



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Muniz, Bruna Ariella Aguiar; Dantas, Ana Lúcia Mota; Santana, Mauricéa Maria de
Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 20, e00620196, 2022

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs620>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406769893032>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



Trabalho, Educação e Saúde

Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Notification of child and adolescent violence: perception of Primary Health Care professionals

Notificación de violencia infantojuvenil: percepción de los profesionales de la Atención Primaria de Salud

Bruna Ariella Aguiar Muniz¹  Ana Lúcia Mota Dantas² 
Mauricéa Maria de Santana³ 

Resumo

Diante da magnitude do fenômeno da violência infantojuvenil no Brasil, que representa mais de um terço dos casos notificados por esse agravo no país, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca da identificação e da notificação compulsória dos casos de violência infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 14 profissionais de duas unidades de Saúde da Família do Recife, Pernambuco, em 2021. Os dados foram coletados em entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado e analisados por meio da análise de Bardin. Os resultados apontam que os profissionais reconhecem a sua responsabilidade ética no processo de notificação de violência infantojuvenil, principalmente pelo contexto familiar e territorial no qual estão inseridos. Entretanto, ainda há muitos desafios que interferem na implicação prática da notificação na Atenção Primária, como o medo da violência e de represálias no território e a falta de capacitação. Investir em estratégias de estímulo à notificação, de modo a garantir respaldo técnico-científico, é imprescindível para a consolidação da prática.

Palavras-chave violência doméstica; maus-tratos infantis; notificação; monitoramento epidemiológico; atenção primária à saúde.

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs620>

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Recife, Brasil.

bruna.ariella@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Brasil.

analudanttas@yahoo.com.br

³ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Brasil.

mauriceasantana@gmail.com

Abstract

Given the magnitude of the phenomenon of violence against children and adolescents in Brazil, which represents more than a third of the cases reported for this offense in the country, the objective of this study was to analyze the perception of health professionals about the identification and compulsory notification of cases of violence against children and adolescents in Primary Health Care. This is an exploratory study, with a qualitative approach, carried out with 14 professionals from two Family Health Units in Recife, Pernambuco, Brazil, in 2021. The data was collected in interviews guided by a semi-structured script and analyzed using Bardin's analysis. The results indicate that the professionals recognize their ethical responsibility in the process of reporting violence against children and adolescents, mainly due to the family and territorial context in which they are inserted. However, there are still many challenges that interfere with the practical implications of notification in Primary Care, such as fear of violence and reprisals in the territory and lack of training. Investing in strategies to encourage reporting, in order to ensure technical and scientific support, is essential for the consolidation of the practice.

Keywords domestic violence; child maltreatment; notification; epidemiological monitoring; primary health care.

Resumen

Dada la magnitud del fenómeno de la violencia infantojuvenil en Brasil, que representa más de un tercio de los casos notificados por esta condición en el país, el objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los profesionales de la salud sobre la identificación y notificación obligatoria de los casos de violencia infantojuvenil en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado con 14 profesionales de dos Unidades de Salud de la Familia de Recife, Pernambuco, Brasil, en 2021. Los datos fueron recolectados en entrevistas conducidas por un guión semiestructurado y analizados utilizando el análisis de Bardin. Los resultados indican que los profesionales reconocen su responsabilidad ética en el proceso de denuncia de la violencia contra niños y adolescentes, principalmente por el contexto familiar y territorial en el que están insertos. Sin embargo, aún existen muchos desafíos que interfieren en la implicación práctica de la notificación en la Atención Primaria, como el miedo a la violencia y represalias en el territorio y la falta de capacitación. Invertir en estrategias para incentivar la notificación, a fin de garantizar el respaldo técnico-científico, es fundamental para la consolidación de la práctica.

Palabras-clave violencia doméstica; abuso infantil; notificación; vigilancia epidemiológica; atención primaria de salud.

Introdução

No Brasil, a violência é o motivo mais frequente de mortalidade por causas externas, sendo considerada um fenômeno complexo, heterogêneo e pluricausal. Ela consiste na ruptura de quaisquer formas de integridade da vítima, seja integridade física, seja psíquica, sexual ou moral, carregada de componentes socioculturais – como o patriarcado e questões de gênero intimamente ligadas à construção do seu perfil, o que representa um problema de grande relevância na saúde pública (Lobato, Moraes e Nascimento, 2012; Saffioti, 2015; Brasil, 2016; Fiorini e Boeckel, 2021).

Diante da amplitude do fenômeno no contexto brasileiro, tornou-se necessária a implantação de medidas de vigilância que pudessem auxiliar no enfrentamento da violência. Para tanto, as portarias n. 104/2011, n. 1.271/2014 (Brasil, 2014) e a vigente n. 204/2016 (Brasil, 2016a) incluíram a violência na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, assim universalizando a notificação e a sua obrigatoriedade para todos os serviços e profissionais de saúde, por meio de um instrumento próprio de notificação (Brasil, 2016b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência em três grandes grupos, segundo quem comete o ato: violência autoprovocada, violência interpessoal (doméstica e comunitária) e violência coletiva (Krug et al., 2002). Para fins de notificação, também se considera a natureza da

violência: psicológica, física, sexual, financeira, negligência, entre outros tipos. Na prática, é comum a manifestação de mais de um tipo de violência de forma concomitante, e quando restrita ao domicílio, é conhecida como violência doméstica. De modo geral, a violência doméstica ocorre no interior do domicílio, perpetrada por pessoas que assumem alguma função parental ou têm relação de poder sobre a vítima, havendo laços de consanguinidade ou não (Silveira, Mayrink e Nétto, 2005; Safiotti, 2015; Brasil, 2016b; Recife, 2020).

Os alvos da violência doméstica geralmente são os grupos considerados mais frágeis, convivendo com seus agressores em ambientes cuja proximidade a torna possível. Crianças e adolescentes são vulneráveis a esse tipo de violência, uma vez que desde o nascimento dependem integralmente do outro para suprir suas carências básicas, do ponto de vista tanto material como emocional. Desse modo, o ambiente particular do domicílio pode se tornar palco preferencial da expressão de violência contra crianças e adolescentes, ressuscitando a histórica desvalorização da infância e a invisibilidade do infantojuvenil (Fukumoto, Corvino e Olbrich Neto, 2011; Hino et al., 2019; Teodoro, 2020).

Entre 2015 e 2018, mais de quatro mil casos de violência infantojuvenil foram notificados no Recife, sendo a própria residência o local mais frequente dos maus-tratos. Além disso, observou-se que os principais agressores tinham vínculo familiar com as vítimas – representados por mãe, pai e padrasto. Embora esses dados permitam traçar o perfil da violência na cidade, é sabido que a realidade ainda é subnotificada (Recife, 2019).

Ao se levarem em conta a importância da atuação no enfrentamento da violência infantojuvenil e o forte aspecto familiar a que ela está atrelada, alguns atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), como o primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado e a orientação familiar/comunitária, podem favorecer a identificação desses casos nos territórios adscritos e contribuir para o processo de notificação (Moreira et al., 2015; Mendonça et al., 2020). Para tanto, é necessário compreender como os profissionais da APS enxergam o seu papel além da responsabilidade, de modo que seja possível superar os desafios que ainda impedem a incorporação da notificação de violência e a condução dos casos na rotina de trabalho. A abordagem do tema é especialmente relevante ao se considerarem a pandemia da Covid-19 e o consequente distanciamento social, o que já vem se refletindo no aumento das estatísticas de violência doméstica – devido ao maior tempo de convívio entre as famílias no domicílio e aos estressores relacionados à pandemia (Marques et al., 2020; Reis et al., 2021).

Desse modo, o objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da identificação e da notificação compulsória dos casos de violência contra crianças e adolescentes em duas unidades de Saúde da Família da cidade do Recife (PE).

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, realizado no período de abril a julho de 2021 em duas unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário VIII, no município do Recife, Pernambuco.

O município do Recife apresenta 94 bairros, e seu território está dividido em oito distritos sanitários (DSs). O DS VIII abriga mais de 147 mil habitantes, distribuídos em três bairros, e conta com 22 USFs, compostas por 55 equipes de Saúde da Família (eSFs), 28 equipes de Saúde Bucal (eSBs) e três equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASFs) (Recife, 2018).

Para a realização do estudo, as duas USFs foram selecionadas por estarem localizadas em um território que pouco notifica o agravo e por serem cenário de ensino em serviço de profissionais de saúde vinculados a programas de residência, cuja dinâmica facilita a identificação de lacunas formativas e estimula a educação permanente entre equipe, residentes e preceptores. O universo das USFs escolhidas correspondeu a cinco equipes de Saúde da Família, quatro de Saúde Bucal e uma equipe NASF.

Em virtude do distanciamento social preconizado pelos órgãos de saúde devido à pandemia da Covid-19, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio de *e-mails* e convites em reuniões remotas a que as pesquisadoras tiveram acesso. A coleta de dados também ocorreu virtualmente, pela plataforma Google Meet. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora e guiadas por um roteiro semiestruturado que contemplava questões sobre responsabilidade profissional, identificação e notificação de violência infantojuvenil na APS. As entrevistas duraram, em média, vinte minutos, tendo sido gravadas em arquivo particular para posterior transcrição e análise das informações. Os participantes foram identificados pela letra 'P' e uma sequência numérica aleatória, sem relação com a ordem em que as entrevistas ocorreram (P1, P2, P3... P14), de modo a garantir o anonimato e a privacidade de conteúdo.

Participaram do estudo 14 profissionais, cinco do NASF e nove das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal: três enfermeiros, um técnico de enfermagem, três cirurgiões-dentistas, dois fisioterapeutas, um psicólogo, um assistente social, um fonoaudiólogo e dois agentes comunitários de saúde. Critérios de elegibilidade: profissionais de saúde de nível médio, técnico e superior vinculados às equipes de Saúde da Família há no mínimo um ano e que concordaram em participar da pesquisa. Os profissionais que se encontravam em gozo de licença, férias ou afastamento durante o período da coleta de dados foram excluídos.

Para o tratamento dos dados qualitativos, foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, seguindo a abordagem temática ou categorial com base no desmembramento do texto, para descobrir os núcleos de sentido que integram a comunicação e se relacionam com os objetivos da pesquisa, observando a frequência de presença ou ausência com que esses núcleos aparecem no texto (Oliveira, 2008; Bardin, 2011).

Desse modo, seguiram-se as seguintes etapas para a análise categorial: 1) pré-análise, que consiste em leituras exaustivas das entrevistas transcritas, familiarização com o conteúdo e formulação de hipóteses; 2) codificação e categorização, que dizem respeito à escolha das unidades de registro ou de contexto e classificação em categorias; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Oliveira, 2008; Bardin, 2011).

Resultados e discussão

Dos 14 profissionais de saúde entrevistados, 11 eram do gênero feminino e três do gênero masculino, com idades entre 31 e 53 anos. Onze profissionais tinham nível superior, a maioria graduada há mais de dez anos – os demais eram de nível médio. Quanto ao vínculo na APS, o tempo mínimo de atuação observado foi de dois anos, havendo seis profissionais com mais de dez anos de trabalho na APS.

Com base na análise de conteúdo, emergiram três categorias: a responsabilidade do profissional de saúde no contexto da violência; o papel da APS ante a violência nos territórios; e os entraves da notificação de violência na APS.

A responsabilidade do profissional de saúde no contexto da violência

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) estabeleceu como dever prioritário da família, da sociedade e do Estado a garantia à população infantojuvenil do direito à vida, ao respeito e à dignidade, além da defesa contra toda forma de negligência, exploração, violência e opressão. Dois anos depois, novas perspectivas foram definidas com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela lei n. 8.069/1990 (Brasil, 1990), empoderando-os como sujeitos de direitos na sociedade, inclusive de proteção contra a violência (Condori et al., 2018; Teodoro, 2020). Em 2001, a portaria n. 1.968 (Brasil, 2001) determinou a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra

crianças e adolescentes atendidos em quaisquer entidades do Sistema Único de Saúde (SUS). E com a vigente portaria n. 204/2016, todos os tipos de violência encontram-se elencados na Lista Nacional de Notificação Compulsória (Brasil, 2016a; Egry, Apostolico e Morais, 2018).

A responsabilidade profissional ante situações de violência foi destacada ao longo das narrativas dos participantes, incluindo supostas penalidades em casos de omissão do profissional. Emergiu também dos relatos o reconhecimento de outros atores como responsáveis pelo enfrentamento da violência, como evidenciado a seguir:

[...] eu acho importante que a gente tenha essa consciência da notificação [...] é dever, é lei, *né?* Fazer a notificação nos casos de violência. (P3)

[...] qualquer profissional de saúde que recebe qualquer suspeita – não precisa ser confirmado – ele tem obrigação de realizar a notificação. [...] É competência de todos que se deparam com um caso (...) isso é algo colocado como [para] qualquer profissional [...] é algo obrigatório. Qualquer profissional da área de saúde que tiver contato primeiro, você tem que fazer. E isso se não fizer e tudo, gera alguma coisa pra você responder lá na frente, porque passa por cinco, dez profissionais de saúde e ninguém faz nada. (P7)

Ao identificar tanto escola quanto posto de saúde, igreja, qualquer situação que acolhe aquele pessoal, se identificar qualquer tipo de violência tem que tomar um pouco da responsabilidade pra si, *né?* A gente [da saúde] mais porque é função, *né?* (P2)

Corroborando o entendimento dos entrevistados de que a responsabilidade pelo fenômeno da violência não é uma atribuição restrita aos profissionais da saúde, mas também da educação e dos demais setores sociais envolvidos no contexto de vida do indivíduo, a lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017, deixa claro em seu artigo 13: “Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão [...] que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço [...]” (Brasil, 2017, p. 1).

Por sua vez, os códigos de ética da maioria das categorias de saúde não abordam explicitamente o termo ‘violência doméstica’ como responsabilidade de intervenção. Entretanto, os documentos apontam como atribuição profissional preservar a dignidade e a integridade do indivíduo, sendo vedada a omissão ou pactuação com quaisquer formas de negligência, tortura e práticas desumanas. Além disso, sinalizam a possibilidade de quebra do sigilo profissional quando a integridade do indivíduo se encontra ameaçada (Saliba et al., 2007; Oliveira et al., 2018).

Embora crianças e adolescentes carreguem uma histórica posição de invisibilidade na sociedade ocidental, com a violência sendo naturalizada e legitimada como um método educativo, os participantes expressaram sentir uma responsabilidade ainda maior com esse grupo etário, dada a vulnerabilidade e a fragilidade em relação ao poder dos adultos (Minayo, 2006; Teodoro, 2020).

Eu considero importante, [...] com relação aos pequenos é mais importante. Na realidade, importante é pra todos, agora quando são cada vez menores, é ainda mais grave, ainda mais sério. É aquele que não tem voz, não tem defesa, não tem nada... (P14)

Além de objeto de notificação compulsória, a violência foi apontada pelos profissionais como um fenômeno complexo capaz de repercutir na saúde dos indivíduos e adoecê-los, sendo necessários o cuidado integral das vítimas, a promoção da saúde e a prevenção de novos eventos no âmbito da APS (Marinho e Aguiar, 2019).

Porque a violência está diretamente relacionada com a saúde, e nosso trabalho [...], ele está lá pra promover e prevenir casos que venham [gerar] agravos à saúde, para se promover a saúde de uma forma mais ampla. E a violência, em todas as suas formas, ela vai interferir na saúde da população. (P6)

(...) toda violência vai ter impacto na saúde, seja física ou na saúde mental. (P12)

Nessa interação biopsicossocial da violência trazida pelos entrevistados, é importante considerar que a sociedade carrega traços violentos culturalmente naturalizados e que, a todo momento, eles atravessam as relações interpessoais e parentais (Minayo, 2006; Rodrigues et al., 2018; Schek et al., 2018).

Ao entender que a violência pode reverberar na vida dos sujeitos, sendo considerada um evento que repercute na saúde, torna-se importante destacar o tabu que envolve o futuro das vítimas de violência. Permanece uma forte construção social de que as pessoas que sofreram violência de qualquer natureza têm maiores chances de repeti-la em outros indivíduos. É inegável que situações de abuso podem deixar máculas de diversas grandezas e expressões, porém afirmar que a vítima irá reproduzir o modelo parental agressor, estigmatizando o infantojuvenil violentado, é uma afirmação pouco fundamentada. Essa discussão deve levar em conta outros mediadores e não somente ser resumida ao histórico de violência que o sujeito carrega (Saffioti, 2015; Egry et al., 2017; Hohendorff e Patias, 2017; Barbosa e Fonseca, 2019; Nunes et al., 2020).

Para que seja possível mensurar os impactos da violência sobre a saúde, é crucial lançar mão de abordagens inter e transdisciplinares, sensibilizadas ao caráter quantitativo e qualitativo da violência. Visualizar as estatísticas permite dimensioná-la, mas também é preciso compreender o contexto histórico, cultural e local para formular medidas de enfrentamento (Minayo, 2006). Para os profissionais, a notificação da violência é um processo capaz de dar visibilidade ao fenômeno, importante para a construção do seu perfil epidemiológico e para a formulação de políticas públicas, como fica explícito nas falas a seguir:

[...] a notificação é uma coisa que vai gerar dado pra você, que vai gerar informação, e aí, a partir disso, que a gente vai poder ter, pensar o processo saúde. [...] vai pensar as políticas pra coisas que tenham impacto, que tenham demanda. Então, se eu não notifico, isso não aparece. Então, se o pessoal acha que não tem essa demanda, ninguém vai parar pra pensar isso. Então eu acho que a notificação é nesse sentido [...] das pessoas entenderem a amplitude e o impacto desse problema e a gente começar a pensar políticas, ações que possam contribuir e minimizar isso. (P3)

Porque eu acho que essa notificação, ela ajuda em termos de índice, *né?* Pra que a gente possa mensurar, de fato, a quantidade de violência [...] as pessoas que sofrem esse tipo de violência, também da gente direcionar uma política pra combater aquela situação, *né?* Porque se você faz uma notificação, aquele caso ali não vai passar despercebido. E aí, eu acho que pode-se encontrar estratégias de enfrentamento, se a gente sabe que aquela localidade, ela tem tantos casos de violência, se é uma localidade que tem muitos casos, *né?* (P8)

De modo congruente ao exposto pelos profissionais, a notificação compulsória apresenta fins epidemiológicos, e o seu percurso interno, via Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), possibilita a alimentação dos dados nacionais e permite o monitoramento, a avaliação e a compreensão do comportamento da violência. Assim, são fornecidos subsídios para o planejamento e a criação de políticas que respondam às necessidades da sociedade. Entretanto, apesar da necessidade de fomento contínuo para a formulação de tais políticas, isso por si só ainda não garante que os profissionais

percebiam a violência como parte da sua prática (Egry et al., 2016; Cruz et al., 2019; Ribeiro, Fernandes e Melo, 2021).

O papel da APS ante a violência nos territórios

Ao se partir da compreensão de que a APS assume o papel de porta de entrada dos usuários ao SUS, de coordenação do cuidado e ordenação da rede – centralizada nas famílias e na comunidade (Starfield, 2004; Brasil, 2010a) –, muitos princípios que a norteiam surgiram ao longo das narrativas dos profissionais, apontados como potencialidades no enfrentamento da violência.

Como trabalhadores do SUS vinculados à APS, os entrevistados se reconheceram no papel de atores no primeiro contato do usuário ao serviço de saúde e como porta de entrada ao endereçamento das principais demandas de saúde e identificação dos agravos dentro do território, como exposto a seguir:

[...] é a porta de saúde que vai se abrir primeiro pra o comunitário, *né?* É o primeiro contato em saúde com o comunitário, isso eu falo enquanto rede, a Atenção Básica. (P12)

Seria o primeiro contato da família com alguma equipe de saúde. Então a equipe de conselho tutelar, enfim, qualquer outra equipe que presta serviço à população, ela não tem o contato tão direto quanto a Atenção Básica tem. Então, de fato, vai ser a Atenção Básica que vai identificar essas coisas. Nenhum, nenhum outro órgão, nem que seja de proteção à criança, ao idoso, a qualquer outro... não tem esse contato direto. Então, de fato, vai ser a Atenção Básica mesmo. (P9)

A expressão ‘primeiro contato’, em sua definição, diz respeito naturalmente ao serviço que é buscado pelo usuário como primeiro recurso quando há demanda de saúde, e para tal é imprescindível a acessibilidade dos usuários aos serviços ofertados. Deve ser um cuidado acessível e resolutivo diante das necessidades mais frequentes e relevantes da população (Oliveira e Pereira, 2013).

Também a ESF, principal ferramenta de fortalecimento e expansão da APS no Brasil, vem buscando a ampliação do acesso, a resolutividade e o estabelecimento do vínculo, de modo a permitir que essa porta de entrada esteja sempre aberta ao usuário (Brasil, 2010a; Machado et al., 2021).

Dito isso, fica claro que os profissionais da APS têm um papel fundamental na vigilância em saúde do território e, consequentemente, na percepção da violência, uma vez que é nesse nível de atenção que se constitui o primeiro contato de muitas vítimas de violência com um serviço de saúde (Cruz et al., 2019).

Partindo-se para outro atributo da APS de suma importância, a coordenação do cuidado é a articulação entre os diversos serviços, ações e profissionais da Rede de Atenção à Saúde, de modo que esteja sincronizada em prol de um objetivo comum, independentemente do local onde seja prestada a assistência. Seu intuito é garantir ao usuário um conjunto de serviços que atendam às suas demandas de saúde, nos diferentes pontos de atenção. Sem a coordenação do cuidado, a função do primeiro contato seria meramente administrativa (Oliveira e Pereira, 2013; Almeida, Marin e Casotti, 2017). Para os entrevistados, a coordenação do cuidado com base na articulação intersetorial é considerada não apenas necessária, mas decisiva, como fica claro no trecho a seguir:

[...] a ficha acaba sendo um instrumento que a gente usa pra preencher no sentido da notificação, mas assim o objetivo maior vai ser a assistência ao usuário vítima de violência. (...) a gente sempre vai articular com a rede, seja Conselho Tutelar,

seja Ministério Público, Cras [Centro de Referência da Assistência Social], a gente sempre faz a articulação necessária. (P9)

[...] a gente em paralelo a essa notificação [...] aciona outros serviços, que seria o Conselho Tutelar, seria o Creas, que é o Centro de Referência da Assistência Social... Então a gente tem que acionar outros serviços pra que ajude na proteção àquela criança ou adolescente [...] pra dar continuidade ao andamento daquele caso [...]. (P9)

Desse modo, a articulação da rede de proteção requer a inclusão de atores e instituições de diferentes setores, capazes de assumir um protagonismo no cuidado dessas vítimas: conselhos tutelares, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), Promotoria e Vara da Infância e Juventude, escolas, serviços de saúde etc. (Marinho e Aguiar, 2019).

O estudo de Ribeiro e Silva (2018) dialoga com os achados da presente pesquisa, ao considerar que a intersetorialidade e o acionamento da rede de cuidado às vítimas de violência são pontos fundamentais para a condução dos casos na APS. Portanto, o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede por meio de um trabalho articulado configura-se como uma importante estratégia de enfrentamento da violência.

A proximidade com o território e o vínculo também foram características intrínsecas à estruturação da APS/ESF, apontadas pelos sujeitos deste estudo como favoráveis à percepção de situações de violência:

[...] Porque estão [equipes de Saúde da Família] em contato mais próximo com a comunidade, *não*? Tem essa abordagem familiar e a visita familiar também. (P6)

Inclusive, acho que é mais fácil da gente perceber, porque como a gente *tá* no território, a gente tem esse contato, esse vínculo maior, é mais fácil da gente identificar, *não*, do que serviços especializados. Porque assim, quando chega no hospital, já é um caso extremo e a gente não entende o contexto familiar, não *tá* inserido no território. Então, acho que a gente enquanto Atenção Básica é privilegiado [sic] no sentido do ponto da rede em que a gente se encontra, acho que é mais fácil da gente identificar. (P3)

As narrativas dialogam com os achados de Carlos, Pádua e Ferriani (2017) e Mendonça et al. (2020), que caracterizaram a APS como atenção privilegiada por estar inserida *in loco*, no território, estimulando diálogos horizontais e relações de vínculo entre usuários e profissionais, além da valorização do acolhimento e da escuta qualificada.

A proximidade geográfica, a orientação familiar/comunitária e a competência cultural são aspectos que podem auxiliar no diagnóstico de situações de violência e no reconhecimento das demandas familiares. A percepção dessas demandas frequentemente requer o conhecimento e a avaliação da realidade social (Oliveira e Pereira, 2013; Reichert et al., 2016; Egry, Apostolico e Morais, 2018).

Mendonça et al. (2020) sugeriram algumas estratégias de prevenção à violência na APS: promoção do diálogo e fortalecimento do vínculo, com práticas democráticas e não repressivas; desburocratização dos atendimentos e sensibilização dos profissionais. Para Maia et al. (2020), a visita domiciliar é uma das principais ferramentas de identificação da violência doméstica infantojuvenil, uma vez que mais da metade dos casos ocorrem no domicílio. Além das visitas, a formação de grupos pode trazer benefícios ao enfrentamento da violência, favorecendo o contato direto, o vínculo e a escuta qualificada (Rodrigues et al., 2018; Mendonça et al., 2020).

Um importante ator da ESF, considerado o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, foi reconhecido por meio da fala dos profissionais: o agente comunitário de saúde (ACS), citado como peça

importante na interação com a comunidade. Ele pode atuar na identificação e no acompanhamento das condições de saúde das famílias, na busca ativa e na visita domiciliar (Morosini e Fonseca, 2018).

[...] a gente vai ter essa ligação com o comunitário, com o agente de saúde, que tem esse elo... (P5)

Até porque a ideia de aproximar o agente de saúde à comunidade, *né?* O sistema de saúde ao povo, *né?* (P2)

Diante da pluralidade dos territórios e da complexidade das demandas, faz-se necessário um olhar ampliado, no qual diferentes categorias possam contribuir em conjunto para o cuidado do usuário. A abordagem multiprofissional foi apontada pelos profissionais como grande aliada na condução de situações de violência na APS. As reuniões de equipes, as discussões de casos e o trabalho multiprofissional em conjunto com o NASF foram aspectos que emergiram com bastante relevância das entrevistas:

[...] a gente tem NASF, *né?* [...] Ajuda muito mesmo. Eu digo porque já vim de unidade sem NASF e é bem diferente. (P5)

Porque devido a ter vários profissionais, assim como é multidisciplinar, cada um vai ter uma particularidade (...) vai ajudar em certa parte. Uma vai ter uma opinião, outro vai ter outra. Onde vai agregar todos os conhecimentos de cada um, *né*, as trocas. E daí poder solucionar o problema, poder ajudar. (P13)

Os achados reforçam o papel do NASF como retaguarda e apoio às eSFs de referência no território de cobertura, ampliando o escopo da assistência na perspectiva da integralidade. Fortalecem a capacidade de análise e intervenção dos problemas de saúde na ótica de diversos profissionais, compartilhando responsabilidades entre as equipes NASF e eSF (Brasil, 2010a; Figueiredo, 2012). É possível identificar por meio das narrativas que a presença do NASF tem o potencial de empoderar os demais profissionais na condução de temas transversais à saúde, como a violência. O compartilhamento das *expertises* de cada categoria profissional em uma equipe de trabalho, a interação e o diálogo sistemático favorecem a estruturação de um cuidado mais holístico ao usuário, pautando o processo de trabalho em uma comunicação efetiva (Egry et al., 2016, 2017; Schek et al., 2017; Ribeiro e Silva, 2018).

Os entraves da notificação de violência na APS

Os desafios para o enfrentamento e a condução da violência infantojuvenil na APS são diversos e representam o discurso mais frequente dos entrevistados deste estudo. Obstáculos de todos os âmbitos precisam ser ultrapassados, tanto na perspectiva individual quanto na coletiva, dentre os quais: desinformação sobre os serviços que fazem parte da rede de proteção, medo e insegurança dos profissionais na intervenção, falta de qualificação dos profissionais, descrença na resolutividade da rede, estrutura de apoio insuficiente e dificuldades de estabelecer um cuidado integrado (Garbin et al., 2015; Egry et al., 2016; Alves et al., 2017; Ribeiro, Fernandes e Melo, 2021).

A proximidade da APS em relação ao cotidiano dos comunitários, embora tenha sido considerada um diferencial na identificação de situações de maus-tratos, apresenta também ambiguidade: a violência no território. Essa questão foi enfatizada pelos entrevistados como uma grande barreira no processo de notificação da violência:

[...] a gente vive num território em que algumas partes desse território têm um pouco de violência [...] e a gente tá lá também. E quando a gente mexe numa questão de uma suspeita, de qualquer tipo de violência, a gente tá mexendo num espaço bem complexo, não sabe se é envolvido com droga, com violência [...] dentro da

unidade, da Atenção Básica, eu acho que isso é ameaçador. Assim, eu acho que é um empecilho. (P7)

É muito complicado. Principalmente pela área em que a gente trabalha [...] eu cheguei numa comunidade em que a violência é muito grande. Então a gente trabalha com situações de violência de todos os gêneros e assim [...] tem traficante, que tem usuário de droga, que tem bandido. (P11)

Fica claro nos relatos que muitos profissionais não intervêm em casos de violência por medo de represálias de agressores e ameaças constantes, frequentemente silenciosas, de um território tão próximo, atravessado pelas relações de poder, drogas e violência. Por isso, para algumas equipes, considerar o núcleo familiar como assunto privado somente dos envolvidos e insuscetível à intervenção parece mais seguro, assim silenciando ou repassando a responsabilidade a outro serviço (Costa et al., 2015; Egry et al., 2017; Veloso, Magalhães e Cabral, 2017).

O medo de retaliação pelos perpetradores da violência também é potencializado pela falta de garantia de sigilo e segurança dos profissionais no processo da notificação. Embora instituída a obrigatoriedade do ato, nenhuma medida de proteção especial ao profissional notificador está bem estabelecida diante de eventuais necessidades ou quebra de sigilo além das previstas a qualquer cidadão. Dessa forma, a insegurança facilmente coloca os profissionais em uma posição de questionar o porquê de se exporem, o que contribui para a resistência em realizar a notificação. Ademais, os entrevistados relataram que ainda persiste o entendimento de que o preenchimento da ficha de notificação é como uma denúncia policial:

Existe, sim, uma preocupação por parte do profissional de concretizar a denúncia. (P4)

A questão não é a ficha, é todo o processo que vem depois. Porque acha assim, eu vou tá denunciando, entendeu? Eu vou ter que tomar todas as providências [...]. Elas [pessoas] acabam achando que a notificação é como se fosse uma denúncia [...] mas uma notificação não é uma denúncia. Não é uma denúncia, não é poder de polícia. (P7)

Esse mito acaba distanciando os profissionais da notificação da violência, o que fomenta ainda mais o medo de o profissional ser envolvido juridicamente na ‘denúncia’ do caso, além de estar exposto ao risco de ser punido pelo agressor no próprio território (Ribeiro e Silva, 2018; Tobias, Cruz e Horta, 2021; Trabbold et al., 2021).

Outro motivo de grande preocupação apontado pelos sujeitos da pesquisa diz respeito ao envolvimento dos ACSs em situações de violência, em virtude da quebra de confiança dos comunitários e principalmente por esses profissionais, na maioria das vezes, residirem dentro do território.

[...] dentro da Atenção Primária também, eu acho que a gente tem níveis diferentes de exposição. Por exemplo, o agente de saúde tem uma exposição muito maior que a gente, porque é uma pessoa da comunidade, que todo mundo conhece, que tem vínculo, sabe onde mora. A gente, querendo ou não, chega ali, vai pra unidade, trabalha, mas depois vai embora pra casa, né? (P3)

A relevância dos ACSs é indiscutível para a identificação das demandas que afetam as famílias e seus domicílios. Entretanto, pelos mesmos aspectos que os fazem tão importantes, eles acabam se configurando como a categoria mais exposta ao intervir na violência. Desse modo, é importante que

as equipes busquem artifícios que visem preservar o ACS do manejo direto da violência no território (Lobato, Moraes e Nascimento, 2012; Costa et al., 2015; Maia et al., 2020).

A falta de contrapartida e incentivo para realizar a notificação de violência complementou a indagação dos profissionais sobre a real importância de incluir esse papel sob a sua responsabilidade, como destacado a seguir:

Então eu penso que poderia ter algum caminho nesse sentido, tanto de estimular os profissionais e tanto de fazer esse retorno pós-preenchimento, porque também não adianta a gente só preencher, formar dados... A gente sabe que isso é importante pra saúde, sim, mas a gente também precisa desse retorno, *né?* [...] E como esse preenchimento [...] não é responsável pela condução do caso, então [...] a gente não consegue palpar. A gente consegue palpar, tipo, a gente identificou, a gente denunciou ao Conselho Tutelar, então o conselheiro vai e chama a polícia, vai fazer [...] uma busca ativa, enfim. Então assim, são coisas mais palpáveis. Já a ficha de notificação a gente não consegue ter esse [...] retorno mesmo, *né?* (P9)

Sobre a efetividade e o retorno das notificações, Schek et al. (2018) evidenciaram que muitos profissionais ultrapassam o medo de se expor, direcionam os casos e fazem os encaminhamentos necessários, mas não têm ciência quanto a essa articulação ser efetiva para a proteção das vítimas. Em diálogo com esse achado, os profissionais desta pesquisa também trouxeram em seus relatos a expectativa por respostas e a necessidade de um retorno pós-preenchimento da ficha de notificação, como forma de estímulo e incentivo, com base no acompanhamento de resultados sólidos que sustentem a causa.

É sabido que a ficha de notificação segue um fluxo interno na Saúde Pública para fins epidemiológicos e construção de políticas a longo prazo, não necessariamente respondendo de forma imediata ao problema. Esse retorno mais pontual e individualizado pode acontecer como resposta dos órgãos de proteção (Conselho Tutelar, Ministério Público, delegacia etc.), quando estes são acionados paralelamente à notificação compulsória, por uma via externa além da ficha (Ribeiro e Silva, 2018). O fato é que o silêncio e a falta de respostas diante de medidas adotadas pelos profissionais os fazem pensar que não vale a pena realizar a notificação (Galindo et al., 2017).

Uma grande lacuna apontada pelos entrevistados foi a falta de capacitação sobre a notificação de violência, além do desconhecimento sobre como agir nesses casos. Muitos profissionais alegaram se sentir incapazes ou inseguros no manejo de situações de violência infantojuvenil por não terem conhecimento suficiente para assumir tal responsabilidade e também por não estarem familiarizados com o preenchimento e o fluxo da ficha de notificação. Um dos participantes manifestou ainda desconhecer a ficha e a obrigatoriedade da notificação de violência:

[...] pra questão de notificar [...], sem capacitação, não tem notificação. Se você não tá capaz pra fazer alguma coisa, ela não vai acontecer, *né?* (P2)

Eu não sei como agir [...] o passo a passo, *né*, qual a ficha que a gente preenche, pra onde encaminha, o protocolo. (P4)

Ficha? [...] eu não sabia que era obrigatório assim, não, notificar, não. Eu não tinha esse conhecimento, não. [...] nunca vi [a ficha], não conheço. (P13)

Com o reconhecimento das falhas na qualificação e buscando saná-las, a educação permanente é uma importante proposta para que os trabalhadores se apropriem do processo da notificação de violência.

Por educação permanente, entende-se a aprendizagem incorporada ao cotidiano laboral, ocorrendo de forma concomitante à dinâmica de trabalho dos profissionais. Ela valoriza as experiências individuais já adquiridas, e a partir da problematização do processo de trabalho, busca repensar e construir práticas baseadas nas necessidades dos usuários. As metodologias dinâmicas de aprendizagem – como a construção de casos clínicos – poderiam contribuir para a qualificação e a atualização dos profissionais (Ribeiro e Silva, 2018).

Além da qualificação dos recursos humanos nos diversos níveis de atenção, foi apontada a necessidade de fluxos mais claros e consistentes de referência/contrarreferência e uma comunicação de suporte mais acelerada, menos burocrática. A falta de fluidez nas articulações e a lentidão na comunicação são grandes dificultadores do processo e acabam interferindo fortemente na crença dos profissionais sobre a efetividade da rede (Egry et al., 2016, 2017; Garbin et al., 2017; Reis et al., 2017; Ribeiro e Silva, 2018).

Observou-se nos relatos de alguns profissionais que a identificação dos casos não é considerada uma etapa fácil. Embora haja uma cartela de sinais e sintomas, visíveis e subjetivos, que possam sugerir que aquela criança ou aquele adolescente sofre violência, a detecção parece não ser tão clara e objetiva assim na prática, ainda configurando um processo complexo de se distinguir (Brasil, 2010b; Reis et al., 2017; Veloso, Magalhães e Cabral, 2017; Sociedade de Pediatria de São Paulo/Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018).

Então assim, se a gente pudesse identificar isso mais fácil, ver isso mais fácil... Por mais que a gente não queira que isso aconteça, mas se tá acontecendo, que a gente possa ser capaz de identificar [...] será que todo mundo vê isso? Eu acho que a maior dificuldade é identificar ou, pelo menos, desconfiar de que tem algo fora do comum. E a partir daí, buscar. (P14)

Esses resultados reforçam a ideia de que – mesmo com o profissional atento ao fenômeno da violência, com um olhar ampliado e uma escuta sensível – alguns casos podem passar despercebidos, especialmente quando ocorre a tentativa de omissão da situação de violência pelos envolvidos ou pela vítima (Lobato, Moraes e Nascimento, 2012; Carlos, Pádua e Ferriani, 2017; Rodrigues et al., 2018; Mendonça et al., 2020).

Os relatos de alguns profissionais remeteram à responsabilização de outras categorias profissionais pela notificação de violência – como se isso fosse mais pertinente à área de atuação de um e isentasse o outro do seu dever. Embora a discussão e o encaminhamento de casos para uma equipe multidisciplinar sejam práticas enriquecedoras, não devem se reduzir a um repasse de responsabilidade ou atribuição a determinado membro da equipe. As categorias de enfermagem e medicina foram apontadas pelos entrevistados como as principais responsáveis pela notificação de violência – e na presença do NASF, o serviço social e a psicologia foram mais visibilizados.

[...] todas as equipes em que eu trabalhei sempre tiveram assistente social, então acabei nunca vendo essa parte prática em si no preenchimento. (P3)

Essa parte [...] da notificação compulsória normalmente não fica conosco, não fica com a odontologia. Por mais que eu saiba que existe, tem a questão da assistente social do NASF... Mas eu vejo [que] isso é mais voltado pra enfermeira, pra médica. [...] normalmente cai pra psicóloga, cai nas enfermeiras e tudo. (P14)

Essa responsabilidade de atuar na notificação de violência é atribuída especialmente aos profissionais vistos como da ‘saúde mental’: psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Ademais, as equipes e os órgãos de trabalho mais cobrados por ações diante de situações de violência intrafamiliar são o Conselho Tutelar e o NASF (Carlos, Pádua e Ferriani, 2017; Veloso, Magalhães e Cabral, 2017; Schek et al., 2018). Diante disso, faz-se necessário reiterar de forma contínua que o manejo da violência na APS

compete a todos os profissionais da saúde, em igual medida. O intuito da abordagem multiprofissional é ampliar os saberes para além dos limites de cada categoria profissional e não sobrecarregar apenas uma delas. Por isso, é fundamental se pensar em um processo de trabalho interligado entre as equipes, para que ele não seja fragmentado a ponto de favorecer a ausência da notificação nem dependa de uma única categoria (Ribeiro e Silva, 2018).

Considerações finais

A condução dos casos de violência infantojuvenil mantém-se como um grande desafio para os profissionais de saúde da Atenção Primária. Além de envolver questões biopsicossociais de difícil percepção e manejo, a interação do profissional com a violência como objeto de notificação é atravessada por sentimentos de insegurança, conhecimento insuficiente para responder a tal demanda, falta de incentivo e descrença no processo de trabalho da rede.

Desse modo, ainda há grandes lacunas entre o ‘saber’ e o ‘fazer’ diante da violência que perpassa pelo cotidiano das unidades de saúde. Para fortalecer o processo da notificação, inicialmente é necessário acolher as incertezas dos profissionais e qualificá-los continuamente como atores na coordenação do cuidado dessa rede. Ao se considerar a relevância da APS como porta de entrada para as demandas da população, é imprescindível investir em estratégias de estímulo à notificação, de modo a garantir o respaldo técnico-científico, a instrumentalização das equipes e a sensibilização dos profissionais, bem como dos demais serviços sociais dos territórios.

Identifica-se como limitação deste estudo a não abrangência de todas as categorias profissionais, diante da dificuldade de captação do profissional médico. Em razão da relevância e da complexidade do tema, além das evidências verificadas, novas pesquisas são necessárias para que se torne possível consolidar cada vez mais o processo de notificação de violência na rotina dos profissionais, partindo-se dos obstáculos que ainda precisam ser superados.

Ressalta-se ainda a necessidade de se avaliar a interação entre a educação permanente e a educação continuada, uma vez que, do ponto de vista da gestão, existe o registro de capacitações sobre notificação compulsória de agravos. No entanto, o discurso dos sujeitos revela a insuficiência desse conteúdo, remetendo às temáticas emergentes do contexto para que elas sejam aprofundadas em espaços de educação permanente.

Informações do artigo
Contribuição dos autores
Concepção do estudo: BAAM, ALMD, MMS. Curadoria dos dados: BAAM. Coleta de dados: BAAM. Análise dos dados: BAAM. Redação – manuscrito original: BAAM. Redação – revisão e edição: BAAM, ALMD, MMS.
Financiamento
Não se aplica.
Conflitos de interesses
As autoras declaram que não há conflitos de interesses.
Aspectos éticos
Este estudo está ancorado aos pressupostos éticos que guiam as pesquisas com seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS/Aecisa), conforme o parecer n. 4.665.291.
Apresentação prévia
Este artigo é resultante do trabalho de conclusão de residência de Bruna Ariella Aguiar Muniz, intitulado <i>Notificação de violência contra crianças e adolescentes: percepção e conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde</i> , apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife, em 2021.

Referências

- ALMEIDA, Patty F.; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LKMn9GpJ637xbnqPVHSsmbJ/?lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2021.
- ALVES, Jakelline M. et al. Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 19, n. 1, p. 26-32, 2017. <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201726596>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/26596/pdf>. Acesso em: 4 set. 2021.
- BARBOSA, Deivid O.; FONSECA, Gema G. Violência doméstica e as consequências psicológicas sobre as vítimas. *Revista Saúde e Educação*, Coromandel, v. 4, n. 1, p. 140-173, 2019. Disponível em: <https://ojs.fccvirtual.com.br/index.php/REVISTA-SAUDE/article/view/299/273>. Acesso em: 1 set. 2021.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. 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, seção 1, p. 13.563, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 86, 26 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

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, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 37, 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 23, 18 fev. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a lei n. 8.089, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 5 abr. 2017.

CARLOS, Diene M.; PÁDUA, Elisabete M. M.; FERRIANI, Maria G. C. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 3, n. 70, p. 537-544, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YHwJfcYnKH5g3Tr9pBrWHCD/?lang=en>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CONDORI, Priscila L. P. et al. Maus-tratos na infância e na adolescência: percepção e conduta de profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia – RSBO*, Joinville, v. 15, n. 1, p. 34-40, 2018. Disponível em: <http://periodicos.univille.br/index.php/RSBO/article/view/612/551>. Acesso em: 11 nov. 2020.

COSTA, Dayse K. G. et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 79-95, 2015. Suplemento 2. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00083>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Td7XB4KrpSt6strBs44fGmB/?lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2021.

CRUZ, Nyedja P. S. et al. Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada. *Revista Hum@nae*, Recife, v. 13, n. 2, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/687/244>. Acesso em: 25 ago. 2021.

EGRY, Emiko Y.; APOSTOLICO, Maíra R.; MORAIS, Teresa C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-92, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2021.

EGRY, Emiko Y. et al. Limites e potencialidades dos profissionais, instituições e políticas públicas para o enfrentamento da violência doméstica infantil na Atenção Primária de Saúde: visão dos gestores. *Atas: Investigação Qualitativa em Saúde*, Aveiro, v. 2, p. 934-943, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/840>. Acesso em: 3 ago. 2021.

EGRY, Emiko Y. et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 1, n. 70, p. 119-125, 2017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hLfJttTcbyN5RwcPqqjVbPH/?lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2021.

FIGUEIREDO, Elisabeth N. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. São Paulo: Unifesp; UNA-SUS, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

FIORINI, Vanessa R.; BOECKELL, Mariana G. Violência interpessoal e suas repercussões na saúde em um hospital de pronto-socorro. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Nyhq6SfSzsXP6YvjN3h6Wjj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 set. 2021.

FUKUMOTO, Ana E. C. G.; CORVINO, Juliana M.; OLBRICH NETO, Jaime. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Revista Ciência em Extensão*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 73-83, 2011. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/475/611. Acesso em: 10 out. 2020.

GALINDO, Nayala A. L. *et al.* Violência infantojuvenil sob a ótica da enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, Recife, v. 11, supl. 3, p. 1.420-1.429, 2017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hLfjttTcbyN5RwcPqqjVbPH/?lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2021.

GARBIN, Cléa A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/?lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2021.

GARBIN, Cléa A. S. *et al.* La violencia intrafamiliar y los procesos notificatorios bajo la optica del profesional de salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 43, n. 2, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200007. Acesso em: 3 mar. 2021.

HINO, Paula *et al.* Interfaces of vulnerability dimensions in violence against children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 343-347, 2019. Suplemento 3. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0463>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hDhLZt5KShRBZ9q9ghQWk5t/?lang=en>. Acesso em: 3 out. 2021.

HOHENDORFF, Jean V.; PATIAS, Naiana, D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequência e indicações de manejo. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 239-257, 2017. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9474>. Acesso em: 1 set. 2021.

KRUG, Etienne G. *et al.* *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.issf.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 5 set. 2021.

LOBATO, Geórgia R.; MORAES, Claudia L.; NASCIMENTO, Marilene C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1.749-1.758, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2020.

MACHADO, Gilmar A. B. *et al.* Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, 2021. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zH64QjdJHyKjYRGMYky7h9j/>. Acesso em: 5 set. 2021.

MAIA, Mariana A. *et al.* Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3.587-3.596, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.27992018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YrRMqGZpnCMLc7cZksd6bwx/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2021.

MARINHO, Rachel A. Q. C.; AGUIAR, Ricardo S. A Atenção Primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires (REVISA)*, Valparaíso de Goiás, v. 8, n. 2, p. 228-241, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p228a241>. Acesso em: 20 set. 2021.

MARQUES, Emanuele S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela Covid-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-6, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpq6sxJsX6Sftx/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

MENDONÇA, Carolina S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2.247-2.257, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2021.

MINAYO, Maria C. S. *Violência e saúde (on-line)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 (Temas em Saúde Collection). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MOREIRA, Gracyelle A. R. *et al.* Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na Atenção Primária. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 257-267, 2015. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005235>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5MnrX5mpwHfjyMvrkwZJ3w/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2020.

MOROSINI, Márcia V.; FONSECA, Angélica F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, spe. 1, p. 261-274, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJjm7MRgkGKjTRnSd9mxG/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

NUNES, Ana C. P. *et al.* Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 79.408-79.441, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJJD/article/view/18453/14870>. Acesso em: 28 ago. 2021.

OLIVEIRA, Bruno G. *et al.* Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. *Revista Bioética*, Brasília, v. 26, n. 3, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263260>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VbQ5TtV8bnv5hVWqrLzSkrd/?lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2021.

OLIVEIRA, Denize C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

OLIVEIRA, Maria A. C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 66, v. especial, p. 158-164, 2013. Especial. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2021.

RECIFE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

RECIFE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Executiva de Vigilância à Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Situação das violências interpessoais e autoprovocadas contra criança e adolescente, mulher e pessoa idosa, Recife-PE. *Boletim Epidemiológico*, Recife, n. 2, jul. 2019. Disponível em: <https://cievsrecife.files.wordpress.com/2019/08/boletim-violencia-05-08.19.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2020.

RECIFE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. *Saúde Recife: Informações Epidemiológicas*, dez. 2020. Disponível em: https://cievsrecife.files.wordpress.com/2021/02/perfil-epidemiologico-2020_29.12.2020-1.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

REICHERT, Altamira P. S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KhSc3RFYnKgph9DFJbP9bsy/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

REIS, Elisia R. L. *et al.* Dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar a violência infantil. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 17, p. 63-70, 2017. Suplemento n. 1. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file738c9efcee4fa0a51a996646d60beb9b.pdf>. Acesso em: 3 out. 2021.

REIS, Filipa P. *et al.* Impacto do confinamento em crianças e adolescentes. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 34, n. 4, p. 245-246, 2021. <https://doi.org/10.20344/amp.15854>. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15854/6301>. Acesso em: 17 ago. 2021.

RIBEIRO, Fernanda M. A.; FERNANDES, Flávia E. C. V.; MELO, Rosana A. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 35, p. 1-11, 2021. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.42099>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42099>. Acesso em: 25 ago. 2021.

RIBEIRO, Rivelino U. P.; SILVA, André L. Notificação compulsória de violência na Atenção Básica à Saúde: O que dizem os profissionais? *Revista do Laboratório de Estudos da Violência e Segurança LEVS/Unesp*, Marília, v. 21, n. 21, p. 115-130, 2018. <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2018.v21n21.p164>. Disponível: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/7928>. Acesso em: 25 ago. 2021.

RODRIGUES, Elisane A. S. *et al.* Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 55-66, 2018. Especial. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S404>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HLjWFM7fqNPWS6c5QvkQtyM/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2021.

SAFFIOTTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado e violência*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALIBA, Orlando *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyyWBzvFJJyhnHqC4CcCRdn/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2020.

SCHEK, Gabriele *et al.* Organização das práticas profissionais frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no contexto institucional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1640.2889>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Xg3jD63xdS4pX5nQ74qWmzQ/?lang=en>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SCHEK, Gabriele *et al.* Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 1-8, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001680016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/t6TpgBK4R3yVhp4VTnndN6S/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SILVEIRA, João L. G. C.; MAYRINK, Sheila; SOUSA NETTO, Otacílio B. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 119-126, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/637/63750205.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP)/SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. Coordenação: Renata Dejtar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

TEODORO, Carla C. Criança e adolescente: da invisibilidade social e naturalização da violência à perspectiva da proteção integral. *Revista Humanidades em Perspectivas*, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 148-162, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/117>. Acesso em: 10 out. 2021.

TOBIAS, Vanessa K. G.; CRUZ, Maria G. S; HORTA, Ana L. M. Perspectiva dos profissionais de unidades básicas de saúde sobre a ocorrência de maus-tratos infantis. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 41.651-41.665, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-567>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/28759>. Acesso em: 25 ago. 2021.

TRABBOLD, Vera L. M. *et al.* Notificação e capacitação como desafios para a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescentes. *Brazilian Journal of Developmet*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 3.993-4.015, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-270>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22988/18468>. Acesso em: 25 ago. 2021.

VELOSO, Milena M. X; MAGALHÃES, Celina M. C.; CABRAL, Isabel R. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. *Mudanças: Psicologia em Saúde*, São Bernardo do Campo, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p1-8>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/7047/0>. Acesso em: 7 dez. 2021.