

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS - HESFA**

**Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa**

**Atendimento de casos notificados de violência infantil na Atenção  
Primária à Saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio  
de Janeiro**

**Rio de Janeiro**

**Dezembro/ 2021**

**Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa**

**Atendimento de casos notificados de violência infantil na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre no Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. Faculdade de Medicina-  
Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA-  
Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ

**Orientador (a): Dra. Ana Laura Brandão**

**Dezembro/ 2021**

Corrêa, Emanuelle Pereira de Oliveira.

Atendimento de casos notificados de violência infantil na atenção primária à saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio de Janeiro. / Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2021.

68 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Ana Laura Brandão.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2021.

Referências: f. 58-63.

1. Maus-Tratos Infantis. 2. Violência Doméstica. 3. Notificação de Abuso. 4. Criança. 5. Vigilância em Saúde Pública. 6. Avaliação em Saúde. – Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Brandão, Ana

Ficha catalográfica elaborada pela equipe do Setor de Referência da Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 09:00hs do dia 03 de dezembro de 2021 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde. A dissertação com o título: "Atendimento de casos notificados de violência infantil na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio de Janeiro", foi apresentada pela(o) candidata(o): **Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 119007248 (SIGA). A defesa atendeu à Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "art° 1°", ( ) item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (X) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Ana Laura Brandão Motta** (presidente); **Aline Alves Ferrelira** (1° examinador); **Mirna Teixeira** (2° examinador), em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL (X) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (x) **APROVADO** ( ) **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

- Revisão dos objetivos
- Reforçar a questão do contexto da pandemia de COVID 19 e uso e análise dos dados do ano de 2020.
- Readequação do fluxograma
- Seguir os comentários colocados pela banca

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a) Ana Laura Brandão Motta

1° Examinador(a): \_\_\_\_\_

2° Examinador(a): \_\_\_\_\_

Aluno(a)/Examinado(a): Emanuelle P. de O. Corrêa

Para Alice, que me ensinou que amar é  
uma forma de educar.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a Deus, pela oportunidade da vida, pelas graças alcançadas, pelo amor que recebo e que me constrange e por ter colocado na minha vida pessoas com quem aprendo todos os dias.

Ao meu marido, meu amigo, meu companheiro de jornada, meu porto seguro e amor da minha vida, por caminhar ao meu lado e ser minha parte racional, por aplaudir minhas conquistas e me apoiar sempre.

A minha filha, que me ensina diariamente como a maternidade é desafiadora, encantadora e apaixonante.

A minha orientadora, Ana Laura, que me conduziu neste processo e me levou pela mão. Obrigada pela sua paciência e direcionamento.

Aos meus familiares por serem minha rede de apoio, cada um na sua maneira e do seu jeito.

E aos meus amigos, pelo incentivo indireta e diretamente, por acreditarem em mim e pelas risadas que trazem leveza a minha vida e a minha jornada.

## RESUMO

A violência infantil é um problema de saúde pública e se apresenta por diversos meios e naturezas. A violência intrafamiliar é a que mais ocorre nesse ciclo de vida e determinantes sociais influenciam diretamente neste agravo. Identificar a ocorrência da violência contra criança é um desafio para o setor saúde, e barreiras precisam ser quebradas para resolutividade da assistência. Trata-se de compreender como esse agravo se comporta em um determinado território, identificar a frequência em grupos específicos e qual direcionamento de cada um para resultar em estratégias que território pode aplicar por meio de métodos descritos neste estudo, válidos e reconhecidos, de forma descritiva, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo mostra a fragilidade profissional na abordagem da violência infantil, desde a sua identificação, qualidade da notificação e acompanhamento do caso. Além da cultura de punições para disciplinar em excesso, incluindo a cultura do machismo que parece no uso de força física como meio de violência principalmente na criança do sexo feminino. Conclui-se que o tema precisa ser abordado no setor saúde em diversos níveis, principalmente na atenção primária, nível essencial para a promoção, prevenção e intervenção deste agravo corroborando para o aumento da resolutividade da assistência, longitudinalidade, incluindo parcerias intersetoriais e integralidade, além de resultar na qualidade de vida da criança e da família e da comunidade.

Palavras chave: Violência infantil; Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde; Avaliação em Saúde.

## **ABSTRACT**

Child violence is a public health problem and presents in different ways and natures. Intra-family violence is the most common in this life cycle and social determinants directly influence this problem. Identifying the occurrence of violence against children is a challenge for the health sector, and barriers need to be broken for the assistance to be resolved. It is about understanding how this injury behaves in a given territory, identifying the frequency in specific groups and what direction each one has to result in strategies that territory can apply through the methods described in this study, valid and recognized, in a descriptive way, transversal and with a quantitative and qualitative approach. The study shows the professional fragility in dealing with child violence, from its identification, quality of notification and follow-up of the case. In addition to the culture of punishments for excessive discipline, including the culture of machismo that appears in the use of physical force as a means of violence, especially in female children. It is concluded that the topic needs to be addressed in the health sector at different levels, especially in primary care, an essential level for the promotion, prevention and intervention of this health problem, supporting the increase in the resoluteness of care, longitudinality, including intersectoral partnerships and integrality, in addition to to result in the quality of life of the child, family and community.

**Keywords:** Child violence; Primary Health Care; Health Surveillance, Health Evaluation.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Divisões administrativas: Região de Saúde Metropolitana I e áreas de Planejamento em Saúde do Município do Rio de Janeiro.	28
<b>Figura 2:</b> Distribuição espacial das unidades de saúde no território da área programática 5.2 do município do Rio de Janeiro.	29
<b>Figura 3:</b> Proposta de fluxograma para atendimento das crianças vítimas de violência	51

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Quantitativo de notificações de violência infantil segundo a divisão do território da Área Programática 5.2, nos anos de 2018, 2019 e 2020.	39
<b>Tabela 2</b> - Quantitativo de casos notificados de violência infantil na AP5.2 segundo faixa etária da vítima nos anos de 2018, 2019 e 2020	42
<b>Tabela 3</b> - Quantitativo de casos notificados de violência infantil na AP5.2 segundo o meio de violência nos anos de 2018, 2019 e 2020	45
<b>Tabela 4</b> - Quantitativo de casos notificados de violência infantil na AP5.2 segundo o autor responsável pela violência infantil nos anos de 2018, 2019 e 2020	46
<b>Tabela 5</b> - Quantitativo de notificações de violência infantil por tipo de serviço de saúde nos anos de 2018, 2019 e 2020 da AP 5.2	48
<b>Tabela 6</b> - Quantitativo dos casos notificados de violência infantil segundo o desdobramentos dos casos após notificação nos anos de 2018, 2019 e 2020	49

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** -Distribuição de casos notificados de violência infantil na AP 5.2, segundo o sexo da vítima, nos anos de 2018, 2019 e 2020. 41

**Gráfico 2** - Distribuição de casos notificados de violência infantil na AP 5.2, segundo o tipo de agressão sofrido pela vítima, nos anos de 2018, 2019 e 2020. 44

## **LISTA DE SIGLAS**

AP - Área de Planejamento

APS - Atenção Primária à Saúde

CAP - Coordenação de área programática

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DAPS - Divisão de Ações e Programas de Saúde

DSS – Determinantes e Condicionantes de Saúde

DVS - Divisão de vigilância em saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IDH - Índice de desenvolvimento Humano

MRJ - Município do Rio de Janeiro

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAB- Portaria Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PTS - Plano Terapêutico Singular

RAS- Redes de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de pronto atendimento

VICCA - Violência Intrafamiliar contra crianças e adolescentes

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A:</b> Ficha de notificação de violência	64
<b>Anexo B:</b> Carta de Anuência	66
<b>Anexo C:</b> Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	67
<b>Anexo D:</b> Termo de Ciência do Responsável pelo setor onde a pesquisa será realizada	68

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	16
1. INTRODUÇÃO .....	18
2. OBJETIVOS .....	22
2.1 Objetivo geral: .....	22
2.2 Objetivos específicos: .....	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	23
3.1 Tipologia da Violência .....	23
3.2 Violência contra crianças .....	26
3.3 Violência no município do Rio de Janeiro e na Área Programática (AP) 5.2 .....	28
3.4 Papel da Atenção Primária à Saúde e sua importância na notificação dos casos de violência no território .....	32
4. METODOLOGIA .....	35
4.1. Considerações Éticas.....	37
4.2    Plano de disseminação dos resultados .....	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	39
5.1 Análise de dados secundários dos casos de violência infantil da área programática 5.2.....	39
5.2 Construção do fluxo de atendimento das crianças vítimas de violência	51
5.3 Limitações .....	53
6. RECOMENDAÇÕES .....	54
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
8. REFERÊNCIAS .....	59

## APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Enfermagem, especialista em Saúde da Família e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Atuei como enfermeira de equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro (MRJ) de 2010 a 2013, com essa experiência pude aprimorar meus conhecimentos técnicos na atenção primária, conhecer os espaços de atuação do enfermeiro e sua potencialidade dentro da equipe de saúde da família, além de aprender ferramentas de gestão, planejamento de ações e a importância de integração de redes para garantir a longitudinalidade do cuidado da população por mim assistida.

Após 2013, na mesma unidade de saúde, assumi a gerência dessa clínica da família na área programática 5.2, onde pude aprimorar habilidades para atuar diretamente no processo de trabalho, planejar ações para cuidar da saúde da população, incluindo conhecimento de rede e questões voltadas a tecnologias duras. Pude conhecer de perto e a fundo a necessidade de se fazer cumprir os princípios e atributos da atenção primária à saúde (APS).

Como gerente técnica da coordenação de atenção primária 5.2, tive a oportunidade de atuar em mais duas grandes unidades de atenção primária, com o modelo de estratégia de saúde da família, o que só edificou meu trabalho nessa coordenação de área programática 5.2 (CAP).

Então, em 2019, fui convidada a atuar diretamente na coordenação de área como coordenadora de enfermagem, sendo a referência dos enfermeiros que atuam na área, além de exercer a função de gerenciamento de ações, desde diagnóstico situacional, e plano de intervenções para atendimento de todos os usuários.

A partir de 2021 e até a presente data, fui convidada para assumir a coordenação das doenças crônicas transmissíveis na Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, onde eu aprendo todos os dias com a troca com os profissionais e sobre a gestão da atenção primária.

Essa experiência na coordenação, me fez ampliar o olhar sobre diversas linhas de cuidado, desde notificações de casos, até de fluxogramas de atendimento, visando desempenhar uma coordenação do cuidado com integridade e longitudinalidade.

O tema escolhido para este estudo vem ao encontro da minha trajetória profissional.

Na coordenação de área programática, pude perceber as fragilidades de profissionais frente ao cuidado, e o que vem crescendo significativamente são os casos de violência, acredito que com a experiência profissional agregada na gestão, na educação permanente e no processo de trabalho, posso contribuir para uma atenção adequada prestada a essas vítimas atuando diretamente com a qualificação desses profissionais.

Acredito que a atenção primária ocupa um espaço privilegiado para atuar frente a prevenção das violências e garantir a integralidade desse cuidado. O curso de especialização em gestão de redes de atenção à saúde - pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que concluí em 2017, me fez perceber a necessidade da integração dos níveis de atenção e a importância da atenção primária nesse caminho.

Não poderia deixar de citar, minha qualificação profissional em disciplina positiva, método que possibilita usar ferramentas para uma educação infantil sem punições físicas e castigos, a fim de estimular habilidades emocionais positivas no futuro. E encontro a isso, voltado a minha prática, não mais que evidente o papel da família no processo saúde doença.

O mestrado profissional nos direciona a desenvolver estudos que mudem a prática profissional através do desenvolvimento de estratégias e propostas para problemas identificados. O presente estudo se justifica e busca melhorar a qualidade da atenção ofertada a crianças vítimas de violência.

De uma enfermeira que busca discutir a potencialidade da assistência de enfermagem na atenção primária, principalmente no que podemos fazer simplesmente com orientações e ferramentas para direcionar a disciplina infantil, visando influenciar na qualidade de vida das famílias assistidas, garantindo a assistência na saúde pública de qualidade.

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: inicia com a introdução abordando o conceito de violência e sua relação com a saúde, seguido do referencial teórico organizado em três subitens, a saber: (1) Tipologia da violência; (2) Violência contra crianças e (3) Violência no Rio de Janeiro e na área programática 5.2 (4) O papel da Atenção Primária à Saúde e sua importância da notificação dos casos de violência. Depois apresento o objetivo geral e específicos e a metodologia, onde são apresentados também as considerações éticas do estudo e a caracterização do local do estudo que é a área programática 5.2 do município do Rio de Janeiro. Após

são apresentados os resultados e discussão, recomendações e por fim, considerações finais.

## 1. INTRODUÇÃO

A introdução está organizada a partir da apresentação dos seguintes temas: o conceito de violência, a violência no mundo, a violência no Brasil, a violência como problema de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (SACRAMENTO E REZENDE, 2006).

O relatório mundial sobre violência e saúde de 2002, ressalta que a inclusão da palavra “poder” no conceito da OMS, além da frase “uso de força física”, amplia a caracterização do ato de violência a modo de incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidações. O “uso do poder” também inclui negligências ou atos de omissão. Concluindo que “o uso da força física ou do poder” deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abusos físicos, sexual e psicológico, suicídio e automutilação (KRUG et al, 2002).

Como a violência é de ordem do vivido, há dificuldades em ser conceituada. Ela vem acompanhada por uma forte carga de quem a sofre, de quem a pratica e de quem a assiste. A violência faz parte da convivência humana e sua consequência pode ser verificada de várias formas.

Quando pensamos no ato da violência e suas consequências, pensamos em saúde porque ela está associada à qualidade de vida. Segundo Minayo (2006), a violência se liga à saúde por apresentar as vezes lesões físicas, psíquicas e morais que acarretam na exigência de atenção e cuidados dos serviços de saúde e que esses atuem diante de uma concepção ampliada de saúde, dado que segundo a OMS, saúde é o completo bem – estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos.

A violência é responsável por inúmeros agravos à saúde física e psicológica das vítimas, apresentando muitas vezes sequelas como: distúrbio de humor,

ansiedade, problemas com sono, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão entre outros (JUNIOR E SANTOS, 2015).

As autoras Niskier e Minayo, 2006, também abrangem o conceito ampliado de saúde, evidenciando a importância de tratar o tema da violência e suas consequências negativas no âmbito da atenção à saúde. Reconhecem que ele diz respeito, antes de tudo, à violação de direitos humanos, não discriminando, em sua crueldade, nem classe social, nem raça, nem credo, nem etnia, nem sexo e nem idade (BRASIL, 2006).

Entretanto, Krug et al (2002), relatam que não há um único fator que explique porque algumas pessoas se comportam de forma mais violenta do que outras, ou porque ocorrem mais violências em algumas comunidades do que outras. A violência é o resultado da integração de complexos fatores individuais e coletivos, entender esses fatores é um passo importante na abordagem de saúde pública para prevenção da violência.

O relatório mundial sobre violência e saúde de 2002 cita o custo da violência em bilhões de dólares americanos que são gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo e, no caso das economias nacionais, mais alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimento (KRUG ET AL, 2002).

Em 2000, estima-se que morreram 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado de violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. A maioria desses óbitos ocorreram em países de baixa ou média renda. Menos de 10% de todas as mortes relacionadas à violência ocorreram em países de renda alta. Os números relativos à mortalidade certamente subestimam o verdadeiro ônus de violência. No que diz respeito, toda morte apresenta somente o final do problema e é assim em toda parte do mundo. Ataques físicos e sexuais ocorrem a todo tempo e nem todos resultam em atendimentos em saúde, mesmo que tenham lesões graves, subnotificando assim os casos de violência em todo o mundo (KRUG ET AL, 2002).

No Brasil a violência vem crescendo em números, acometendo principalmente o público jovem, com o maior número de letalidade. Estamos em curso com a mais profunda transição demográfica, tendo o aumento do envelhecimento da população, com isso a falta de oportunidades, que leva um número grande de jovens do país a não estarem estudando nem trabalhando aliada a mortalidade precoce desse público, impõem severas consequências sobre o futuro do país (IPEA, 2019).

No Brasil a Política de Promoção de Equidade, lançada em 2013, tem como objetivo diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos e que resultam em Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (BRASIL, 2013).

Assim como a iniquidade em saúde, que existe em toda a parte do mundo, principalmente no Brasil, a maior parte da carga de doenças existe pela forma como as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem, esse conjunto é chamado determinantes sociais de saúde, que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Não seria então diferente na abordagem da temática da violência (OMS, 2011).

A Conferência Mundial sobre os determinantes sociais de saúde de 2011 também cita que os determinantes estruturais são os mais importantes porque estratificam a sociedade, são eles: renda, a discriminação e a existência de estruturas políticas ou de governança. Esses determinantes são a causa mais profunda de iniquidades em saúde. Atrelados a eles, a saúde dos indivíduos é moldada pelos determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do sistema de saúde.

Como já mencionado sobre as causas da violência: problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos que podem impactar fortemente a saúde das pessoas ao longo de sua vida, ressaltando a importância de orientar as ações e pactuar estratégias para a atenção integral à saúde do público brasileiro em situação de violência de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, entre outras (BRASIL, 2010).

Além disso, a saúde pública tem como meta desenvolver uma sociedade saudável e importa abordar a violência focalizando o olhar sobre as vítimas e objetivando, a prestação de atendimento adequado, alívio do sofrimento e o pensar nos modos de prevenir as ocorrências, por meio de uma forma ampliada de fazer saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, tem como destaque a construção de um modelo de atenção que visa e prioriza a qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. Além de ter por objetivo atuar sobre os determinantes das doenças e agravos, investindo em políticas indutoras de modos de vida promotores de saúde e ambientes saudáveis (BRASIL, 2006).

Após 7 anos de implementação da PNPS, foi proposto pelo comitê gestor do Ministério da Saúde, uma atualização e reflexão sobre essa política, que teve fortalecida a sua agenda estratégica da saúde coletiva no Brasil, comprometendo-se com o enfrentamento da iniquidade intra e inter-regional (ROCHA et al, 2014).

A PNPS de 2013 adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

Um dos focos da saúde pública, é prevenir a população dos problemas de saúde. A violência vem crescendo em números na população em geral, tornando-se um problema de saúde pública, devido ao seu risco de mortalidade elevado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Analisar o atendimento dos casos de violência infantil notificados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde em uma área programática do município do Rio de Janeiro.

### **2.2 Objetivos específicos:**

1. Analisar a qualificação dos atendimentos das crianças vítimas de violência infantil pelas unidades de Atenção Primária à Saúde em uma área programática do município do Rio de Janeiro.

2. Estruturar um fluxo de atendimento à criança vítima de violência nas unidades de Atenção Primária à Saúde em uma área programática do município do Rio de Janeiro.

3. Propor recomendações para a qualificação do atendimento aos casos de violência pela APS.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico está organizado a partir da apresentação de quatro temas importantes que são: a apresentação das tipologias da violência; a Violência contra crianças, Violência no Rio de Janeiro e na área programática 5.2, e o papel da Atenção Primária à Saúde e sua importância da notificação dos casos de violência e na prevenção.

#### **3.1 Tipologia da Violência**

Para descrever e relacionar os diferentes tipos e natureza da violência, será utilizado o modelo proposto pela OMS (KRUG et al., 2002), que divide e classifica a violência em três grandes categorias (tipos) mais específicos como: a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos (interpessoal), e por organizações maiores (coletiva) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas. Esses tipos são relacionados à sua natureza física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono (BRASIL, 2010).

A violência autoprovocada ou contra si mesmo envolve o comportamento suicida e o suicídio propriamente dito. O comportamento suicida abrange além da automutilação, ideias de acabar com a vida.

A automutilação é a destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente e que também, pode ser grave (amputação dos próprios dedos, por exemplo). Nesse tipo de violência também estão incluídas as estereotípias (tal como bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos) ou superficial (cortar-se, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele) (KRUG ET AL., 2002).

O suicídio caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os meios de realizá-lo e concretizá-lo, dando fim à própria vida (BRASIL, 2010).

A violência interpessoal ocorre na interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa, como também nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (MINAYO, 2009).

A violência interpessoal é dividida entre violência intrafamiliar e violência na comunidade.

A violência intrafamiliar pode ocorrer sob diversas formas: a violência física, a negligência, a violência sexual e a violência psicológica. É toda ação que prejudica o bem-estar ou a integridade física e psicológica de qualquer membro da família, podendo ser realizada dentro ou fora de casa, por pessoas com funções parentais mesmo que estes não tenham laços de sangue. Quando a criança é submetida a esse tipo de violência durante a infância torna esse modelo de padrão violento, naturalizando-o, concebendo-o como normal (BEZERRA E MONTEIRO, 2012).

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (VICCA) apresenta um desafio para os setores de saúde e direitos humanos pelas especificidades do ato e por quem a pratica.

Segundo Bezerra e Monteiro 2012, algumas questões distintas reforçam as condições predisponentes às relações familiares violentas como: desemprego, condições de pobreza ou empobrecimento, valores culturais que justifiquem condutas violentas, conflitos conjugais, problemas psicológicos e afetivos, alcoolismo, falta de serviços básicos incluindo creches, escolas, habitações condizentes com as necessidades das pessoas que aí convivem.

Violência intrafamiliar e institucional são formas agressivas e cruéis de se relacionar dentro das famílias, na escola e em instituições como albergues e internatos, produzindo danos físicos, emocionais, sexuais e, por vezes, até a morte. A violência intrafamiliar e a violência institucional na maioria das vezes são produzidas tendo como justificativa educar e corrigir erros de comportamentos de crianças e adolescentes. As violências social, intrafamiliar e institucional se expressam sob diferenciadas formas e, quando relacionadas às crianças e adolescentes, costumam ser classificadas como negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico (BRASIL, 2006).

A violência psicológica é a mais difícil de ser identificada e as vezes provocada com maior frequência, e por vezes como consequência, podem provocar o suicídio (MAIA E WILLIANS, 2005).

A violência coletiva é em geral cometida por grandes grupos ou pelo Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial/étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político,

econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que uma criança ou um adolescente pode ser vítima de mais de um tipo de violência, pois alguns desses tipos se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica, e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual.

Essa tipologia, é utilizada para compreender os complexos padrões de violência, que ocorrem no mundo, assim como a violência na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. Ao reconhecer a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre o perpetrador e a vítima, e, no caso da violência coletiva, as prováveis motivações para a violência, ela também supera muitas das limitações de outras tipologias. Contudo, tanto na pesquisa quanto na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras (KRUG ET AL, 2002).

### 3.2 Violência contra crianças

Em muitas partes do mundo existem registros de abuso infantil, como infanticídio, abandono e outras formas de violência, além de crianças maltratadas, abandonadas pelas famílias e crianças que sofreram abuso sexual, porém esse assunto não chamava atenção do público em geral e nem da área médica. Em 1962, com a publicação do trabalho de Kemper et al, "*the battered child syndrome*" (síndrome da criança espancada) houve uma mudança na discussão sobre a violência contra a criança. Agora, muitas décadas após há uma clara evidência que abuso infantil é um problema global, que ocorre de diversas maneiras e está diretamente relacionado nas práticas culturais, econômicas e sociais (KRUG ET AL, 2002).

Mais do que qualquer outro tipo de violência, a realizada contra a criança não se justifica pois, devido às condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade (NUNES E SALES, 2016).

A violência contra crianças e adolescentes cresceu ao longo dos anos, sendo no Brasil o maior grupo que é acometido a esse agravo. Historicamente, essa violência está vinculada ao processo educativo, tendo o espaço do lar, o local mais prevalente da ocorrência onde é praticada por conhecidos.

Por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990, esse grupo específico, teve oportunidade de ser reconhecido como sujeito de direitos, e proteção por parte da sociedade e do estado, sendo prioridade no uso de recursos públicos, para garantia de provimentos e proteção (BRASIL, 2006a).

O ECA também tem um papel importante na criação das obrigações legais dos profissionais de saúde, direcionando a notificação por ação ou omissão dos direitos fundamentais das crianças. Criou também o conselho tutelar, órgão este responsável por iniciar a avaliação da situação notificada, desenvolvendo medidas a serem adotadas pelas redes de atenção (SOUTO et al, 2017).

Souto et al (2017), também abordam a Lei da Palmada ou Lei do Menino Bernardo, a Lei nº 13.010 de 26 de Junho de 2014, apesar de recente, não traz mudanças drásticas aos regramentos já previstos pelo ECA, mas busca a conscientização de que não é preciso utilizar a violência física para educar, buscando

lidar com uma questão cultural, que envolve a utilização do castigo físico ou cruel nesse contexto, agindo assim no apoio aos profissionais de saúde.

O ECA vem contribuindo para que a violência infantil seja vista principalmente como uma violação do direito humano, que deve ser respeitada principalmente nesse grupo de total vulnerabilidade pela sua dependência.

Os óbitos por violências e acidentes passaram a ocupar o primeiro lugar nas faixas etárias de 5 a 19 anos, mostrando que os fatores que predispõem a morte de crianças e adolescentes não são mais as enfermidades biomédicas e sim o estilo de vida. Vale se perguntar se o indicador mortalidade infantil, de tão expressivo significado para avaliar o desenvolvimento humano dos países, no caso brasileiro, não deveria ser associado a outro, a ser criado, que mostrasse o significado e a dinâmica das violências e acidentes no contexto sociocultural e de qualidade de vida de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006).

A violência contra criança tem a característica que se dá quase sempre de forma velada, tendo a raiz do problema complexa, multicausal e multifacetada, que levam a prejuízo tantos físicos quanto psicológicos. Dessa forma, nenhuma criança deve ser objeto de negligência, discriminação, exploração. A violência intrafamiliar é considerada uma grave violação dos direitos na infância, pois se nega a liberdade, a dignidade e o respeito, além da oportunidade da criança crescer e se desenvolver em um ambiente harmonioso (SANTOS E YAKUWA, 2015).

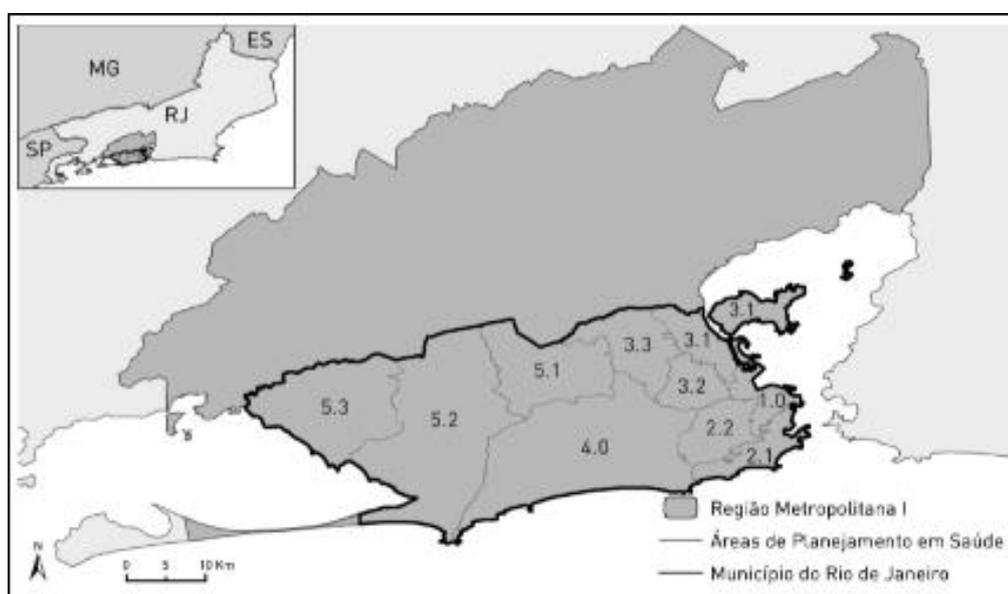
As crianças são castigadas fisicamente e moralmente humilhadas em quase todas as culturas e países. Em muitos locais, judicialmente, já foi abolida essa forma de castigo para quem desobedece às leis, mas ainda é administrado para quem tem um mau comportamento na escola ou em casa. O castigo físico e humilhante viola o direito fundamental da criança (HARPER ET AL, 2005).

### 3.3 Violência no município do Rio de Janeiro e na Área Programática (AP) 5.2

O município do Rio de Janeiro tem 1.224 Km<sup>2</sup>, organizados em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros, é a capital e maior cidade do estado homônimo, é a segunda maior e mais importante cidade do Brasil. Para fins de planejamento em saúde, o município do Rio de Janeiro está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. De modo similar, no plano interno, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento em Saúde (AP) (RIO DE JANEIRO, 2018), como demonstrado na figura 1.

Em 2019, o Rio de Janeiro assumiu o posto de estado mais violento da região Sudeste. A alta violência se dá, entre outros fatores, pela disputa territorial de tráfico de drogas e milícias. O abismo de desenvolvimento humano que existe nesses territórios e das condições socioeconômicas disparam a violência e a morte prematura jovens por não ter acesso ao desenvolvimento infantil, às oportunidades educacionais e ao mercado de trabalho (IPEA, 2019).

Figura 1 - Divisões administrativas: Região de Saúde Metropolitana I e áreas de Planejamento em Saúde do MRJ.



Fonte: Rio de Janeiro 2018.

O presente estudo foi realizado na área de planejamento do município do Rio de Janeiro, 5.2.

A AP 5.2 fica localizada na zona oeste no município, subdividida por três territórios: Campo Grande norte, Campo Grande sul e Guaratiba, como demonstrado na figura 2. Em relação aos equipamentos de saúde a área da 5.2 possui 18 clínicas da família, 17 centro municipais de saúde, 01 Policlínica, 02 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 CAPS infantil, 02 Hospitais, 02 UPAS (uma municipal e uma estadual) (RIO DE JANEIRO, 2019).

Figura 2: Distribuição espacial das unidades de saúde no território da área



programática 5.2 do município do Rio de Janeiro.

Fonte: CAP 5.2

A área da AP 5.2 possui pelo Censo demográfico de 2010 665.198 habitantes, desses: 6.652 são crianças menores de 01 ano, 43.238 são crianças de 01 a 05 anos, 70.511 são idosos, 243.729 são mulheres em idade fértil (RIO DE JANEIRO, 2019).

A atenção primária no modelo de Estratégia de Saúde da Família atende: 559.158 usuários, em 139 equipes de saúde da família, 10 núcleos ampliados à saúde da família. E ainda possui 106.040 usuários sem vinculação de equipe.

Em relação às crianças, no ano de 2019 a taxa de mortalidade infantil foi de 12,1 maior do que a meta do Município do Rio de Janeiro que é de 11,2. (Relatório de gestão 2019) (RIO DE JANEIRO, 2019)

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é uma medida importante, considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU), para avaliar a qualidade de vida da população e desenvolvimento econômico, baseado em três critérios: expectativa de vida ao nascer, média da escolaridade, e a renda bruta. O IDH varia de 1 a 0, sendo que quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é o país. O Brasil hoje possui o IDH de 0,727 e o Município do Rio de Janeiro é de 0,799 (BRASIL, 2020).

Na área programática, os bairros principais como Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba e Senador Vasconcelos têm o IDH mais baixo do que o município, sendo o Bairro de Guaratiba o mais baixo deles, em torno de 0,72 (CABALLERO, 2014).

Segundo Santos e Yakuwa (2015), as questões sociais como direito à liberdade, desemprego, baixa renda, escolaridade, falta de planejamento familiar, são as principais razões para ocorrência de violência no ambiente familiar.

Sobre a situação de moradia dos usuários da AP 5.2, ainda encontramos usuários que têm o destino de lixo a céu aberto e/ou queimado, mesmo que seja menos que 1% da população. Assim como o abastecimento de água que se dá por poço e cisterna (RIO DE JANEIRO, 2019).

Sobre a qualidade da água da AP 5.2, 86% da população possuem acesso a água filtrada, os demais usam o sistema de cloração e fervura. E 10% da população utilizam a água sem tratamento (RIO DE JANEIRO, 2019).

A renda média da população da AP 5.2 é entre 1 a 1 salário e meio e 15.899 pessoas possuem programa de transferência de renda como o Bolsa família e cartão família carioca (RIO DE JANEIRO, 2019).

Considerando que a maior carga de problemas de saúde, e não excluindo a violência, acontecem por conta das condições que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, que é o conjunto denominado determinante sociais de saúde, que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Abrigo, habitação de qualidade, água limpa e condições

sanitárias são direitos humanos e qualidade básica para uma vida saudável (CARVALHO, 2013).

Por isso a importância de identificar a relação entre os casos de violência desse território e os determinantes de saúde da população que a pratica e sofre, a fim de atuar diretamente na prevenção desse agravo.

### **3.4 Papel da Atenção Primária à Saúde e sua importância na notificação dos casos de violência no território**

Segundo Starfield (2002), a Atenção primária à saúde tem como um de seus atributos a longitudinalidade do cuidado que coloca uma relação ao longo do tempo entre profissional de saúde e os usuários.

Mendes (2012) também afirma que a APS é a principal proposta de modelo assistencial da OMS para a melhoria dos indicadores de saúde e é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à saúde (RAS). Além de desenvolver o mais alto grau de capilaridade e descentralização próxima a vida das pessoas.

Nessa perspectiva, os profissionais atuantes na APS têm um lugar privilegiado de vínculo pelo contato direto com a população e podem agir diretamente na prevenção, detecção e intervenção nos casos de violência.

A população é o primeiro elemento das redes de atenção à saúde, por isso ela deve ser plenamente conhecida, além de ser subdividida em fatores de risco e estratificada por risco em relação às suas condições de saúde. É de plena responsabilidade da atenção primária o conhecimento da população de seu território (MENDES, 2010).

Adotar a abordagem dos determinantes sociais de saúde aponta o ressignificar do valor que a saúde tem para a comunidade e admitir que ela depende de ações que às vezes não tem relação com o setor saúde (CARVALHO, 2013).

Vale ressaltar os atributos da atenção primária: prestação de cuidado ao primeiro contato, responsabilidade longitudinal pelo usuário, com estabelecimento de vínculo ao longo da vida, cuidado integral da saúde e coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis (STARFIELD, 2002).

Starfield, 2002, também aponta que a APS deve focar na saúde da pessoa na relação com os outros determinantes de saúde, no meio social, físico, em que a pessoa vive e trabalha, e não focar somente na sua enfermidade individual.

A violência tem relação com a estrutura social, econômica e política. Comumente é caracterizada por uma infraestrutura precária, em privação de condições materiais de vida e profundas desigualdades sociais. Além de situações de exclusão, desemprego, falta de saneamento básico, escassez de segurança (SANTOS ET AL, 2017).

Casos de violências ocorrem nos lares, locais de trabalho, instituições sociais e médicas destinada ao cuidado público, sem que possa ser visto. Muitas vítimas são jovens, fracas e sem capacidade para se defender. Mesmo que a violência sempre esteve presente na humanidade não pode ser aceita como um fator inevitável da condição humana (DAHLBERG E KRUG, 2006).

Com a APS mais próxima a vida das pessoas, é possível observar e compreender o modo de vida e desenvolver ações para essa população. Além de conhecer de perto a violência do território assistido.

Atualmente, a temática da violência vem assolando a saúde das populações em geral e já atingiu números expressivos. Violência está entre os agravos da lista Nacional de notificação compulsória de doenças, pela portaria nº 204, 17 de fevereiro de 2016, sendo papel dos profissionais de saúde a notificação da suspeita ou do agravo confirmado (BRASIL, 2016).

É responsabilidade do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas. Através de observações nas consultas clínicas e nas visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver cuidado e uma escuta qualificada e voltada para estas questões. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda e de cuidado (BRASIL, 2010).

Considerando a APS, um lugar privilegiado para identificação dos casos de violência, sendo um nível de atenção com mais aproximação da população, por meio do vínculo estabelecido, os profissionais que ali atuam, devem ser sensibilizados a trabalhar o tema nos espaços da unidade, nas parcerias intersetoriais, contando com a participação social, para garantir a integralidade do cuidado prestado aquela população.

Cabe ressaltar que a saúde é o setor que favorece o primeiro contato com o usuário vítima de violência, seja através do contato dos agentes comunitários de saúde ou seja por meio da busca do paciente. Entretanto, a complexidade da violência exige que os serviços de saúde, segurança, assistência social, educação, defesa e proteção atuem de forma intersetorial e articulada para atender de forma integral a saúde da criança, adolescente e famílias em situação de violência (BRASIL, 2010).

A intersetorialidade é um processo de integração, coordenação e continuidade de atendimento, que fazem parte de um processo interrelacionado e interdependente, é uma atuação de uma APS mais abrangente que entende a complexidade da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, identificando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde (Giovanella et al, 2009).

Giovanella et al, 2009, também ressalta que a atuação intersetorial é prevista pelas equipes de APS pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que visa o desenvolvimento de ações para aumento da qualidade de vida, promoção de saúde, integrando projetos sociais e demais setores.

Os profissionais que atuam nas unidades de atenção primária utilizam muitas ferramentas para a construção do processo de trabalho e integração de uma equipe multiprofissional, objetivando aplicar uma clínica ampliada e resolutividade do paciente. São exemplos dessas ferramentas formando uma metodologia o apoio matricial e o plano terapêutico singular (PTS).

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que propõe a superação das limitações impostas pela organização tradicional dos serviços de saúde, ampliando as possibilidades de integração dialógica entre diversas especialidades do campo da saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O PTS é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BRASIL, 2007).

#### 4. METODOLOGIA

O trabalho explora, mediante métodos válidos e reconhecidos, ações voltadas para análise da violência contra a criança no escopo da APS, em relação a uma área programática do município do Rio de Janeiro.

Trata-se de estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa.

O presente trabalho foi realizado em 2 etapas, a primeira etapa consiste na análise de dados secundários de violência infantil.

Na segunda etapa foi realizado um fluxo que busca melhorar o atendimento às vítimas de violência do território. A seguir as duas etapas serão detalhadas.

A primeira etapa utiliza como técnica de investigação a análise de dados secundários e a fonte de informação utilizada são os dados de violência infantil, aqueles acometidos na faixa etária entre 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de vida, registrados, através das fichas de notificação (Anexo A) na área programática 5.2 do município do Rio de Janeiro, sendo considerados os casos notificados nos anos de 2018, 2019 e 2020, pois as fichas referentes a esses anos estão compartilhadas em planilha de controle de casos notificados.

Foi elaborada a análise dos dados secundários de violência contra crianças, encontrados na ficha de notificação de violência, do banco de dados da coordenação de área 5.2, que buscou descrever quantitativamente o perfil dos casos de violência infantil segundo as seguintes variáveis: tipo de violência, meio, autor da agressão, frequência, faixa etária das vítimas e Unidades de saúde de atenção primária notificadoras.

Entende-se por tipo de violência, a autoprovocada, interpessoal e coletiva, abordando suas naturezas: física, sexual, psicológica e negligência/ abandono, classificada pelo profissional que a notifica.

O meio da violência é a forma que a mesma foi realizada, sendo considerado os seguintes meios: por força corporal, por estupro, por envenenamento e outros.

O Autor da agressão, quando identificado, sendo os mais comuns: cônjuge, conhecidos, amigos, pai, mãe, padrasto, madrasta e o próprio e outros.

A frequência é referente a agressão, se a violência já ocorreu outras vezes, se foi notificada ou não.

A unidade de saúde que realizou a notificação sendo unidade de nível terciário, secundário ou primário.

Foi levado em consideração a subdivisão do território adotada pela área programática, a saber: Campo Grande Norte; Campo Grande Sul e Guaratiba.

A partir das variáveis descritas acima foi realizado primeiramente a análise estatística descritiva simples por meio da frequência dos casos notificados segundo as regiões do território.

Vale ressaltar que apesar da pandemia de COVID-19 deixar o ano de 2020, um ano atípico, optou-se em avaliá-lo considerando a preocupação do aumento dos casos de violência durante o confinamento social das famílias.

A segunda etapa se configura pela confecção de um fluxograma de atendimento às crianças vítimas de violência do território e logo em seguida será entregue como um produto técnico a coordenação de área programática para que sirva de subsídio para a melhoria dos processos de trabalho.

A confecção do fluxograma se deu através da análise dos dados secundários obtidos a fim de direcionar as Unidades de Atenção Primária para um atendimento às crianças de forma integral e longitudinal, incluindo a abordagem familiar pela equipe de saúde da família e pela equipe interdisciplinar.

Segundo Malta e Mehry (2003) uma forma de assegurar a qualidade em saúde é combinar a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidades dos trabalhadores com os usuários.

A reorganização do fluxo de atendimento das crianças vítimas de violência visa diferenciar o atendimento a esse grupo em relação ao tempo pactuado entre a coordenação e a APS para a busca ativa e reconhecimento dessa vítima, além da integração multiprofissional da assistência para qualidade do que será ofertado como cuidado.

#### **4.1. Considerações Éticas**

Registra-se quanto aos aspectos éticos que, sendo esta pesquisa realizada com seres humanos, a proposição desta pesquisa atentou-se para os princípios de “bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”, previsto na Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, publicada em 13 de junho de 2013 e com a resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. E além disso, pela resolução nº 580/2018 que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO C - folha de rosto de submissão) e aprovado com o parecer nº 4.632.906 do comitê de ética em pesquisa do HESFA/EEAN/UFRJ e aprovado com o parecer nº 4.957.561 do comitê de ética em pesquisa da SMS/RJ, além desses, foi solicitada de ciência da Coordenadoria de área programática 5.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) tanto para análise dos dados secundários e quanto a elaboração do fluxograma de atendimento (ANEXO B– termo de anuência).

Em relação aos benefícios da pesquisa, a proposta é que as informações utilizadas na dissertação possam subsidiar a coordenação de área programática a realizar um diagnóstico dos casos de violência infantil do território, além de estruturar um fluxo de atendimento para as unidades de atenção primária para esses casos, focando na melhoria do atendimento das crianças vítimas de violência.

#### **4.2 Plano de disseminação dos resultados**

Será elaborado um relatório técnico contendo os resultados da presente dissertação que será enviada para a coordenação e as unidades de atenção primária à saúde da área programática 5.2.

A dissertação também irá gerar um produto técnico que é o fluxograma de atendimento das crianças vítimas de violência a ser adotado pelas unidade de atenção primária.

A divulgação dos resultados será realizada por meio da elaboração de resumos para participações em congressos e seminários relacionados aos temas de saúde pública, saúde coletiva, atenção primária à saúde e também se dará por meio de publicação de artigo científico.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Análise de dados secundários dos casos de violência infantil da área programática 5.2.

A seguir serão apresentados de forma quantitativa os casos notificados de violência infantil segundo as seguintes variáveis: tipo de violência, meio, autor da agressão, frequência, faixa etária das vítimas e Unidades APS notificadoras nos anos de 2018, 2019, 2020.

Os dados apresentados foram retirados da planilha de acompanhamento, que é alimentada pelas informações contidas nas fichas do SINAN de violência e compartilhada com as unidades do território para acompanhamento dos casos. Foram registrados um total de 580 casos no período analisado. Na sequência, no tabela 1, há o quantitativo de casos, segundo a divisão de território e ano de notificação.

Tabela 1 - Quantitativo de notificações de violência infantil segundo a divisão do território da Área Programática 5.2, nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Quantitativo de notificações							
	2018		2019		2020		Total
Território	n	%	n	%	n	%	n
Norte	79	47%	77	40%	88	38%	244
Sul	39	23%	51	27%	78	34%	168
Guaratiba	48	28%	60	31%	60	26%	168
<b>Total</b>	166	100%	188	100%	226	100%	580

Fonte: Elaboração própria

Pode ser observado que no ano de 2020 houve um aumento dos casos notificados em dois dos três territórios estudados, apesar do início da pandemia de

COVID-19 onde foi recomendado pelas organizações sanitárias mundiais a realização de isolamento social (OMS, 2019). Assim de modo geral as pessoas se mantiveram em seus domicílios o que proporcionou maior convívio entre os núcleos familiares, comprovando que a casa, ambiente mais seguro para os não vacinados contra o vírus, pode ser muitas vezes um local inseguro para as crianças e adolescentes (PLATT et al, 2020).

Platt et al (2020), também relatam que a criança fora da escola deixa de encontrar um espaço importante de manifestação e possível identificação da violência sofrida, o que pode justificar o aumento da violência nesse ano relacionado ao fechamento das escolas pela situação da pandemia.

Seguindo a avaliação dos casos, o território Norte apresenta uma concentração maior de casos, porém é o território que apresenta maior número de unidades de saúde da área, e o aumento de casos na região Sul, principalmente do ano de 2019 para 2020, fato esse que pode estar relacionado a inauguração de uma unidade de atenção primária nesse mesmo ano, unidade essa que possui o maior número de notificações da área.

Vale ressaltar que 26% dos casos de violência ocorreram mais de uma vez, porém 48% não apresentavam essa informação de frequência na notificação, prejudicando assim essa avaliação.

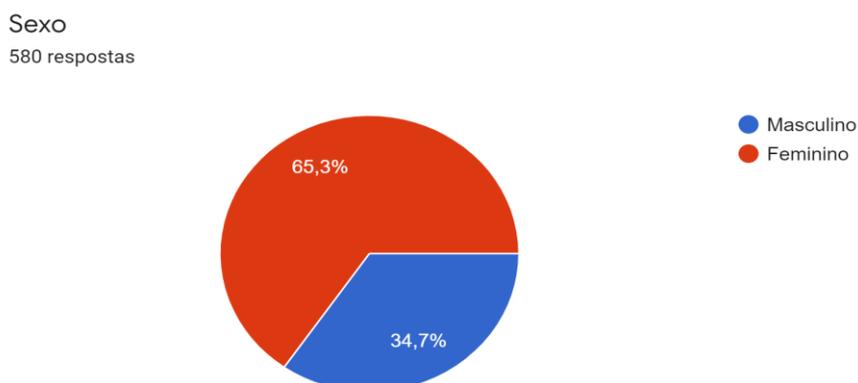
Pedroso e Leite (2021), relatam após pesquisar a recorrência da violência contra crianças entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo, que os pais são os principais perpetradores da violência recorrente, corroborando ao achado da presente pesquisa.

A subnotificação e a falta de informações nas fichas dos casos de violência é um problema grave e presente e que podemos observar ao longo da discussão dos dados analisados. As principais causas da subnotificação vão desde a falta de capacitação e entendimento dos profissionais e ameaças que sofrem dos autores das violências, até as questões estruturais de órgãos competentes (GARBIN et al,2015)

Observa-se no gráfico 1 que as crianças do sexo feminino são os casos mais notificados de violência no território (65,3%) o que corresponde a 379 notificações contra 201 notificações do sexo masculino (34,7% dos casos notificados). Esse dado segue uma realidade da violência contra o sexo feminino de forma geral. Segundo Dornelles et al (2021), uma em cada 10 meninas menores de 20 anos já foram vítimas de violência.

Em se tratando do sexo feminino, essa pesquisa também vai de acordo com a tendência nacional e internacional. Vale ressaltar que a sociedade ainda vive uma ideologia machista, aproveitando a incapacidade de defesa das mulheres, as considerando como frágeis. Concluindo que são meninas subjugadas historicamente e sujeitas às vontades masculinas (BARCELLOS ET AL, 2021).

Gráfico 1 - Distribuição de casos notificados de violência infantil na AP 5.2, segundo o sexo da vítima, nos anos de 2018, 2019 e 2020.



Fonte: Elaboração própria

No tabela 2, pode-se observar a divisão por faixa etária, as crianças de 02 anos apresentam um quantitativo um pouco maior que os demais. As notificações de violência aparecem com maior frequência nos menores de 05 anos do território. Registra-se que nessa idade as crianças são mais vulneráveis e mais dependentes de seus cuidadores.

Segundo Barcelos et al (2021), crianças possuem um risco elevado de sofrer violência comparado a população geral, as mais novas são mais suscetíveis pelo grau de dependência, e muitas vezes pelo poder exagerado de autoridade que o adulto considera ter sobre a criança, representada por uma prática social de educação.

Histórica e tradicionalmente a mãe obedecia o pai, ou pelo menos dava a impressão que fazia, pois era culturalmente aceitável. A primeira grande mudança é que os adultos não são mais exemplos de submissão e obediência. Atualmente todos os grupos minoritários exigem seus direitos de igualdade e dignidade de forma absoluta, lembrando que igualdade não significa o mesmo, obviamente as crianças

não merecem todos os direitos que advém de maturidade, habilidade, porém merecem ser tratadas com respeito e dignidade. Por esses e outros motivos, as crianças não se comportam como nos velhos tempos (NELSEN, 2015).

Jane Nelsen (2015) também relata que os pais ou cuidadores decidem limites e se sentem responsáveis em supervisioná-los e aplicá-los. O objetivo é manter as crianças seguras e socializadas, porém são monitoradas com castigos e punições, sermões e controles e isso não mantém as crianças seguras e socializadas. A decisão de não punir é atrelada à aquisição de novas habilidades por parte dos adultos, que precisam de um tempo para ajudar as crianças a aprender respeito mútuo e habilidades de resolução de problemas.

O castigo físico e humilhante não é um problema cultural, ele é usado no mundo todo e está relacionado à forma como os adultos administram seu poder e suas relações pessoais, além disso é relacionado a como eles respeitam as crianças como portadores de direitos humanos. É importante que toda a instituição, e nesse contexto falando da saúde, que deseja erradicar o castigo físico, pratique os direitos humanos e dissemine toda a informação sobre punição a fim de reflexão sobre o tema. Porém, em muitos casos, esse trabalho de reflexão e de conscientização deve começar pela desconstrução da atitude do profissional (HARPER, et al, 2005).

Tabela 2- Quantitativo de casos notificados de violência infantil na AP5.2 segundo faixa etária da vítima nos anos de 2018, 2019 e 2020

<b>Idade da vítima</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 01 ano	57	9,8%
01 ano	44	7,6%
02 anos	75	12,9%
03 anos	70	12,1%
04 anos	56	9,7%

05 anos	58	10,0%
06 anos	36	6,2%
07 anos	45	7,8%
08 anos	29	5,0%
09 anos	33	5,7%
10 anos	40	6,9%
11 anos	37	6,4%
<b>Total</b>	<b>580</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria

No gráfico 2, mais adiante, são apresentados os tipos de agressão sofridos pelas vítimas, é observado que a violência sexual é a mais notificada entre os casos de violência, representada por 49,5% dos casos (287 notificações), seguida por negligência/abandono com 40,5% dos casos (235 notificações), após aparece a violência física com 48 casos que representa 8,3% dos casos e por último a violência autoprovocada, com 10 casos e 1,7% do percentual das notificações.

A predominância da violência sexual feminina e violência física em meninos também se compara a dois estudos realizados em outros países comprovando que a violência sexual fica em torno de 20% em meninas e 8 % nas crianças masculinas (DORNELLES ET AL, 2021).

A violência caracterizada pelo tipo como negligência apresenta-se no grupo pelos motivos mais variados, como: caderneta de vacinação em atraso, acidentes domésticos, alta à revelia de serviços de saúde.

A pobreza e a desigualdade social também fazem parte da relação de afastamento dos direitos aos sujeitos, assim como o alcoolismo e o desemprego. Os serviços de saúde e as instituições escolares podem ser os primeiros a identificarem sinais de maus tratos e negligências e podem então atuar como “unidades sentinelas” (FERREIRA ET AL, 2018).

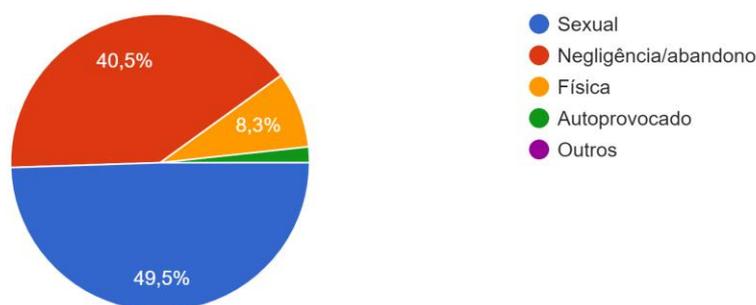
As notificações onde o tipo de agressão é a autoprovocada (1,7%) é caracterizada por ingestão de medicação, algumas identificadas pela faixa etária objetivando um envenenamento, as demais por negligência do cuidador deixando substâncias como medicamentos ao acesso de crianças.

Silvia (2019), relata alguns fatores de risco para comportamento suicida na infância como: impulsividade, isolamento social, transtorno mental, jogos de asfixia, desentendimento com colegas, histórico familiar, estrutura e funcionamento familiar prejudicado, entre outros.

Além dos fatores, é importante o profissional se atentar para a natureza multifatorial desse evento para não elencarmos uma só atribuição devido a complexidade do evento.

Gráfico 2 - Distribuição de casos notificados de violência infantil na AP 5.2, segundo o tipo de agressão sofrido pela vítima, nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Tipo de agressão  
580 respostas



Fonte: Elaboração própria

No tabela 3, observa-se que, excluindo a violência onde não teve seu meio especificado pelo profissional de saúde que preencheu a ficha, o meio de violência que mais se repete é a força corporal, seguida pelo estupro e logo após o abuso sexual, fortalecendo que a violência sexual é a mais notificada entre as violências infantis.

Tabela 3- Quantitativo de casos notificados de violência infantil na AP5.2 segundo o meio de violência nos anos de 2018, 2019 e 2020

<b>Meio da violência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sem informação	125	21,50%
Força corporal	122	21,00%
Estupro	91	15,60%
Abuso sexual	69	11,80%
Envenenamento/intoxicação	48	8,20%
Maus tratos	42	7,20%
Objetos perfurocortantes/quentes	27	4,60%
Precipitação	19	3,20%
Abandono	18	3,10%
Assédio	10	1,70%
Outros	6	1,00%
Enforcamento	3	0,50%
<b>Total</b>	<b>580</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria

De acordo com o tabela 4, a mãe aparece mais vezes como autora da violência com 25% dos casos, o pai vem em segundo lugar com o percentual de 14%, assim como o pai e mãe voltam a aparecer com 14% como autores. Vale ressaltar que quando a mãe aparece como autora é em relação a 88% dos casos de negligência, e

quando pai aparece como autor é em relação a 73% dos casos de violência sexual. E quando os genitores aparecem juntos, 95% dos casos é em relação a negligência.

Miranda et al (2019) vem afirmar que o domicílio na sua privacidade contribui para o silêncio dos episódios recorrentes de violência, dificultando a adoção de medidas de intervenção. O estudo cita ainda que o pai tem a maior chance de ser o agressor sexual e a mãe perpetrador do sexo masculino, afirmando assim que a aproximação do agressor com a vítima e a falta de punição associada a natureza protetora da família, leva a cronicidade do evento.

A violência sexual também é a mais praticada pelo padrasto com 90% dos casos.

No tabela também observa-se que 453 crianças tiveram como autores do ato de violência familiares pessoas com convívio próximo que caracteriza-se como familiar (tio, primo, irmão), destacando então a violência intrafamiliar como a mais acometida neste grupo.

A violência intrafamiliar tem uma prevalência significativa e constitui um sério problema de saúde pública, um importante obstáculo para o desenvolvimento social e econômico e uma violação dos direitos humanos (BRASIL, 2002).

Tabela 4 - Quantitativo de casos notificados de violência infantil na AP5.2 segundo o autor responsável pela violência infantil nos anos de 2018, 2019 e 2020

<b>Autor da violência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mãe	150	25,00%
Pai	84	14,40%
Pai e Mãe	84	14,40%
Familiares	62	10,60%
Amigo/conhecido	61	10,50%
Padrasto	46	7,90%

Não Informado	27	4,60%
Avô	20	3,40%
Desconhecido	20	3,40%
A Própria	11	1,80%
Omitidos	8	1,30%
Avó	4	0,60%
Madrasta	3	0,50%
<b>Total</b>	<b>580</b>	<b>100%</b>

---

Fonte: Elaboração própria

Em relação às unidades notificadoras, a unidade hospitalar aparece em primeiro lugar como o maior número de notificações, 58%, sendo somente do Hospital Municipal Rocha Faria, 73% das notificações. A Atenção primária é responsável por 23% das notificações, seguida da sala lilás com 14% e a rede suplementar com 3,10%. A seguir o tabela 5 apresenta, com o número de notificações por tipo de serviços de saúde.

A Sala Lilás é um equipamento de atendimento a mulheres vítimas de violência que se localiza dentro do Instituto Médico Legal tendo como objetivo a humanização da prática de atendimento da vítima de violência além do fortalecimento de fluxos intersetoriais. (PRUDENCIO E VIEIRA 2017)

Tabela 5- Quantitativo de notificações de violência infantil por tipo de serviço de saúde nos anos de 2018, 2019 e 2020 da AP 5.2

<b>Tipo de serviço de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
UPA/Hospitais públicos	339	58%
Unidades de Atenção Primária	138	23%
Sala Lilás	83	14%
Hospitais particulares	18	3,10%
Sem informações	2	0,30%
Total	580	100%

Fonte: Elaboração própria

Ainda em relação ao tabela 5, podemos destacar a rede hospitalar como a principal notificante, o que demonstra a fragilidade dos profissionais da APS ao identificar precocemente a violência infantil.

A violência explícita e que gera alterações físicas graves e a que leva a criança a uma unidade de urgência e emergência devido à complexidade do ato é a mais notificada. Pode-se ressaltar também que o profissional da APS algumas vezes possui a barreira da própria violência dentro do território onde trabalha e possui vínculo com a população que gera nele um receio em notificar a violência, mesmo que identificada precocemente.

Para Batista e Quirino (2020), a APS é um importantíssimo dispositivo na atuação da prevenção da violência no território pela proximidade, pela centralidade familiar e pela abordagem comunitária, porém diversos estudos demonstram o quanto

os profissionais precisam avançar para lidar com a violência, levantando os desafios como o medo, a insegurança e a fragilidade na rede assistencial.

O tabela 5 também pode nos mostrar a vulnerabilidade social sobre o público que sofre a violência, pois a maioria busca cuidado em unidades do SUS e não em unidades da rede particular ou ainda pode indicar uma subnotificação na rede privada.

Apresenta-se a seguir a análise por meio da descrição dos casos notificados de violência segundo observações de atendimento e o desdobramento do 1º atendimento e/ ou após busca ativa, o prazo entre o atendimento e o desdobramento.

Os atendimentos foram analisados segundo as seguintes categorias e subcategorias de análise, presentes no arquivo de acompanhamento dos casos de violência da AP 5.2:

- 1) Atendimento pela APS: Pela ESF, pelo NASF.
- 2) Encaminhamentos à outros níveis de atenção à saúde.
- 3) Não atendimento: incompletude dos dados, recusa familiar e atendimento em saúde suplementar .

Tabela 6 - Quantitativo dos casos notificados de violência infantil segundo o desdobramentos dos casos após notificação nos anos de 2018, 2019 e 2020.

<b>Desdobramento dos casos</b>	<b>n</b>
Total de casos atendidos na APS	279
Total de casos atendidos na APS pela ESF	115
Total de casos atendidos na APS pela ESF + NASF	138
Total de casos atendidos na APS mas sem informação sobre a equipe de atendimento	26
Total de casos não atendidos	294
Total de casos não localizados	137
Total de casos sem informação sobre desdobramentos de atendimento	122
Total de casos não atendidos por outros motivos	31
Total de óbitos	4

Fonte: Planilha de acompanhamento dos casos de violência da CAP 5.2.

Pode-se observar que dos 580 casos analisados, 48% foram atendidos nas unidades de atenção primária à saúde, o que corresponde a 279 dos casos, desses, 115 foram atendidos pelas equipes de saúde da família, e 138 tiveram pelo menos um profissional do NASF envolvido no caso, como psicólogo e assistente social. Ressalta-se ainda que 9,3% dos casos que foram atendidos, não tem especificado qual a equipe que realizou esse atendimento.

Dos casos atendidos na APS, alguns não tiveram continuidade de atendimento por diversos motivos como: 7 casos não tiveram desdobramentos por negativa familiar, 15 mudaram de território, 3 foram realizados teleatendimentos, 28 tiveram somente o primeiro atendimento, e 4 casos foram a óbito. Dentro das informações dos casos atendidos, 76% tiveram desdobramentos descritos, como continuidade do atendimento na APS, apoio matricial, encaminhamento para outros níveis de atenção.

Não tiveram atendimento 294 crianças, 51% dos casos, desses 137 não tiveram atendimentos pois não foram localizados pelas unidades de atenção primária, ou residiam fora do território ou mudaram-se. É de grande relevância apontar que 41% dos casos, 122 crianças, foram classificadas em “não atendimento” pois não haviam disponibilizado informações sobre desdobramentos.

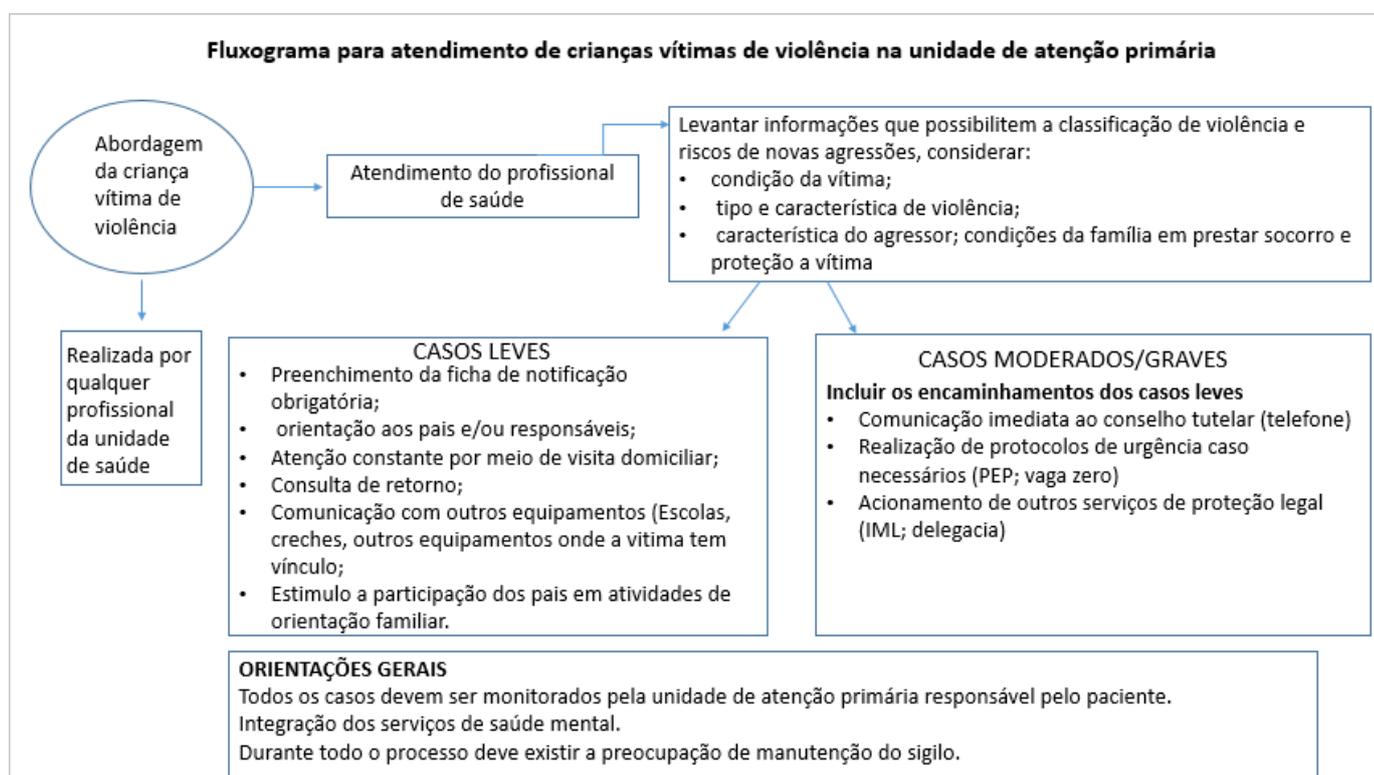
Houve também dentro dos não atendidos, recusa familiar, atendimentos em rede suplementar, faltosos aos agendamentos, 02 crianças abrigadas e 1 óbito.

Ergry et al (2017), relatam em um estudo no município de São Paulo onde destaca-se a fragilidade no enfrentamento da violência e acompanhamento da vítima nas unidades de atenção primária à saúde, como o medo do contexto narcotráfico do território, o que gera insegurança. O que podemos relacionar a esse estudo, além de outras barreiras de acesso como medo do familiar do não sigilo profissional, dificuldade econômica para deslocamento, e ainda a prática de outra violência intrafamiliar como a negligência do caso.

## 5.2 Construção do fluxo de atendimento das crianças vítimas de violência

Pensando na lógica do atendimento em rede, e tendo a atenção primária à saúde como porta de entrada do serviço de saúde e ordenadora do cuidado, esse estudo deixa a sugestão da organização de rede em relação ao atendimento a vítima de violência do território, direcionado por estudos de abordagem da violência intrafamiliar na APS. Apresentado na figura 3.

Figura 3: Proposta de fluxograma para atendimento na Atenção Primária à Saúde das crianças vítimas de violência



Fonte: Elaboração própria

É importante a mobilização da equipe na realização do atendimento à criança vítima de violência e sua família, entender a gravidade do caso, classificá-lo em casos leves, moderados e graves.

A classificação do caso dependerá dos seguintes fatores: condição da vítima, tipo da violência sofrida, característica da violência sofrida, características do agressor e as condições da família em prestar socorro e a proteção da vítima. (BRASIL, 2006)

A partir da classificação, o profissional definirá quais procedimentos serão tomados mediante ao caso.

É importante ressaltar que em qualquer caso de violência o profissional de saúde deve se preocupar na abordagem da criança e sua família, realiza-la em local reservado, tranquilo, que não seja exclusivo para esse tipo de atendimento, evitar a repetição da história a outros profissionais de saúde, realizar perguntas diretas entre os membros da equipe interdisciplinar que colaboram para uma melhor condução do caso e facilitando a forma de enfrentar problemas, compartilhar conhecimento e fortalecer o cuidado integrado à vítima, incluindo a integração de outros setores em todas as classificações dos casos, com o objetivo de fortalecer a rede de apoio à vítima e reincidência da violência potencializando a condução do caso.

Vale ressaltar que a comunicação entre o serviço de saúde e outros serviços como conselho tutelar e rede de proteção legal deve ser por um canal de fácil acesso e com prévia articulação estabelecida, seja pela unidade de atenção primária de saúde, seja pela coordenação de área programática, e conhecida por todos os profissionais da unidade, se possível disponibilizada em quadros de aviso na administração da unidade.

Todos os profissionais das unidades de APS devem conhecer o fluxo de atendimento a crianças vítimas de violência e seu papel dentro da articulação de atendimento.

O tema deve ser frequentemente abordado nas reuniões de equipe como educação permanente, além da vigilância dos casos em acompanhamento para garantia da integralidade da assistência. Lembrando que o cuidado com o sigilo deve acontecer em todo o momento.

Para Brouselle (2011), a avaliação visa à melhoria do bem-estar coletivo. A avaliação deve ser concebida “como uma ferramenta habitual indispensável à formulação da própria ação, de sua implementação e melhoria”. A avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento e (ou) dos resultados de um programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política.

O monitoramento pode ser classificado como uma atividade de vigilância e supervisão para recolher informações sobre implementação e resultados obtidos ou não em políticas, programas e projetos (BUVINICH, 1999). Portanto a avaliação e monitoramento são complementares no que diz respeito ao subsídio para o

planejamento de ações na esfera pública, tanto melhorando a alocação de recursos, quanto verificando o cumprimento ou não de metas estabelecidas e efeitos na sociedade. (BUVINICH, 1999; JANUZZI, 2005).

A construção de indicadores e instrumentos de avaliação dos resultados alcançados como manutenção das equipes treinadas, ampliação das parcerias, ampliação para os setores privados de saúde e educação, é um desafio a ser encarado e implementado (BRASIL, 2006).

Alguns indicadores podem ser incorporados na institucionalização do monitoramento e avaliação do atendimento às crianças vítimas de violência, a saber:

- Duração do acompanhamento, que serve para avaliar a dinâmica do atendimento de forma longitudinal;
- Proporção de acompanhamento regular e de abandono, para avaliar a adesão e o vínculo com as famílias e vítimas de violência;
- Proporção de altas e índice de reincidência, para avaliar a resolutividade e
- Proporção de notificação de casos ao Conselho Tutelar, em especial aqueles que forem confirmados, para avaliar a integração com a rede e classificação dos casos (FERREIRA; SOUZA, 2008)

Os indicadores propostos são essenciais para mensurar e monitorar os atendimento e resolutividade dos casos e ainda se configura como uma ferramenta para vigilância da área.

### **5.3 Limitações**

Pode-se citar como limitações para esse estudo o número pequeno que a área estudada oferece de dados de notificação de violência, entretanto entendem-se que as limitações são diminuídas pela relevância do tema.

## 6. RECOMENDAÇÕES

Como se trata de um estudo de cunho avaliativo, se faz relevante apresentar recomendações que possam aprimorar o cuidado à criança vítima de violência no âmbito da APS.

- Primeira recomendação: incentivar iniciativas de educação permanente em saúde trabalhando o tema da Violência contra a criança com profissionais da APS

É importante ressaltar que a visão de criança e adolescente vem mudando ao longo dos anos, e assim muda-se a forma de agir com esse grupo. O que era natural durante um período passa a ser inapropriado, imoral e violento, essa mudança faz parte do desenvolvimento histórico, social e cultural do ser humano (CRAVEIRO, 2016).

Aproximar o profissional de saúde da discussão sobre violência contra criança e adolescentes é uma estratégia de enfrentamento para promoção, prevenção e atendimento dos casos com foco na mudança de processos de trabalho.

Para organização de rede de atendimento à criança vítima de violência, o território precisa ser levado em consideração. As parcerias intersetoriais são de suma importância para a construção de um trabalho em rede, assim como a deficiência e/ou ausências dessa pode fragilizar a intervenção (BATISTA E QUIRINO 2020).

A análise dos dados de forma quantitativa levantada neste trabalho pode ser utilizada como ferramenta para problematização dos casos de violência da AP 5.2, contribuindo para discussão com potencial crítico entre os profissionais e gestores locais para a melhoria do atendimento e cuidado da criança vítima de violência.

O primeiro passo é fomentar a desconstrução da necessidade de utilização da força física como método adotado para educação de crianças. A identificação precoce da violência pelo profissional de saúde é fundamental para o acompanhamento e desdobramento dos casos.

Criar grupos de discussão com os profissionais sobre ferramentas parentais, envolvendo residentes para estudo do tema pode contribuir para prevenção da violência no território.

A educação parental pode terminar o ciclo vicioso da punição e força física e encorajar responsabilidade social (NELSEN, 2015). Além da abordagem do tema em grupos na unidade de atenção primária.

Em todo o caso, é de sua importância a sensibilização do profissional para identificação de um potente ambiente de violência, identificação essa que pode iniciar durante o acompanhamento de pré natal, identificação de fatores condicionantes de violência, além de sensibilidade durante a longitudinalidade do cuidado da família, durante a avaliação do desenvolvimento da criança, especialmente durante o exame físico, e com isso a criação do vínculo profissional que pode ocasionar a identificação precoce dessa violência, independente da sua classificação e natureza.

- Segunda recomendação: fortalecer junto aos profissionais da APS a importância do registro dos casos de violência contra criança

A visibilidade e a magnitude da morbidade da violência ainda fica muito prejudicada, pois sua notificação não é internalizada na cultura profissional. Os agravos com a sua natureza de violência física e /ou mais graves chegam aos hospitais e unidades de saúde, porém ainda são poucos notificados, ou seja, temos uma formação profissional prejudicada para realização da notificação (MINAYO, 2001).

Batista e Quirino (2020), também apontam que os profissionais da saúde sentem-se despreparados para manejarem uma situação de violência intrafamiliar contra crianças, incluindo a identificação dos casos, separando o que é omissão e negligência, ou falta de condições econômicas da família. Os profissionais da ESF fazem maior referência à violência física e pouco mencionam a violência psicológica e conseqüentemente só notificam majoritariamente a violência física e sexual e não mencionam a violência psicológica, pelas suas manifestações mais explícitas. Batista e Quirino(2020) também trazem a observação que o agente comunitário de saúde desconhecia que a ficha de notificação pode ser preenchida por ele e não somente pelo profissional médico e enfermeiro ou outro profissional de nível superior.

Além da falta de iniciativa em notificar o agravo violência, outro fator que aparece e que influencia a coleta de dados, é a qualidade do preenchimento da ficha. O profissional de saúde que preenche por vezes deixa campos em branco, e deixa de

preencher ou omitir informações importantes para intervenção oportuna e adequada dos casos.

A proposta de intervenção de saúde pode ser muito aproveitada para problematização dos conhecimentos dos profissionais sobre a temática da violência caracterizando uma experiência sistematizada que contribui para os processos dialógicos críticos e reflexivos voltados para transformação da realidade, contribuindo assim para quebra de paradigmas e qualificação da ficha de notificação (BATISTA e QUIRINO, 2020).

Como já apontado, os serviços de saúde têm um papel relevante no enfrentamento da violência infantil. Mendes (2010) ressalta que na literatura internacional há evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, resultados sanitários, satisfação do usuário, e reduzir custos dos sistemas de saúde.

- Terceira recomendação: implementar no âmbito da APS indicadores de saúde para monitoramento e avaliação da qualidade do atendimento às crianças vítimas de violência

Os indicadores nos permitem, além do acompanhamento profissional, o monitoramento dos casos e os resultados dos atendimentos prestados, incluindo o acompanhamento político como busca dos direitos, responsabilização, integração da rede de serviços e a prevenção de saúde (FERREIRA E SOUZA, 2008).

No mesmo estudo, Ferreira e Souza, 2008 destacam indicadores de processo, estrutura e resultados, pois são os pilares para avaliar um serviço de saúde. Indicadores de processo ajudam a avaliar quanti e qualitativamente a produtividade do serviço e a interação que as equipes desenvolvem com as familiares durante o atendimento, porém não mostram o tipo de interação ocorrida. Exemplo de indicadores seria: número de consultas ou ações realizadas em cada caso, tempo médio de acompanhamento, qualidade da ficha de atendimento, proporção de alta dos casos acompanhados.

Captar os fenômenos sociais é um desafio como também medi-los diretamente, porém é essencial para criação de políticas públicas para as pessoas que sofrem violência.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo quantificou a violência notificada contra crianças a partir dos registros de notificações da coordenação de área. Os dados mostram a alta prevalência de violência sexual nas crianças do sexo feminino, tendo o pai como perpetrador, seguida pela negligência praticada na maioria dos casos pela mãe. Essa constatação demonstra que a violência intrafamiliar é a mais praticada, reforçando a necessidade de vigilância dos casos, pois se espera que o ambiente familiar seja o local onde a criança deveria ser mais protegida, quando aparece como local onde ocorre o maior número de violência.

Os dados apontam também que a área que possui um maior número de unidades de saúde é onde tem um maior número de casos notificados, corroborando com o fato de onde tem maior vulnerabilidade social, tem-se um maior número de unidades de saúde para garantia do acesso da população a esses serviços. Em contrapartida, observa-se que os hospitais terciários, de maior complexidade e as unidades de pronto atendimento são os equipamentos da rede de atenção à saúde que mais notificam os casos, relacionando assim a fragilidade das equipes da saúde da família em identificarem as vítimas de violência no território de sua responsabilidade sanitária, acompanhada do medo do profissional em notificar e caracterizar uma denúncia, além da falta de informação da lista de agravos de notificação compulsória. Incluindo o comportamento do profissional em só notificar a violência que é explícita e que causa danos físicos.

Pode-se observar que os casos foram aumentando comparando os três anos avaliados, e apesar do último ano (2020), ser um ano que se instalou a pandemia do covid-19 e as unidades tiveram que se readequar para o atendimento do agravo, foi o ano que mais teve casos notificados. Esse fato pode ser relacionado ao fechamento das escolas, espaço que muitas vezes identifica a violência precocemente e por vezes o local que afasta a criança do ambiente familiar, onde se pratica o maior número de violência e onde ela passou mais tempo durante o ano de 2020.

É possível concluir que a violência contra criança possui uma relevante incidência na área programática analisada. É necessário que a gestão da AP amplie e intensifique a fonte de formação e educação permanente para os profissionais da atenção primária, investindo na realização de grupos de discussão sobre o tema para ampliar a abordagem considerando o espaço da APS como privilegiado para ações

de promoção, proteção e enfrentamento, levando em consideração a RAS para acompanhamento integral da vítima.

O presente trabalho traz um fluxograma de atendimento para direcionamento de conduta dos profissionais frente aos casos de violência, para ressaltar a importância de classificação da violência, das ações iniciadas no primeiro contato com a vítima, possibilitando a construção de um plano individualizado e centrado no paciente para minimizar os danos causados por esse agravo tão complexo para o profissional de saúde, para a vítima e toda a rede de apoio envolvida.

Contudo, medidas de acompanhamento dos casos precisam ser implementadas para compilação dos dados como indicadores de processo e resultados, objetivando a supervisão do atendimento e garantia dos direitos do usuário do sistema, fortalecendo acesso, longitudinalidade e integralidade do serviço de saúde.

Para finalizar, vale sempre refletir que precisamos avançar com a desconstrução da cultura do machismo, da punição como forma de educação, e da autoridade do adulto sobre a criança, essa reflexão deve ser praticada pelos profissionais de saúde em todos os espaços ocupados para assegurar o direito das crianças de uma infância feliz e segura.

## 8. REFERÊNCIAS

BATISTA, MKB; QUIRINO, TRL. Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde. *Saúde Social. São Paulo*, v29. N.4, e180843, 2020

BARCELLOS, TMT; GÓES, FGB; SILVA, ACSS; SOUZA, NA; CAMILO, LA; GOULART, MCL. Violência contra crianças: descrição dos casos da baixada litorânea do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery*, 25(4) 2021

BEZERRA, K.P, MONTEIRO, A.I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Rene*. Mossoró RN 2012; 13(2):354-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Violência faz mal à saúde** / Brasília: Ministério da Saúde, 2006<sup>a</sup>.

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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA NO - 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>, consultado em 03 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007.

BROUSELLE, A. et al. **Avaliação. Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 61-74. 2011;

BUVINICH, MR. Ferramentas para o monitoramento e avaliação de programas e projetos sociais. Cadernos de Políticas Sociais, v. 10, p. 1-83, 1999.

DORNELLES, TM; MACEDO, ABT; ANTONIOLLI, L; VEJA, EAU; DAMACENO, NA; SOUZA, SBC. Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. **Escola Anna Nery**, 25(2) 2021

CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013. Vol. 2.

CABALLERO, B. IDH-M: **Uma análise do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal para a Cidade do Rio de Janeiro, 2014**. Instituto Pereira Passos. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

CUNHA, GT; CAMPOS, GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011

DAHLBERG, L. L. & KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

FERREIRA, AL; SOUZA, ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):28-38, jan, 2008

FERREIRA, CLS; CÔRTE, MCJW; GONTIJO, ED. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24 (11):3997-4088, 2019

GARBIN, CAS; DIAS, IA; ROVIDA, TAS; GARBI, AJI. Desafios dos profissionais de saúde na notificação de violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & saúde coletiva** 20 (6) Jun 2015

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ALMEIDA, PF; ESCOREL, S; SENNA, MCM; FAUSTO, MCR; DELGADO, MM; ANDRADE, CLT; CUNHA, MS; MARTINS, MIC; TEIXEIRA, CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009

HARPER, et al. **Erradicando o castigo físico e humilhante contra a criança: Manual de ação**. 1 ed. Save the children. 2005

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **ATLAS DA VIOLÊNCIA 2019**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/21/atlas-da-violencia-dos-municipios-brasileiros-2019>, consultado em 17 de Julho de 2020.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **ATLAS DA VIOLÊNCIA RETRATOS DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/21/atlas-da-violencia-dos-municipios-brasileiros-2019>, consultado em 17 de Julho de 2020.

JANNUZZI, PM. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/222/227>>

JUNIOR, A A P, BORGES, VC, SANTOS JG. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 124-131

JÚNIOR, A.A.P, BORGES, V.C, SANTOS, J.G.S, Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Rio de Janeiro

KRUG E.G, DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A.B E LOZANOL R. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

MAIA, J. M. D. E WILLIAMS, L.C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia** — 2005, Vol. 13, no 2, 91 – 103

MALTA D.C, MERHY E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, 7(1):61-66, jan./jul., 2003

MENDES, EV. Redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p.

MIRANDA, MHH; FERNANDES, ECVF; ROSANA, AM; MEIRELES, RC. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enfermagem USP** – 2020;54e03633

NELSEN, J. *Disciplina Positiva*. 3ª edição. Barueri, SP: Manole, 2015

NUNES AJ, SALES MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):871-880, 2016

PEDROSO, MRGO; LEITE, FMC. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo. **Epidemiol.Serv.Saude**, Brasília, 30(3):e2020809, 2021

PLATT, VB; GUEDERT, JM; COELHO, EBS. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**. 2021;39e202067

PRUDÊNCIO, F; VIEIRA, MS. **Projeto de humanização e qualificação do acolhimento às mulheres vítimas de violência no Instituto Médico Legal Dr. Afrânio Peixoto e seguimento na rede de atenção primária em saúde**. Secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro: SMS; 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMS; 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Relatório de Gestão da Coordenadoria de área programática 5.2**, 2019.

RAMOS, RCS; ROSA, A; DORIANA, O; MACHADO, CCL; PERES, A M B; MELO, E M; RADICCHI, ALA. A abordagem da Violência na atenção primária à saúde. **Rev med Minas Gerais** 2016;26 (supl 8): S15-S19.

ROCHA, DG; ALEXANDRE, VP; MARCELO, VC; REZENDE, R; NOGUEIRA, JC; SÁ, RG; Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4313-4322, 2014.

SACRAMENTO, LT, REZENDE, MM. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n.24, p.95-104, jul./dez. 2006.

SANTOS, LF; COSTA, MM; JAVAE, ACRS; MUTTI, CF; PACHECO, LR. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v43. N120. P 137-149, 2019

SANTOS, MS; SILVA, JG; BRANCO, JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia Saúde da Família: Desafios para atenção em saúde. Fortaleza (CE), **Revista brasileira em promoção da saúde**. P229, 2017.

SANTOS, YAKUMA, MS.A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.15, n.1, p 38-43. Junho 2015

SILVIA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. **Editorial Acta Paul Enferm** 32 (3) • May-Jun 2019

STARFIELD, B. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Unesco, Ministério da saúde, 2002

SOUTO, FD; ZANIN, L; AMBROSANO, GMB; FLÓRIO, FM. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Rev Bras Enferm.** 2018; 71(suppl 3):1313-23

## ANEXOS

## ANEXO A – Ficha de notificação de violência

peessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA				
	Código (CID10)		Y09				
	3 Data da notificação						
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros						
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1		
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP		
Dados de Residência	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares						
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social			34 Ocupação		
		35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
		36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Travesti 2-Mulher Transexual			
		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
		Dados da Ocorrência					
	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		
43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3			
48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado					
53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____		<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>Violência Sexual</b>	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____			
	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>60</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
<b>Encaminhamento</b>	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
<b>Dados finais</b>	<b>69</b> Data de encerramento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Informações complementares e observações</b>				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:				
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b>		<b>TELEFONES ÚTEIS</b>	<b>Disque Direitos Humanos</b>	
<b>136</b>		<b>Central de Atendimento à Mulher</b>	<b>100</b>	
<b>180</b>				
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	

## ANEXO B – Carta de Anuência

Atendimento de casos notificados de violência infantil na  
Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre uma área  
programática do município do Rio de Janeiro

## CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Prezada Dra.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Atendimento de casos notificados de violência infantil na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio de Janeiro. Este estudo tem por objetivo Aprimorar o atendimento dos casos de violência infantil notificados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde em uma área programática do município do Rio de Janeiro.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta *Coordenação da área programática 5.2*, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020.

*Emanuelle P. de Oliveira Corrêa*  
Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

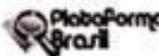
Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Érica Cristina do Nascimento  
Subst. de Especialidade Obst. Geral  
CRM/RJ 15464-5  
Matr. 122202-1

*Halene A. Silva*  
Coordenadora de área programática 5.2

## ANEXO C – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres Humanos

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Projeto de Pesquisa: Alandamento de casos notificados de violência infantil na Alameda Princesa à Saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio de Janeiro			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 40			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: EMANUELLE PEREIRA DE OLIVEIRA CORREIA			
6. CPF: 112.824.337-03	7. Endereço (Rua, n.º): GROSELHA 441 COSMOS 101 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 23061524		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 21964263123	10. Outro Telefone:	11. Email: pereira.emanuelle@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>17</u> / <u>09</u> / <u>2020</u>		<u>Emanuelle P. Oliveira Correia</u> Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE	13. CNPJ: 33.863.683/0003-88	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	
15. Telefone: (21) 2273-9073	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Roberto José Leal</u>	CPF: <u>132.267.007-82</u>		
Cargo/Função: <u>DIRETOR GERAL</u>			
Data: <u>17</u> / <u>09</u> / <u>2020</u>		<u>Roberto José Leal</u> Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.		<u>Prof. Dr. Roberto José Leal</u> Diretor Geral - HESFA/UFRRJ SIAPE: 6377652	

## Anexo D – Termo de Ciência do Responsável pelo setor onde a pesquisa foi realizada



**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA**

Sra. Halene Armada,

Informo que a pesquisa intitulada Atendimento de casos notificados de violência infantil na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre uma área programática do município do Rio de Janeiro terá como cenário a coordenadoria de área programática 5.2 A pesquisa será conduzida por Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa, sob orientação da Dr<sup>a</sup> Ana Laura Brandão, com o seguinte objetivo: Aprimorar o atendimento dos casos de violência infantil notificados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde em uma área programática do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorrerá no período de Janeiro e Fevereiro de 2021, por análise de dados secundários. A fonte de informação a ser utilizada serão os dados de violência infantil, aqueles acometidos na faixa etária entre 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de vida, registrados, através das fichas de notificação de 2018, 2019 e 2020. Após essa análise será realizado um grupo de trabalho com os gestores das 34 Unidades de Atenção Primária que compõe essa área programática para discussão do fluxo de atendimento as crianças vítimas de violência. Os gestores que participarão do grupo de trabalho irão receber o Termo de Consentimento livre e Esclarecido, sendo a participação não obrigatória onde o profissional poderá a qualquer momento retirar sua participação, sem acarretar qualquer prejuízo.

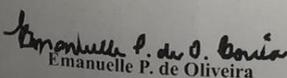
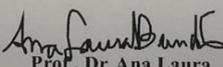
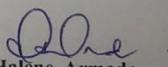
Ressaltamos que os dados serão coletados somente após aprovação do Projeto de Pesquisa nos Comitês de Ética envolvidos e de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Ressaltamos também que o conteúdo dos grupos de trabalho serão sistematizados em formato de relatório técnico para ser utilizado no âmbito da presente pesquisa e para que sirva de subsídio para a melhoria dos processos de trabalho.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Informo que estou ciente que a pesquisa acima descrita será desenvolvida no setor, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

Rio de Janeiro, 23 de 11 de 2020.

 <b>Emanuelle P. de Oliveira</b> Corrêa Pesquisadora Responsável	 <b>Prof. Dr. Ana Laura</b> Brandão Orientadora do Projeto	 <b>Halene Armada</b> Coordenadora Geral CAP 5.2
--	--	---

