



Grupo Ser Educacional  Gente criando o futuro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO

PAULA REGINA COSTA MENDES DE HOLANDA

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL: FLUXO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RECIFE

Guarulhos

2019

PAULA REGINA COSTA MENDES DE HOLANDA

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
INFANTIL: FLUXO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RECIFE**

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

Orientador: Profa. Dra. Maíra Rosa Apostólico

Guarulhos

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

H722e

Holanda, Paula Regina Costa Mendes de
Enfrentamento da violência doméstica infantil: fluxo da atenção
primária à saúde no município do Recife. / Paula Regina Costa Mendes de
Holanda. - 2019.
75 f.; 31 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maíra Rosa Apostólico

Dissertação (Mestrado em ciências) – Programa de pós-graduação
em enfermagem, Universidade Guarulhos, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Saúde da Criança 3. Violência
doméstica I. Título II. Apostólico, Maíra Rosa (orientadora) III.
Universidade Guarulhos.

CDD. 610.73



Grupo Ser Educacional



Gente criando o futuro

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada "Enfrentamento da violência doméstica infantil: fluxo da atenção primária à saúde no município do Recife", em sessão pública realizada em 01 de novembro de 2019, considerou a candidata Paula Regina Costa Mendes de Holanda aprovada.

1. Profa. Dra. Maira Rosa Apostólico

Maira Apostólico

2. Profa. Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos

Dora Salcedo

3. Profa. Dra. Maiara Rodrigues dos Santos

Maiara Santos

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.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que permitiu essa caminhada e me sustentou em todos os momentos.

Ao meu amado filho Matheus, que compreendeu minha ausência em muitos momentos.

À minha querida mãe Rosário e meu pai Edson, que são minha força e sustentação.

Ao meu marido Rodrigo, pelo apoio e incentivo diários.

À admirável e querida Profa. Dra. Máira Rosa Apostólico, pela paciência, compressão e ensinamentos nesta jornada.

À professora Dra. Ana Sabatés, pela acolhida e pelo aprendizado proporcionado.

E às professoras Dra. Maiara Rodrigues e Dra. Teresa Morais, pelas importantes contribuições no exame de Qualificação.

À querida amiga e companheira de grupo de estudo Raquel Porto, pelo incentivo diário, confiança, motivação e ajuda nos momentos mais delicados.

Ao Grupo Ser Educacional, pela oportunidade e estímulo ao meu crescimento profissional e pessoal.

Aos profissionais entrevistados, que aceitaram ceder um pouco do seu tempo para colaborar com a nossa pesquisa.

Enfim, minha gratidão a todos os colegas de turma, professores do programa e funcionários da instituição que ajudaram nessa trajetória.

APRESENTAÇÃO

Embora a Fisioterapia, historicamente, esteja relacionada de forma mais específica ao processo de reabilitação da saúde, o campo da Atenção Primária tem se mostrado rico e com múltiplas possibilidades de intervenção por parte deste profissional. Recentemente inserido neste contexto, tem desenvolvido seu potencial de exploração e contribuição neste nível de atenção, sobretudo por meio da troca de experiências e construção do conhecimento. Neste sentido, em parceria com outros profissionais da saúde, a atuação do fisioterapeuta mostra-se valiosa para nós.

Aproximar-se da realidade cotidiana dos usuários dos serviços de saúde e enxergar o cenário social no qual essas pessoas estão inseridas facilita o planejamento e execução de ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e propostas de reabilitação mais eficazes, colaborando também com o processo de evolução da nossa categoria neste âmbito.

Neste caminho, compreender a realidade da coletividade, como o processo de saúde-doença se desenvolve, quais são as alternativas possíveis para intervenção e como essas intervenções modificarão a dinâmica da realidade é crucial para o fortalecimento e expansão das nossas ações.

Diante desta perspectiva, um dos novos desafios que encontramos é o contato com situações de violência, temática de rara abordagem dentro do percurso formativo. Considerando os ciclos da vida e entendendo que na infância ocorrem as maiores e principais etapas de evolução e maturação do desenvolvimento neuropsicomotor e que situações de violência nesta fase podem reverberar de forma extremamente negativa, com reflexos para toda a vida, surgiu a intenção de compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde identificam, lidam e conduzem situações dessa natureza.

Foi motivador encontrar uma teoria que, embora tenha sido desenvolvida por outra área de formação, consegue abraçar todas as categorias da saúde, de modo a integrar as experiências, e sendo possível utilizá-la para a construção e partilha do conhecimento, de modo a intervir de maneira oportuna e eficaz.

Assim, utilizar a Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem (TIPESC) para a realização desta pesquisa foi uma experiência bastante positiva e gratificante. Nessa oportunidade foi possível ampliar meu apreço e esmero sobre o campo da

Saúde Coletiva, assim como foi singular perceber as inter-relações estabelecidas entre os diversos atores deste universo, que se apresenta plural e dinâmico.

“O que se diz a criança, o que se ensina a criança, não a impressiona. Mas como você realmente é, se você é bom e expressa esta bondade em seus gestos ou se você é bravo ou raivoso o expressa isso em seus gestos, em suma, tudo que você mesmo faz prossegue dentro da criança. Isto é essencial. A criança é, toda ela, um órgão sensorial, ela reage a todas impressões que são estimuladas nela por outras pessoas. Portanto é essencial que não se pense que a criança seja capaz de aprender (pela razão) o que é bom, o que é ruim... mas é essencial que se saiba que tudo o que é feito na proximidade da criança é transformado no organismo infantil em espírito, em alma e em corpo. A saúde da criança durante toda a vida vai depender de como nos portamos em sua proximidade. As tendências que a criança desenvolve dependem de como nos comportamos perto dela”.

Rudolf Steiner

Holanda PRCM. Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil: Fluxo da Atenção Primária à Saúde no município do Recife [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

RESUMO

Introdução: a violência tem se mostrado um problema secular, alcançando todas as classes sociais, raças, religiões e culturas. Neste cenário, as crianças e adolescentes surgem como uma população vulnerável para todas as formas de agressão. No Brasil, a violência que afeta crianças e adolescentes se mostra com diversas faces e se expressa de maneira estrutural, intrafamiliar, institucional e delinquencial. O crescente número de ocorrências no Brasil e no mundo demonstra a importância de fomentar ações de prevenção e controle por toda a sociedade, com ênfase no setor de saúde e proteção social, que necessitam de políticas públicas para organizar o enfrentamento do fenômeno. **Objetivos:** analisar o enfrentamento da violência doméstica infantil na Atenção Primária à Saúde; objetivos específicos: descrever como os profissionais de saúde da APS identificam e interpretam casos de violência infantil; Identificar o(s) fluxo(s) de enfrentamento da violência, para crianças atendidas pelas unidades de saúde da rede de Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo transversal e exploratório de abordagem qualitativa, com embasamento teórico fundamentado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. O cenário da pesquisa foi o município do Recife, capital de Pernambuco, Brasil, especificamente o Distrito Sanitário III. Procedeu-se a realização de entrevista semiestruturada, com os profissionais de nível superior da Atenção Básica. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo com o apoio do *software* webQDA, e subsidiaram a construção do Fluxograma Analisador para examinar os processos de trabalho na identificação, monitoramento e fluxo das situações de violência infantil na rede municipal de saúde. **Resultados:** os resultados foram descritos em três categorias empíricas: Violência identificada pelo serviço, Enfrentamento local da violência infantil e o Caminho do Enfrentamento. Foram evidenciadas as motivações, o envolvimento dos profissionais e fluxo de atenção realizado para o atendimento às situações de violência na Atenção Básica. A violência infantil é reconhecida pelos profissionais, que atribuem as ocorrências às questões sociais e culturais, falta de políticas públicas e despreparo da rede para monitoramento dos casos. As ações do setor saúde limitam-se aos encaminhamentos para outros serviços ou setores do Estado, e o fluxograma não identificou um desfecho para o processo de trabalho em saúde, no atendimento da violência. **Conclusões:** existe a necessidade de capacitação permanente dos profissionais, além da implementação de programas e políticas que respaldem as ações dos trabalhadores tornando o processo de trabalho adequado às necessidades que se apresentam.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Violência doméstica. Fluxo de Trabalho.

Holanda PRCM. Coping with Domestic Child Violence: Primary Health Care Flow in Recife [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019

ABSTRACT

Introduction: violence has proved to be a secular problem, affecting all social classes, races, religions and cultures. In this scenario, children and adolescents emerge as a vulnerable population for all forms of aggression. In Brazil, violence affecting children and adolescents is diverse and expressed in a structural, intrafamilial, institutional and delinquent manner. The growing number of occurrences in Brazil and worldwide demonstrates the importance of promoting prevention and control actions throughout the country. society, with an emphasis on the health and social protection sector, which needs public policies to organize coping with the phenomenon. **Objectives:** to analyze the confrontation of child domestic violence in Primary Health Care, specific objectives: to describe how PHC health professionals identify and interpret cases of child violence; Identify the flow (s) of coping with violence, for children attended by the health units of the Primary Health Care network. **Method:** cross-sectional and exploratory study of qualitative approach, with theoretical basis based on the Theory of Practical Intervention of Collective Health Nursing. The research scenario was the municipality of Recife, capital of Pernambuco, Brazil, specifically the Sanitary District III. A semi-structured interview was conducted with the professionals of higher level of Primary Care. The interviews were subjected to content analysis with the support of the webQDA software, and subsidized the construction of the Analyzer Flowchart to examine the work processes in the identification, monitoring and flow of situations of child violence in the municipal health network. **Results:** the results were described in three empirical categories: Service-Identified Violence, Local Coping with Child Violence, and the Path of Coping. The motivations, the involvement of the professionals and the attention flow to address situations of violence in Primary Care were highlighted. Child violence is recognized by professionals, who attribute the occurrences to social and cultural issues, lack of public policies and unpreparedness. network for case monitoring. The actions of the health sector are limited to referrals to other services or sectors of the state, and the flowchart did not identify an outcome for the health work process in the care of violence. **Conclusions:** there is a need for permanent training of professionals, in addition to the implementation of programs and policies that support the actions of workers, making the work process appropriate to the needs presented.

Descriptors: Primary Health Care. Child Health. Domestic Violence. Workflow.

Holanda PRCM. Hacer frente a la violencia doméstica infantil: flujo de atención primaria de salud en Recife [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

RESUMEN

Introducción: la violencia debe ser un problema secular, que afecta a todas las clases sociales, razas, religiones y culturas. En este escenario, los niños y adolescentes emergen como una población vulnerable para todas las formas de agresión. En Brasil, la violencia que afecta a niños, niñas y adolescentes es diversa y se expresa de manera estructural, intrafamiliar, institucional y delincuente. El creciente número de eventos en Brasil y en todo el mundo demuestra la importancia de promover acciones de prevención y control en todo el país. sociedad, con énfasis en el sector de la salud y la protección social, que necesita políticas públicas para organizar el manejo del fenómeno. **Objetivo:** analizar la confrontación de la violencia doméstica infantil en la atención primaria de salud, objetivos específicos: describir cómo los profesionales de la salud de la APS identifican e interpretan los casos de violencia infantil; Identifique los flujos de afrontamiento de la violencia para los niños atendidos por las unidades de salud de la red de Atención Primaria de Salud. **Método:** estudio transversal y exploratorio de un enfoque cualitativo, con base teórica basada en la teoría de la intervención práctica de la enfermería de salud colectiva. El escenario de investigación fue el municipio de Recife, capital de Pernambuco, Brasil, específicamente el Distrito Sanitario III. Se realizó una entrevista semiestructurada con los profesionales de nivel superior de Atención Primaria. Las entrevistas fueron sometidas a análisis de contenido con el apoyo del software webQDA y subsidiaron la construcción del Diagrama de flujo del analizador para examinar los procesos de trabajo en la identificación, el monitoreo y el flujo de situaciones de violencia infantil en la red de salud municipal. **Resultados:** esultados: Los resultados se describieron en tres categorías empíricas: violencia identificada por el servicio, afrontamiento local con violencia infantil y el camino de la superación. Se destacaron las motivaciones, la participación de los profesionales y el flujo de atención realizado para abordar situaciones de violencia en Atención Primaria. La violencia infantil es reconocida por profesionales que atribuyen los hechos a problemas sociales y culturales, falta de políticas públicas y falta de preparación. red para monitoreo de casos. Las acciones del sector de la salud se limitan a referencias a otros servicios o sectores del estado, y el diagrama de flujo no identificó un resultado para el proceso de trabajo de salud en el cuidado de la violencia. **Conclusión:** Existe la necesidad de una capacitación permanente de profesionales, además de la implementación de programas y políticas que apoyen las acciones de los trabajadores para que el proceso de trabajo sea apropiado para las necesidades presentadas.

Descriptor: Atención Primaria de Salud. Salud del Niño. Violencia Doméstica. Flujo de Trabajo

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL | 14 |
| 2.1 A experiência do Recife (PE) em busca do trabalho em rede | 16 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 Geral | 20 |
| 3.2 Específicos | 20 |
| 4 MÉTODO | 21 |
| 4.1 Referencial teórico | 21 |
| 4.2 Referencial metodológico | 24 |
| 4.3 Aspectos éticos | 29 |
| 5 RESULTADOS | 30 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| REFERÊNCIAS | 55 |
| APÊNDICES | 62 |
| ANEXOS | 72 |

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e controverso e pode apresentar interpretações variadas, baseadas nas regras sociais vigentes no local, época e circunstâncias do fato. Tendo em vista que é um fenômeno social e universal, apresenta diferenciais por gênero, idade e etnia.¹

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser definida como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou que tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.²

A violência tem se mostrado um problema secular, alcançando todas as classes sociais, raças, religiões e culturas.³

Neste cenário, as crianças e adolescentes surgem como uma população vulnerável para todas as formas de agressão.² No Brasil, a violência que afeta crianças e adolescentes se mostra com diversas faces e se expressa de maneira estrutural, intrafamiliar, institucional e delinquencial.⁴

De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), a cada sete minutos em algum lugar do mundo uma criança ou adolescente, entre 10 e 19 anos, é morto vítima de homicídio, conflito armado ou violência coletiva. No ano de 2015, 82 mil crianças e jovens nesta faixa etária perderam a vida, sendo que, desse total, 24,5 mil casos aconteceram na América Latina e Caribe.⁵

Para a OMS, a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes pode ser classificada como: física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono.² Em alguns casos pode existir somente um tipo de violência e, em outros, a justaposição de duas ou mais modalidades.⁶ A negligência é a forma mais frequente de maus tratos observada nacional e internacionalmente.⁷ Embora possa parecer com menor potencial ofensivo, esse tipo de violência responde por 40% das fatalidades registradas.⁸

A experiência de violência nesta fase da vida é catastrófica. A existência de traumas físicos e psicológicos, mesmo que não fatais, concorrerão para reflexos em todas as etapas da vida.⁹

As consequências podem se manifestar ainda na infância, a exemplo da dificuldade no aprendizado;¹⁰ na adolescência, com maior suscetibilidade a sofrer violência na escola; na comunidade, como transgressão mais frequente das regras sociais⁹; e quando adultos, apresentando vínculos frágeis e inseguros, menor tolerância a frustrações, agressividade e reprodução da violência com outras pessoas e crianças, o que reforça a inclinação cíclica do fenômeno.¹⁰

O ambiente familiar se configura como núcleo primário e básico na formação da criança, considerado originalmente como a instituição social responsável pelos cuidados e socialização primária da infância.¹¹ Esse meio nutre a expectativa de proteção, carinho e transmissão de cultura e práticas educativas saudáveis, mas, por vezes, tem se apresentado como um espaço hostil.¹² Há uma predominância de casos de violência neste cenário, tendo os genitores como principais agressores.¹³

Na visão do cuidador agressor, os atos violentos para com as crianças se justificam como meio de educação, em situações nas quais ocorrem dificuldades sociais, contrariedades na rotina diária, nas relações familiares e com a criança, descontrole emocional e culpabilização da criança pelos problemas enfrentados.¹⁴ Trata-se de uma tentativa ou maneira de educar e ajustar comportamentos inadequados.¹⁵ No entanto, essa ação desperta na criança sentimento de revolta, humilhação e mágoa.¹⁰

A violência perpetrada contra crianças raramente surge como fenômeno solitário e está geralmente associada a condições de vida precárias, como a violência urbana, desemprego, uso de álcool e outras drogas, bem como violência de gênero.¹⁶

Estão presentes embates de poder, explicados pelas categorias geração e gênero, reafirmando modelos patriarcais de dominação entre o masculino e feminino, adultos e crianças.¹⁷

2 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Embora a infância tenha sido tardiamente reconhecida no Brasil, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 227, assegura os direitos fundamentais da criança e do adolescente.¹⁸

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Dessa forma, em 1990 essa temática ganhou destaque com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei 8.069/1990, que tem por finalidade “Garantir às crianças e aos adolescentes, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e a denúncia de violência”, sendo de responsabilidade da família, Estado e sociedade o seu cumprimento. Ainda de acordo com o ECA, considera-se criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos.¹⁸

Assim, o Estado ganhou um dispositivo legal de proteção nos casos de violência, na infância e adolescência, fixando como obrigatória sua notificação.¹⁹

Durante muitos anos a violência foi tratada como um problema social e jurídico, ocupando pouca ou nenhuma pauta na agenda do setor da saúde²⁰

Com crescentes impactos financeiros advindos da assistência a essas ocorrências, necessidade de atendimento especializado e com os avanços nas políticas públicas de assistência e proteção, passou a ser entendida como uma demanda também da saúde.²¹ Neste âmbito, o enfrentamento da violência se apresenta como um desafio, pois necessita de participação interdisciplinar e intersetorial, incluindo a sociedade civil e organizações não governamentais.²²

Com o reconhecimento, em 1996, da violência como um grave problema de saúde pública pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme orientado pela OMS, alguns desdobramentos importantes ocorreram nessa esfera. Entre eles, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001, e a criação do instrumento de notificação ao Estado dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra

crianças e adolescentes, que sejam atendidos na rede de saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 104/2011.²³

Outro avanço no Brasil ocorreu em 2015, com a promulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), fruto de uma construção coletiva que envolveu gestores estaduais, municipais e federais, ONGs e diversas instituições da sociedade civil. Os sete eixos que compõem a PNAISC têm por objetivo orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde para criança no território.²⁴

A PNAISC estabelece em seu artigo 6º, inciso V, orientações para a rede de saúde das ações necessárias à atenção à criança em situação de violência.²⁵

Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território.

Para fortalecer o enfrentamento da violência infantil, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) surge da experiência adquirida pelos gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais no processo de consolidação do SUS e considerou, dentro do Programa Saúde na Escola (PSE), a promoção à cultura de paz e prevenção da violência, voltadas ao público infanto-juvenil. Trabalha ações pulverizadas, propondo contato próximo e acessível ao usuário, sendo a principal porta de entrada no sistema de saúde.²⁶

No mesmo caminho, outra mobilização para a organização e qualificação da atenção e do cuidado à criança em situação de violência foi a “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências”, que trouxe diretrizes e orientações para profissionais e gestores no tocante à promoção da saúde e prevenção de violências, buscando a ação integrada em rede que conecta profissionais da Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar, entre outros, visando garantir o cuidado e a atenção em saúde, assim como a proteção e a defesa dos direitos da criança Brasil.²⁷

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desfruta de um espaço privilegiado para o enfrentamento dessa questão, pois sua inserção

estratégica no território permite o acolhimento, identificação, notificação, cuidado e proteção nos episódios de agressão que têm como alvo crianças e adolescentes.²⁸

As situações de violência se apresentam como um agravo de difícil diagnóstico, isso devido à complexidade do contexto, considerando-se, também, a leitura dos casos realizada pelos profissionais envolvidos, que precisam observar questões éticas, morais, ideológicas e culturais, além da rede de apoio disponível.²⁹

Alguns limites e dificuldades apresentados pelos serviços de saúde figuram como obstáculos para a atenção nas ocorrências de violência e ações de enfrentamento dessa problemática, observa-se, dentre eles: desencontro ou morosidade na troca de informações entre as instituições envolvidas; reduzido número de serviços assistenciais com organização necessária; e escassez de recursos financeiros e humanos preparados para a condução de situações dessa natureza.³⁰

A notificação é uma das mais importantes fases no curso de enfrentamento da violência infantil. A partir dessa sinalização, os encaminhamentos das redes de atenção e proteção podem ser realizados.³¹ Alguns profissionais da saúde, porém, omitem-se da notificação dos casos de violência por se sentirem ameaçados e optam por não se expor.³²

2.1 A experiência do Recife (PE) em busca do trabalho em rede

Em 2010, Pernambuco foi o estado do Nordeste que liderou as notificações de violência contra crianças na faixa etária dos 0 aos 9 anos. Isso pode ser atribuído às ações de enfrentamento desenvolvidas pelo Estado, contribuindo para o aumento de registros.³³

No município do Recife, onde foi desenvolvido este estudo, foi promulgada a Lei Municipal nº 15.604 de 18 de fevereiro de 1992, em resposta às determinações do ECA, instituindo o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente do Recife (COMDICA) como um instrumento importante da Política de Proteção Integral à Infância e à Juventude, indutor e condutor de todo o processo que objetiva, em última síntese, fazer acontecer o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, em Pernambuco.³⁴

Na cidade, dentre as causas de morbidade e mortalidade, para menores de um ano, predominam as afecções perinatais. Para as demais faixas, até os 19 anos de idade, as causas externas predominam com 23,1% para crianças entre 1 e 4 anos, 30,4% para a faixa de 5 a 9 anos e 44,0% para a faixa de 10 a 14 anos. Os dados sobre causas externas chamam a atenção para a necessidade de estudos e ações direcionadas, sobretudo à prevenção e proteção de crianças em situação de risco para violência.³⁵

O Plano Municipal de Saúde (PMS) do Recife apresentou diretrizes, em 2014, com objetivos e ações que orientaram a gestão municipal até 2017. O plano envolveu gestores, trabalhadores e usuários em um amplo debate sobre as prioridades para as políticas de saúde do município. Entretanto, observa-se que o documento incluiu crianças e adolescentes no conjunto da população a ser beneficiada pelo alcance das metas propostas, sem, contudo, apresentar planejamento de ações que contemplem as particularidades da infância e juventude, no que diz respeito às necessidades e vulnerabilidades.³⁶

O mesmo ocorrendo com o Plano Municipal de Saúde do triênio 2018-2021, apresentado como instrumento para nortear as ações em saúde, propondo diretrizes e objetivos no setor, pactuados entre gestores, trabalhadores e usuários. Desse modo, alcança pontos discutidos com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), comprometendo-se com o fortalecimento do SUS. Porém não aponta nenhuma linha de cuidado ou ações específicas que abordem as especificidades da população infantil em risco ou afetada pela violência.³⁷

Nomeado de Pacto pela Vida do Recife, o Plano Municipal de Segurança Urbana e Prevenção da Violência orienta e propõe ações integradas entre gestão municipal, trabalhadores e comunidade, para o triênio 2014-2017. Porém, a exemplo dos Planos Municipais de Saúde, não descreve ações específicas para prevenção, acompanhamento ou linha de cuidado específico para crianças em risco ou vítimas de violência doméstica.³⁸

Estudo realizado na capital Pernambucana, em 2011, revelou a ausência de equipamentos e instrumentos em qualidade e quantidade adequadas para o registro completo dos dados relacionados ao crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 1 ano durante as consultas de enfermagem realizadas na ESF. Foram observadas orientações gerais sobre esses aspectos, e, embora todas as enfermeiras participantes do estudo tenham cursado especialização em Saúde da

Família, nenhuma foi capacitada especificamente para o atendimento de crianças, fato que contribuiu para ações inadequadas e conseqüente falha na qualidade da assistência.³⁹

O modelo de assistência operado pelo SUS no Recife é atribuído, por pesquisadores, como causa da persistência de óbitos infantis evitáveis. Estudo destacou aspectos como o desconhecimento dos profissionais acerca das políticas do município, fragilidades de articulação intersectorial, escassez de recursos e pouca resolutividade da ESF. Este último aspecto relaciona-se diretamente ao número elevado de famílias adscritas, déficit de profissionais, pouca qualidade técnica das equipes, atenção desumanizada e conflitos intraequipes. Consideram-se que tais obstáculos podem ser superados com políticas sociais justas e resolutivas, o que tornaria a atenção básica local mais eficiente.⁴⁰

Como exemplo de experiência positiva, adolescentes do Recife integraram uma pesquisa com método participativo e reconheceram múltiplas dimensões da violência. Relacionaram-na à exclusão social e dificuldade de acesso às políticas públicas, representadas pela pobreza, discriminação, preconceito, indiferença e humilhação. Identificaram ainda diferentes tipos de violência, inclusive aquelas simbólicas, presentes em seus cotidianos e responsáveis por conseqüências negativas para a vida. A ação pautada nos princípios da educação em saúde possibilitou aprendizado e crescimento ao grupo, com a construção coletiva de um novo saber sobre a produção e reprodução das violências no meio social.⁴¹

Diante do contexto apresentado, observam-se os desafios para a atenção à saúde da criança, com destaque para o enfrentamento da violência infantil. Embora as políticas públicas locais não apresentem diretrizes claras sobre o enfrentamento da violência, esta questão está presente nos territórios e, de alguma maneira, chega aos serviços de saúde. Assim, o presente estudo buscou responder à seguinte pergunta científica: como se caracteriza o fluxo de atenção para o enfrentamento da violência doméstica infantil, estabelecido no âmbito da APS, em um determinado território? Tomou-se como objeto deste estudo a organização dos serviços e ações em saúde desenvolvidas para a atenção à infância vitimizada pela violência.

A finalidade do estudo é permitir uma análise crítica sobre os aspectos que estão diretamente relacionados à identificação, monitoramento e o fluxo de

atenção existente na rede de saúde do município para crianças vítimas de violência que são atendidas nos serviços de saúde, subsidiar ações locais e ampliar o debate sobre as potencialidades das políticas públicas e das ações realizadas na transformação dos perfis epidemiológicos do município. Os resultados permitiram identificar os pontos de vulnerabilidade da realidade objetiva para futura proposição de intervenções, como possibilidade de estudos de continuidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o enfrentamento da violência doméstica infantil na APS.

3.2 Específicos

Descrever como os profissionais de saúde da APS identificam e interpretam casos de violência infantil.

Identificar o(s) fluxo(s) de enfrentamento da violência para crianças atendidas pelas unidades de saúde da rede de Atenção Primária à Saúde.

4 MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa sobre o fluxo de atenção para o enfrentamento da violência doméstica infantil, estabelecido no âmbito da APS de um Distrito do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Este recorte é parte de um projeto maior intitulado “Criança e Adolescente na Atenção Básica à Saúde: desafio para a integralidade”, cujo objetivo geral foi analisar o modelo de atenção às crianças e aos adolescentes, desenvolvido na Atenção Primária à Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Univeritas UNG, sob parecer número 2.866.025.

Como referencial teórico e metodológico foi utilizada a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). A TIPESC propõe uma sistematização dinâmica para captar a realidade dos fenômenos e interpretá-la, articulando-a aos processos de produção e reprodução social de uma coletividade, considerando-a em seu contexto social historicamente determinado. Segue-se à captação e interpretação, à intervenção na realidade e sucessivas reinterpretções, sempre interpondo novos instrumentos para transformação. A TIPESC é uma metodologia participativa e está fundamentada na visão de mundo materialista histórica e dialética. Apoia-se na historicidade e na dinamicidade como bases filosóficas.⁴²

4.1 Referencial teórico

A categoria analítica mediadora da interpretação do fenômeno estudado foi processo de trabalho. Tangencialmente foram utilizados os conceitos de geração, necessidades em saúde e vulnerabilidade, com o intuito de aprofundar a análise nos aspectos essenciais do fenômeno.

O processo de trabalho e seus elementos formam categorias de análise, assim produzindo abstrações teóricas por meio das quais é possível enxergar e

entender aspectos da realidade e, no caso da saúde, a “base mais fundamental de sua efetivação”.⁴³

Como conceito, o termo “processo de trabalho em saúde” traduz a dimensão microscópica da rotina do trabalho em saúde, refletindo a atuação dos trabalhadores deste segmento frente às demandas encontradas na dinâmica da produção e consumo de serviços dessa natureza.⁴³

No processo de trabalho em saúde, seus elementos: objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes devem ser avaliados de maneira integrada e nunca compartimentada, isso porque, apenas no conjunto da sua relação recíproca é que se pode considerar um processo de trabalho específico.⁴³

Deste modo, no setor saúde, o objeto de trabalho é representado pelo conjunto de necessidades humanas de saúde, que deverá assim ser entendida pelo profissional para que efetivamente se configure como alvo da ação para transformação do objeto em produto. Dessa forma, imprimindo-lhe a intencionalidade do processo de trabalho, que exprime o projeto preliminar que se estruturou na mente do trabalhador.⁴³

Os instrumentos de trabalho identificados na cadeia produtiva da saúde podem ser agrupados em materiais e não-materiais. Os materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros. Já os não-materiais são os saberes que arquitetam os sujeitos e os instrumentos materiais em configurações, de modo a permitir a apreensão do objeto.⁴³

O agente do trabalho é representado pelo trabalhador da saúde, que realiza a intermediação entre o objeto a ser transformado e os instrumentos utilizados neste processo, conduzindo a uma certa finalidade.

Esse conjunto configura-se como importante categoria de análise, visto que possibilita uma leitura que ultrapassa os aspectos específicos da saúde, apresentando uma abordagem como práticas sociais, que integram agentes e sujeitos de modo a oferecer indicativos dos modelos assistenciais e da forma do trabalho em equipe.⁴³

Para além disso, essa categoria possibilita alcançar configurações relacionadas aos modelos assistenciais e ao trabalho em equipe adotados na rotina profissional, sendo possível evidenciar aspectos estruturais e os relacionados aos agentes e sujeitos da ação.⁴³

A infância se configura como uma categoria geracional vulnerável à violência, seja pela sua suscetibilidade às consequências das desigualdades sociais, seja pela sua invisibilidade como sujeitos ativos e de direitos. Tal vulnerabilidade se expressa em necessidades de saúde, objeto do processo de trabalho, que chegam aos serviços como demandas ou agravos, pois não se limitam às necessidades do corpo biológico. A depender da compreensão do profissional sobre essa necessidade é que todo o processo de trabalho se desdobrará com o objetivo de transformar o objeto em produto. Assim, conceitos como geração, vulnerabilidade e necessidades em saúde apoiam a análise dos resultados, visto que são potentes como pano de fundo para interpretar a realidade da infância local. A articulação entre a categoria analítica processo de trabalho e demais conceitos define o ponto de partida para análise dos resultados.

As necessidades não nascem com os indivíduos, mas são distribuídas de acordo com o status que ele adquire durante a vida. Assim, toda necessidade se refere a um objeto material ou atividade concreta, guardando relação dinâmica entre necessidade e objeto da necessidade, como partes de um mesmo conjunto.⁴⁴ Ao pensar a saúde na perspectiva de necessidades, pode-se incorrer no erro de atribuir a elas o caráter de necessidade existencial. Entretanto somente o “conservar a vida” seria considerado, excluindo-se tudo o que vai além de sobreviver, compreendido pela necessidade de “passar por cima”.⁴⁵

Os serviços de saúde, seguindo as diretrizes do sistema de saúde e de seus agentes, reconhecem ou não as necessidades da população; se reconhecidas, podem ou não as transformar em demanda e serem ou não atendidas. Esse é um movimento em dupla via, porque a demanda é capaz de alterar a organização dos serviços, no entanto, mais ainda, os serviços é que determinam o que pode ser ou não demanda, tornando-se serviços de saúde instauradores de necessidades.⁴⁶

Adicionalmente, o conceito de vulnerabilidade explica o que está além de questões individuais. Abrange aspectos coletivos e contextuais que elevam a suscetibilidade a doenças e agravos, por meio da exposição das pessoas ao adoecimento. Implicam nas questões individuais, coletivas e sociais, bem como os aspectos estruturais da sociedade, que se referem à desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços, além das relações de gênero na sociedade.^{47,48}

O conceito de vulnerabilidade permite repensar as práticas de saúde de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais,

cognitivas e tecnológicas e, por meio do trabalho transdisciplinar com diferentes setores da sociedade, promover impacto nos perfis epidemiológicos com reconhecimento das suas necessidades.⁴⁹

Complementarmente, o conceito de geração permite o recorte de um determinado grupo social, como as crianças. Deve-se considerar ainda os desfechos que a vivência geracional tem na vida e saúde das pessoas e grupos, repercutindo diretamente no acesso delas aos bens e serviços produzidos pela sociedade.^{50,51,52}

4.2 Referencial metodológico

Como proposta metodológica, a TIPESC preconiza cinco fases ou etapas a serem seguidas para a transformação da realidade objetiva de um dado fenômeno: captação e interpretação da realidade objetiva, construção do projeto de intervenção, intervenção na realidade objetiva e reinterpretção da realidade objetiva.⁵³ O presente estudo desenvolveu as duas primeiras etapas da TIPESC, que consistiram na captação e interpretação da realidade objetiva, considerando as três dimensões do fenômeno: estrutural, particular e singular, enfatizando a última.

A captação da realidade objetiva (RO) foi realizada no contexto da APS. Por meio de contradições da realidade é possível identificar os potenciais de desgaste e fortalecimento, que correspondem às vulnerabilidades e às necessidades em saúde. A compreensão sobre as dimensões que determinam a RO na saúde facilita a construção de projetos de intervenção resolutivos e a reinterpretção desta realidade, com abertura de novos processos modificadores da saúde do indivíduo ou da coletividade.⁵³

No fenômeno violência infantil, a dimensão estrutural está representada pelas políticas públicas; na dimensão particular, encontram-se os processos de reprodução social, perfis epidemiológicos e determinantes do processo saúde-doença, além da organização dos serviços e modelo de atenção à saúde, contemplados pela organização da rede de saúde e outros serviços e dados epidemiológicos da violência; na dimensão singular, estão as expressões individuais do processo saúde-doença, representadas pelas vulnerabilidades e necessidades em saúde das crianças vítimas de violência, bem como a resposta dos serviços a

elas. Neste estudo, a ênfase esteve na dimensão singular, sem, contudo, perder de vista a relação entre as três dimensões.⁵³

A TIPESC descreve que a captação da realidade objetiva e interpretação devem acontecer simultaneamente. Permite que se retorne à captação sempre que novas informações forem necessárias para aprofundar a interpretação do fenômeno.⁵³ Outros aspectos seguiram as diretrizes para pesquisas de abordagem qualitativa preconizadas pelo *checklist* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)⁵⁴, cujo relatório completo está apresentado no Apêndice F.

O estudo foi desenvolvido a partir da análise de dados de fontes primárias e secundárias. Os dados de fontes secundárias apoiaram a compreensão do território e das práticas de saúde preconizadas e foram coletados em fontes públicas de consulta.

Os dados de fontes primárias foram coletados a partir de entrevistas presenciais com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, no Distrito Sanitário III do município do Recife, na própria unidade de saúde, entre os meses de setembro a novembro de 2018, buscando elementos para atender aos objetivos do estudo.

O Distrito Sanitário III faz parte da Região Político-Administrativa 3 (RPA 3). É o maior em extensão territorial, com 81.751 km², abrangendo 29 bairros e aproximadamente 300 mil moradores, sendo o segundo maior em população do município. Conta com uma rede de Atenção Primária à Saúde composta por oito equipes alocadas em sete Unidades de Saúde da Família (USF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seis equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).³⁷



Figura 1 – Mapa da RPA 3.
 Fonte: Plano Municipal de Saúde³⁶.

Para a coleta de dados primários foram incluídos no estudo todos os profissionais com formação superior (enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista) das equipes de Saúde da Família, equipe do NASF e do PACS, que atuassem na APS há um ano ou mais, e que tivessem desenvolvido, neste período, atendimento às crianças. Não foi necessário definir critério de exclusão (Apêndice B – Seleção dos participantes).

Quanto ao número de participantes, como a pesquisa de abordagem qualitativa busca o aprofundamento, a diversidade, a abrangência e respostas a questões muito particulares, não há necessidade de representatividade numérica em busca de generalizações.⁵⁵ Ainda assim, para permitir uma variabilidade no conteúdo das entrevistas, foram convidados os profissionais de uma equipe de saúde por unidade.

Foram realizadas entrevistas individuais, presenciais, semiestruturadas, seguindo roteiros construídos especificamente para este estudo (Apêndice C; Apêndice D e Apêndice E), com questões norteadoras que versavam sobre a identificação, monitoramento e encaminhamentos realizados nos casos de violência

que envolveram crianças na APS. A coleta de dados seguiu o fluxo descrito na Fig. 2.

A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos. A entrevista aconteceu em espaço reservado, evitando exposição e interrupções.

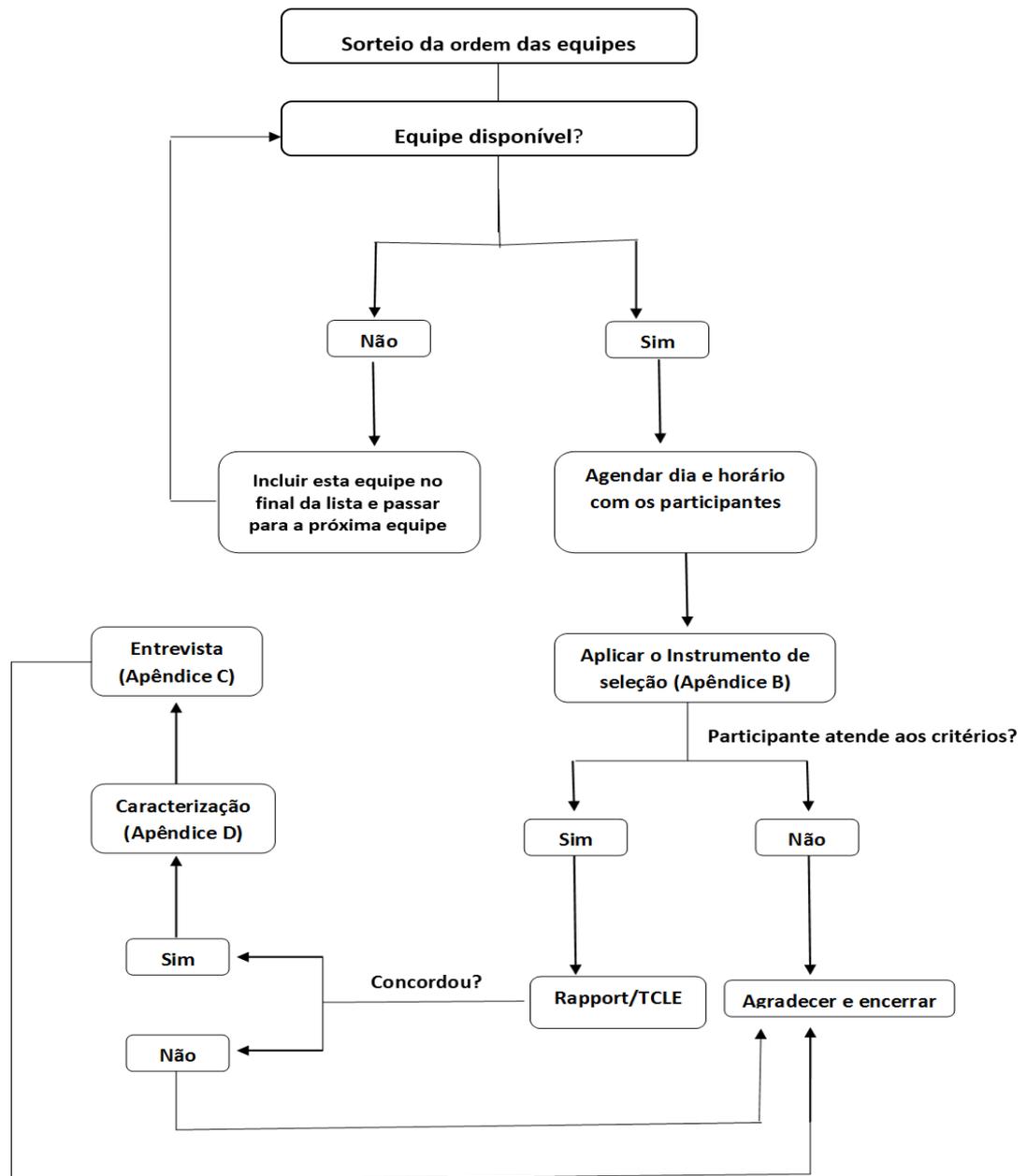


Figura 2 – Fluxograma para coleta de dados de fontes primárias.
Fonte: Elaborado pelos autores.

As entrevistas foram gravadas com equipamento digital e transcritas na íntegra. Cada transcrição foi apresentada ao respectivo participante e todos validaram o conteúdo da entrevista.

Para análise dos resultados foram utilizadas duas estratégias. A primeira foi a técnica de análise de conteúdo⁵⁵, com apoio do software webQDA⁵⁶.

O webQDA é um software de apoio à análise qualitativa, destinado à investigação qualitativa em geral, utilizado por meio da internet. Seu caráter colaborativo permite que a fonte de dados e os sistemas de indexação (categorias e definições) estejam disponíveis para um ou mais pesquisadores ao mesmo tempo. Com ele o pesquisador pode editar, visualizar, interligar e organizar os documentos da pesquisa que estejam em formato de relatórios, documentos, depoimentos, fotografias e vídeos.⁵⁶

Os resultados foram descritos em categorias empíricas e discutidos à luz da categoria analítica processo de trabalho e dos conceitos de necessidades em saúde, vulnerabilidade e geração.

A segunda estratégia foi a utilização do Fluxograma Analisador, buscando por meio dele a exposição de como se operam as tomadas de decisão no cotidiano dos serviços e na atenção às crianças.⁵⁷

O Fluxograma Analisador é um diagrama que viabiliza o delineamento do modo como se dispõe um conjunto de processos de trabalho vinculados entre si em torno de uma cadeia produtiva. Potente para avaliação, interroga: os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, sendo, portanto, uma tecnologia de autogestão.^{57,58}

Esse mecanismo é uma ferramenta de representação gráfica, utilizado por diferentes áreas dos saberes, que mapeia os fluxos e processos de trabalho em torno de uma cadeia produtiva. Ele propõe a visualização do modo de organização dos processos de trabalho que estão atrelados a um ciclo produtivo desenhando todas as etapas que se vinculam entre si.⁵⁹

O Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção coloca o usuário como fio condutor do fluxo, retratando a forma com que os atores daquele cenário operam sua rotina de trabalho, permitindo um olhar de reflexão dos envolvidos, identificando os nós críticos do processo e colaborando para o planejamento e reorganização da linha de cuidado adotada para determinada situação.^{60,61}

A simbologia utilizada no fluxograma é padronizada universalmente e representa desde a entrada até a saída do processo. Sendo assim, são identificados: as elipses representam os momentos de entrada e saída no processo; os retângulos simbolizam os marcos importantes da cadeia produtiva, como a

produção de produtos e o consumo de recursos; e os losangos identificam os momentos de decisão que indicam as rotas possíveis para alcançar as etapas subsequentes.⁶⁰

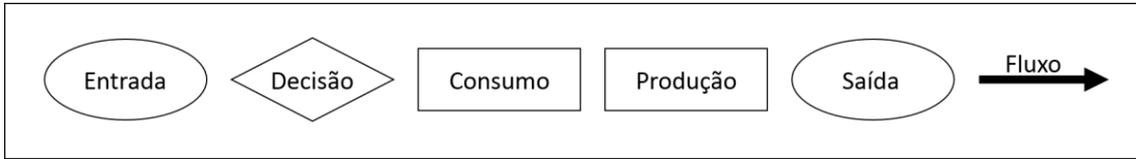


Figura 3 – Símbolos utilizados no modelo do fluxograma analisador.
Fonte: Elaborado pelos autores.

4.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Univeritas UNG (Anexo A), atendendo aos dispositivos legais contidos na Resolução 464 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo preservadas as identidades dos participantes e garantidas a autonomia, privacidade e confidencialidade dos dados. Todos os participantes formalizaram a concordância em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D). O parecer do CEP é de número 2.866.025.

A participação no estudo implicou em riscos mínimos aos entrevistados, decorrente do constrangimento em descrever sua prática profissional. Entretanto o mesmo risco configurou-se como benefício, uma vez que a entrevista foi também uma oportunidade de reflexão sobre as ações realizadas e potenciais para transformação dos perfis epidemiológicos, característicos do trabalho em saúde. Todos os preceitos éticos foram observados e o participante esteve livre para recusar ou interromper a entrevista em qualquer tempo.

Para garantir o anonimato e a privacidade dos participantes, as entrevistas transcritas foram codificadas com a letra E seguida de um número sequencial (E1, E2, E3...).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados a partir de um artigo científico, intitulado “**Fluxo de Atenção para o enfrentamento da violência doméstica infantil: um estudo transversal**”, que será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

FLUXO DE ATENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Introdução: A crescente violência infantil no Brasil reforça a importância do enfrentamento pela sociedade e das políticas públicas para organizar o trabalho em saúde. **Objetivos:** Analisar o enfrentamento da violência doméstica infantil na Atenção Primária à Saúde por meio da compreensão dos profissionais e fluxo de atendimento. **Método:** Estudo transversal, exploratório, qualitativo, ancorado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva e categoria analítica processo de trabalho em saúde. Foram entrevistados onze profissionais da Atenção Primária de Recife, Pernambuco, Brasil, cujo conteúdo foi submetido à análise de conteúdo com o *software* webQDA e foi elaborado um Fluxograma Analisador. **Resultados:** Emergiram três categorias empíricas que descreveram a violência, o enfrentamento local e o fluxo de atenção. A violência infantil é reconhecida e explicada por questões sociais e culturais familiares, falta de políticas públicas e despreparo da rede para monitoramento dos casos. **Conclusões:** As ações do setor saúde limitam-se aos encaminhamentos dos casos graves e o fluxograma não identificou desfecho para o processo de trabalho em saúde. Há necessidade de políticas que orientem os trabalhadores e tornem o processo de trabalho adequado às necessidades em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Violência doméstica. Fluxo de Trabalho.

ATTENTION FLOW TO ADDRESSING CHILD DOMESTIC VIOLENCE: A CROSS STUDY

ABSTRACT

Introduction: The increasing child violence in Brazil reinforces the importance of confrontation by society and public policies to organize health work. **Objectives:** To analyze the confrontation of domestic child violence in Primary Health Care through the professionals' understanding and care flow. **Method:** Cross-sectional, exploratory, qualitative study, anchored in the Theory of Practical Intervention of Collective Health Nursing and analytical category health work process. Eleven Primary Care professionals from Recife, Pernambuco, Brazil were interviewed, whose content was subjected to content analysis with the webQDA software and an Analyzer Flowchart was prepared. **Results:** Three empirical categories emerged that described violence, local coping and the flow of attention. Child violence is recognized and explained by family social and cultural issues, lack of public policies and unpreparedness of the network to monitor cases. **Conclusions:** Health sector actions are limited to referral of serious cases and the flowchart did not identify an outcome for the health work process. There is a need for policies that guide workers and make the work process appropriate to health needs.

Descriptors: Primary Health Care. Child Health. Domestic Violence. Workflow.

INTRODUÇÃO

A violência tem se apresentado como um importante problema de saúde pública tanto no Brasil como em outros países. Atribui-se ato violento quando há emprego de força, seja física ou psicológica ou ainda como sendo o produto de ações ou omissões que possam resultar em prejuízos físicos, psicológicos ou emocionais. Além disso, em grande parte das ocorrências existe um sentimento de soberania de gênero e geração por parte do agressor.¹

O crescente número de ocorrências de violência infantil no Brasil e no mundo demonstra a importância de fomentar ações de prevenção e controle por toda a sociedade, com ênfase no setor de saúde e proteção social.²

A violência no núcleo familiar acomete parte importante da população e esse fato reverbera diretamente nos aspectos de saúde física, mental e emocional nos indivíduos a ela expostos. Dessa forma, mostra-se como grave problema de saúde pública, necessitando de uma grande articulação entre os diversos setores do poder público e sociedade civil para seu enfrentamento.³

O setor da saúde ocupa uma posição de destaque no enfrentamento dessa problemática por ser a porta de entrada para vítimas desse agravo.⁴ Entretanto o desafio para o setor saúde está na articulação e intervenção interdisciplinar e intersetorial, aliadas à colaboração do terceiro setor e sociedade civil.⁵

Na perspectiva de produzir um cuidado integral é necessário analisar esse fenômeno de maneira crítica, de modo a minimizar as subnotificações e promover a abordagem da violência doméstica infantil nos serviços de saúde que atendem a essa demanda.¹

As equipes de atenção básica são um instrumento potente para o diagnóstico desses agravos, recursos importantes como a visita domiciliária podem ser utilizados, porém existe a necessidade de qualificação e disponibilidade de profissionais que desempenhem especificamente essa rotina.⁶

No Recife, embora tenha sido promulgado em 26 de maio de 2018 o Marco Legal da Primeira Infância, por meio da Lei nº 18.491, que contém diretrizes e orientações para ações de atenção a essa população, não existe referência a uma linha de cuidado estabelecida dentro da rede municipal, de situações que envolvam crianças vítimas de violência.⁷

Diante do contexto apresentado e desafios importantes no enfrentamento da violência infantil, pergunta-se: como se caracteriza o fluxo de atenção para o enfrentamento da violência doméstica infantil, estabelecido no âmbito da APS, em um determinado território? Tomou-se como objeto deste estudo a organização dos serviços e ações em saúde desenvolvidas em um território, para a atenção à infância vitimizada pela violência.

A finalidade do estudo foi permitir uma análise crítica sobre os aspectos que estão diretamente relacionados à identificação, monitoramento e o fluxo de atenção existente na rede de saúde do município, para crianças vítimas de violência que são atendidas nos serviços de saúde. Assim, esse estudo poderá subsidiar ações locais e ampliar o debate sobre as potencialidades das políticas públicas e das ações realizadas na transformação dos perfis epidemiológicos do município.

O objetivo foi analisar o enfrentamento da violência doméstica infantil na Atenção Primária à Saúde por meio da compreensão dos profissionais e fluxo de atendimento dos casos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e exploratório, de abordagem qualitativa, com a base teórica e metodológica respaldada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). A TIPESC é uma metodologia dinâmica e participativa e está ancorada na visão de mundo materialista histórica e dialética.⁸ Outros aspectos seguiram as

diretrizes para pesquisas de abordagem qualitativa preconizadas pelo *checklist* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ).⁹

Todos os preceitos éticos foram observados e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Univeritas UNG, sob o número 2.866.025. Todos os participantes formalizaram a concordância em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato e a privacidade dos participantes, as entrevistas transcritas foram codificadas com a letra E seguida de um número sequencial (E1, E2, E3...).

No fenômeno violência infantil, a dimensão estrutural está representada pelas políticas públicas. Na dimensão particular, encontram-se os processos de reprodução social, perfis epidemiológicos e determinantes do processo saúde-doença, além da organização dos serviços e modelo de atenção à saúde, contemplados pela organização da rede de saúde e outros serviços e dados epidemiológicos da violência. Na dimensão singular estão as expressões individuais do processo saúde-doença, representadas pelas vulnerabilidades e necessidades em saúde das crianças vítimas de violência, bem como a resposta dos serviços a elas. Neste estudo, a ênfase esteve na dimensão singular, sem, contudo, perder de vista a relação entre as três dimensões.⁸

A categoria analítica mediadora da interpretação do fenômeno estudado foi processo de trabalho. Os elementos do processo de trabalho em saúde são o objeto do trabalho, representado pelo conjunto de necessidades humanas de saúde; os instrumentos identificados na cadeia produtiva da saúde podem ser agrupados em materiais (equipamentos) e não-materiais (saberes instrumentais); e o agente do trabalho é representado pelo trabalhador da saúde que realiza a intermediação entre o objeto a ser transformado e os instrumentos utilizados neste processo, conduzindo a uma certa finalidade.¹⁰

Para além dos elementos em si, essa categoria possibilita alcançar configurações relacionadas aos modelos assistenciais e o trabalho em equipe adotados na rotina profissional, sendo possível evidenciar aspectos estruturais e os relacionados aos agentes e sujeitos da ação.¹⁰

A captação e interpretação da realidade objetiva, duas primeiras etapas da TIPESC aplicadas neste estudo, foram desenvolvidas a partir da análise de dados de fontes primárias e secundárias.⁸Os dados de fontes secundárias apoiaram a compreensão do território e foram coletados em fontes públicas de consulta.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com duração aproximada de 20 minutos, presenciais, semiestruturadas, em espaço reservado da unidade de saúde, entre os meses de setembro a novembro de 2018. Os critérios de inclusão foram: ter formação em nível superior, atuar na Atenção Primária à Saúde há um ano ou mais e desenvolver ou ter desenvolvido, neste período, atendimento às crianças. Não foram necessários critérios de exclusão.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e apresentadas aos respectivos participantes, que validaram o conteúdo transcrito. Foram seguidos roteiros construídos especificamente para este estudo, com questões norteadoras que versavam sobre a identificação, monitoramento e encaminhamentos realizados nos casos de violência que envolviam crianças, na APS.

A análise foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo¹¹, utilizando-se do software webQDA, ferramenta de apoio à análise qualitativa. O webQDA também favoreceu a análise por meio do cruzamento das categorias e das características dos participantes, subsidiando a segunda etapa de análise. Para esta, foi construído um Fluxograma Analisador, buscando por meio dele a exposição de como se operam as tomadas de decisão no cotidiano dos serviços e na atenção às crianças. O Fluxograma Analisador é um diagrama que viabiliza

o delineamento do modo como se dispõe um conjunto de processos de trabalho vinculados entre si em torno de uma cadeia produtiva. Potente para avaliação, interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, apresentando-se como uma tecnologia de autogestão.^{12,13}

RESULTADOS

A cidade do Recife, localizada na região Nordeste do Brasil, capital do Estado de Pernambuco, contava, em 2017, com uma população estimada de 1.637.834 habitantes. Em 2010, apresentava Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,772, o segundo maior do Estado do Pernambuco. Com grandes contrastes sociais, até o ano de 2010 grande parte da população do município recebia até 1 salário mínimo por mês.¹⁴

O Distrito Sanitário III é o maior distrito em extensão territorial e o segundo maior em população do município, com 29 bairros e aproximadamente 300 mil moradores. Conta com uma rede de Atenção Primária à Saúde composta por oito equipes alocadas em sete Unidades de Saúde da Família (USF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seis equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).¹⁵

Como principal etiologia das mortes na população geral, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias. Dentre a população infantil menor de 01 ano, as principais razões dos óbitos, em 2017, foram as malformações congênitas¹⁶. Em relação aos internamentos hospitalares, nessa faixa etária, destacam-se as causas externas, que compreendem os acidentes e violências.¹⁷

Por meio da análise dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), foi possível verificar aumento nos dados de violência contra crianças menores de 10 anos, em

Recife. Nos últimos anos, entre 2009 e 2017, foram registradas 7.249 notificações no município e a série histórica do período registrou aumento progressivo, partindo de 322 notificações, em 2009, para 1.160, em 2017 (aumento de 260%), distribuídas de maneira semelhante entre os sexos.¹⁷

O elevado número de informações em branco ou ignoradas aponta para as falhas no preenchimento das informações no SINAN. Quanto à cor de pele das crianças vítimas de violência, em 47,3% a cor de pele declarada foi parda, 9,6% branca, 5,8% preta, 0,7% indígena, 0,2% amarela e, em 36,4% das notificações, a informação foi ignorada. Quanto ao local da ocorrência, 43,2% das notificações registraram a residência, seguido de 27,3% de local ignorado e 20,0% descrito como outros.¹⁷

A internação ambulatorial foi informada em 21,7% das notificações, seguidas de 11,5% de encaminhamentos ambulatoriais e em 7,4% de notificações não couberam encaminhamento. Destacam-se os 59,4% de notificações que ignoram ou não foram preenchidas com esta informação.¹⁷

A evolução do caso informada na notificação dificulta a análise e compreensão da violência, pois 68,3% das notificações do período de 2009 a 2017 tiveram evolução ignorada ou não preenchida na ficha, 27,3% evoluíram para alta, em 3,4% foi registrada evasão ou fuga, 0,8% resultou em óbito por violência e 0,2% em óbito por outras causas.¹⁷

Para a obtenção dos dados empíricos, participaram 11 profissionais das equipes de Saúde da Família, equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com formação superior (duas médicas, duas odontólogas, cinco enfermeiras, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional), todas mulheres e com atuação na APS entre 2 e 24 anos. Todas as entrevistadas trabalhavam na assistência, com pelo menos dois anos de atuação no serviço atual, e destas, oito cursaram algum tipo de pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Pública. Apenas uma profissional informou ter

realizado treinamento oferecido pelo poder público, com a temática voltada ao enfrentamento à violência.

Os resultados estão descritos por meio de três categorias empíricas: **Violência identificada pelo serviço, Enfrentamento local da violência infantil e o Caminho do enfrentamento.** Esta última, além da análise de conteúdo, foi articulada ao Fluxograma Analisador.

A categoria empírica **Violência identificada pelo serviço** sintetiza a forma como os profissionais descrevem a ocorrência da violência infantil em seus territórios. Reconhecem diferentes naturezas de violência, como a física, sexual, psicológica, negligência e a violência estrutural, e, como principais agressores, os familiares ou responsáveis pela criança.

São dois os aspectos destacados nessa categoria: 1) as motivações da violência e 2) o envolvimento dos profissionais.

No primeiro, os participantes apontam as questões sociais e culturais como motivadores dos episódios de violência infantil. São observadas dificuldades econômicas, envolvimento dos pais com drogas e álcool, precariedade das moradias, desorganização e conflitos familiares. Relatam que, por questões culturais, famílias agredem fisicamente ou expõem as crianças a ambientes inadequados, sem considerar que estas são formas de violência. Essa naturalização foi relacionada à reprodução de um modelo aprendido pelos pais durante a infância. Ressalta-se a naturalização na fala de um dos participantes, quando afirma que a agressão exagerada ou sem motivo é violência.

Eu acho que falta uma questão política, realmente, porque a vaga em escolas a gente não tem. E aí, realmente fica muita criança fora da escola, com essa vulnerabilidade aumenta ainda mais (E1).

A gente vê crianças que são saudáveis. Tem mais a questão social e a desorganização familiar que prejudica tanto aquela criança, quando a gente vai ver a parte psicológica dela está tão afetada (E5).

Eles acham que certos tipos de atitudes não são violência. E quando a gente diz que, por exemplo, você bater exageradamente, eu digo exageradamente, sem motivo, é uma violência, eles não entendem. Porque na cultura deles acontece muito isso, eles não entendem aquilo como castigo e que não vai causar danos à criança. [...], mas

esses pais cresceram assim e acham que aquilo, às vezes, não é nada demais. Então a gente fala que violência é uma coisa muito mais profunda, que está muito arraigada no dia a dia deles (E10, grifo nosso).

O envolvimento dos profissionais é permeado pelo sentimento de abalo, impotência e desamparo. A organização dos serviços direciona o processo de trabalho para atendimento das demandas pontuais, sem uma organização específica de atenção e acompanhamento das crianças, descrita como um desinvestimento institucional na infância. A falta de monitoramento e maior envolvimento com a rotina das famílias faz com que os profissionais tenham a percepção de que a violência ocorre independentemente da atitude deles. O setor saúde fica de mãos atadas diante dos casos que, muitas vezes, chegam à unidade de saúde com desfechos negativos como traumas, contaminação e até óbito. Há situações em que reconhecem a exigência da notificação, mas não a realizam em vista da falta de amparo institucional e exposição perante a comunidade. A necessidade de sigilo foi a justificativa de uma participante para a ausência de discussão de casos e do tema na unidade de saúde.

O foco não é a criança[...], a gente tem coordenação, mas não existe um trabalho específico que seja voltado pra criança[...] e aí se perde no território. Então a gente também termina deixando, faz só os atendimentos pontuais, mais relacionados a grupos e as outras atividades, não (E5).

Então assim, hoje em dia existe um desinvestimento geral na criança (E4).

[...] é uma coisa que independe da gente, tem que ser muito além daqui da minha atitude ou da atitude do agente de saúde (E6).

Porque[...]acontece muito final de semana também. A gente às vezes quando já vem saber já foi para a delegacia, já voltou, já morreu (E10).

Duas crianças que vieram de outra comunidade e são portadoras do HIV, porque foram violentadas. O sujeito está na prisão, segundo a mãe me relatou, mas essas crianças estão super traumatizadas. [...]a mãe inclusive se culpa. Ela é uma mulher muito trabalhadora, pelo que eu vi. E ela, nessa outra comunidade, por não ter apoio familiar, nem de ninguém, e ter que trabalhar, ela pagava a vizinha para ficar com os dois filhos. Mas ela não sabia que o vizinho, marido da vizinha, era um monstro (E8).

Porque mesmo que a gente identifique, a gente está dentro da área. E aí sofremos ameaças [...]. Os agentes de saúde também ficam muito expostos, porque qualquer coisa que acontece 'ah foi o agente de saúde' [...]. Vocês têm que ter a consciência de notificar, de denunciar[...], mas a denúncia é muito delicada. E aí a gente também não quer se omitir, porque você se omitindo, você está permitindo que aconteça. Mas fica complicado (E6).

As violências sexuais chegam com muito sigilo e são pouco discutidos na unidade, é mais uma discussão com os familiares (E10).

Na categoria **Enfrentamento local da violência infantil**, os participantes descreveram o que fazem após tomarem conhecimento dos casos suspeitos ou confirmados de violência infantil.

De maneira geral, os casos reconhecidos como violência são sempre encaminhados para outros profissionais ou instituições, sendo este o exemplo mais citado e enfatizado de envolvimento das participantes no enfrentamento. Uma das participantes descreveu a orientação da prefeitura sobre encaminhar para o hospital os casos de violência sexual, para o Conselho Tutelar os casos de abandono e violência doméstica e para o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) as situações de vulnerabilidade social.

Realmente a gente não tem condição de acompanhar, o que eu poderia fazer era isso, passo para o distrito e o distrito passa para o Serviço Social. Qual atitude tomar? (E6).

[...] todas as capacitações que a gente teve foi de encaminhar para o hospital de referência para a violência sexual, acionar o Conselho Tutelar para a questão de abandono e de violência doméstica. E em todos eles a gente fez esses encaminhamentos que são os orientados pela prefeitura [...]. Aí a gente precisa não só envolver esses hospitais de referências e essas unidades de referências como delegacia, Conselho Tutelar, mas também o NASF (E1).

Foi recorrente a referência do auxílio do NASF, considerado por muitos como primeiro recurso de apoio para atenção às situações de violência infantil. As duas profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde foram as únicas a não mencionarem o NASF como recurso imediato de apoio, visto que esse programa não é contemplado com o reforço desse instrumento de recursos humanos. Nenhuma profissional fez referência à notificação compulsória prevista na legislação, sendo que o termo notificação apareceu apenas duas vezes em todo o conjunto de entrevistas, referindo-se ao encaminhamento ao NASF e ao medo de notificar.

Aminha impressão hoje da consulta [...]. Já entrei em contato com o NASF [...], já falei com a assistente social [...]. Mas eu acho que a assistente social deveria ir também junto com a psicóloga do NASF pra fazer uma visita à família porque essa

mãe precisa de ajuda (E8).

A gente sabe as histórias de violência e a gente já notifica, tem o NASF que é o nosso núcleo de apoio (E8).

Primeiramente, a gente recorre à nossa equipe e à equipe do NASF. Se a gente não consegue é que a gente recorre ao Conselho Tutelar. Já tivemos que recorrer (E10).

O Conselho Tutelar também foi apontado no processo de encaminhamento dos casos, embora tenha sido destacada a necessidade de melhor capacitação dos Conselhos para respaldar as ações da unidade de saúde. Outros serviços foram citados, como delegacias, Vara da Infância, Promotoria Pública e Coordenadoria do Distrito Sanitário.

Em todas as vezes a gente faz os encaminhamentos necessários: chama o Conselho Tutelar e faz o acompanhamento para o hospital de referência (E1).

A gente precisa de um Conselho Tutelar que seja capacitado. Antigamente a gente tinha, em todo Conselho Tutelar, psicólogo, assistente social, pessoas que eram capacitadas e hoje nem todo conselho tutelar, tem isso. [...]a gente precisa desse apoio que a gente não tem (E4).

Normalmente, a gente encaminha para uma unidade que atenda criança, para ser vista por um pediatra [...] e para uma unidade que tenha um serviço de policiamento, porque se for confirmada alguma coisa, lá mesmo é feito todo o trâmite de encaminhamento policial (E3).

Envolve CREAS, Conselho Tutelar, Promotoria da Criança, Coordenação da Criança, a Equipe de Saúde da Família, então, se envolve e vai se abrangendo e pegando mais, tem até casa de acolhida (E5).

O caminho do enfrentamento: Fluxograma Analisador

O conjunto dos relatos foi analisado de forma a identificar todos os elementos do fluxo de atenção. Na análise do processo de trabalho descrito pelas participantes da pesquisa, ficou evidente que as rotinas adotadas na abordagem dos casos seguem a lógica da disponibilidade institucional e não exatamente a das necessidades apresentadas pelas vítimas.

A Fig.1 apresenta o Fluxograma Analisador construído para esses relatos.

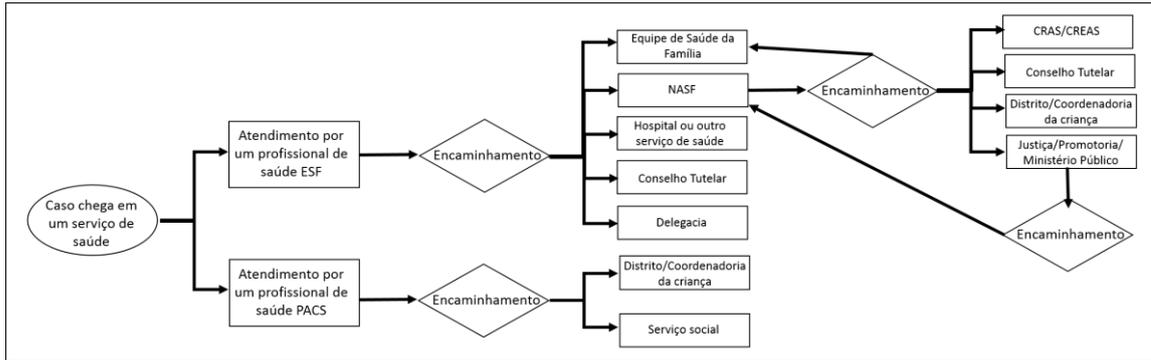


Figura 1 – Fluxograma Analisador do enfrentamento da violência infantil no município do Recife, segundo relato das profissionais da Atenção Primária à Saúde.
Fonte: Elaborado pelos autores.

De maneira geral, quando um caso é reconhecido, recebe um primeiro atendimento de um dos profissionais do serviço. Segundo o relato das participantes, a tomada de decisão é em relação ao encaminhamento para um dos profissionais ou serviços disponíveis. Não foi apontada a existência de um protocolo institucional ou municipal, mas segundo uma entrevistada, existe, por parte da prefeitura, uma recomendação para encaminhar o caso.

As ESF encaminham o caso prioritariamente para o NASF, que por sua vez redireciona o caso para a ESF com recomendações ou aciona outros serviços e setores como o CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Coordenação do Distrito e a Justiça. Há relato de devolução do caso pelo Ministério Público para providências do NASF, descrito pela participante como falta de providência:

Muitas vezes o Ministério Público faz uma visita, coisa assim, e aí devolve aquilo ali cobrando da gente uma solução do que a gente já está pedindo socorro, porque a gente não tem mais perna (E4).

As equipes da ESF também acionam diretamente hospitais de referência, delegacia ou o Conselho Tutelar, indicando que os fluxos de encaminhamento podem variar de uma ESF para outra.

No caso das unidades que contam com o PACS, os casos identificados são direcionados para a Coordenação do Distrito e para o Serviço Social.

Observa-se, pelo Fluxograma Analisador, que os únicos momentos de tomada de decisão envolvem os encaminhamentos. A forma predominante é o retângulo, que representa o consumo de recursos, e não há finalização do fluxo com uma elipse de saída, visto que nenhum dos relatos informou o desfecho do caso relatado.

DISCUSSÃO

Nenhuma profissional informou realizar notificação no sistema do Ministério da Saúde (MS), embora esse procedimento seja de caráter obrigatório nos casos de suspeita ou confirmação. Esses registros funcionam como indicador epidemiológico, contribuindo para a fomentação de políticas públicas e a realização de ações direcionadas no território.¹⁸

Considerada como um ato de cuidado, a notificação compulsória é a etapa formal de onde derivam as diferentes ações para enfrentamento da violência infantil, além de produzir dados e subsidiar planejamento e políticas públicas. Ressaltam-se que as medidas de proteção e segurança dos profissionais podem ser embasadas nos dados epidemiológicos gerados nas notificações, sendo elas próprias uma maneira de garantir que o sistema de informação seja cada vez mais utilizado.¹⁹

Em Pernambuco, o SINAN está parcialmente implantado, sendo os componentes de gestão e monitoramento os mais afetados. Para que atenda ao seu propósito, há necessidade de revisão do processo de trabalho, que envolve a notificação e o monitoramento nos diferentes níveis hierárquicos. Se por um lado o sistema existe para fornecer dados confiáveis e subsidiar respostas rápidas aos problemas de saúde, por outro, a imprecisão das notificações, o encerramento e a digitação em tempos inadequados comprometem a potencialidade do sistema.²⁰

Neste estudo, os participantes reconheceram a violência como um fenômeno que demanda atenção dos serviços de saúde e relataram algumas situações observadas ou

acompanhadas durante o trabalho na APS. Reconhecer a violência é essencial para o enfrentamento, mas nem sempre a realidade é esta. Estudo realizado no Ceará identificou que 56,9% dos enfermeiros desconhecem situações de violência infantil.²¹

Nos relatos foi possível perceber que as profissionais atribuem a existência de atos violentos em decorrência da situação de vulnerabilidade social em que a maior parte das famílias está inserida. A violência contra a criança por vezes é imputada de forma sutil e em conformações familiares que aparentemente não levantam suspeitas, apresentando-se, assim, como mais um desafio na identificação das ocorrências.¹⁸

Por outro lado, a naturalização da violência infantil apareceu em alguns discursos. A violência é um fenômeno que se transfere de geração para geração. A criança exposta a um ambiente violento poderá reproduzir sua experiência com seus próprios filhos, bem como sofrer com outras consequências para a saúde física e mental, na idade adulta. Nas famílias de pais que sofreram maus tratos, a chance do fenômeno se repetir com as crianças é três vezes maior do que em famílias sem o histórico. Especificamente para a violência física e negligência, a transmissão intergeracional é menor.²²

O histórico de violência sofrida pelos pais não apresenta uma relação causal, mas expõe mais um elemento importante para a compreensão da complexidade do fenômeno. O fato de existirem pais com histórico de violência e que não reproduzem a violência com seus filhos permite afirmar a existência de elementos protetores nas famílias e possíveis formas de prevenção.²²

Estudo realizado na Holanda observou que os efeitos da violência afetam pais e mães, mas a transmissão intergeracional foi observada apenas para mães. A desnaturalização do fenômeno como forma de enfrentamento deve considerar os efeitos da violência doméstica para as crianças, atuais e futuros, bem como o histórico de violência vivida pelos pais e suas experiências atuais, seja como vítimas ou agressores. Constatou-se que a violência perpetrada

pelo parceiro íntimo contra a mulher que sofreu violência na infância é agravada e afeta os filhos. Dessa forma, a interrupção do ciclo da violência e o tratamento dos seus efeitos negativos devem ser garantidos por políticas públicas abrangentes.²³

Na pesquisa foi possível identificar a violência estrutural como sendo uma das mais frequentes formas de agressão que alcançam esse grupo vulnerável. As lacunas existentes nos mecanismos de apoio e proteção favorecem consideravelmente o contato com essas situações. Esse fato também foi relatado em outro estudo que apontou a insuficiência de aparelhos públicos de apoio e proteção como inibidor das ações de promoção e prevenção de violência e como outras formas de violência.²⁴

A interferência e a influência política na tomada de decisão sobre os programas de saúde do Recife implicam na descontinuidade de atividades, prejuízo do acompanhamento dos usuários dos serviços de saúde e insuficiência de recursos financeiros para ampliação e melhoria da resolutividade do sistema.

Na microesfera, a interferência política ocorre com o favorecimento de usuários em detrimento de outros, decisões do Conselho de Saúde desarticuladas das necessidades do sistema e barreiras ou acesso privilegiado de líderes comunitários.²⁵

Devido ao caráter multifacetado da violência, na identificação de casos dessa natureza são necessárias ações partilhadas entre diferentes setores. Encaminhar os casos para outros serviços ou setores foi a estratégia mais relatada pelas entrevistadas, quando questionadas sobre o que é feito diante da identificação de um caso de violência infantil, reduzindo o enfrentamento a essa estratégia.

Embora a ESF tenha sido reconhecida como elemento facilitador do acesso à APS, o modelo curativista foi observado por participantes de um estudo realizado no Recife. A priorização de ações de consultório em detrimento de estratégias de prevenção e promoção foi

justificada pela falta de tempo e alta demanda de consultas, que são pré-agendadas e sem acolhimento da demanda espontânea.²⁵

O cuidado em rede ainda é um desafio para o setor saúde brasileiro. As políticas públicas transferem sua lógica fragmentada para as ações profissionais e, conseqüentemente, para as vivências das famílias nos serviços de saúde. A articulação entre os setores saúde e educação para questões de violência é frágil e sem reciprocidade, resultando em ações pontuais, atomizadas e que não rompem com o ciclo da violência. Para o alcance da integralidade, as famílias necessitam de um profissional de referência para coordenar o cuidado de maneira longitudinal e transdisciplinar.²⁶

Há necessidade de políticas públicas amplas que integrem a assistência às vítimas e aos agressores, sobretudo diante dos elevados indicadores de negligência infantil.⁷

Os encaminhamentos realizados pelos profissionais da ESF apontam o NASF como principal recurso. Para profissionais do PACS, o Distrito é o ponto de apoio local. O Conselho Tutelar, Vara da Infância e Distrito também foram citados. Estudo realizado com gestores públicos de saúde e enfermeiros da APS, no Paraná, apontou a notificação ao Conselho Tutelar como forma adotada de continuidade na assistência dessas vítimas.¹ Vale destacar, entretanto, que o enfrentamento da violência não se encerra na notificação ou encaminhamento e mesmo que estes sejam realizados, não isenta o profissional da APS de monitorar e planejar o cuidado da família e da criança que estão vivenciando a violência.

A análise da mortalidade por acidentes de crianças e adolescentes atendidos em um Hospital de Pernambuco revelou que a prevalência de negligência é quatro vezes maior do que a violência física, naturezas que mais acometem as crianças. Quanto ao encaminhamento, a negligência segue para os centros de referência em assistência social e os casos de violência física são encaminhados aos órgãos da polícia. Essas duas naturezas também foram relacionadas às principais causas de óbitos por violência.⁷

Sobretudo nos casos de negligência, ações de educação em saúde podem auxiliar famílias na construção de um repertório amplo para educar, orientar e cuidar das crianças. Em que pese a vulnerabilidade social das famílias e a própria violência estrutural, há um amplo campo de oportunidades para intervir no processo saúde-doença das famílias, seja com a prevenção ou com a promoção das relações salutaras. Dessa forma, limitar ou tomar o enfrentamento como sinônimo de encaminhamento é atuar somente em um dos aspectos que determina os desgastes da população.

O processo de trabalho dos profissionais da APS, a partir da análise proposta pelo Fluxograma Analisador, mostrou-se fragmentado e incompleto. Não foram descritos desfechos ou ações de monitoramento das famílias e das crianças, além de um distanciamento da população em relação à equipe. Estudo realizado em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil, revelou interessante perspectiva sobre vínculos da população com os profissionais. Enquanto profissionais apontam vínculo significativo com as famílias, comunidade e conselho local de saúde, as famílias definem o vínculo com a unidade como fragilizado.²⁶

Por fim, sob a perspectiva do processo de trabalho em saúde¹⁰, os resultados sugerem que as profissionais reconhecem algumas das necessidades da criança e da família como objetos do seu trabalho. Além disso, elas se percebem como agentes desse processo, mas de forma frágil, impotente e ameaçada pela falta de estrutura e recursos. Isso se demonstra pelo discurso frequente de encaminhamentos, delegando a outros agentes a transformação do objeto e poucos relatos de tomada de decisão.

Há uma desconexão entre o objeto reconhecido e os instrumentos disponíveis para atenção à saúde. Os instrumentos materiais são escassos, exemplificados pela estrutura limitada das unidades de saúde. Os instrumentos não materiais se relacionam à carência de

saberes para o enfrentamento da violência, traduzidos como sentimentos de medo e impotência.

Por fim, a finalidade do processo de trabalho em saúde para enfrentamento da violência se restringe à resposta pontual dos casos mais graves que chegam ao serviço de saúde. A real finalidade, transformação do perfil epidemiológico e quebra do ciclo da violência não é alcançada, pois não se observa a longitudinalidade do cuidado, monitoramento e tampouco o respaldo de políticas públicas municipais para o trabalho da APS local.

A participação de profissionais de um único Distrito Sanitário pode ser apontada como um limite do estudo, visto que apresentou a percepção de apenas um grupo e uma realidade local. Ouvir os profissionais de formação em nível técnico e a população também são caminhos válidos para ampliar o alcance dos resultados.

Como possíveis implicações para a prática, os resultados são potentes para fomentar a discussão sobre a necessidade de melhorias no sistema de informações e notificação, estabelecimento de fluxos de atendimento e encaminhamento, bem como estratégias de articulação local e intersetorial para acolhimento e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados. Além disso, a situação atual do município aponta para a necessidade urgente de ações de prevenção da violência e promoção das relações saudáveis, com fomento à cultura, lazer, educação e bem-estar da população.

O estudo desperta uma reflexão da prática do profissional frente a essas demandas que são impostas no território, gerando a necessidade permanente de se estabelecer um trabalho alinhado e orquestrado com outros setores em busca da promoção do cuidado integral e a garantia do cumprimento da legislação vigente.

CONCLUSÃO

Com os resultados do estudo foi possível perceber que a violência infantil ainda é um aspecto pouco trabalhado nas unidades pesquisadas. Por se tratar de um fenômeno de múltiplas dimensões, a abordagem com os usuários se torna complexa e muitos profissionais preferem não adentrar nesse cenário, e, quando em contato com situações dessa natureza, repassam o caso e acreditam que finalizaram sua atuação dessa forma. O sentimento de medo, impotência e falta de apoio institucional reforçam a postura por eles adotada.

Observou-se, ainda, a inexistência de ações de monitoramento permanente para as crianças e famílias vulneráveis ou que vivem em situação de violência. A notificação compulsória ao Ministério da Saúde não foi relatada como prática sistemática e, de maneira geral, o manejo dessas situações é o encaminhamento para outros serviços de saúde ou outros setores do Estado, como de proteção social e justiça, sem que haja acompanhamento dos desfechos ou propostas de intervenção eficazes.

A falta de um fluxo institucional de acolhimento, condução e encaminhamento dificulta os processos de identificação, notificação e ações de enfrentamento pelos profissionais. Assim, o reconhecimento e a interpretação das situações ficam sob a responsabilidade e iniciativa de cada profissional, como também as decisões a serem tomadas para assistência desses usuários. Os encaminhamentos realizados variam de unidade e são ofertados de acordo com a disponibilidade do serviço. Dessa forma, as ações terminam por se apresentarem de maneira fragmentada e distante da real necessidade de vítimas e agressores.

A violência infantil ainda carece de programas, políticas públicas e qualificação para os profissionais, que favoreçam sua visibilidade na sociedade e uma abordagem adequada. Enquanto isso não se fortalece, essa violência permanece, na maioria das vezes, velada no seio familiar, alimentando a continuidade do seu ciclo.

REFERÊNCIAS

1. Thomazine AM, Toso BRGO, Viera CS. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. *Rev Soc Bras Enferm Ped* 2014; 14(2):105-12.
2. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Cien saude colet* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 July 17]; 21(3):871-880. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000300871&lng=en&nrm=iso
3. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLGL, Rocha EN. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saude soc* [Internet]. 2014 Sep [cited 2019 July 30]; 23(3):828-840. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000300828&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>
4. Gonçalves CFG, Silva MLP, Pitanguí ACR, Silva CC, Santana MV. Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Aug 02]; 24(4):976-983. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000400976&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004580014>
5. Deslandes SF, Mendes CHF, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cien Saude Colet* (Impresso) 2014; 19:865-74.
6. Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? *Rev BrasEnferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 03]; 70(1):113-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>.
7. Silva LMP, Sousa TODA, Cardoso MD, Souza LFS, Santos TMB. Violência perpetrada contra crianças e adolescentes. *Rev enferm UFPE online* [Internet] 2018 June [cited 2019 Set 06]; 12(6):1696-704. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a23153p1696-1704-2018>.
8. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(6):349-357.
10. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992.

11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Fracolli LA, Moraes TCP, Guanillo MCTU. Metodologia para o estudo da tomada de decisão sobre as necessidades de saúde. In: Egry EY, organizador. *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone; 2008. p. 91-9.
13. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
14. IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*: 2016. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2016.
15. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. 1ª. Edição. Secretaria de Saúde do Recife, 2018. p. 18-19.
16. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. 2017 [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>
17. Brasil. Tecnologia da informação a serviço do SUS: violência doméstica, sexual e/ou outras violências-SINAN 2009-2017 [Internet]. [cited 2018 Set 06] Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violePE.def>
18. Borges, JPA. Violência na Infância: perspectivas e desafios para a Enfermagem. *Rev Soc Bras Enferm Ped* 2014 Dec; 14(2):154-8.
19. Egry EY, Apostólico MR, Moraes TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Cien. saude colet* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Set 06]; 23(1):83-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000100083&lng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
20. Maia DAB, Frias PG, Assunção RS, Vidal SA, Vanderlei LCM. Avaliação da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Pernambuco, 2014. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 31]; 28(1): e2018187. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100301&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100002>.
21. Rolim ACA, Moreira GAR, Gondim SMM, Paz SS, Vieira LJES. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2014 Dec

- [cited 2019 Aug 01]; 22(6):1048-1055. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000601048&lng=en
22. Assink M, Spruit A, Schuts M, Lindauer R, van der Put CE, Stams GJM. The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2018 Oct; 84:131-145. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.07.037.
23. Lünemann MKM, Horst FCPV, Prinzie P, Luijk MPCM, Steketee M. The intergenerational impact of trauma and family violence on parents and their children. *Child Abuse Negl* 2019 Aug; 96:104-134. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104134.
24. Morais RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP. Limites e Possibilidades no Enfrentamento da violência contra Crianças e Adolescentes. *Rev enferm UFPE* [Internet] 2015 Apr [cited 2019 Aug 01]; 9(Supl. 3):7672-81. doi: 10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201521.
25. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho RMF, Pessoa EAC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis* [Internet]. 2015 June [cited 2019 Sep 05]; 25(2):635-656. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000200635&lng=en
26. Carlos DM, Pádua EMM, Fernandes MID, Leitão MNC, Ferriani MGC. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 06]; 37(spe):e72859. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500426&lng=pt

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados do estudo foi possível perceber que a violência infantil, embora seja reconhecida pelos profissionais, ainda é um aspecto pouco trabalhado nas unidades pesquisadas. Por se tratar de um fenômeno de múltiplas dimensões com destaque para as questões sociais e culturais, a abordagem com os usuários torna-se complexa. Assim, o posicionamento dos trabalhadores diante dessa temática só ocorre nas demandas pontuais, limitado, muitas vezes, pelo sentimento de medo, impotência e desamparo, além da sensação de que as situações de violência se reproduzem cotidianamente independentemente da atitude deles.

Observou-se ainda a inexistência de ações de prevenção e monitoramento permanente para as crianças e famílias vulneráveis ou que vivem em situação de violência. A notificação compulsória ao Ministério da Saúde não foi relatada como prática sistemática e, de maneira geral, o manejo adotado dessas situações é o encaminhamento para outros serviços de saúde ou setores do Estado, como de proteção social e justiça, sem que haja acompanhamento dos desfechos ou propostas de intervenção eficazes.

A falta de um fluxo institucional de acolhimento, condução e encaminhamento estabelecidos dificulta os processos de identificação, notificação e ações de enfrentamento pelos profissionais. Assim, o reconhecimento e a interpretação das situações ficam sob a responsabilidade e iniciativa de cada profissional, ficando a cargo de cada um deles o reconhecimento e interpretação das situações, como também as decisões a serem tomadas para a assistência a esses usuários. Os encaminhamentos realizados variam de unidade e são ofertados de acordo com a disponibilidade do serviço. Dessa forma, as ações terminam por se apresentarem de maneira fragmentada e distante da real necessidade de vítimas e agressores.

O estudo desperta uma reflexão da prática do profissional frente a essas demandas que são impostas no território, gerando a necessidade permanente de se estabelecer um trabalho alinhado e orquestrado com outros setores, na busca da promoção do cuidado integral e da garantia do cumprimento da legislação vigente.

A participação de profissionais de um único distrito sanitário pode ser apontada como um limite do estudo, visto que apresentou a percepção de apenas

um grupo e uma realidade local. Ouvir os profissionais de formação em nível técnico e a população também são caminhos válidos para ampliar o alcance dos resultados. Ainda assim, as consequências da falta de políticas públicas para o enfrentamento da violência infantil certamente se repetem em outros distritos.

Como possíveis implicações para a prática, os achados são potentes para fomentar a discussão sobre a necessidade de melhorias no sistema de informações e notificação, estabelecimento de fluxos de atendimento e encaminhamento, bem como estratégias de articulação local e intersetorial para acolhimento e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados. Além disso, a situação atual do município aponta para a necessidade urgente de ações de prevenção da violência e promoção das relações saudáveis, com fomento à cultura, lazer, educação e bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. ISBN 978-85-7541-380-7.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R [Eds.]. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002. p. 5.
3. Budo MLD, Mattioni FC, Machado TS, Ressel LB, Borges ZN. Concepções de violência e práticas dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):511-9.
4. Sanchez RN, Minayo CS. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão histórica, social e saúde. In: Lima CA (Ed.). *Violência faz mal à saúde: série B - textos básicos de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 29-38.
5. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Uma Face Familiar: Violência na vida de crianças e adolescentes.* Nova York: UNICEF; 2017.
6. Brito AM, et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005; 10(1):143-9. p. 148.
7. Pasian MS, Faleiros JM, Bazon MR, Lacharité C. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. *Pensando Famílias.* dez. 2013; 17(2):61-70.
8. Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesq. Bras. Odontoped. ClinIntegr.* 2008; 8(3):301-307.
9. Azevedo MA, Guerra VN. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Um cenário em (dês)construção [Internet]. 2005 [acesso em 28 mar. 2019]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf.
10. Martins CS, Ferriani MGC. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In:

- Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubeda EML. Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB; 2008. p. 7-53.
11. Algeri S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 2005 dez;26(3):308-15.
 12. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO Brasil; 2012.
 13. Albuquerque LM, Carvalho CMG, Apostólico MR, Sakata KN, Cubas MR, Egly EY. Terminologia da Enfermagem caracterizadora da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(3):452-459.
 14. Cordeiro EVC, Santos JG, Ricas J, Donoso MTV. Motivações da violência física contra a criança sob a ótica do cuidador agressor. *Rev Min Enferm.* 2008;12(1):79-85.
 15. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP; 2002. p. 95-110.
 16. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egly EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012;20(2):266-273.
 17. Fonseca RMGD, Egly EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 28 mar. 2019]; 25(6): 895-901. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600011&lng=em.
 18. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 16 jul. 1990.
 19. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. mar. 2016 [acesso em 17 jul. 2018]; 21(3): 871-880. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n3/871-880/>.

20. 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* [online]. jun. 2016 [acesso em 17 jul. 2018]; 37(2):e55796. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55796>.
21. Thomazine AM, Toso BRGO, Viera CS. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2014; 14(2):105-12.
22. Deslandes SF, Mendes CHF, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro [online], mar 2014 [acesso em 17 jul. 2018]; 19(3):865-874. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300865&lng=en&nrm=iso.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 96 seção 1e. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 28 maio 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

28. Apostólico MR, Egrý EY, Fornari LF, Gessner R. Acurácia de diagnósticos de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica infantil. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2017 [acesso em 02 nov.2018]; 51:e03290. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019103290>.
29. Weber LND, et al. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *Psico-USF (Impr.)*. 2002; 7(2):163-173. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712002000200005&lng=en&nrm=iso.
30. Egrý EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 13 out. 2018]; 70(1):113-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>.
31. Egrý EY, Apostólico MR, Morais TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [acesso em 17 jul. 2019]; 23(1):83-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
32. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(Supl. 1):177-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500013>
33. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [acesso 17 jul. 2019];17(9):2305-2317. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000900012&lng=pt. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413_81232012000900012.
34. Prefeitura Municipal de Recife (PE). Lei nº 15604 de 18 de fevereiro de 1992. Dispões sobre a Política municipal dos direitos da criança e do adolescente, cria o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1992 [acesso em 20 abr. 2018]. Disponível em: <https://cm-recife.jusbrasil.com.br/legislacao/270414/lei-15604-92>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de Informações de Saúde. Município de Recife, Pernambuco. [acesso em 04 maio 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pe.htm>.

36. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Recife (PE). Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Secretaria de Saúde do Recife; 2014.
37. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Secretaria de Saúde do Recife; 2018.
38. Pernambuco. Secretaria de Segurança Urbana do Recife (PE). Plano Municipal de Segurança Urbana e Prevenção da Violência – Pacto pela Vida Recife – 2014-2017. Secretaria Executiva de Segurança Urbana. Secretaria de Segurança do Recife; 2014.
39. Carvalho EB, Sarinho SW. Consulta de Enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. Rev.Enferm. UFPE online [Internet]. 2016 [acesso 28 nov. 2018]; 10(Supl. 6):4804-12. Disponível em:<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12970>
40. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso 17 jul. 2019]; 47(2):379-389. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200379&script=sci_abstract&lng=PT.
41. Brandão Neto W, Silva MAI, Aquino JM, Lima LS, Monteiro EMLM. Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(4):17-625.
42. Egrý EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
43. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
44. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Península; 1998.

45. Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses a Fausto: a saúde, o indivíduo e a História. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995 [acesso 17 jul. 2019]; 11(1):5-20. ISSN 0102-311X. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000100002>.
46. Apostólico MR. Potencialidades e limites da CIPESC® para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população infantil [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
47. Ayres JRJM. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cad. Saúde Pública*. Jul 2011; 27(7):1301-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700006&lng=en.
48. Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciênc. Saúde Colet*. 2007;12(2): 319-324.
49. Schraiber LB, Gonçalves RBM. Necessidade de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM. *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
50. Sarmiento MJ. Gerações e Alteridade: Interrogações a partir da sociologia da infância. *Educ. Soc. Campinas*. 2005; 26 (91):361-78.
51. Costa Júnior FM, Couto MT. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(4):1299-1315.
52. Gessner R. Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013. p. 161.
53. Egrý EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996. Breilh J. *Epidemiologia crítica: Ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.
54. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care*. 2007; 19(6):349-357.

55. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
56. Souza FN, Costa AP, Moreira A. *Análise de dados qualitativos suportada pelo software webQDA*. Atlas da VII Conferência internacional de TIC na educação: perspectivas de Inovação. Braga (Portugal), 12 e 13 de maio, p. 49-56, 201.
57. Fracolli LA, Morais TCP, Guanillo MCTU. *Metodologia para o estudo da tomada de decisão sobre as necessidades de saúde*. In: Egry EY (Org.). *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone; 2008. p. 91-9.
58. Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
59. Graziano AP, Egry EY. *Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre as necessidades de saúde das famílias*. *Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]* 2012 [acesso em 17 abr. 2019]; 46(3):650-56. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/17.pdf>>.
60. Merhy EE. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy EE, Onocko RT (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
61. Barboza TAV, Fracolli LA. *A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família*. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2005 [acesso em 17 abr. 2019]; 21(4):1036-1044. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400006>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE FONTES SECUNDÁRIAS

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

A. Identificação do cenário: Recife, capital do Estado de Pernambuco

B. Fontes de dados:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
- Secretaria Municipal da Saúde – SMS
- Sistemas de informação ambulatorial
- Sistemas de informação hospitalar
- SIA/SUS e SIH/SUS
- Outras fontes

C. Roteiro de coleta de dados de fontes secundárias.

1. População:
 - População por sexo e faixa etária:
 - Indicadores demográficos (taxas: urbanização, crescimento anual, densidade demográfica)
 - Taxas ligadas ao crescimento da população (natalidade, mortalidade, mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, fecundidade, mortalidade materna)
2. Renda e nível de instrução:
 - Distribuição das pessoas com idade de 15 anos ou mais, ocupadas, por anos de instrução
 - Número de pessoas analfabetas com idade de 10 anos ou mais
 - Distribuição das pessoas com 16 anos ou mais ocupadas, por setor de atividade (Indústria, construção civil, comércio e serviços)
 - Distribuição das pessoas com 16 anos ou mais ocupadas, por posição na ocupação (empregados com carteira assinada, conta própria, empregador, não remunerado, autônomo)
 - Taxa de desemprego
 - Rendimento mensal das pessoas de 16 anos ou mais, ocupadas
3. Domicílios
 - Total de domicílios
 - Média de moradores por domicílio
 - Domicílios permanentes por condição de ocupação (Alugado, próprio, cedido)
 - Cobertura de saneamento básico, por domicílios (água, esgoto, destino do lixo)
4. Perfil Epidemiológico da População
 - Doenças de notificação compulsória
 - Hospitalizações pagas pelo SUS
 - Causas de internação
 - Cobertura vacinal
 - Causas de óbito
5. Dados gerais dos estabelecimentos de saúde
 - Estabelecimentos de saúde existentes, por classificação e esfera administrativa
 - Estabelecimentos de saúde existentes, por tipo (UBS, PSF, hospitais, ambulatorios, centros de diagnóstico)
 - Produção dos estabelecimentos de saúde existentes por espécie de atendimento (consultas médicas, enfermagem, odontológicas, urgência/emergência, partos)
 - Número de leitos de internação
6. Programas Municipais de atenção à saúde da população (descrição, protocolos, atendimentos, resultados)
 - Destinados às crianças
7. Políticas públicas (Leis, portarias, decretos, protocolos e outros) de atenção à Criança (Nacional, Estadual e Municipal)
8. Outros dados relevantes ao estudo

APÊNDICE B – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome do participante: _____

Parte I - Seleção dos Participantes

Há quanto tempo você atua na Atenção Primária à Saúde?

() menos de 1 ano (Agradecer a disponibilidade e encerrar a entrevista)

() mais de um ano (prosseguir para questão 2)

No último ano, você desenvolveu ou ainda vem desenvolvendo ações de atenção à saúde da criança, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em que você atua?

() Não (Agradecer a disponibilidade e encerrar a entrevista)

() Sim (prosseguir para a leitura do Rapport, Termo de Consentimento e entrevista)

APÊNDICE C – RAPPORT

Bom dia/tarde, _____

Meu nome é [entrevistadora]. Sou Fisioterapeuta e trabalho na [local de trabalho da entrevistadora]. Faço parte do grupo de pesquisadoras da Universidade Univeritas UNG.

Com a nossa pesquisa buscamos entender como o vem sendo desenvolvidas as ações para atendimento integral das crianças e adolescentes. A nossa pesquisa tem a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Univeritas UNG.

Queremos agradecer por aceitar participar desta pesquisa e nesta fase faremos uma entrevista individual.

Nessa entrevista não existem respostas certas ou erradas. Seguiremos um roteiro e é importante que você responda a partir da sua vivência, contando para nós, com detalhes, tudo que julgar importante e relevante sobre o tema. A entrevista precisa ser gravada e posteriormente será feita a transcrição.

É importante que você assine um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que eu vou ler para você.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.

Tem alguma pergunta que queira fazer? Podemos começar?

[Se sim, prosseguir na leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido].

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Meu nome é _____ e integro um grupo de pesquisa da Universidade Guarulhos, em São Paulo, onde desenvolvo a pesquisa do meu mestrado. A pesquisa tem o título: Atenção Integral à Saúde do adolescente: desafio para as políticas, instituições e profissionais de saúde, que tem como objetivo principal analisar as potencialidades e limites das políticas, instituições e profissionais de saúde para desenvolver ações, na perspectiva da atenção integral e satisfação das necessidades em saúde dos adolescentes, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Com os resultados desta pesquisa, pretendemos oferecer subsídios para o aprimoramento da assistência à saúde dos adolescentes.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa e sua participação é de fundamental importância.

Neste momento, sua colaboração será conceder uma entrevista, que será gravada em posteriormente transcrita para análise do conteúdo. O tempo de resposta é de aproximadamente 20 minutos.

Estão garantidas todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de recusar a participar do estudo sem qualquer prejuízo às suas atividades, ou se aceitar participar, pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Os riscos para sua participação são mínimos, relacionados ao desconforto pelo tempo dispendido na entrevista. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, por isso caso qualquer informação seja divulgada em relatório ou publicação, será feito de forma codificada. Em qualquer tempo você poderá ter acesso aos resultados.

Caso sinta necessidade de contatar as pesquisadoras durante ou após a pesquisa, os contatos poderão ser feitos por:

- Raquel Porto Barros (mestranda) – Fone: (81)99711-4760
- Paula Regina Costa Mendes de Holanda (mestranda) – Fone: (81) 99718-7464
- Aline Dyelle da Silva (mestranda) – (81) 99590-8843
- Profa. Dra. Maíra Rosa Apostólico (Pesquisadora responsável e orientadora) COREn SP 217.510 – Fone: (11) 2464-1758
- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Universus Veritas UNG – Fone: (11) 2464-1664
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Recife – Fone: (81) 3413 4611 R.4859

Eu, _____, documento de identidade _____, compreendi as explicações acima e a natureza do estudo do qual fui convidada (o) a participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Eu entendo que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem precisar justificar a minha decisão.

Recife, _____ de _____ de 20.

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE E – INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS

Parte II – Caracterização do Participante

(Iniciar a gravação com os dizeres: *Eu sou [nome do entrevistador] e estou iniciando a gravação da entrevista com [nome do participante], profissional da [nome da unidade]. Hoje é dia [dia/mês/ano] e agora são [xx horas].*)

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|------------------------------|--|
| | | | | | | Número do participante | |
| | | | | | | | |
| Dia da entrevista: | | | | Horário de início: | | | |
| 1. Nome | | | | | | | |
| 2. Sexo | | <input type="checkbox"/> Feminino | | | <input type="checkbox"/> Masculino | | |
| 3. Idade | | <input type="checkbox"/> 20 — 30 | <input type="checkbox"/> 30 — 40 | <input type="checkbox"/> 40 — 50 | <input type="checkbox"/> 50 e mais | | |
| 4. Estado civil | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado/Vive com companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Viúvo | | <input type="checkbox"/> Separado | | |
| 5. Filhos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 e mais | | |
| 6. Idade dos filhos | ___ anos | ___ anos | ___ anos | ___ anos | ___ anos | | |
| 7. Sexo dos filhos | | <input type="checkbox"/> Feminino | | | <input type="checkbox"/> Masculino | | |
| 8. Escolaridade | | <input type="checkbox"/> Nível Superior | <input type="checkbox"/> Especialização | | <input type="checkbox"/> Pós-Graduação | | |
| 9. Área da formação Superior | | | | | | | |
| 10. Formação complementar | | | | | | | |
| 11. Realizou curso/treinamento no tema “violência contra criança” | | | | <input type="checkbox"/> sim | | <input type="checkbox"/> não | |
| 11.1 Como foi? | | | | | | | |
| 11.2 Quando foi? | | | | | | | |
| 12. Cargo ou função que exerce na Unidade | | | | | | | |
| 13. Tempo de experiência profissional | | <input type="checkbox"/> na atividade Atual _____ | | <input type="checkbox"/> na APS _____ | | | |

Parte III – Roteiro de entrevista

1. No início da nossa conversa, você me disse que já realizou ou realiza ações direcionadas ao público infantil. Descreva para mim, com o máximo de detalhes que se lembrar, uma dessas ações que tenha sido marcante para você e que tenha envolvido [criança(s)].
[Importante que o relato seja de uma situação real e não de ações genéricas]

Questões de detalhamento: idade da criança, contexto de atendimento, ação desenvolvida, problemática abordada, encaminhamentos, profissionais envolvidos no atendimento, participação do(s) responsável(is).

2. Quais necessidades você percebe que [a criança] do seu relato apresentava?

3. Essas necessidades são comuns a [outras crianças]?

4. Você considera que seu serviço de saúde tem condições de satisfazer essas necessidades?
 Por que?

5. Um problema relevante que tem afetado a sociedade é a violência. Falando especificamente disso, você tem contato com casos ou já atendeu/acompanhou algum caso de violência cometida contra [crianças], na Unidade onde atua (foco na APS)?

6. Você se lembra como foi o caso? E como foi o encaminhamento?

7. Há muitos casos como este na sua unidade? O encaminhamento é sempre dessa forma?

Questões de detalhamento: idade da criança, quem foi o agressor, que tipo de violência (doméstica ou extrafamiliar), encaminhamentos realizados na unidade ou entre setores, se houve acompanhamento da unidade de saúde.

8. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Agradecer e encerrar a entrevista/gravação com os dizeres: finalizando a gravação da entrevista com [nome do participante] às [horário].

Observação: O presente instrumento refere-se à versão completa aplicada aos participantes. Apenas as respostas que atenderem aos objetivos deste estudo serão utilizadas para análise e formulação dos fluxogramas analisadores. A ênfase da análise será dada nas questões, sem, contudo, perder de vista o contexto do relato do participante.

APÊNDICE F – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies - COREQ

| No | Item | Guide questions/description |
|---|--|--|
| Domínio 1 – equipe de pesquisa e reflexividade | | |
| Características pessoais | | |
| 1. | Entrevistador/facilitador | Qual autor realizou o grupo ou a entrevista? Paula Mendes, Raquel Porto e Aline Sousa. |
| 2. | Credenciais | Quais foram as credenciais do pesquisador? Dr, Mestre, Bacharel... Especialista em Gestão em Saúde e Mestranda. As demais participantes do grupo de estudo tinham especialização. |
| 3. | Ocupação | Qual era a sua ocupação no momento do estudo? Coordenadora de Estágios do Grupo SER EDUCACIONAL. |
| 4. | Sexo | Os pesquisadores eram homens ou mulheres? Todas as três pesquisadoras do grupo eram mulheres. |
| 5. | Experiência e treinamento | Qual era a experiência ou treinamento que os pesquisadores tiveram? O grupo de pesquisa recebeu treinamento e orientações ofertados pela professora orientadora, por meio de treinamento simulado, reuniões e material disponibilizado. |
| Relação com os participantes | | |
| 6. | Relação estabelecida | A relação foi estabelecida antes do início do estudo? O primeiro contato foi estabelecido ao nível da gestão central da secretaria municipal de saúde, especificamente com o setor de gestão do trabalho, em seguida com a gestão do Distrito Sanitário escolhido para realização do trabalho, que sinalizou um profissional de referência em cada unidade que viabilizou o agendamento e realização da pesquisa. O contato com os participantes se deu no momento da entrevista. |
| 7. | Conhecimento do participante sobre o pesquisador | O que os participantes sabem sobre o pesquisador? por exemplo. objetivos pessoais, razões para fazer a pesquisa Após disponibilização das unidades, foi feito sorteio e realizada visitas nas unidades de saúde, para apresentação do pesquisa, seus objetivos, agendamento da data da entrevista, assim como modelo de coleta de dados ao profissional referenciado pela gestão central. |

| No | Item | Guidequestions/description |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| 8. | Características do entrevistador | Quais características foram notificadas sobre o entrevistador/facilitador? por exemplo. suposições, razões e interesses no tema de pesquisa O interesse em aprofundar o conhecimento sobre como os profissionais de saúde realizam a identificação, monitoramento e condução de situações de violência que acometem crianças no município do Recife no âmbito da Atenção Primária, observando as políticas públicas adotadas pela Prefeitura. |
| Domínio 2 – desenho do estudo | | |
| Quadro teórico | | |
| 9. | Orientação metodológica e Teoria | Qual orientação metodológica foi usada no estudo? por exemplo. teoria fundamentada, análise do discurso, a etnografia, a fenomenologia, a análise de conteúdo Foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. |
| Seleção dos participantes | | |
| 10. | Amostra | Como os participantes foram selecionados? Intencional, conveniência, consecutivo, bola de neve. Conveniência. |
| 11. | Método de abordagem | Como os participantes foram abordados? Pessoalmente, telefone, correio, email. Pessoalmente. |
| 12. | Tamanho da amostra | Quantos foram os participantes do estudo? 11 participantes. |
| 13. | Não participação | Quantas pessoas recusaram a participar ou desistiram? Razões? Nenhum. |
| Configuração | | |
| 14. | Configuração da coleta de dados | Onde os dados foram coletados? por exemplo. casa, clínica, local de trabalho Todas as entrevistas foram realizadas na unidades de saúde dos profissionais. |
| 15. | Presença de não participantes | Estava mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores? Não |
| 16. | Descrição da amostra | Quais são as características importantes da amostra? por exemplo. dados demográficos, data Todas as profissionais do sexo feminino, quase metade da amostra acima dos 50 anos de idade, com formação de nível superior. Sendo 5 enfermeiras, 1 fonoaudiólogo, 2 médicas, 1 odontóloga e 1 |

| No | Item | Guidequestions/description |
|---|------------------------------------|--|
| | | Terapeuta Ocupacional, com pelo menos 2 ano de experiência na Atenção Básica, todas atuando no âmbito assistencial. A amostra completa possuía alguma tipo de especialização. |
| Coleta de dados | | |
| 17. | Roteiro de entrevista | Eram perguntas, instruções, guias fornecidas pelos autores? Foi um teste piloto? Foi aplicado um roteiro de entrevista semi estruturado, com perguntas norteadoras que versavam sobre a violência doméstica infantil. |
| 18. | Entrevistas repetidas | Foram realizadas entrevistas repetidas? Quantas? Não houve necessidade de repetição de entrevista. |
| 19. | Registro audiovisual | A pesquisa utilizou gravação de áudio ou vídeo para a coleta de dados? Utilizou-se gravação de áudio. |
| 20. | Notas de campo | Foram feitas notas de campo durante e/ou após o grupo focal ou entrevista? Sim. |
| 21. | Duração | Qual foi a duração do grupo focal ou entrevista? Em média 20 minutos por entrevista. |
| 22. | Saturação dos dados | Houve saturação dos dados? Sim. |
| 23. | Retorno das transcrições | As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários? Sim, todas as participantes receberam e validaram o conteúdo transcrito das entrevistas. |
| Domínio 3 – análise e conclusões | | |
| Análise dos dados | | |
| 24. | Número de dados codificados | Quantos codificadores codificaram os dados? Três. |
| 25. | Descrição da árvore de codificação | Os autores apresentam uma descrição da árvore de codificação? Sim. |
| 26. | Derivação de temas | Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados? Identificados antecipadamente. |
| 27. | Software | Qual software, se for o caso, foi usado para gerenciar os dados? webQDA. |
| 28. | Verificação do participante | Os participantes forneceram feedback dos resultados? Os resultados do estudo ainda não foram |

| No | Item | Guidequestions/description |
|------------|------------------------------|--|
| | | apresentados aos participantes da pesquisa. |
| Relatórios | | |
| 29. | Perguntas apresentadas | Foram apresentadas citações para ilustrar os temas / resultados? Foi cada citação identificadas? por exemplo. número de participante Sim. |
| 30. | Dados e achados consistentes | Houve coerência entre os dados apresentados e as conclusões? Sim. |
| 31. | Clareza de grandes temas | Os principais temas foram apresentados de forma clara nas conclusões? Sim. |
| 32. | Clareza dos temas menores | Existe uma descrição de casos ou discussão de diversos temas menores? Sim. |

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIANÇA E ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: DESAFIO PARA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Maira Rosa Apostolito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80434218.6.0000.5506

Instituição Proponente: Universidade Guarulhos - UNG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.888.025

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa sobre a atuação das políticas, instituições e profissionais da saúde para atenção integral à saúde do adolescente. Como referencial teórico e metodológico será utilizada a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). A TIPESC propõe uma sistematização dinâmica para captar a realidade dos fenômenos e interpretá-la, vinculando-a aos processos de produção e reprodução social de uma coletividade, considerando-a em seu contexto social historicamente determinado. Segue-se à captação e interpretação, a intervenção na realidade e sucessivas reinterpretações, sempre interpondo novos instrumentos para transformação. O estudo será desenvolvido a partir da análise de dados de fontes primárias e secundárias. Os dados de fontes secundárias serão coletados em fontes públicas de consulta. Os dados de fontes primárias serão coletados a partir de entrevistas com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, no Distrito Sanitário III do município de Rorif, que conta com uma rede de Atenção Primária de Saúde composta por sete Unidades de Saúde da Família, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, três equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Serão incluídos no estudo todos os profissionais com formação superior (enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, farmacêutico e nutricionista) das equipes de Saúde da Família, PAC e equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que atuem na Atenção Primária à Saúde há um ano ou mais, e

Endereço: Praça Teresa Cristina, 229
 Bairro: Centro CEP: 07.023-070
 UF: SP Município: GUARULHOS
 Telefone: (11)2464-1064 E-mail: comite.etica@ung.br



Continuação do Formulário 2.006.025

que desenvolvam ou tenham desenvolvido neste período, atendimento às crianças e aos adolescentes como atividade própria da Unidade de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o modelo de atenção às crianças e aos adolescentes, desenvolvido na Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação no estudo implica em riscos mínimos aos entrevistados, decorrente do constrangimento em descrever sua prática profissional. Caso o participante expresse constrangimento em relatar sua prática, será esolareoido que pode interromper sua participação, sem prejuízo da sua atividade profissional. Além disso, os pesquisadores ficarão à disposição para esolareoer dúvidas futuras dos participantes, bem como informar sobre os resultados do estudo e de forma tais resultados poderão agregar benefícios nas atividades cotidianas do serviço de saúde.

Benefícios: A entrevista é uma oportunidade de reflexão sobre as ações realizadas e potenciais para transformação dos perfis epidemiológicos, característico do trabalho em saúde. O estudo resultará ainda em benefícios indiretos, com a possibilidade de aprimorar e subsidiar novas práticas em saúde no território.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A projeto de pesquisa está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação é válida pelo período previsto no cronograma postado.

Enviar relatório final até 30/05/2020, via Plataforma Brasil, com os principais resultados e contemplando as questões relativas aos Critérios

Éticos da pesquisa:

- a) Houve ocorrência de fatos relevantes que alteraram o curso normal do estudo?
- b) Foram feitas eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa?
- c) A pesquisa foi concluída de acordo com o protocolo aprovado pelo CEP UnG ?

Endereço: Praça Teresa Cristina, 229
 Bairro: Centro CEP: 07.023-070
 UF: SP Município: GUARULHOS
 Telefone: (11)2464-1864 E-mail: comite.etica@ung.br



UNG - UNIVERSIDADE
GUARULHOS



Confirmação do Parecer: 2.a05.a25

d) Faça um parecer sobre o relacionamento Pesquisador X Participante da pesquisa durante a realização do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1144785.pdf | 02/08/2018 15:51:25 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_02ago18.pdf | 02/08/2018 15:51:00 | Maira Rosa Apostolico | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_B_ProjetoUnificadoCE P.pdf | 02/08/2018 15:48:32 | Maira Rosa Apostolico | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoUnificadoCEP_02ago18.pdf | 02/08/2018 15:44:51 | Maira Rosa Apostolico | Aceito |
| Folha de Rosto | folharostoassinada.pdf | 28/05/2018 10:30:06 | Maira Rosa Apostolico | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 25/05/2018 14:27:52 | Maira Rosa Apostolico | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | CARTA_SMS.pdf | 25/05/2018 14:27:11 | Maira Rosa Apostolico | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARULHOS, 31 de Agosto de 2018

Assinado por:
Regina de Oliveira Moraes Arruda
(Coordenador)

Endereço: Praça Teresa Cristina, 229
Bairro: Centro CEP: 07.023-070
UF: SP Município: GUARULHOS
Telefone: (11)2464-1864 E-mail: comita.edica@ung.br

Página 4 de 41

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Raquel Porto Barros, Paula Regina Costa Mendes e Aline Dyelle da Silva Sousa**, pesquisadoras da Universidade Univeritas UNG, a desenvolverem pesquisa no Distrito Sanitário III, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Criança e adolescente na Atenção Básica à Saúde: desafio para integralidade"**, sendo orientadas por Maira Rosa Apostólico.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

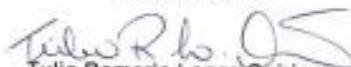
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 24 de maio de 2018.

Atenciosamente,


Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
LIFES / DEGITTS / SESAU
Mat. 100.473-5