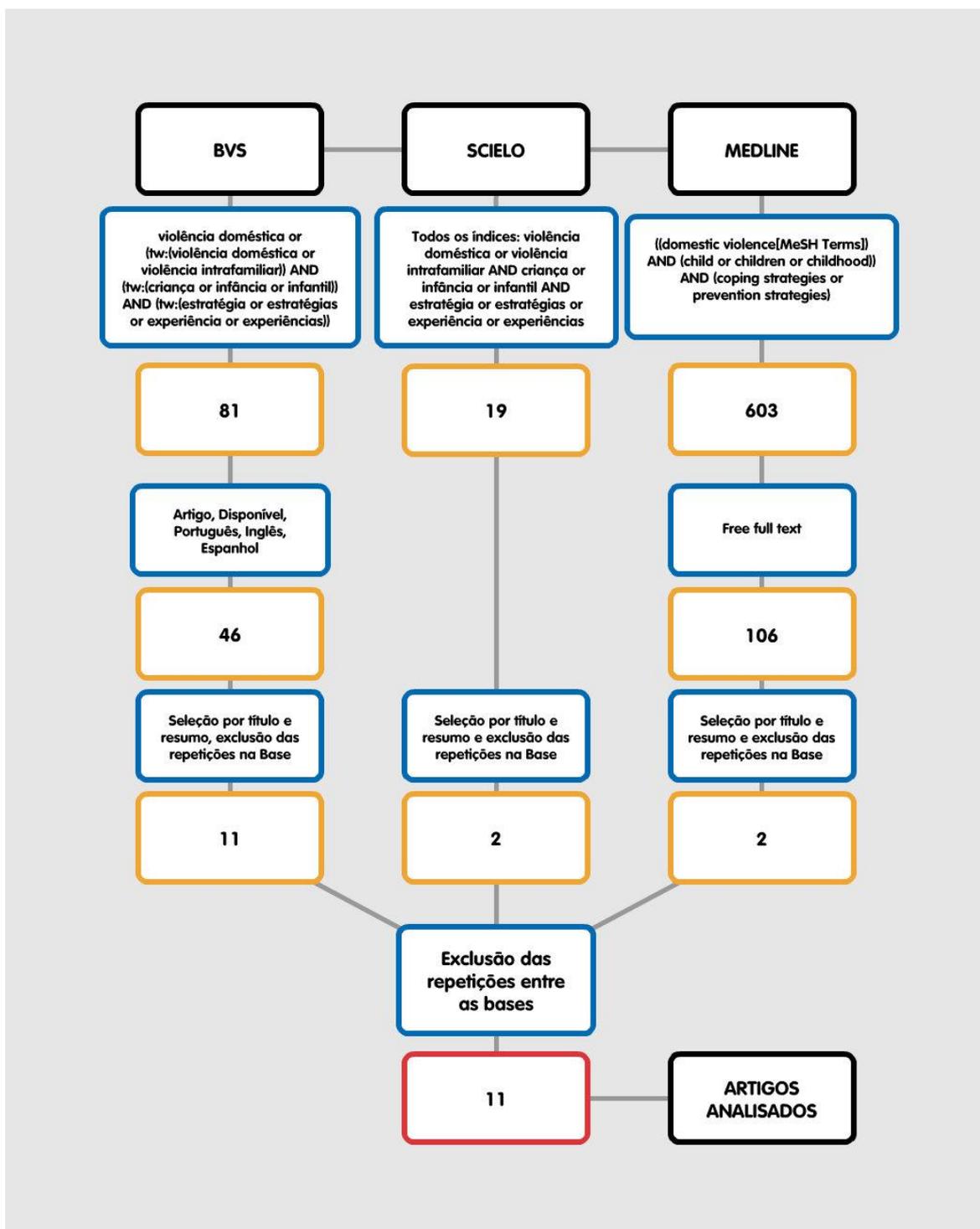
- Estudos de abordagens quantitativa e/ou qualitativa, com apresentação do desenho metodológico e resultados alcançados;
- Relatos de experiência, análise críticas e estudos de caso;
- Estudos que tratem das diferentes formas de enfrentamento da violência doméstica infantil, considerando as ações de prevenção da violência, promoção das relações saudáveis e assistência direcionada aos indivíduos, grupos ou famílias envolvidas em situações de violência doméstica;
- Estudos sobre estratégias de enfrentamento da violência contra o feto ou contra a gestante com objetivo de atingir o feto;
- Estudos sobre estratégias de prevenção da violência doméstica infantil, realizadas com gestantes, incluindo ou não o parceiro;
- Estudos sobre estratégias e experiências nos diferentes contextos do setor saúde: assistência, formação e qualificação profissional, organização de serviços, elaboração de protocolos, entre outros.

### Critérios de exclusão

- Artigos de revisão de literatura, de qualquer desenho metodológico;
- Estudos que tratem de estratégias e experiências direcionadas exclusivamente ao enfrentamento da violência contra adolescentes;
- Artigos que tratem da violência em perspectiva diferente da doméstica ou intrafamiliar, tais como violência decorrente de situações de guerra, conflitos civis ou militares, situações extremas decorrentes de catástrofes ambientais, entre outros.

**Figura 2** - Critérios de busca, inclusão e exclusão dos estudos.

Os termos da busca, elaborados a partir da estratégia PICO, foram combinados entre si com os operadores booleanos de busca AND e OR, buscando-se a melhor abrangência e melhor seleção de resultados (Figura 3). A busca foi realizada em março de 2017, abrangendo publicações até o ano de 2016.



**Figura 3** – Fluxo de busca nas bases científicas, aplicação de filtros e resultado da seleção.

**Etapa 3** – Construção do roteiro para caracterização dos estudos e coleta das informações, adaptado do modelo utilizado em outro estudo de revisão<sup>16</sup>, o qual contém identificação dos estudos, características metodológicas, tipo de publicação, avaliação do rigor metodológico e característica da instituição, além de questões referentes ao problema de pesquisa e aspectos relevantes para respondê-lo,

buscando-se identificar as estratégias de enfrentamento e o alinhamento delas com as normativas da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

**Etapa 4** - Avaliação dos estudos, seleção, leitura e organização das referências em planilha. Cada coluna da planilha correspondeu a um item do instrumento de coleta de dados, de forma que, no momento da análise, foi possível comparar as informações de cada estudo.

**Etapa 5** - Interpretação dos resultados, buscando-se integrar os resultados em sínteses, convergências, divergências e variedade de informações. Buscaram-se, ainda, nesta etapa, temas transversais aos pré-estabelecidos no instrumento de coleta.

**Etapa 6** - Apresentação da revisão e síntese do conhecimento, com os resultados organizados em temas e discutidos segundo a proposta do estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A seleção dos estudos, conforme descrito no método, resultou em 11 artigos científicos (Quadro 1).

Na análise dos dados coletados, três categorias se destacaram: I A caracterização da violência doméstica infantil; II O enfrentamento do setor saúde para a violência doméstica infantil, e III A Linha de Cuidado e o enfrentamento da violência. Na primeira temática, a descrição da violência doméstica infantil, por parte dos autores dos estudos; nas segunda e terceira temáticas, as conclusões e contrapontos por parte dos autores dos estudos.

<b>Código</b>	<b>Referência do artigo</b>	<b>Estratégia de enfrentamento</b>
A1 <sup>17</sup>	Deslandes SF, Mendes CHF, Pinto LW. Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Cad. Saúde Públ. 2015;31(8):1709-1720.	Análise diagnóstica situacional da atuação de governos municipais no enfrentamento da exploração sexual e demais violências contra crianças e adolescentes, utilizando-se do citado sistema dos 32 indicadores do índice de enfrentamento da violência intrafamiliar (IEVI).
A2 <sup>10</sup>	Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Moraes RLGL, Rocha EM. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo. 2014;23(3):828-840.	Escuta e orientação das famílias em situações de violência e encaminhamento aos órgãos competentes.
A3 <sup>18</sup>	Angelo M, Prado SI, Cruz AC, Ribeiro MO. Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças Vítimas de Violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2013;22(3):585-92.	Notificação e denúncia aos órgãos competentes; Acompanhamento das famílias vítimas de violência, por meio da visita domiciliar e reuniões em grupo.
A4 <sup>19</sup>	Bezerra KP, Monteiro AI. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. Rev Rene. 2012;13(2):354-64.	Ações educativas com as famílias e a comunidade; Visita domiciliar à família em situação de violência infantil; Articulação de ação com outros profissionais de saúde.
A5 <sup>20</sup>	Silva PA, Lunardi VL, Silva MRS e Lunardi Filho WD. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos Profissionais de Saúde. Cienc Cuid Saúde. 2009;8(1):56-62.	Notificação dos casos de violência doméstica infantil.
A6 <sup>21</sup>	Costa LF, Penso MA, Almeida MC. O Grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual	Terapia em Grupo Multifamiliar.

	infantil. Psic. USP. 2005; 16(4):121-146.	
A7 <sup>22</sup>	Habigzang LF, Hatzenberger R, Corte FD, Stroehrer F e Koller S. Grupos de terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. Pic. Clin. 2006;18(2):163-182.	Terapia em grupo com abordagem grupal cognitivo-comportamental.
A8 <sup>23</sup>	Costa DKG, Reichert LP, França JRFS, Collet N, Reicher APS. Concepções e Práticas dos Profissionais de Saúde Acerca da Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes. Trab. Educ. Saúde. 2015; 13(sup. 2):79-95.	Utilização dos serviços dos agentes comunitários de saúde para investigar e acompanhar os casos de violência contra crianças e adolescentes na sua área de atuação; A notificação de casos de violência; Orientação à família vitimada; Encaminhamento ao conselho Tutelar.
A9 <sup>24</sup>	Araújo MF. Violência e Abuso Sexual na Família. Psic em Est. Maringá. 2002; 7(2):3-11.	Terapia do grupo familiar, envolvendo todos os membros da família, principalmente o agressor.
A10 <sup>25</sup>	Deslandes SF, Mendes CHF e Luz ES. Análise de desempenho de sistemas de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. Ciênc. & Saúde colet. 2014;19(3): 865-874.	Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes.
A11 <sup>11</sup>	Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. Cad. Saúde Públ. 1994;10(supl.1):177-187.	Notificação dos casos; Visita domiciliares e diagnósticos; Orientação com assistente social e psicólogo; Encaminhamento aos setores responsáveis conforme a necessidade da vítima.

**Quadro1-** Características das fontes estudadas segundo a referência dos artigos e estratégias apresentadas, Brasil, 2017.

Os estudos coletados foram publicados entre os anos de 1994 e 2015, dos quais seis estudos<sup>10,17,18,19,23,25</sup> foram publicados entre os anos de 2012 e 2015. Os autores atuam em diferentes áreas de estudo, como assistência e desenvolvimento

social, medicina, psicologia e enfermagem, prevalecendo instituições da região sudeste como local de desenvolvimento do estudo.

Predominaram os estudos qualitativos, com exceção de dois estudos,<sup>11,22</sup> que combinaram a abordagem quantitativa e qualitativa, um relato de experiência<sup>29</sup> e uma análise crítica<sup>25</sup>. E, dos onze artigos refinados, a publicação em periódicos prevalece a região do sudeste, logo em seguida, o sul e, depois, a região nordeste, e, nota-se também, que a maior área de estudos é da Enfermagem

### **Características da violência doméstica infantil**

Os estudos analisados consideram a violência como um fenômeno atrelado às relações de poder<sup>10,18</sup>. Caracterizada pela amplitude e complexidade<sup>10,18,19,21,22,24</sup> e parte da vida social<sup>10,20</sup>, de gênese multifatorial e complexa<sup>19</sup>, a compreensão da violência depende de uma análise profunda sobre a construção social do contexto onde ocorre<sup>10,19</sup> e dos sistemas de garantia de direitos<sup>10</sup>. A gravidade das ocorrências varia,<sup>10,19</sup> e crianças, mulheres e idosos são considerados os mais vulneráveis,<sup>10</sup> dada sua maior dependência em relação a outros indivíduos, principalmente familiares. Portanto, observa-se que há um compartilhamento e definições sobre a violência entre os autores estudados.

A violência contra a criança encontra no âmbito familiar o *locus* privilegiado,<sup>11</sup> embora seja a família o melhor contexto para a criança crescer e se desenvolver<sup>11,18-20</sup>.

Os estudos analisados enfatizaram a negligência, violência física<sup>10</sup>, violência ou abuso sexual<sup>24</sup> e violência psicológica<sup>10</sup>, caracterizando estas naturezas a partir da compreensão dos participantes ou da literatura consultada.

A negligência consiste na falta de cuidados e acompanhamento infantil, na falha de desempenho dos papéis de pais e familiares<sup>10</sup> e na falha em proporcionar condições necessárias para o desenvolvimento emocional, da saúde, educação, nutrição e segurança<sup>10,24</sup>. Para alguns participantes dos estudos analisados, a negligência não é considerada uma forma de violência<sup>23</sup>.

A violência física, mais percebida,<sup>23</sup> dado seu aspecto disciplinador, consiste no espancamento ou na ameaça de agressão<sup>10,11</sup>. Embora naturalizada<sup>18,20</sup>, admitem-se consequências para a saúde<sup>10,18</sup>, tais como: sequelas físicas, sociais, emocionais, psicológicas, cognitivas e comportamentais<sup>10,11,19,24</sup>. A violência psicológica caracteriza-se pela agressão verbal, insultos, desprezo, críticas e ameaças de abandono<sup>10</sup>, atribuídos à perda de controle emocional da mãe<sup>10</sup>. Já a violência sexual

é atribuída ao uso do poder, coação, sedução e às desigualdades de gênero e geração,<sup>24</sup> e apontada como natureza subnotificada,<sup>11,19</sup> sobretudo por motivos culturais<sup>19</sup>. Questões legais relacionadas à punição do agressor e proteção das crianças, bem como questões terapêuticas, foram destacadas, diante da ocorrência do abuso sexual infantil<sup>24</sup>.

A violência institucional foi apontada como uma natureza particular de violência. Esta, segundo autores, ocorre quando a instituição silencia ou não notifica a violência identificada, suspeita ou confirmada<sup>20</sup>. A ausência de enfrentamento contribui para a perpetuação da violência, favorecendo o fenômeno da intergeracionalidade<sup>19</sup>.

A violência é um tema de difícil identificação, abordagem e intervenção<sup>18,19</sup>, pois, diversas são suas formas de interpretação<sup>11,19,21</sup> e nem sempre constitui objeto de intervenção do setor saúde<sup>10</sup>. A família que agride não reconhece seu papel fundamental na promoção do desenvolvimento da criança<sup>18</sup>. A cumplicidade entre agressores e familiares<sup>24</sup> e o silêncio podem decorrer da dependência financeira<sup>10,20</sup> e das relações desiguais de gênero, revelada pela submissão da mulher ao homem<sup>10,24</sup>. Na perspectiva da multicausalidade<sup>19,24</sup> ou como fenômeno psicossocial<sup>24</sup>, as desigualdades econômicas, sociais e culturais também são apontadas<sup>19,24</sup>.

Nem sempre os familiares conseguem explicar os motivos que provocaram os maus-tratos à criança<sup>11</sup>, mas os estudos relacionam a violência infantil à situação de pobreza das famílias<sup>11</sup> e à drogadição<sup>10,11,24</sup>. As famílias em situação de pobreza, por estarem mais expostas aos serviços públicos, têm sua situação mais visível, enquanto nos contextos privados de atendimento, os fenômenos são escondidos<sup>11</sup>. Outras características da violência são apontadas como a predominância da violência contra o primogênito, a violência motivada pelo comportamento rebelde da criança e a mãe como agressora ou cúmplice da agressão<sup>11,18</sup>. Este último aspecto é explicado pelo fato de grande parte das famílias terem apenas as mulheres como adultas responsáveis pelo cuidado das crianças<sup>11</sup>.

### **O enfrentamento do setor saúde para a violência doméstica infantil**

Uma das formas de enfrentar a violência infantil é conhecendo o que os profissionais pensam a respeito<sup>19,23</sup>. São múltiplas as formas dos profissionais de saúde de compreender a violência, partindo desde o entendimento de que a violência é algo que pertence à esfera privada das relações<sup>10,20,24</sup> e que não tem relação com determinantes sociais,<sup>10</sup> até a posição estratégica do setor saúde<sup>10,17,20,23</sup>, destacando

a Estratégia Saúde da Família como espaço privilegiado<sup>19</sup>, facilitadora do acesso da população aos serviços de saúde, resolutiva e capacitada<sup>10</sup>.

A despeito dos avanços destacados na legislação brasileira para proteção dos direitos das crianças<sup>10,19,20,25</sup>, apenas avanços legais não são suficientes para garantir que a violência não ocorra<sup>10,19,20</sup>. É necessário investimento social em políticas públicas de garantias estruturais,<sup>10,20,22,24</sup> que tornem as condições de vida da população favoráveis ao desenvolvimento infantil e relações salutaras entre os membros da família.

No contexto estrutural, há necessidade da avaliação contínua dos processos de enfrentamento<sup>10,25</sup>, além do monitoramento social por meio de indicadores sensíveis e contextualizados,<sup>17,25</sup> e compromisso das instituições<sup>20</sup> e gestores<sup>10</sup> com as iniciativas para fortalecer a prevenção<sup>10</sup>. Configuram entraves ao enfrentamento a falta de planos municipais<sup>25</sup>, fluxos de atendimento<sup>17</sup> e clareza nos dados de notificação<sup>17,23-25</sup>, além da precariedade dos registros de atendimento e monitoramento da violência infantil nos serviços de saúde, educação, assistência social e conselhos tutelares<sup>25</sup>. Aponta-se que, quando as informações sobre violência são apresentadas em números absolutos<sup>11,25</sup>, há dificuldade de compreender a magnitude do problema. A literatura reforça que conhecer o problema para então enfrentá-lo<sup>11,22,25</sup> e, a partir das estratégias realizadas, é necessário a construção e análise de indicadores para acompanhar as mudanças da realidade social<sup>22,25</sup>.

A notificação compulsória é apontada como uma das formas de romper com a violência e tornar o fenômeno visível, auxiliando na proteção da criança<sup>18,20</sup>. Embora seja uma ação compulsória para os profissionais que identificam casos suspeitos ou confirmados<sup>18</sup> e tenha a finalidade de gerar a informação epidemiológica<sup>17,25</sup>, sem prejuízo de outras intervenções, a notificação ainda é compreendida de forma equivocada, apontando o desconhecimento dos profissionais em relação às condutas legais diante da violência infantil<sup>18-20,23</sup>. Interpretada por alguns profissionais como forma de denúncia, restringe o ato à comunicação da ocorrência ao conselho tutelar<sup>18,20</sup> e, muitas vezes, obrigar os profissionais da saúde de outras providências, após o encaminhamento do caso,<sup>20,23</sup> pode ser a maneira de dividir a responsabilidade da violência com outros setores<sup>20</sup> e, ainda, o meio de comunicar ocorrências graves ou confirmadas<sup>19,20,23</sup>.

O desconhecimento dos meios legais para intervenção<sup>18-20,23</sup> ou até mesmo a carência desses recursos, gera insegurança e influência direta e negativamente o

processo de tomada de decisão dos profissionais quanto à notificação dos casos identificados<sup>20,23</sup>. Foram apontados entraves institucionais para a notificação, tais como, estratégias pontuais frente à identificação do caso, com intuito de preservar a imagem da instituição e manter a violência oculta<sup>18</sup>.

Outras dificuldades são apontadas para o enfrentamento da violência. Mesmo que as situações de vulnerabilidade, casos suspeitos e confirmados sejam identificados, nem sempre existem recursos institucionais disponíveis, tais como: protocolos e fluxos de atendimento,<sup>18-20,23,24</sup> além da falta de retorno de outros órgãos nas situações de encaminhamento,<sup>10,23</sup> falta de articulação entre serviços,<sup>10,19,20,23</sup> falta de apoio institucional,<sup>10</sup> falta de resolutividade das ações propostas<sup>10</sup>. Esses aspectos negativos levam os serviços a buscarem estratégias pontuais e individuais, dificultando o monitoramento da condição de enfrentamento e a identificação de necessidades frente ao tema<sup>20, 25</sup>. Ainda, quando resultam em ações interestoriais, estas nem sempre são reportadas às instâncias centrais, dificultando o monitoramento das ações no território<sup>25</sup> e sem a devida preocupação com a prevenção, contrariando um dos princípios da Atenção Primária à Saúde<sup>19</sup>.

Há, ainda, dificuldades relacionadas aos profissionais, tal como a resistência em enfrentar a problemática,<sup>20,22,24</sup> dado o aspecto subjetivo<sup>8</sup> que envolve os casos e remonta à própria história de vida e valores pessoais. Diante da falta de recursos, alguns profissionais preferem atuar sozinhos,<sup>10,20,11</sup> com iniciativas pessoais,<sup>10,20</sup> porém, deslocadas e ineficazes<sup>10</sup>. Outros tornam-se complacentes,<sup>20,23</sup> diante do contexto familiar que envolve a violência, ou ainda indiferentes com a frequência dos casos que atende no serviço<sup>8</sup>. Há, ainda, o equívoco na identificação da violência, quando a tomada de decisão do profissional baseia-se apenas no relato do adulto responsável. Nessas situações, não se considera o que a criança diz ou os sinais que apresenta, violando o direito da criança de receber o cuidado institucional<sup>20</sup>. A postura reducionista, impositiva e positivista que permeia a prática dos profissionais não é considerada favorável ao enfrentamento da violência doméstica infantil<sup>19</sup>.

Frente à gravidade das situações que tocam a intimidade dos profissionais<sup>8</sup>, a dificuldade em dar apoio<sup>10</sup> e a descontinuidade no acompanhamento dos casos de violência,<sup>10,20,24</sup> sentimentos como impotência<sup>8,19</sup> e tristeza<sup>8</sup> foram citados por participantes dos estudos analisados.

Aspectos familiares também influenciam no enfrentamento. A família é o melhor lugar para a criança viver<sup>11</sup> e deve ser nela o foco de toda a atenção para o

enfrentamento das situações de violência doméstica,<sup>18,19,24,11</sup> inclusive, com estratégias de enfrentamento que incluam o agressor<sup>19,11</sup>. Existem, ainda, famílias resistentes à intervenção<sup>20,24</sup> e casos em que há cumplicidade entre os agressores<sup>8</sup>. Um possível caminho é a busca pela reconstrução das relações entre pais e filhos e a harmonia na relação conjugal, com o resgate do respeito mútuo, na perspectiva transgeracional<sup>21</sup>. A criminalização foi destacada como um fator desagregador do grupo familiar<sup>11</sup> e aspecto dificultador para intervenções junto ao agressor,<sup>21</sup> assim como nos casos de violência infantil perpetrada por estranho à família. Por outro lado, uma boa relação dos profissionais com a família favorece os resultados positivos do acompanhamento e aconselhamento<sup>10</sup>.

Vários são os espaços de enfrentamento da violência doméstica infantil, sendo fundamental a conjugação de diferentes profissionais em diferentes campos de atuação<sup>10,19</sup> e a mobilização da sociedade civil e setores do governo.<sup>10</sup> As estratégias elaboradas em equipes e intersetoriais foram apontadas como positivas,<sup>10,19,20,11</sup> considerando que os encaminhamentos são a melhor forma de interromper o ciclo da violência.<sup>10,21,24,11</sup> Diante da diversidade de situações que envolvem e determinam a violência doméstica infantil, ressalta-se que diferentes estratégias devem ser pensadas para atender as peculiaridades dos diferentes tipos e naturezas de violência doméstica infantil.<sup>19,21,11</sup> Parcerias entre instituições e profissionais permitem a complementaridade de olhares<sup>21</sup>, sendo destacadas, nos estudos, as parcerias entre os campos da psicologia e direito,<sup>21</sup> psicologia e assistência social,<sup>20</sup> academia e sistema de garantia de direitos<sup>17,21,22</sup> entre os profissionais das equipes de estratégia saúde da família e profissionais que atuam nas diferentes instituições, como psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, além de profissionais da educação, serviço social, poder executivo, legislativo e judiciário, e sociedade civil<sup>19</sup>.

Ainda assim, o setor saúde e mesmo a estratégia saúde da família não podem atuar sozinhos<sup>10</sup> e o trabalho em rede também é destacado.<sup>10,11,18</sup> Outros destaques podem ser citados, como o apoio do agente comunitário de saúde no monitoramento das famílias,<sup>23</sup> a atuação dos conselhos tutelares,<sup>20,23</sup> e do judiciário, no encaminhamento para intervenções psicossociais<sup>22</sup>.

Estratégias descritas nos estudos analisados ressaltam a importância do atendimento integrado, de considerar os aspectos culturais, sociais e econômicos no enfrentamento.<sup>10,20,11</sup> As intervenções devem buscar o fortalecimento da autonomia das vítimas<sup>10</sup> e dos profissionais,<sup>8</sup> garantir que os direitos humanos da criança sejam

preservados,<sup>10,22</sup> estimular a mudança de comportamento das famílias,<sup>10,21,11</sup> aliando ações para transformação das condições, situações e estilos de vida das famílias,<sup>10</sup> orientando sobre deveres da família em relação às crianças,<sup>21</sup> e ampliando o olhar para além do cuidado tecnicista, restrito e limitado,<sup>10,19</sup> característicos do modelo biomédico.

A escuta ativa e o diálogo solidário<sup>10,21</sup> foram apontadas como maneiras eficazes de identificar as situações de violência infantil, além da observação de sinais não verbais,<sup>23</sup> alterações físicas e comportamentos suspeitos da criança<sup>8</sup>. Outras ações desenvolvidas nos estudos analisados incluem o acolhimento, com objetivo de promover a segurança da criança,<sup>21,22</sup> acompanhamento dos casos,<sup>10,23,11</sup> discussão de casos em equipe,<sup>10,20</sup> apoio à família da criança,<sup>10,19,21,23,11</sup> por meio da escuta<sup>10,23,21</sup> e orientação,<sup>10,21</sup> inclusive, para os pais, quando estes vivem situações de conflito conjugal.<sup>21</sup>

Para atuação junto às famílias no território, foram citados o uso dos registros<sup>19,11</sup> e da visita domiciliária,<sup>19,11</sup> atribuindo-se ao monitoramento, a queda dos indicadores de reincidência<sup>21,11</sup>. Além disso, foram apontadas medidas de enfrentamento pensadas coletivamente, tais como, ações educativas estabelecidas a partir de uma relação dialógica entre profissionais e comunidade<sup>19</sup>. Para tanto, o contexto da Atenção Primária à Saúde é um espaço privilegiado. Ações educativas, individuais e coletivas, incluindo famílias em situação de vulnerabilidade, gestantes e crianças frequentando escolas também foram descritas como estratégias válidas<sup>19</sup>.

Vários estudos analisados apontaram a necessidade de capacitação dos profissionais que lidam com o atendimento de crianças em situação de violência doméstica.<sup>10,19,20,21,23,24,11</sup> São valorizadas ações de treinamento, aconselhamento e troca de experiências exitosas na prevenção da violência<sup>8</sup> e, se espera que, para um enfrentamento efetivo, os profissionais estejam comprometidos com a causa em questão<sup>10,20</sup>.

Estratégias descritas nos estudos versam sobre o atendimento da criança e da família em situação de violência. Três são as propostas detalhadas nos estudos: a) a criação de uma linha de cuidado para enfrentamento da violência, articulada com a rede de cuidado e proteção social do território<sup>23</sup>; b) intervenção através da terapia cognitivo comportamental com meninas vítimas de abuso sexual<sup>22</sup>; c) intervenção psicossocial, com uso de jogos dramáticos e dimensão socioeducativa, com grupos

multifamiliares envolvidos em situações de abuso sexual e cuja participação advém de sugestão intimação judicial<sup>21</sup>.

Por fim, a sociedade deve apoiar a vítima e o agressor, para que recuperem suas trajetórias e retomem seus papéis sociais e posição ativa em suas histórias de vida, atribuindo-lhes poder para decidir sobre os temas que lhe afetam<sup>21</sup>. Assim, o conceito de *empowerment* é aproximado da esfera de enfrentamento da violência doméstica infantil.

### **A Linha de Cuidado e o enfrentamento da violência**

A Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, publicada em 2010, baseia-se nos princípios da promoção da saúde para prevenção da violência, buscando a promoção dos vínculos, fortalecimento da resiliência e promoção da cultura de paz. Dentre as estratégias de enfrentamento, aponta caminhos no acolhimento, atendimento das crianças e famílias, cuidados diretamente relacionados às lesões e agravos causados pelo ato violento, a notificação e o monitoramento dos casos. Trata, ainda, do cuidado em rede intersetorial, intrasetorial de cuidado e proteção social e da articulação entre as duas dimensões de organização institucional<sup>3</sup>.

Os estudos analisados corroboram com os princípios da Linha de Cuidado, ao reforçar a importância das ações dialógicas, participativas e coletivas. Entretanto, as recomendações da Linha de Cuidado são enfáticas, no sentido de as intervenções acontecerem no cotidiano dos serviços, antecipando-se às situações de violência. A violência enfrentada pelo setor saúde e descrita pelos estudos analisados é a violência consumada, identificada nas ocorrências mais graves e que, muitas vezes, afeta a estrutura familiar. Pouco se fala nos estudos sobre estratégias de prevenção, promoção da cultura de paz e reconhecimento de vulnerabilidades.

E a Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza a prática transversal, na qual integra a intersetorialidade e fomenta o diálogo entre as diversas áreas de atenção à saúde, e com órgãos não governamentais, e a sociedade civil, no sentido da responsabilidade e compromisso para a qualidade de vida. Assim, a promoção de saúde articulada possibilita a minimização dos riscos sociais de crianças e adolescentes, quando expostos à violência<sup>26</sup>.

Alguns estudos trabalharam com os efeitos deletérios e suas consequências geradas pela violência infantil. As estratégias de enfrentamento envolveram o grupo familiar, como forma de atendimento multidisciplinar, o que é preconizado pela

Linha de Cuidado, e promoveram, mesmo que parcialmente, as dimensões do acolhimento, uso da rede de cuidados do território, o cuidado dessas famílias na readaptação e reabilitação de suas vidas e a promoção de vínculos e fortalecimento da resiliência.

E, assim, encontramos profissionais de saúde que, timidamente, mesmo não fundamentados integralmente na Linha de Cuidado, para que não haja a possibilidade de acontecer a violência, utilizam-se de ações positivas do enfrentamento, e, assim, no intuito de intervir na violência praticada intergeracional, quebrando o ciclo entre as gerações futuras.

Enquanto uma grande parte dos estudos apontaram a notificação compulsória como uma estratégia de enfrentamento, a Linha de Cuidado coloca a notificação como uma das etapas, após o acolhimento, o atendimento da criança e da família em situação de violência, independente do nível de atenção e abrangendo todas as dimensões de cuidado. É a partir da notificação que a rede intersetorial é acionada, incluindo conselhos tutelares, centros de assistência social, escolas, justiça e organizações não governamentais.

Deve existir, entre os profissionais das diversas áreas de atendimento do SUS e seus gestores, a quebra de paradigma, para que a violência infantil seja de fato trabalhada de forma articulada na rede de atenção à saúde de forma integral, pois a política existente e a asseguração do cuidado as crianças e adolescentes devem estar presentes na mudança de concepção da estrutura do trabalho em rede, e, para isso, se faz necessário colocar em prática as dimensões pactuadas na Linha de Cuidado, entres as quais, a rede intrasetorial e intersetorial, tendo os seguintes movimentos: diagnóstico da situação dos serviços encontrados nos territórios, mobilização social, capacitação permanente e formação continuada e planejamento e gestão colegiadas.

Percebe-se, portanto, uma desarticulação entre as ações do setor saúde para o enfrentamento da violência e as recomendações da Linha de Cuidado, perpetuando intervenções desarticuladas das normativas e de difícil monitoramento e avaliação de impacto na situação de violência infantil do Brasil.

Trata-se de uma temática complexa, e esse estudo não pretende ousar findar as demandas existentes sobre a violência na infância e adolescência, pois limita-se às estratégias de enfrentamento no cenário brasileiro e num dado momento,

possivelmente necessita de revisões, adaptações e busca de cenários internacionais com contribuições relevantes para enriquecimento das arguições sobre a temática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise da produção científica acerca do enfrentamento da violência doméstica infantil no setor saúde permitiu visualizar quais são as interpretações e estratégias aplicadas no contexto brasileiro. Embora exista uma Linha de Cuidado, que tem como mote nortear as ações institucionais dos diferentes contextos de cuidado das crianças, percebe-se que as ações descritas na literatura estão desarticuladas, tanto em termos de teoria como de prática, daquilo que se preconiza pela política pública.

A falta de compreensão dos direitos da criança e dos compromissos profissionais e institucionais podem ser um agravante para o panorama epidemiológico da violência doméstica. Embora desconheçam práticas efetivas de enfrentamento, os autores apontam a necessidade de capacitação e articulação dos diferentes setores da sociedade, como uma possível construção do enfrentamento dessa problemática. As ações pontuais, embora louváveis em sua intencionalidade, mostram-se ineficazes na transformação dos cenários mais amplos, restringindo-se ao pequeno número de atendimentos realizados pelas equipes que se propõem a tal atuação.

As transformações da realidade devem estar respaldadas em conhecimento científico, em tecnologias e, sobretudo, na garantia dos direitos sociais e civis da população. A compreensão do papel da criança e da infância na sociedade, a pactuação de responsabilidades sobre a realidade social e de saúde, o estabelecimento de metas claras e objetivas a serem alcançadas em curto, médio e longo prazos são alguns dos caminhos a serem seguidos. Discutir o tema da violência infantil, suas implicações e consequências, seja nas escolas formadoras, nas capacitações profissionais, nos espaços sociais, nos serviços de saúde junto às comunidades, ou em qualquer dos âmbitos da convivência social, é fundamental para despertar o interesse e responsabilidade na sociedade e exercício pleno da cidadania.

## REFERÊNCIAS

- 1 United Nations Children's Fund. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014 Sept.
- 2 Cerqueira D, Ferreira H, Lima RS, Bueno S, Hanashiro O, Batista F, et al. Atlas da Violência 2016. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília (DF); 2016 mar.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Brasília (DF); 2010.
- 4 Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RNunes, Fonseca RMGS, Egly EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. Revista Lat-Amer de Enferm. 2012;20(2):266-73.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2017, 218p.
- 6 Egly EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. Rev da Esc de Enferm da USP. 2015;49(4):0556-63.
- 7 Egly EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. Rev Bras de Enferm. 2013;66(spe):119-33.
- 8 Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):557-96.
- 9 Santos JS, Yakuwa MS. Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2015 Jun ;15(1):38-43.

10 Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Moraes RLGL, Rocha EM. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo.* 2014;23(3):828-840.

11 Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cad. Saúde Públ.* 1994;10(supl.1):177-187.

12 Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS).* 2012 Jun;33(2):8-9.

13 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enf, Florianópolis.* 2008, out-dez; 17(4):758-64.

14 Stern C, Jordan Z, McArthur A. Developing the Review Question and Inclusion Criteria. *AJN.* 2014;114(4):53-6.

15 Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enferm.* 2007 maio-junho; 15(3). Stern C, Jordan Z, McArthur A. Developing the Review Question and Inclusion Criteria. *AJN.* 2014;114(4):53-6.

16 Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literature [Dissertação Mestrado]. São Paulo:Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

17 Deslandes SF, Mendes CHF, Pinto LW. Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Públ.* 2015;31(8):1709-1720.

18 Angelo M, Prado SI, Cruz AC, Ribeiro MO. Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças Vítimas de Violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis.* 2013;22(3):585-92.

19 Angelo M, Prado SI, Cruz AC, Ribeiro MO. Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças Vítimas de Violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis.* 2013;22(3):585-92.

20 Silva PA, Lunardi VL, Silva MRS e Lunardi Filho WD. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos Profissionais de Saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(1):56-62.

21 Costa LF, Penso MA, Almeida MC. O Grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psic. USP*. 2005;16(4):121-46.

22 Habigzang LF, Hatzenberger R, Corte FD, Stroehler F e Koller S. Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Pic. Clin*. 2006;18(2):163-82.

23 Costa DKG, Reichert LP, França JRFS, Collet N, Reicher APS. Concepções e Práticas dos Profissionais de Saúde Acerca da Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes. *Trab. Educ. Saúde*. 2015;13(sup. 2):79-95.

24 Araújo MF. Violência e Abuso Sexual na Família. *Psic em Est. Maringá*. 2002;7(2):3-11.

25 Deslandes SF, Mendes CHF e Luz ES. Análise de desempenho de sistemas de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciênc. & Saúde colet*. 2014;19(3):865-74.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília, Ministério da Saúde; 2010.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica infantil envolve uma dinâmica complexa, resulta de valores sociais de lutas e perdas, atrelados à história de vida de indivíduos, que, às vezes, não têm dimensão de que pode reverberar uma reação violenta ou de omissão em suas vidas. No entanto, as relações sociais de poder e abusivas devem ser combatidas e erradicadas do convívio de crianças e adolescentes, pois, caso contrário, teremos a repercussão dessa violência entre gerações.

O estudo evidencia a caracterização da violência a partir dos artigos estudados, quando a violência é apontada, considerando-se o abuso de poder voltada, quase sempre, para os primogênitos, e tendo a mãe, na maioria das vezes, como agressora ou cúmplice da agressão; e os estudos mostram que a violência se intensifica nas famílias que apresentam vulnerabilidade social, pois estão mais próximas da assistência promovida pela políticas de saúde existentes.

Uma outra Estratégia de enfrentamento da violência infantil enfatizada nos estudos é o da notificação compulsória, no entanto, não pode ser a única forma de enfrentar a violência. Observou-se, também, a falta de articulação de profissionais, especificamente do setor saúde, assim como de gestores; a falta de diálogo ou de capacitação, para que a prática de combate à violência infantil seja minimizada cada vez mais, o que se evidencia nos estudos.

Conclui-se, portanto, que há a necessidade do setor saúde de implementar ações de enfrentamento da violência infantil intersetorial e intrasetorialmente, maximizar a prática da garantia dos direitos da criança e do adolescente, as quais devem de fato serem efetivadas, bem como de mudar as estratégias de enfrentamento da violência infantil, seja elencando ações intersetoriais, essas serem regionalizadas, e que entre elas a capacitação do trabalhador de saúde e demais áreas sejam contemplados, ter uma abordagem centrada na família, quando essa for acometida, e ações que envolvam a sociedade de forma geral, trazendo-a para a diálogo da problemática que a violência acarreta, não apenas a crianças e adolescentes, mas a todos os que estão envolvidos direta e indiretamente com o fenômeno da violência; e que essa sociedade visualize crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, bem como que Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências é uma estratégia para a ação integral, um passo para o almejar a integralidade do cuidado, um dos princípios SUS,

que buscar articular os níveis de atenção em saúde, e, assim, mudar o mote que norteia a história de construção do conceito de infância.

E o diálogo sobre a violência, seja em qualquer ciclo de vida, deve estar contido nos núcleos de formação de profissionais, não apenas da área da saúde, mas em diversas áreas, entre as quais: segurança, direito e serviço social, e, assim, corroborar com estratégias de enfrentamento interdisciplinar, no sentido de transformação da realidade social de crianças e adolescentes vítimas de violência, pois a mudança de comportamento humano acontece ao longo da história da sociedade. Espera-se, também, com esse estudo, possa provocar novos trabalhos sobre a temática.

## 6 REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes. Rev Saúde Pública. São Paulo (SP). 2000; agot;34(4):427-30.

2 World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

3 Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde de Homens e Mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Modalidade a Distância. Políticas públicas no enfrentamento da violência [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; organização, Elza Berger Salema Coelho [et al]. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2014;51p.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM n. 737 de 16 maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília (DF) 2002 (18, maio de 2001); Sec.1e:62.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília (DF). 2014; (9. Jun. de 2014). Sec.1:67-69.

6 Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 05]; 11(Suppl): 1163-1178. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320060005000072007>.

7 Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação da Ação Social. Protocolo da Rede de proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para violência. Curitiba, 2008.

8 Cerqueira D, Ferreira H, Lima RS, Bueno S, Hanashiro O, Batista F, et al. Atlas da Violência 2016. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento e Gestão, 2016. N°17.

- 9 Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 mar-abr;20(2):[8 telas].
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIVA. Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2016.92 p, 2ed.
- 11 Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(nºesp.):119-33.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010:104 p.
- 13 Universidade Federal de São Carlos. O que é revisão integrativa?. Disponível em <http://www.seabd.bco.ufscar.br/referencia/o-que-e-revisao-integrativa> □. Acesso em 24 de jun. 2016.
- 14 Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*. Now York. 1987; 10(1):1-11.
- 15 Whittemore R, KNAFL K. The Integrative Review: update methodololy. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. 2005; 52(5):546-53.
- 16 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enf*. Florianópolis. 2008, out-dez; 17(4):758-64.
- 17 Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores Evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):43-50.
- 18 Pedrolo E, Danski MR, Mingorance P, Lazzari LSM, Méier MJ, Crozeta K. A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta para Prática Profissional do Enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2009 Out/Dez; 14(4):760-3.

19 Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 maio-jun.;15(3).

**APÊNDICE A****Instrumento de coleta de informações nos Artigo**

<b>Planilha de informações</b>	
Código do Artigo	
Origem do Periódico	
Título do Artigo	
Autores	
Ano	
Referência	
Resumo	
Objetivo	
Tipo de Estudo	
Participantes do estudo	
Definição de violência	
Caracterização da violência (tipo e natureza)	
Experiências/estratégias desenvolvida	
Caracterização do enfrentamento	
Quem faz o enfrentamento	
Como faz o enfrentamento	