

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

SÉRGIO MURILO FERREIRA

**ENTRE O PERFIL E OS SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA  
DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA: A REALIDADE DO  
ATENDIMENTO EM SAÚDE E AS REPRESENTAÇÕES DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS**

MARINGÁ  
2018

SÉRGIO MURILO FERREIRA

**ENTRE O PERFIL E OS SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA  
DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA: A REALIDADE DO  
ATENDIMENTO EM SAÚDE E AS REPRESENTAÇÕES DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rute Grossi Milani  
Coorientadora: Prof. Dra. Rose Mari Bennemann

MARINGÁ  
2018

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F383e Ferreira, Sérgio Murilo.

Entre o perfil e os significados da violência doméstica contra a criança: a realidade do atendimento em saúde e as representações dos agentes comunitários / Sérgio Murilo Ferreira. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018.  
122 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Rute Grossi Milani.

Coorientadora: Rose Mari Bennemann.

Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

1. Violência doméstica contra a criança. 2. Atenção básica. 3. Agente de saúde. I. Título.

CDD – 364 4

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722  
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**SÉRGIO MURILO FERREIRA**

**ENTRE O PERFIL E OS SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  
CONTRA A CRIANÇA: A REALIDADE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE  
E AS REPRESENTAÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rute Grossi Milani  
Centro Universitário Maringá (Presidente)

---

Prof. Dr. Tiago Franklin Rodrigues Lucena  
Centro Universitário Maringá

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ercilia Maria Angeli de Paula  
Universidade Estadual de Maringá

Aprovado em 26 de fevereiro de 2018

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, a minha esposa, a meus pais e a toda a minha família, que me apoiaram nesta difícil jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente, a Deus, por ter sempre trazido providências, nos bons e piores momentos, e ter me trazido até aqui, no fim da jornada.

A minha esposa Irene, por padecer pacientemente comigo em todas as dificuldades, para que eu pudesse realizar este sonho.

Aos meus pais, pelo apoio e empenho em me ajudar a concluir o curso.

À professora Rute, minha orientadora, por ter me transmitido o seu conhecimento e experiência com toda a solicitude e boa vontade. Meus mais sinceros agradecimentos, sinto muito feliz de ter podido construir o presente trabalho com as suas orientações.

A todos os professores que fazem parte do corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. À professora Sônia, à professora Rose, à professora Andreia, à professora Regiane, ao professor Tiago e a todos os outros professores, por me darem a oportunidade de concretizar este sonho. Foi uma honra para mim o tempo que passei com vocês.

Ao pessoal da administração do curso, em especial a Suely, pelos préstimos e pela singeleza para comigo na secretaria.

Ao município de Ivaté, em especial ao ex-secretário de Saúde Jansen Becegato, por ter sido compreensivo e flexível comigo e ter permitido que eu conciliasse o trabalho com os estudos.

A UNICESUMAR, pela possibilidade de expandir meus conhecimentos.

Enfim, a todas as pessoas que, direta e/ou indiretamente, me ajudaram nesta jornada, como meus amigos e meus colegas de curso.

# **Entre o perfil e os significados da violência doméstica contra a criança: a realidade do atendimento em saúde e as representações dos agentes comunitários**

## **RESUMO**

A Atenção Básica em saúde tem um grande potencial para atuar no enfrentamento da violência doméstica, graças à figura do agente comunitário de saúde, profissional responsável pela manutenção do elo entre os serviços de saúde e a população a ser atendida. No entanto, existem também atravessamentos que se interpõem na atuação da Atenção Básica no combate à violência doméstica contra a criança. A falta de treinamento para lidar com casos dessa complexidade, o medo das repercussões que tais casos podem gerar ou mesmo a permanência de representações sociais que favoreçam uma postura complacente em relação ao problema são alguns dos atravessamentos. Nesse sentido, a presente pesquisa avaliou a cobertura da Atenção Básica em saúde no enfrentamento da violência doméstica em uma cidade do interior do Paraná. Este trabalho foi efetuado mediante dois procedimentos: no primeiro, realizou-se um estudo do histórico dos atendimentos em saúde de crianças que sofreram violência doméstica; no segundo, aplicaram-se entrevistas semiestruturadas às agentes comunitárias de saúde do município. O conteúdo dessas entrevistas foi avaliado a partir da Teoria das Representações Sociais. Foi constatada a dificuldade dos profissionais de saúde do município em reconhecer situações de violência. Percebe-se que a maior parte das crianças que estão sob situação de violência tem pouco contato com os profissionais de saúde, além disso a permanência de significados ligados a valores tradicionais reforça a manutenção de uma postura de negligência em relação à violência doméstica contra crianças. A promoção de uma cultura de paz pode ser uma alternativa no enfrentamento deste problema.

**Palavras-chave:** violência doméstica contra a criança, atenção básica, agente de saúde.

# **Between the profile and meanings of domestic violence against the child: the reality of health care and the representations of community agents**

## **ABSTRACT**

The Basic Attention in Health has a great potential to act in the confrontation of domestic violence, thanks to the figure of the health community agent, professional responsible for the maintenance of the link between health services and the population to be supported. However, there are issues that come between the acting of the Basic Attention in battling domestic violence against children. The lack of training to deal with cases as complex as this, the fear of repercussion that such events may generate or even the permanence of social representations that favour a complacent posture in the fight against this problem are a few of these issues. This research evaluated the coverage of the basic attention in health in the confrontation against this problem in a small town in Paraná. This work was carried out by two procedures: in the first one, it was performed a study of the retrospective history of the health support given to children who suffered domestic violence; in the second, it semi structured interviews were applied to the town Health Community Agents, and the interviews were assessed from the point of view of the Theory of Social Representations. It was established the difficulty for the town health professionals to recognize violence situations. It is noticed that most of the children in situation of general violence do not have much contact with health professionals, and the remaining of meanings tied to traditional values reinforce the continuation of a negligent posture related to domestic violence against children. Promoting a culture of peace can be an alternative to tackling this problem.

**Key words:** domestic violence, basic attention, agent, health

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	07
1.1	Objetivos.....	10
1.1.1	Objetivo geral.....	10
1.1.2	Objetivos específicos.....	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	12
2.1	Atenção Básica em saúde e Estratégia Saúde da Família.....	12
2.2	Violência doméstica contra crianças e adolescentes.....	15
2.3	A violência infantil no Brasil.....	18
2.4	Promoção da saúde e da cultura da paz.....	20
2.5	As representações sociais.....	24
2.6	Representações sociais e violência.....	29
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	33
3.1	Local de estudo.....	34
3.2	Aspectos éticos.....	35
<b>4</b>	<b>ARTIGO 1</b> .....	36
<b>5</b>	Normas do artigo 1.....	54
<b>6</b>	<b>ARTIGO 2</b> .....	62
<b>7</b>	Normas do Artigo 2.....	84
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	100
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	101
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b> .....	106
10.1	Anexo1 - Termo de Consentimento e Livre esclarecimento.....	107
10.2	Anexo 2 - Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade.....	109
10.3	Anexo 3 - Parecer consubstanciado do CEP.....	111
<b>11</b>	<b>APÊNDICES</b> .....	115
11.1	Apêndice 1 – Roteiro de entrevistas.....	116
11.2	Apêndice 2 – Ficha Geral de atendimento do município.....	120

# 1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica abrange tanto aspectos sociais quanto econômicos e implica necessariamente ações conjuntas entre os setores de saúde, educacional, social e judicial. Ou seja, para ser identificada e abordada por profissionais capacitados, na Atenção Básica em saúde, é necessário promover uma atuação ativa na proteção da criança, com a identificação mais precisa de situações de violência e a aplicação de intervenções mais assertivas possíveis, sempre no sentido de preservar ao máximo o círculo familiar.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que as intervenções nessas circunstâncias se efetuem em qualquer nível, seja o primário, seja o secundário, seja o terciário. A intervenção em âmbito primário tem por objetivo evitar a sua ocorrência, mediante a promoção de ações de prevenção e cuidado (OLIVEIRA; SIMÕES, 2014). Cabe aos profissionais que atuam na Atenção Básica em saúde, sobretudo o Agente Comunitário de Saúde, promover ativamente o contato com a comunidade, cultivando a presteza no atendimento das demandas e se atentando para os símbolos sociais partilhados pela população. Tais procedimentos fazem parte da concepção de cuidado na Atenção Básica.

A violência doméstica contra crianças pode ser definida como o ato, ou sua omissão, praticado pelos responsáveis ou indivíduos da convivência íntima da vítima, gerando-lhe danos (MAGALHÃES *et al.*, 2017). Essa violência ocorre dentro de um contexto de normas sociais, de modo que é construída, também, no interior das consciências. A violência doméstica responde pela maior parte dos casos de violência praticada contra crianças. Tais agressões têm, em geral, um alto grau de reincidência e frequentemente resultam em sofrimento emocional e/ou físico da vítima (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

O cuidado na Atenção Básica da saúde está associado à integralidade e é compreendido como a superação de um modelo biomédico e focal de saúde, em favor de uma perspectiva mais ampla, que contemple o sujeito também em seus aspectos sociais, culturais e subjetivos. Além disso, a perspectiva de uma atenção integral não se restringe tão somente à assistência à saúde, mas também à sua

promoção. Por isso, o cuidado em saúde concebe um encontro entre o profissional de saúde e o usuário, que se caracterize como uma relação intercessora, capaz de articular as diferentes visões: a do profissional e a do usuário (MOREIRA *et al.*, 2014). O ato de cuidar pressupõe o contato, o diálogo, a relação e a disposição de ir ao encontro do outro. É na compreensão e na escuta do outro integral que esse conceito se materializa. No caso da Atenção Básica à saúde, é na busca do contato com os usuários do serviço que se possibilita construir a atenção integral ao sujeito.

Sob esta ótica, é preciso que os profissionais da Atenção Básica não se atenham tão somente aos aspectos técnicos e legais de sua atuação, é preciso, para uma atuação mais efetiva, observar, ainda, os aspectos culturais e simbólicos que entremeiam as demandas por cuidado da população. Para uma compreensão mais profunda desses fundamentos, são notórias as contribuições da Teoria das Representações Sociais, propostas por Serge Moskvic. Essa teoria debate sobre a produção dos saberes sociais. Propõe uma reflexão sobre a construção e transformação do conhecimento social, apontando como a ação e o pensamento se interligam na dinâmica social (REIS; BELLINI, 2011).

[...] quando um indivíduo exprime opinião sobre o objeto, devemos supor que ele já tem representado alguma coisa do objeto, que o estímulo e a resposta são formados juntos. Em suma, a resposta não é uma reação ao estímulo, mas sua origem. Estímulo é representado pela resposta. [...] Deste modo, a representação social é a “preparação para a ação”, não só porque remodela e reconstitui os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer (SERGE MOSCOVICI, 2012, p. 56).

Concebem-se assim as representações como formas de conhecimento, pois elas são formulações práticas orientadas para a comunicação e a compreensão do contexto social, material e ideativo. Formas essas que se apresentam como elementos cognitivos — imagens, conceitos, teorias —, mas que ao mesmo tempo não se reduzem aos componentes cognitivos. São formuladas e compartilhadas socialmente, daí auxiliar na construção de uma realidade coletiva. Dessa maneira, compreendem-se as representações a partir das funções simbólicas e ideológicas de que se servem e das formas de comunicação nas quais circulam. Essa característica insere tal teoria no campo da Psicologia Social e no conjunto de formulações teóricas (da Filosofia, da História, da Sociologia e da Psicologia Cognitiva) que discutem a formulação do saber (SPINK, 1993).

A comunicação nunca se reduz à transmissão de mensagens originais ou transporte de informações sem mudanças. Ela diferencia, traduz, interpreta, combina, da mesma forma que os grupos inventam, diferenciam e interpretam os objetos sociais ou as representações dos outros grupos. O estilo rígido e, até mesmo, autoritário, das trocas científicas sofre as mesmas vicissitudes e varia de um nó na rede de comunicações para o outro (SERGE MOSCOVICI, 2012, p. 29).

No tocante à violência doméstica contra crianças, é possível pensar em representações sociais também como mantenedoras do problema. Existe ainda na sociedade admissão da punição corporal como forma válida de educação (NUNES; SALES, 2016; MAGALHÃES, *et al.*, 2017, MATTOS DA SILVA; LIMA; LURDERMIR, 2017; EGRY *et al.*, 2017).

Diversos artigos descrevem o medo de profissionais da saúde, sobretudo os agentes comunitários de saúde, de sofrer represálias por parte da população ao atuarem contra o problema. Muitas famílias atendidas por esses profissionais sustentam uma percepção tradicional de educação, na qual se valorizam ações coercitivas. Existe tanto o medo de ações coercitivas, quanto o da censura social. Mesmo a vergonha de ser mal visto na comunidade tem potencial para inibir uma postura mais proativa no enfrentamento desse mal (KANNO; BELODI; TESS, 2012; DAIANE SILVA *et al.*, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011, RODRIGUES *et al.*, 2017).

Mas, a despeito dos atravessamentos, não se deve descartar também o potencial da Atenção Básica em saúde no enfrentamento do problema. A propósito, existem evidentes potenciais na Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da violência doméstica, o modo como esta é proposta no Brasil prevê um cuidado integral aos usuários do serviço de saúde e para tal valoriza-se a formação de um sólido vínculo deste e das comunidades (KANNO; BELODI; TESS, 2012; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Pode-se apontar, pois, o Agente Comunitário de Saúde como o ator fundamental para a proposição das ações na comunidade, graças ao seu vínculo com a população a ser atendida e ao seu conhecimento sobre os valores e símbolos partilhados pela comunidade (MOREIRA *et al.* 2014). Não obstante, percebe-se que lidar com o enfrentamento da violência doméstica de crianças e adolescentes através da Atenção Básica exige lidar com o elemento mais humano de todos, o relacional.

Durante o período entre 2015 e 2016, o presente autor fez parte da equipe do NASF do município de Ivaté. Neste período, a equipe identificou 39 crianças e adolescentes que viviam em situação de violência dentro de casa. O presente trabalho se propôs, a partir de tais casos, identificar a história pregressa dessas crianças no atendimento em saúde, bem como avaliar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais que fazem parte da “linha de frente” na identificação e no enfrentamento do problema. Por meio deste trabalho, pretende-se elucidar o que aconteceu em todo o percurso do atendimento, que não possibilitou uma identificação mais precoce das situações de violência, e apontar possíveis melhoras no atendimento em saúde no combate a ao problema em questão.

## 1.1. Objetivos

### 1.1.1. Objetivo geral

Compreender as representações sociais dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a criança e discuti-las à luz do acompanhamento em saúde prestado pelo Nasf a crianças vítimas de violência doméstica.

### 1.1.2. Objetivos específicos

Verificar as representações dos agentes comunitários de saúde a respeito da violência doméstica contra a criança, discriminando no universo de suas opiniões as dimensões do conhecimento, do campo de representações e da atitude;

Analisar as percepções dos agentes comunitários, destacando as suas representações a respeito da violência no espaço doméstico e do enfrentamento desse problema na atuação da Atenção Básica em saúde;

Analisar as percepções dos agentes comunitários a partir de quatro categorias de análise: **1)** Representações sobre violência em geral; **2)** Representações a respeito de violência doméstica contra crianças; **3)** Representações a respeito de quem pratica violência contra crianças; **4)**

representações do papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças.

Caracterizar o histórico de atendimento do município a crianças encaminhadas ao Nasf vítimas de violência doméstica;

Propor alternativas de enfrentamento à violência junto às equipes de saúde.

## **2.REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Atenção Básica em saúde e Estratégia Saúde da Família**

O Sistema Único de Saúde (doravante SUS) foi instituído no Brasil através da constituição de 1988, adotando os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular, expressos na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1966. Está constituído sob a forma de uma rede de serviços descentralizados e regionalizados, que visam atender com resolutividade as demandas dos beneficiários dos serviços de saúde. O SUS se fundamenta no direito universal da saúde e, para isso, conta com a Atenção Básica como porta de entrada (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), reconhece o SUS como uma política pública promotora de cidadania, devido ao seu grande potencial de inclusão e pela amplitude de suas ações. A Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, por sua vez, institucionalizou a participação organizada da população (MOLINI-AVVEJONES; MENDES; AMATO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada a partir de modelos de assistência à saúde bem sucedidos em outros países, como Canadá, Suécia, Cuba e Inglaterra. Veio com a proposta de consolidar o processo de municipalização da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), facilitar o processo de reorganização pactuada entre municípios adjacentes e coordenar a integralidade de assistência à saúde. As primeiras ações nesse sentido datam de 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse programa se propôs a reduzir os índices de mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões mais pobres do Norte e do Nordeste.

Em 1994, é elaborado e implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), aprimorado a partir das experiências exitosas do projeto anterior, desde então, a Atenção Básica na saúde sofreu uma profunda reestruturação. O programa tornou-se bem sucedido e, com o tempo, se estabeleceu como Estratégia Saúde da Família (doravante ESF). Esta tem se afirmado como eixo estrutural de toda a rede de atenção à saúde do Brasil (GOIS SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Tal política, prevendo ações de alcance abrangente, orientadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, tem como fundamento o conceito de saúde amplo da compreensão dos determinantes de

saúde e doença (considera determinantes biológicos, psicológicos e socioambientais). Sua proposta de cuidado integral à saúde dos indivíduos e famílias envolve a proximidade física com o território das pessoas atendidas, o estabelecimento de vínculo com os usuários dos serviços de saúde, o planejamento baseado nas realidades locais e a participação em ações de caráter intersectorial. Nesse sentido, a ESF propõe práticas em saúde que incluem, além dos conteúdos científicos, os relacionais e os formativos (KANNO; BELODI; TESS, 2012).

As equipes de ESF são compostas por médicos, enfermeiros auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal. Seu trabalho prioriza áreas estratégicas de atuação, como os cuidados com a saúde da mulher, do idoso, da criança e o combate a doenças crônicas, com potencial incapacitante e associadas ao estilo de vida (BRASIL, 2007<sup>a</sup>).

A estratégia da saúde da família promoveu notória melhora na prestação dos cuidados em saúde em nosso país. Todavia, evidenciou-se, com o passar dos anos, que ainda era necessária mais flexibilidade e diversidade no quadro de profissionais que atuavam no serviço. Para que se alcançasse uma maior interdisciplinaridade das ações e a integralidade da atenção, foi então concebida a entrada de outros profissionais na Atenção Básica, para que fornecessem suporte às equipes de saúde da família. Com esse propósito, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (doravante Nasf), por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. É uma equipe cuja função é apoiar as equipes de ESF na redefinição, qualificação e resolutividade da Atenção Básica (BRASIL, 2014).

O Nasf surgiu como uma resposta às demandas da própria Atenção Básica em qualificar e especificar melhor sua atuação em saúde. As atividades do Nasf são orientadas pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (GOIS SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). O apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Sua aplicação significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde pensada a partir da necessidade de ampliar as possibilidades de atuação da ESF, disponibilizando uma equipe de diversos profissionais para fornecerem assistência e cuidados em saúde no território de forma interdisciplinar. Isso se concretiza por meio do

compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o matriciamento facilita ações possíveis e o esclarecimento diagnóstico, além de possibilitar a formação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), quando houver demanda. Para tanto, é necessário que a atuação da equipe atue no sentido de promover formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e no estabelecimento do diálogo entre os diferentes profissionais de saúde, já que o modelo de trabalho é, por característica, interdisciplinar (GOIS SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Há duas modalidades de Nasf. O tipo um é composto por, no mínimo, cinco profissionais de ocupações não coincidentes, vinculados a pelo menos oito equipes de Saúde da Família. O do tipo dois é composto por, no mínimo três profissionais de áreas não coincidentes, vinculados a pelo menos três equipes de Saúde da Família. O gestor local é quem seleciona quais profissionais irão compor a equipe no Nasf e deverá levar em conta as demandas da população local ao tomar essa decisão.

Os Nasfs não foram criados para servir de porta de entrada para o usuário dentro do sistema de saúde, mas para atuar de forma integrada à rede por meio de demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família. A criação dos Nasfs se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional (MOLINI-AVVEJONES; MENDES; AMATO, 2010).

Podem integrar as equipes do Nasf fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, homeopatas e ginecologistas (Brasil, 2014). Estes atuam em nove áreas estratégicas: Atividade física, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

Na intenção de ampliar o acesso da população aos serviços da Atenção Básica, os gestores de saúde frequentemente priorizam a implantação de Unidades de Saúde da Família em regiões cujas populações são menos favorecidas

econômica e socialmente. Nesse contexto, crianças, jovens, adultos e idosos competem pela atenção das equipes multiprofissionais da ESF, que passam a interagir com pessoas que sofrem de dificuldades de ordem médico-social, tais como o uso abusivo de álcool e drogas, o sofrimento mental, a violência contra a mulher, a desvalorização social da velhice, entre outras (KANNO; BELODI; TESS, 2012). Entre tais demandas, a violência doméstica contra crianças é uma das que se afiguram como mais desafiantes, dada a sua complexidade e a sensibilidade que tal assunto desperta (KANNO; BELODI; TESS, 2012; MOREIRA *et al.*, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012; PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015; APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013, RODRIGUES *et al.*, 2017).

A violência contra crianças e adolescentes acarreta grande impacto no crescimento e desenvolvimento infantojuvenil, e é uma ponderosa violação de direitos fundamentais, caracterizando-a como um grave problema de saúde pública. É necessário que tal problema seja contemplado pelas agendas públicas tanto por conta de suas repercussões na sociedade, quanto pela necessidade de reconhecimento de direitos inalienáveis inerentes a pessoa humana (BARBIANI, 2016).

## **2.2. Violência doméstica contra crianças e adolescentes**

A violência é, por natureza, um tema complexo e polêmico. O que é ou não violento perpassa, antes, pelo julgamento das pessoas e está condicionado à interpretação de quem observa, de modo que este conceito assume significados diversos de acordo com épocas, locais, circunstâncias e realidades distintas. Em outras palavras, o tema violência possui um caráter multidisciplinar. A violência está arraigada nas relações sociais, mas é construída na subjetividade e é expressa a partir dos comportamentos que emanam do meio social, por isso deve-se estudá-la dentro da sociedade que a reproduz e deve-se considerar tanto a sua especificidade interna quanto a sua particularidade histórica. Requer atuação multidisciplinar e interdisciplinar, agregando áreas da saúde, social, jurídica, psicológica, antropológica, entre outras (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

O reconhecimento da violência como questão de saúde ocorreu de maneira vagarosa e, muitas vezes, errática. Inicialmente, apenas era vista como assunto do âmbito da justiça e da segurança, depois passou a ser considerada como questão de saúde em razão da demanda de atendimento das lesões, dos traumas e das mortes. Na verdade, o impacto sobre o perfil demográfico e epidemiológico da população e as várias implicações para os sistemas de saúde fizeram com que a violência fosse reconhecida como problema de saúde pública. A violência é um problema que atinge toda a sociedade, uma vez que promove consequências nas vítimas, nos familiares e em toda a sociedade. Vale enfatizar que compromete o desenvolvimento econômico e social das vítimas (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

A violência doméstica é toda e qualquer ação ou omissão que acarreta prejuízos na liberdade e no desenvolvimento de pessoas relacionadas, que vivem na mesma casa, seja membros da mesma família, seja agregados, seja visitantes esporádicos. São atos que podem ocorrer dentro ou fora do lar e quase sempre atingem a pessoas que estão em situação de vulnerabilidade ou desvantagem (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Tardivo e Júnior (2010) apontam que a violência doméstica contra crianças e adolescentes decorre da interação de vários grupos de fatores: socioeconômicos, psicológicos e culturais das pessoas envolvidas. É um fenômeno endêmico, que atinge a qualquer etnia ou classe social. Estatisticamente significativo, não é marginal, reproduz-se por várias gerações e tem como característica a repetição. Os autores classificam a violência doméstica em cinco tipos: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência e violência fatal.

**Violência física** se caracteriza por toda ação que causa dor física em uma criança. **Violência sexual** seria todo ato ou jogo sexual que envolva a criança e um adulto que tenha com esta relação de consanguinidade, afinidade ou mera responsabilidade. **Violência psicológica** ocorre quando pais ou responsáveis constantemente depreciam a criança ou bloqueiam seus esforços de autoaceitação. **Negligência** configura-se quando os pais ou responsáveis se esquivam de modo injustificado de prover as necessidades ou se recusam a supervisionar suas atividades a fim de prevenir riscos para a criança. Por fim, a **violência fatal** seria

quando algum dos quatro tipos de violência descrito anteriormente estiver diretamente relacionado com a morte da criança.

Usualmente, a violência se denuncia em sinais na vítima. A criança pode apresentar traços diversos como dificuldade de aprendizado, menor tolerância à frustração, agressividade com colegas e outras pessoas, dificuldade de lidar com as próprias emoções e a repetição da violência com outras crianças. Quando adultos, as crianças podem vir a apresentar dificuldades de relacionamento, persistirem relacionamentos frágeis e instáveis ou reproduzir o comportamento agressor (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

Campos Júnior (2016) pontua que diversos achados clínicos e científicos das últimas décadas têm correlação com a exposição a adversidades na infância e adolescência. Logo, distúrbios mórbidos de várias naturezas na vida adulta, como a obesidade, a diabetes do tipo II, doença inflamatória intestinal e mesmo a predisposição para comportamentos violentos podem ser consequências de um ambiente de hostilidades e agressividades. Pinto Júnior, Cassep-Borges e Santos (2015) ressaltam, também, que a vivência da vitimização doméstica de crianças e de adolescentes é responsável por diversas sequelas, a saber: distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão e dificuldades de relacionamento.

Hidelbrand *et al.* (2015), ao avaliarem 252 crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, encontraram uma alta prevalência (65,5%) de possíveis problemas de saúde mental. De acordo com os autores, os sintomas mais frequentes apresentados pelos sujeitos desse estudo foram problemas de conduta (66,3%), problemas emocionais (em geral depressão e ansiedade) (54,4%), dificuldades nos relacionamentos (52%) e problemas de atenção, concentração e hiperatividade (45,6%). Ademais, os autores destacam que as crianças e os adolescentes estudados apresentaram mais de um sintoma, o que indica a possibilidade de comorbidades em relação aos problemas de saúde mental, ocorrência comum em psiquiatria da infância e adolescência. Há também a vulnerabilidade ao envolvimento com o crime.

No Brasil, existe até nos dias de hoje uma notificação aquém do esperado. Existe também uma discrepância de registros em relação a cada estado, discrepâncias estas que podem ser fomentadas por questões socioculturais e políticas específicas de cada região. Estados como o Mato Grosso, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina e Rio de Janeiro apresentam maior número de notificações, ao passo que estados como Rondônia, Amapá, Espírito Santo, Alagoas, Rio Grande do Norte e Tocantins que demonstram os menores percentuais de notificação da violência em crianças. Existe, todavia, no Brasil, uma baixa qualidade dos dados de notificação de violência, como a descrição mais detalhada das condições biopsicossociais a que a criança vítima de violência está sujeita, nem sempre se identifica o autor da violência, e as condições financeiras da família. Tal realidade denota a necessidade de se otimizar os serviços de notificação de violência do país (ASSIS *et al.*, 2012).

### **2.3. A violência infantil no Brasil**

No final do século XX, o Brasil promoveu alterações em sua legislação no sentido de promover a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Anos antes da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, várias entidades e movimentos sociais procuraram tornar conhecida a realidade vivenciada por crianças e adolescentes no país, mormente daquelas em situação de intensa pobreza. Até a promulgação do ECA, as leis que vigoravam no Brasil (o código de menores de 1927, posteriormente alterado em 1979) detinham um caráter punitivo/assistencialista, que propunham que cabia ao Estado o dever de corrigir os menores abandonados. Isso era feito mediante instituições correccionais, as chamadas Febems. A mobilização de alguns setores da sociedade contrários a essa postura do Estado possibilitou a promulgação ECA, que estabeleceu um novo paradigma no cuidado à criança e ao adolescente, fundamentado na proteção e garantia de direitos (BRANCO; TOMANIK, 2015).

A partir de então, define-se que o adulto tem a obrigação de proteger crianças e adolescentes e, de acordo com essa perspectiva, vitimizar crianças e adolescentes encontra-se na oposição do cumprimento desse dever.

Crianças e adolescentes se caracterizam como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Tal pensamento está consubstanciado no arcabouço jurídico atualmente vigente no país, por exemplo a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 e o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (BRANCO; TOMANIK, 2015).

De fato, o Estatuto da Criança e do Adolescente representa um dos principais instrumentos de defesa e proteção a crianças e adolescentes. A legislação supracitada se pauta na doutrina de proteção integral e afirma que a criança (indivíduo de 0 a 12 anos) e o adolescente (indivíduo na faixa etária entre 12 e 18 anos) são prioridade absoluta, considerados sujeitos de direito, com garantia de defesa (PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015).

Não obstante, a implementação desses princípios dentro dos lares esbarra em diversos atravessamentos. Primeiramente, é difícil coletar dados e realizar denúncias em casos envolvendo violência doméstica, o que acaba dificultando a elaboração de estimativas seguras (HIDELBRAND *et al.* 2015; ASSIS *et al.*, 2012). Outra dificuldade é a cumplicidade dos envolvidos no esforço por ocultar os casos, ou mesmo pela tolerância social em relação a essa violência (LOBATO, MORAES, NASCIMENTO; 2012; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA; 2014).

Infelizmente, além das dificuldades de se levantarem dados que são relevantes para o tema em questão, existe a dificuldade de se levantarem dados precisos no Brasil, que ainda padece com a falta de sistemas de registros mais acessíveis e exatos. Todavia, diversos projetos apresentam levantamentos interessantes. Segundo Rodrigues *et al.* (2017), tem ocorrido um aumento epidêmico de ocorrência de casos de violência no Brasil, e as notificações de violência contra criança e adolescentes, a despeito das estratégias adotadas em defesa da infância, vêm crescendo.

Em regra, são mais frequentes as notificações de violência cometidas contra crianças com idade de dez anos ou mais (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012; ASSIS *et al.* 2012, RODRIGUES *et al.*, 2017). Porém, acredita-se que as crianças com idade até cinco anos sejam as vítimas mais vulneráveis (NUNES, SALES, 2016, SILVA JÚNIOR *et al.*, 2017). Comumente, o autor da violência é alguém que passa muito

tempo próximo à criança. Os estudos apontam que a mãe é o agressor mais frequente, seguida do pai, do padrasto e da madrasta (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012; ASSIS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; BRANCO e TOMANIK, 2015; VALENTE *et al.*, 2015, MATTOS DA SILVA, LIMA, LURDERMIR, 2017; MAGALHÃES *et al.*, 2017, MAIA *et al.*, 2017).

No tocante aos tipos de violência mais frequentes, a maior parte dos estudos tende a apontar a negligência como a mais comum, seguida da violência física (ASSIS *et al.*, 2012; BRANCO e TOMANIK, 2015), violência sexual (ASSIS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; BRANCO e TOMANIK, 2015) e, por fim, a violência psicológica (ASSIS *et al.*, 2012; BRANCO e TOMANIK, 2015). Quase todos os estudos indicam que a maior parte das vítimas são meninas, mas discordam na diferença entre a quantidade de vítimas de cada sexo. Alguns estudos mostram uma proporção levemente superior de meninas vítimas de violência em relação ao número de meninos (ASSIS *et al.*, 2012; BRANCO e TOMANIK, 2015), ao passo que outros apontam uma considerável diferença entre o número de meninas e o número de meninos vítimas de violência (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

#### **2.4. Promoção da saúde e da cultura da paz**

A Atenção Básica à saúde tem como fundamento a proposta de cuidado integral do indivíduo. A Atenção Básica estrutura-se principalmente a partir da Estratégia de Saúde da Família, e esta prevê um cuidado integral dos usuários do serviço de saúde. Para tal, valoriza-se o estabelecimento da estreita relação entre os profissionais de saúde e a população, um vínculo estreito entre a população e os agentes de saúde (KANNO; BELODI; TESS, 2012; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Esse vínculo confere à ESF uma posição privilegiada no enfrentamento da violência. O profissional de saúde, em especial o Agente Comunitário de Saúde, representa um ator fundamental para a definição e validação das ações planejadas pela equipe. O conhecimento do profissional sobre o cotidiano das famílias e da comunidade é de grande valia no estabelecimento de estratégias e norteamento da equipe como um todo. Os agentes podem cumprir diferentes papéis: alertar as

equipes sobre os riscos ou o provável fracasso da ação planejada; “mediar conflitos” entre profissionais e moradores da comunidade; nortear a equipe na escolha do melhor dispositivo (consulta ou visita domiciliar); e identificar possíveis “aliados” na família ou vizinhança (quem fica mais com a criança? Quem o adolescente ouve mais?). O monitoramento e a avaliação da efetividade das intervenções propostas pelas equipes de Atenção Básica podem ser um papel do Agente Comunitário de Saúde. De mais a mais, a presença do Agente Comunitário de Saúde pode, sim, contar como um dos fatores que concedem à ESF o potencial para ser efetiva no combate à violência doméstica (MOREIRA *et al.*, 2014).

Outro potencial da Estrutura Saúde da Família são as equipes multidisciplinares, que possibilitam diversidade e estratégia no enfrentamento de problemas complexos como a violência doméstica (MOREIRA *et al.*, 2014; KANNO; BELODI; TESS, 2012; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Não obstante, há obstáculos na eficácia dos trabalhos da ESF no combate à violência doméstica. Primeiramente, se a proximidade do Agente Comunitário de Saúde com a população facilita o acesso às famílias, do mesmo tempo pode comprometer o processo de cuidar, pois obriga a equipe a agir com cautela diante de situações delicadas, já que estes profissionais estão também expostos a possíveis represálias. Não raras vezes, situações de violência frequente dentro de um lar coexistem com práticas ilegais e envolvimento com crimes por parte de um ou mais membros da família, o que intimida muitos dos agentes de saúde (KANNO; BELODI; TESS, 2012; EGRY *et al.*, 2017, MOREIRA *et al.*, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2015; DAIANE SILVA *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2017).

A literatura também traz a lume a falta de preparo dos profissionais da saúde para lidar com situações de violência intrafamiliar, denunciando a falta de conhecimento destes sobre o assunto (KANNO; BELODI; TESS, 2012; MOREIRA *et al.*, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2015; PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015; EGRY *et al.*, 2017).

Cabe destacar que a percepção do cuidar em saúde está atrelada a um espectro de compreensão do que se entende por esse conceito. Os sujeitos envolvidos podem também ser compreendidos como atores que, a partir dos conceitos ou representações que trazem consigo, avaliam o grau de liberdade de ação e sua conduta no exercício do cuidar. Desta forma, para que os agentes de saúde possam assumir uma postura mais flexível diante das complexas situações que precisam lidar no seu ofício, é necessário se atentar tanto a sua formação técnica quanto a sua compreensão sobre o seu trabalho (OLIVEIRA, 2014). Parte dos atravessamentos da atuação da Atenção Básica em saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças advém da não compreensão de violência como violência, da manutenção de significados sociais que são convergentes com conflitos violentos como prática de educação (KANNO; BELODI; TESS, 2012; PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015).

É fundamental trazer à tona uma breve discussão acerca do atravessamento relacionado ao modo de vida das pessoas envolvidas em situações de violência intrafamiliar. Egry *et al.* (2017) expõem a persistência do chamado “legado” da violência, que seria a maior probabilidade de expressão de comportamentos violentos em pessoas que sofreram agressões na infância, em comparação a pessoas que não possuem relatos de violência intrafamiliar neste período da vida. Essa realidade, somada ao reconhecimento social de que a violência e determinadas situações são de algum modo aceitáveis, ou que em algumas situações a vítima é culpada por ter “provocado” a violência, permite que se perpetue uma cultura de violência.

Nesse âmbito, a violência e seus efeitos tornam-se um campo de grande relevância para a saúde pública. A violência é responsável pelo adoecimento ou mesmo mortes de milhares de pessoas em nosso país e se apresenta por meio de atos praticados por pessoas, grupos ou classes (MOREIRA; BRANCO, 2016). Entretanto, deve-se compreender a violência tanto como uma questão de saúde pública quanto como uma questão de ordem político/social que deve ser levado em consideração. É nas interações sociais que a violência ocorre, influenciando profundamente as relações entre as pessoas e manifestando-se tanto nos espaços públicos quanto na privacidade dos lares (BELGA; LARA SILVA; DE SENA, 2017).

Moreira e Branco (2012) declaram que o ser humano está em constante desenvolvimento e seus comportamentos estão necessariamente inseridos dentro de um contexto social. Assim, ao mesmo tempo em que uma pessoa se comporta, ela está atrelada a uma rede de significados e de uma historicidade que é formadora de pessoas e transformada por atos. Isto é, tanto o comportamento das pessoas quanto o seu próprio desenvolvimento moral ocorrem num processo histórico de relação do indivíduo com a sociedade, num caráter dialógico.

Indiscutivelmente, a promoção da paz envolve a construção de convívios e estruturas sociais em que prevaleçam a tolerância, a igualdade e a justiça. A promoção da cultura da paz é um dos eixos norteadores da política nacional de promoção de saúde. Esta está intimamente relacionada à prevalência dos direitos humanos na sociedade. O estabelecimento dessa cultura parte necessariamente da ressignificação de certos paradigmas. O que necessariamente passa pela adoção de um **conceito amplo de paz**, o qual compreende a substituição da perspectiva da ideia de uma paz negativa (ausência de guerra) para a ideia de uma paz positiva, que abrange a proposição de uma comunidade integrada e harmônica (MOREIRA; BRANCO, 2016; ARTEAGA; HERNANDEZ; CHALA, 2017).

A “Cultura de paz” refere-se à promoção de uma nova maneira de ver e entender a convivência social. Não significa a ausência de conflitos, e sim uma cultura na qual as diferenças são resolvidas de forma pacífica e justa. Construir uma Cultura de Paz é promover as instituições adequadas para que a paz seja o princípio preponderante nas relações entre as pessoas, buscando, assim, o estabelecimento de mudanças nas dimensões dos valores, das atitudes e dos estilos de vida (ARTEAGA; HERNANDEZ; CHALA, 2017). A priori, a construção de uma Cultura de Paz necessita tanto de ações macro (repensar políticas públicas, estruturas institucionais etc.) quanto das ações micro, que dizem respeito ao comportamento dos indivíduos.

Portanto, pensar nos potenciais e nas limitações da Atenção Básica na quebra dos ciclos de violência é considerar a proteção e os direitos dos indivíduos, em especial das crianças (BELGA; LARA SILVA; DE SENA, 2017).

### **As representações sociais**

A Teoria das Representações Sociais foi inaugurada por Serge Moscovici no âmbito da psicologia social da década de sessenta, visando compreender a natureza do pensamento no contexto social.

[...] De fato, as imagens, as opiniões são normalmente definidas, estudadas, pensadas unicamente por traduzirem posição e as escala de valor do indivíduo ou da coletividade. Na realidade, trata-se somente de uma parte retirada da substância simbólica elaborada pelos indivíduos ou coletividades que, trocando suas maneiras de ver, tendem a se influenciar e a se remodelar reciprocamente [...] (MOSCOVICI, 2012, p. 46).

Pode-se definir a Teoria das Representações Sociais como a proposição de como as pessoas em sociedade elaboram, partilham e organizam suas teorias e concepções sobre sua realidade e de como se comportam os meios que possibilitam a partilha dessas teorias. Em vista disso, a teoria em questão se propõe a investigar o que se pensa (em um contexto social) sobre determinado tema ou propósito, por que se pensa (quais as funções de determinada representação no contexto social) e como se pensa (processos ou mecanismos psicológicos e sociais que possibilitam a gênese dessas representações) (MOSCOVICI, 2012).

Na formulação de sua teoria, Moscovici (2012) rompe com a premissa de que existe uma separação entre o social e o indivíduo. Para o autor, o indivíduo se insere numa construção histórica que lhe impõe uma lógica específica para a sua relação com a sociedade. Quando a pessoa exprime opinião com o objeto, ele já possui certa representação desse objeto, e esta representação o prepara para a ação a seguir, e neste processo reconstitui o ambiente em volta dessa mesma pessoa. As representações são partilhadas pelos sujeitos enquanto sujeitos sociais, que estão associados ao meio de convivência. A partir do referencial do seu grupo, os indivíduos interpretam a realidade, construindo conceitos e categorias. As relações não são estáticas, mas, na verdade, inserem-se num contínuo processo de resignificação. Enquanto isso, o grupo atua como um agente que seleciona as representações que permanecerão no círculo (BRANCO; TOMANIC, 2013).

A sociedade atual é composta por diversos segmentos coletivos, que se dividem em diferentes universos de pensamentos. Esses universos podem se diferenciar entre dois tipos, o **universo reificado** e o **universo consensual**. No universo reificado, transita o saber técnico e científico. Nesse universo, o saber é

dividido em especialidades, e o conhecimento se restringe às pessoas que guardam os léxicos próprios ao conhecimento e os comportamentos especializados. No universo consensual, por sua vez, o conhecimento é partilhado de maneira livre e espontânea pelas pessoas, no seu cotidiano. É o conhecimento de senso comum, em que se assentam as representações sociais (BRANCO, TOMANIK, 2013).

Para Moscovici (2012), as representações sociais apresentam dois papéis. Primeiro, elas **convencionalizam** os objetos ou os acontecimentos, atribuindo a eles um sentido e uma classificação. Elas fazem com que eles possam ser compreendidos. Representações são **prescritivas**, têm um potencial coercitivo e orientam um posicionamento do indivíduo. Isso se deve ao fato de que ela parte de uma tradição que antecede os indivíduos. Abric (2000), apud Reis e Belini (2009), atestam que as representações respondem a quatro funções: **função de saber**, as representações fornecem saberes práticos que permitem compreender e explicar a realidade; **função identitária**, as representações resguardam a identidade do grupo, orientando as pessoas no seu campo social; **função de orientação**, as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas de forma coercitiva e externa ao indivíduo. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um círculo social; **função justificadora**, as representações fornecem a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos.

Assim, cada círculo social adota as suas representações, de modo que os diferentes universos empregam suas próprias lógicas e seguem raciocínios singulares que podem não ser adequadamente compreendidos por pessoas que não estejam devidamente familiarizados aos símbolos e conceitos partilhados pelo grupo com o qual interagem. Todavia, mesmo que esse raciocínio, essa lógica, apresente um aspecto exótico ou errado para alguém que não pertença ao grupo social no qual tal lógica se insira, ele tem uma utilidade prática no grupo em que é partilhado. As representações não se tratam de imagens partilhadas, mas sim de teorias a respeito dos conceitos, as quais atuam de modo a transformar o não familiar no familiar, o incompreensível em compreensível, mediante dois processos, a **ancoragem** e a **objetivação**.

A **ancoragem** é o processo pelo qual procuramos classificar, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não-familiar. Neste processo, o

indivíduo associa o objeto novo a um conceito que já domina, domesticando a novidade sob pressão dos valores do grupo. Sendo assim, a ancoragem não é um processo individual, mas um processo que parte de sua realidade social vivenciada (SPINK, 1993). Moscovici (2012) aponta que a ancoragem insere a representação numa rede de significações que permite torná-las compreensíveis dentro de um contexto de valores.

A **objetivação** faz parte de um processo no qual procuramos unir um conceito com uma imagem, que faz com que noções abstratas sejam transformadas em algo concreto, tangível. O objeto tangível torna-se, então, observável e pode ser transplantado para o exterior; evidencia como os objetos se integram ao mundo exterior (MOSCOVICI, 2012). Tal processo transcorre em três momentos. Inicialmente, a informação é descontextualizada através de critérios normativos e culturais; em seguida, forma-se um núcleo figurativo, uma estrutura que reproduz de maneira figurativa um conceito; e, por fim, a naturalização, que seria a transformação dessas imagens em elementos comuns (SPINK, 1993).

Segundo Moscovici (2012), ainda que indivíduos se organizem em grupos diferentes na sociedade, existem conjuntos de proposições, de reações ou avaliações que são comuns a todos. São elementos comuns porque formam a opinião pública. No entanto, as proposições, reações ou avaliações são vivenciadas de maneira diferente conforme os segmentos ou grupos estabelecidos na sociedade, formando um universo de representações dentro de uma sociedade, tão variadas quanto o sejam o número de grupos ou culturas existentes. Cada um dos grupos tem por excelência três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem.

A informação remete à organização dos conhecimentos que o grupo possui a respeito de um determinado assunto. O campo de representações corresponde à imagem derivada da gama de informações formuladas pelo grupo, que são o conjunto de opiniões, as asserções sobre o tema indagado e o comportamento das pessoas em relação ao tema (MOSCOVICI, 2012). Os meios de comunicação, neste contexto, assumem um papel de destaque, conforme Moscovici (2012). O autor constatou a participação da imprensa (jornais, rádios, conversas) para a formação

dos pontos de referência onde ancoraram as falas das populações estudadas em seu livro: **A psicanálise, sua imagem e seu público**.

No seu trabalho, o autor constatou similaridade entre a representação dos sujeitos a respeito do tema psicanálise e a psicanálise na imprensa à qual o indivíduo tinha acesso. Deste modo, a variação de opiniões entre os indivíduos se relaciona, também, à variedade da imprensa. Percebe-se que, mediante a divulgação de informações, os conceitos científicos adentram no espaço do senso comum.

Ao analisar os diferentes tipos de veículos de comunicação, o autor assinala três modalidades diferentes de comunicação: a **difusão**, a **propagação** e a **propaganda**. A **difusão** é uma modalidade em que o comunicador se confunde com o receptor da informação, pois o profissional de comunicação usualmente retransmite a informação recebida por parte de um entrevistado. O objetivo principal dessa modalidade é fornecer um conhecimento comum e atender às demandas de um público. A **propagação** é uma modalidade de comunicação adotada por um segmento de pessoas que possui um campo de representações bem organizado e tem o escopo de acomodar os novos conhecimentos ao seu conjunto de símbolos. Como exemplo de propagação pode se apontar a publicação religiosa. A **propaganda** representa uma modalidade de comunicação que se baseia na contestação de uma informação, na contraposição de um conjunto de representações diante da informação apresentada (DOISE, 2014).

Branco e Tomanic (2013), ao analisarem os recursos para se modificarem representações sociais em função da promoção da saúde, reconheceram o potencial da mídia nesse sentido, principalmente através do uso de propagandas. Os autores reconheceram, ainda, o potencial da escola na construção e promoção de representações sociais.

Atualmente, em 2018, cabe refletir sobre o potencial da mídia independente, difundida na internet na construção de representações sociais.

Todo esse processo é mediado pela linguagem e através dela é que se constrói o significado a partir da informação. É por meio da mediação da linguagem

que o próprio processo de ancoragem se estabelece, é através da linguagem que um objeto é conhecido socialmente, ao mesmo tempo em que se diversifica o número de significados que as palavras do dialeto em questão venham a oferecer (MOSCOVIC, 2012).

Deste modo, as representações se constroem como um pensamento natural que emerge das relações sociais. Este se estabelece a partir da emissão de uma opinião, do posicionamento “a favor” ou “contra” uma proposição. Assim, o pensamento natural é um fim em si mesmo e objetiva a aprovação, o conhecimento e, sobretudo, a orientação do sujeito em seu meio social. Obviamente, o pensamento natural se baseia em uma série de relações operatórias e de um sistema lógico característico. (MOSCOVICI, 2012). O saber das representações sociais é, pois, um saber diferente do científico, mas de modo algum inferior, haja vista que exerce papel fundamental na reprodução das sociedades e culturas e promove uma dinâmica social que constrói o pensamento comum. Deste modo, o senso comum não desaparece e não é substituído pela ciência, mas se apropria de elementos da ciência.

Quando conceitos da ciência são assimilados pelo conhecimento comum, pelas representações sociais, eles não são vulgarizados ou empobrecidos, são transformados num novo tipo de saber, que se expressa em sentidos simbolicamente relevantes para a comunidade. Foi o que Moscovic percebeu ao avaliar os sentidos associados aos conceitos da psicanálise quando descritos pelo público leigo (JOVCHELOVITCH, 2014).

Moscovici (2012) mostrou, ainda, alguns mecanismos que estruturam o pensamento informal. Entre eles, destaca-se a **repetição informal**, a **causalidade mista**, o **primado da conclusão**, bem como a **analogia** e a **compensação**. A **repetição informal** se constitui de um estoque de clichês e frases prontas que afirmam as representações do sujeito. O uso recorrente dos clichês fornece a ele uma maior facilidade de comunicação e uma economia de pensamento. A **causalidade mista** é a atribuição de relação de causalidade entre dois acontecimentos que ocorrem ao mesmo tempo, sem que tenham de fato uma relação entre si. O **primado da conclusão** significa o esforço racional do sujeito em esclarecer ou justificar uma conclusão que ele já obteve de antemão. O autor

classificou a **analogia** e a **compensação** como princípios de organização intelectual.

A **analogia** corresponde à associação de diferentes conceitos, é a mediação entre eles que promove a economia de informações. A **compensação** denota a distinção do que pertence ao eu e ao outro, uma separação de grupos de identidade. Esta geralmente recorre à justificação, que descreve a relação, ou não relação do sujeito com o objeto, e a conversão, que promove a mudança do objeto na relação.

### **Representações sociais e violência**

O enfrentamento da violência está fortemente relacionado à compreensão do fenômeno à luz da Teoria das Representações Sociais, mais especificamente a compreensão das representações sociais mantidas e aceitas pelos agentes responsáveis pela perpetuação de ações violentas (BRANCO; TOMANIK, 2013). As representações sociais se inserem num contexto social, e deste não podem ser discriminadas. Em suma, compreender os significados partilhados pelo grupo ao qual o sujeito pertence pode ser de grande valia para se entender o porquê de determinadas condutas (CRUS, 2006).

Diversos autores defendem que há uma correlação entre o crescimento em um ambiente violento durante a infância e a adoção de uma conduta violenta na vida adulta (BRANCO; TOMANIK, 2013, DAIANE SILVA *et al.*, 2015, EGRY *et al.*, 2017). De igual modo, constatam que, graças a percepções tradicionais da sociedade, a violência intrafamiliar torna-se, em certa medida, socialmente aceita e, conseqüentemente, invisível socialmente, pois, ao naturalizar a agressão, deixa-se de questioná-la e de percebê-la (GALINKIN; ALMEIDA; ANCHIETA, 2012, BRANCO; TOMANIK, 2013, PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014, MOREIRA *et al.*, 2014, DAIANE SILVA *et al.*, 2015, EGRY *et al.*, 2017).

Para muitos autores, percepções sociais podem promover punições seletivas por parte da sociedade a diferentes cidadãos, punições estas que variam de acordo com o status social aparente de uma família. Isso ocorre principalmente em relação a casos de negligência com a criança. Por exemplo, uma criança que sofre violência doméstica, mas vive em uma casa abastada e com uma família rica, muito pouco

provavelmente receberá socorro dos órgãos de proteção social. Crianças que vivem em lares humildes, por sua vez, muito provavelmente serão alcançadas pelos órgãos de proteção social. Algumas vezes, sem que haja, de fato, necessidade de serem protegidas (HILLESHEIM *et al.*, 2008, BRANCO; TOMANIK, 2013, MATA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017).

Segundo Porto (2006), a partir da perspectiva da Teoria das Representações Sociais, deve-se analisar os sentidos que os atores (agentes ou vítimas) atribuem às suas representações e às suas práticas. Pensada de um ponto de vista subjetivo, violência precisaria considerar, igualmente, o que diferentes indivíduos e populações compreendem como violência e o que sabem sobre ela. Parte-se do pressuposto de que essa representação interfere na própria realidade da violência, pois compreende que existem contextos que podem ser mais ou menos favoráveis ao desenvolvimento da violência. Deste modo, reputar violência a algo ou alguém necessariamente perpassa por captar as relações entre objetividade e subjetividade da violência, estratégia que o enfoque das representações sociais possibilita.

Moreira *et al.* (2012) asseveram que em famílias nas quais se identificam situações de violência intrafamiliar ocorre uma circulação no papel de agressor e vítima. De com os autores, a violência se estabelece como forma de resolução de conflitos e o início da agressão normalmente está associado ao papel hierárquico atribuído ao agressor (o homem da casa, o pai, a mãe).

Para Milani (2003), a construção do estado de violência é sobretudo um processo histórico e cultural, pois, ainda que cada ato violento ocorra dentro de uma situação singular, está relacionado a um contexto cultural que o possibilitou. O autor discrimina dois contextos culturais. Um diz respeito à cultura da paz, que é a ideal, deve ser buscada. O outro é a cultura da violência, a qual cria um contexto de incentivo aos comportamentos violentos. Segundo o autor, a humanidade não é inerentemente violenta ou pacífica, de modo que a construção de um ambiente pacífico requer o esforço por parte das pessoas e das instituições em sua promoção.

Branco e Tomanik (2013), ao entrevistarem profissionais que atuavam no Sistema de Garantia de Direitos (SGD), grupo de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, separaram as representações dos participantes da

pesquisa em três grupos de atuação, denominados de eixos. O primeiro eixo envolve a identificação das situações de violência; o segundo eixo trata da proteção do adolescente vitimizado; e o terceiro eixo corresponde à responsabilização do agressor.

No primeiro eixo, a capacidade de identificar os sinais e indícios de uma situação de violência é de vital importância para o enfrentamento de situações de violência doméstica contra crianças, uma vez que é o reconhecimento da situação que torna possível a denúncia. O segundo eixo aponta o reconhecimento de que a proteção da criança perpassa também pela educação das famílias, visto que se reconhece nestas o maior potencial para a proteção das crianças. Dessa maneira, deve-se propagar, através da divulgação de informações e da orientação dos pais, práticas mais saudáveis de educação das crianças e orientação também a estes de como proceder quando um membro da família age de modo violento contra uma das crianças (BRANCO, TOMANIK, 2013).

O terceiro eixo refere-se à responsabilização dos agressores. A responsabilização pode ser compreendida entre duas possibilidades. A primeira incorre na responsabilização legal dos envolvidos na agressão contra a criança. A segunda perpassa pela concessão de uma oportunidade de reflexão ao agressor. Cientes de que, muitas vezes, quem agride uma criança em casa tem um histórico de violência no seu passado, existe a possibilidade real de conceder ao agressor uma oportunidade de lidar com o passado e refletir sobre suas ações no presente. No tocante à responsabilização legal dos agressores, só uma pequena parte dos casos identificados, cerca de um quarto (25%), chegam a se tornar, de fato, em processos, provavelmente influenciados por representações que levam a autoridades competentes a titubear sobre o seu dever em tais circunstâncias (BRANCO, TOMANIK, 2013).

Sem sombra de dúvidas, compreender a necessidade de ações em relação à violência depende de se levar em conta que existem não só atos de violência, como também representações sobre esses atos. A pesquisa da violência a partir da Teoria das Representações Sociais traz consigo uma quebra de paradigmas ao desconsiderar que os conceitos sociais não são meramente instintivos, mas racionais e submetidos a uma lógica própria.

Avaliar as representações a partir desse paradigma é incorporar a análise das ideias de valor no processo de conhecimento da explicação do fenômeno. Ou seja, é reconhecer que as representações dos indivíduos interferem nos processos de organização das ações e relações sociais (PORTO, 2006).

### **3.METODOLOGIA**

Este estudo faz parte de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de caráter qualitativo e quantitativo. Segundo Sampieri, Colado e Lúcio (2006), estudos descritivos são aqueles em que se procura relatar, apontar ou delinear as características de grupos, pessoas, comunidades, entre outros fenômenos. Um estudo descritivo tem como objetivo coletar ou mensurar informações e dados adquiridos ao longo do desenvolvimento da pesquisa, não necessariamente pretendendo indicar como estas se relacionam. Consoante Pope e Mays (2009), a pesquisa qualitativa apresenta um caráter interpretativo e se difere da pesquisa quantitativa em diversos aspectos. Primeiramente, a pesquisa qualitativa possui uma

postura de “desfamiliarização” em relação ao objeto de estudo a ser estudado. Outra característica da pesquisa qualitativa é que ela estuda pessoas em seus ambientes naturais, em lugar de ambientes artificiais e experimentais. Portanto, a presente pesquisa trabalhou com os dois aspectos, a análise qualitativa e a quantitativa.

Inicialmente, a pesquisa selecionou casos em que o atendimento em psicologia do Nasf do Município de Ivaté confirmou a existência de situações de violência nos anos de 2015 e 2016. Neste período, foi possível identificar 39 quadros com violência dentro de casa, praticada contra crianças e adolescentes. Reconheciam-se, como violência doméstica, situações em que havia agressão física à criança, negligência e afastamento de um ou de ambos os pais, conjunturas nas quais a criança estava exposta a ameaças, agressões verbais ou suspeita de violência sexual. Foram excluídos os casos de negligência em que os responsáveis por estes atos possuíam pronunciado comprometimento cognitivo ou doença mental crônica.

Foram consultados os prontuários das crianças e dos adolescentes selecionados, efetuando um levantamento retrospectivo dos atendimentos em saúde prestados a eles nos últimos seis anos. Para tanto, foram levantados os registros médicos prestados no pronto atendimento do município, os registros de consulta médica agendados no município e o registro de atendimentos constantes no sistema digital online e SUS dos últimos seis anos. Então, foi possível dar seguimento ao exame documental e à devida exploração do material, conforme os princípios da análise de conteúdo (BARDIN, 2010).

Em um segundo momento, aplicaram-se entrevistas semiestruturadas aos agentes comunitários de saúde do município. O modelo da entrevista (Apêndice 1) foi construído a partir da adaptação de dois roteiros de entrevista, um elaborado por Vollet (2012), outro elaborado por Spaziani (2013). Foram também utilizados para a elaboração do questionário elementos presentes no instrumento para identificação de violência contra crianças proposto por Revorêdo (2016). A coleta ocorreu por meio de entrevistas gravadas, posteriormente transcritas e analisadas em seu discurso. Cada entrevista era realizada em um único encontro, numa sala fechada,

destinada aos atendimentos de Psicologia do Município, onde estavam presentes somente o pesquisador e a participante, com o fim de garantir a privacidade desta.

As entrevistas transcritas foram analisadas por meio da **decifração estrutural**, em que se procura avaliar os elementos de enunciação, de análise do discurso, da narrativa e da psicanálise. Trata-se de procurar no discurso a estruturação específica, a dinâmica pessoal, que rege o indivíduo por trás das palavras (BARDIN, 2010). Nesse caso, adotou-se, como orientação teórica para se avaliar o discurso das participantes, a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012).

### **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Ivaté, localizado no noroeste do Paraná, a 644 quilômetros da capital, Curitiba. O Município de Ivaté está inserido na Microrregião Noroeste do Estado do Paraná, com área de 407,3 km. Encontra-se nas proximidades do Rio Ivaí. Conta com uma população aproximada de 9.512 habitantes, se considerado o distrito de Herculândia, e possui uma prevalência de crianças e jovens ligeiramente menor que a média nacional. A economia local se fundamenta no setor agropecuário, mormente nas usinas de açúcar e no setor de serviços (Brasil, IBGE, 2016).

A população urbana é composta de muitos trabalhadores rurais, que atendem à demanda de mão de obra da colheita da cana. A demanda é complementada por uma migração sazonal de aproximadamente 400 pessoas vindas de Minas Gerais e Bahia e das redondezas, que se deslocam à procura de trabalho no corte de cana-de-açúcar. Devido ao fato mencionado, desde 1992, o município de Ivaté possui uma população eclética, que reúne pessoas de diferentes regiões do país.

### **Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa seguiu os critérios éticos que envolvem humanos. Isto é, conforme proposto pela resolução nº 466/12, foi encaminhado para a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar. Após a aprovação nº 2022086 (anexo 2), a pesquisa foi realizada. Antes da aplicação de cada entrevista, o participante era esclarecido acerca da finalidade da pesquisa e do direito à

privacidade. Assim, demonstrado ter compreendido a explicação do pesquisador e concordado com a pesquisa, era lhe solicitado que assinasse o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento.

Também foi solicitada da secretária de saúde do município de Ivaté autorização para o devido acesso aos registros de atendimentos em saúde prestados pelo município, o que foi devidamente emitido (anexo 1). O pesquisador também se comprometeu a preservar a privacidade das informações pessoais dos pacientes com a assinatura de um termo de confidencialidade (anexo 3).

#### **4 ARTIGO 1**

## **PERFIL DAS FAMÍLIAS E DO ATENDIMENTO EM SAÚDE PRESTADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO INTERIOR DO PARANÁ**

**Profile of families and health care provided to victims of domestic violence in the interior of Paraná**

### **Resumo**

A despeito da legislação Brasileira atual, que visa proteger e garantir os direitos da criança e do adolescente, a violência doméstica ainda é uma realidade presente no país. O presente artigo buscou analisar o perfil das famílias e do atendimento em saúde prestado pelo Núcleo de apoio à Estratégia Saúde da Família (Nasf) às crianças vítimas de violência doméstica no interior do Paraná. Trata-se de uma pesquisa descritiva documental, que analisou o perfil das famílias que possuem crianças vítimas de violência doméstica em seu meio e levantou a frequência de atendimentos prestados a essas crianças. Os resultados encontrados mostraram

que a maior parte das famílias adota a violência como forma de resolução de problemas e que as crianças vítimas de violência raramente são identificadas nos atendimentos em saúde do município. Tais resultados indicam não só a necessidade do reforço da educação continuada para os profissionais de saúde, mas também de novas estratégias e técnicas que melhorem o desempenho dos profissionais de saúde no enfrentamento do problema.

**Palavras-chave:** violência doméstica, adolescente, agressão, negligência.

### **Abstract**

Despite the current Brazilian legislation, which aims to protect and guarantee the rights of children and teenagers, domestic violence still is a reality present in the country. This article sought to analyse the profile of families that showed cases of domestic violence identified by the Nasf of a small town in Paraná, assessing the history of violence, the characteristics of the families and pull the records of health support given to children victims of domestic violence. Is a descriptive documentary research that analyzed the profile of families who have children victims of domestic violence in their environment and raised the frequency of care given to these children. The data found shows that most of the families present a systemic state, where violence is adopted as a way to solve problems and that the children victims of violence are rarely identified during health assessment in the town. This result indicates the need to provide more training to health professionals and to elaborate new strategies to promote health in order to improve the performance of health professionals in the confrontation against this issue.

**Key words:** domestic violence, teenager, assault, negligence.

### Introdução

A violência doméstica contra crianças pode ser definida como o ato, ou omissão, praticado pelos responsáveis ou indivíduos da convivência íntima da vítima, que gere danos de qualquer natureza (MAGALHÃES *et al.*, 2017). Essa violência ocorre dentro de um contexto de normas sociais que difundem práticas de violência por meio de conceitos tradicionais, de modo que a violência se perpetua por meio da cultura. Em geral, a violência doméstica responde pela maior parte dos casos de violência praticada contra crianças. Tais práticas têm em geral alto grau de reincidência e frequentemente resultam em sofrimento emocional, ou mesmo físico, da vítima (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

A criança que está submetida à constante violência apresenta, com frequência, sinais e sintomas resultantes do sofrimento que está lhe sendo infligido, como dificuldade de aprendizado, menor tolerância à frustração, agressividade com colegas e outras pessoas, dificuldade de lidar com as próprias emoções e repetição da violência com outras crianças. Quando adultos, podem vir a apresentar dificuldades de relacionamento, com uniões frágeis e instáveis ou reproduzir o comportamento agressor (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; HIDELBRAND *et al.*, 2015). Achados clínicos, também, correlacionam a exposição ao sofrimento e à angústia na infância ao desenvolvimento de distúrbios mórbidos, de várias naturezas, na vida adulta, como obesidade, diabetes do tipo II, doença inflamatória intestinal, distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, entre outros (PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015, CAMPOS JÚNIOR, 2016).

Em razão da necessidade de proteção especial à criança e ao adolescente, adotou-se, na política brasileira, desde a constituição de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O estatuto, reafirmado em 1990, institui a obrigatoriedade de notificação das situações de violência e a política de amparo e defesa das crianças e dos adolescentes, considerando o valor essencial destas como cidadãos e responsáveis pelo futuro. O ECA atua em três eixos: promoção dos direitos mediante políticas sociais básicas; defesa dos direitos, mediante intervenções de órgãos de proteção, e controle social, mediante a participação da sociedade na formulação de leis (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2017; BARBIANI, 2016).

Em 2011, com a publicação da Portaria 104, de 25/01/2011, foram incluídas na lista de agravos as situações de violência sexual, entre outros tipos de violência, tornando-os também de notificação obrigatória. Segundo Egrý, Apostólico e Morais (2018), a notificação é um dos mais importantes instrumentos para o combate à violência infantil, pois dela derivam os demais procedimentos a serem adotados pelas redes de proteção à criança. Os autores pontuam que a notificação pode ser considerada um ato de cuidado, já que possibilita a adoção de medidas adequadas de intervenção psicossocial nas famílias e atendimentos em saúde às vítimas.

Todavia, a implementação desses princípios dentro dos lares esbarra em diversos atravessamentos. Primeiramente, é difícil coletar dados e realizar denúncias em casos que envolvam violência doméstica, o que acaba dificultando a

elaboração de estimativas seguras (HIDELBRAND *et al.* 2015, ASSIS *et al.*, 2012). Outra dificuldade é a cumplicidade dos envolvidos no esforço por ocultar os casos (LOBATO, MORAES, NASCIMENTO; 2012; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA; 2014), ou mesmo pela tolerância social em relação a esse tipo de violência (PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Diversos estudos apontam que a violência doméstica que vitima crianças e adolescentes é ainda uma realidade muito presente no Brasil. De modo geral, são mais frequentes as notificações de violência cometidas contra crianças com idade de dez anos ou mais (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012; ASSIS *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2017). Porém, acredita-se que as crianças com idade até cinco anos sejam as vítimas mais vulneráveis (NUNES e SALES, 2016; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2017). Em geral, o autor da violência é alguém que passa muito tempo próximo à criança. Os estudos apontam que a mãe é o agressor mais frequente, seguida do pai, do padrasto e da madrasta (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012, ASSIS *et al.*, 2012, OLIVEIRA *et al.*, 2011, BRANCO e TOMANIK, 2015, VALENTE *et al.*, 2015, MATTOS DA SILVA; LIMA; LURDERMIR, 2017, MAGALHÃES *et al.*, 2017, MAIA *et al.*, 2017).

No tocante aos tipos de violência mais frequentes, a maior parte dos estudos aponta a negligência como a mais comum, seguida da violência física, violência sexual e, por fim, a violência psicológica (ASSIS *et al.*, 2012; BRANCO e TOMANIK, 2015). Em geral, quase todos os estudos mostram que a maior parte das vítimas são meninas, mas discordam na diferença entre a quantidade de vítimas de cada sexo. (ASSIS *et al.*, 2012; BRANCO e TOMANIK, 2015; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Concebe-se, atualmente, a violência doméstica não só como uma questão legal, mas também como um problema de saúde. A Organização Mundial da Saúde preconiza que as intervenções nessas circunstâncias se efetuem em qualquer nível, seja primário, seja secundário, seja no terciário.

A intervenção em âmbito primário tem por objetivo evitar a sua ocorrência, mediante a promoção de ações de prevenção e de cuidado (OLIVEIRA; SIMÕES, 2014). Cabe à Atenção Básica em saúde atuar ativamente na proteção da criança,

identificando e intervindo do modo mais assertivo possível nas situações de violência e agravo que se estabeleçam dentro dos lares e ambientes domésticos. Compete à Atenção Básica, deste modo, promover ações de alcance individual e coletivo, que objetivem a promoção de saúde, a prevenção de agravos e o auxílio na recuperação e reabilitação. Deve ainda atuar com uma perspectiva ampla em saúde, que contemple o cidadão em todos determinantes biológicos, psicológicos e sociais (KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Tal caráter confere à Atenção Básica um importante potencial no enfrentamento da violência contra crianças, haja vista que o cuidado integral aos usuários do serviço de saúde valoriza a formação de um sólido vínculo com as comunidades a serem atendidas. Por meio de estratégias de aproximação, são identificadas as demandas e dificuldades enfrentadas pela comunidade atendida (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como porta de entrada preferencial da Atenção Básica, é fundamentada na abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade. A propósito, é composta por equipes da saúde da família que envolvem enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS, particularmente, no papel de interlocutores entre a comunidade e os serviços de saúde, abrem amplas possibilidades de identificação e de intervenção em situações de violência doméstica contra crianças (MOREIRA *et al.*, 2014). Não obstante, existem também obstáculos à eficácia dos trabalhos das equipes da ESF no combate à violência doméstica. Primeiramente, se a proximidade do Agente Comunitário de Saúde com a população facilita o acesso às famílias, do mesmo tempo pode comprometer o processo de cuidar, pois obriga a equipe a agir com cautela diante de situações delicadas, uma vez que esses profissionais estão também expostos a possíveis represálias caso reportem alguma situação de violência à equipe de saúde. Muitas vezes, situações de violência frequente dentro de um lar coexistem com práticas ilegais e envolvimento com crimes por parte de um ou mais membros da família, o que intimida muitos dos agentes de saúde (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; EGRY *et al.*, 2017, MOREIRA *et al.*, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; LOBATO, MORAES, NASCIMENTO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2015; DAIANE SILVA *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2017).

A literatura também aponta a falta de preparo dos profissionais da saúde para lidar com situações de violência intrafamiliar, denunciando a falta de conhecimento destes sobre o assunto (KANNO; BELODI; TESS, 2012; MOREIRA *et al.*, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014, LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2015; PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015; EGRY *et al.*, 2017).

Da mesma forma, a atuação dos profissionais da Atenção Básica em saúde, no enfrentamento da violência doméstica contra crianças, esbarra na complacência ou mesmo na omissão dos profissionais frente a situações mais sutis de violência, que, com frequência, são naturalizadas na sociedade como práticas tradicionais de educação (KANNO; BELODI; TESS, 2012; PINTO JÚNIOR; CASSEP-BORGES; SANTOS, 2015, BARBIANI, 2016).

O Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (doravante Nasf), dada a sua natureza interdisciplinar, tem notável potencial para promover o enfrentamento desse problema, seja pelo apoio e orientação que fornece às outras equipes de saúde, seja mediante o estabelecimento de um Projeto Terapêutico Singular quando necessário (GOIS DOS SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados em janeiro de 2008, com a proposta de fornecer apoio interdisciplinar às equipes de Atenção Básica e estender as possibilidades de ofertas de cuidado aos usuários (GÓIS DOS SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017). Ainda que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tenha um papel fundamental na atuação contra a violência doméstica, a literatura aponta a importante atuação das equipes do Nasf no apoio, na orientação e na resolução de casos identificados de violência (MOREIRA *et al.*, 2014).

## **Material e métodos**

Trata-se de uma pesquisa documental quantitativa desenvolvida mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer 2022086. A pesquisa foi realizada no Nasf, em um município do interior do Paraná, localizado a 644 quilômetros da capital Curitiba. Esse município conta com uma população

aproximada de 9.512 habitantes (Brasil, IBGE, 2016). O Nasf local dispõe de uma equipe composta por três profissionais: psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Tais profissionais atuam de forma interdisciplinar na avaliação, no encaminhamento e no atendimento dos casos recebidos. Também são realizadas intervenções em parceria com outros órgãos, como a Atenção Básica em saúde e os serviços de assistência social.

Foram consultados os registros de atendimentos das crianças, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde. O pesquisador também se comprometeu a preservar a privacidade das informações dos pacientes com a assinatura de um termo de confidencialidade.

Selecionaram-se, como período para consulta, os anos de 2015 e 2016. Foi realizado levantamento dos casos de crianças e adolescentes que apresentavam histórico de risco psicossocial associado à violência doméstica atendido pelo setor de Psicologia. Esses prontuários oferecem informações a respeito do paciente e têm o objetivo de organizar os procedimentos relacionados ao acompanhamento psicológico. Classificaram-se como violência doméstica situações em que havia agressão física à criança, negligência e abandono por um ou ambos os pais, situações em que a criança estava exposta a ameaças ou a agressões verbais e suspeita de violência sexual.

Com vistas a verificar o histórico de saúde das crianças identificadas por meio do levantamento no Nasf, foram consultados os prontuários delas no Serviço de Saúde do Município e no sistema digital online e-SUS, referentes aos últimos seis anos, incluindo consultas de rotina e de pronto atendimento, com o intento de verificar queixas, diagnóstico e número de atendimentos prestados a cada ano. Em posse dos registros, deu-se seguimento à análise documental. Segundo Bardin (2010), a análise documental pode ser assim definida:

“[...] uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência” (CHAUMIERC (1974), in BARDIN, 2010, p. 47).

Ao fim da fase preliminar, deu-se segmento à fase mais extensa, de exploração do material a ser analisado, na qual foram aplicadas operações de

codificação: a **pré-análise**, a exploração do material e a inferência e interpretação dos dados; a **aplicação sistemática** dos procedimentos de análise adotados, em que se construiu o processo de análise para verificar, a partir da pesquisa, quais outras demandas em saúde mais frequentemente acometem crianças identificadas como vítimas de violência doméstica, conforme proposto por Bardin (2010).

## Resultados e discussão

Entre o início do ano de 2015 e fim do ano de 2016, foram identificados 39 registros de vulnerabilidade associada à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Entre os casos, 22 vítimas eram meninas e 17 eram meninos. Dos casos identificados, apenas 1 era contra uma criança com menos de cinco anos; 21 casos foram identificados com crianças na faixa de idade dos seis aos dez anos de idade, e os demais casos foram identificados em adolescentes (12 anos de idade ou mais).

**Tabela 1:** Distribuição das vítimas, segundo sexo e grupo etário.

	<b>Vítimas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	22	56
	Masculino	17	44
<b>Grupo etário</b>	Menos de 5 anos	1	2
	Entre 5 e 11 anos de idade	21	54
	Acima de 12 anos de idade	14	35

Na maioria dos casos, a mãe foi a principal responsável pela agressão sofrida pelas crianças, em especial pela agressão contra meninas. Ressalta-se, entretanto, que, em grande parte dos casos, havia mais de um agressor em casa, de modo que, ainda que mais comumente a mãe fosse a principal responsável pela agressão, o

pai, padrasto ou outros parentes que vivessem na mesma casa eram também responsáveis pela situação.

Dos 39 casos identificados de violência doméstica contra crianças, a mãe era ou participante ou a principal responsável por 64,1%, 25 deles; o pai era o principal responsável ou participante em 51,3%, 20 das situações; tios e outros parentes mais distantes participaram de 18%, 7 das ocasiões; irmãos participaram em 12,6%, 5 dos casos; padrastos, em 10,3%, 4 dos eventos; e avós/avôs, em 5,1%, 2 das ocasiões.

**Tabela 2:** Caracterização dos agressores em frequência (F) e porcentagem (%)

	<b>Caracterização do agressor</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Agressor</b>	Mãe	25	64
	Pai	20	51
	Parente mais distante (tio, primo)	7	18
	Irmão	5	13
	Padrasto	4	10
	Avô/Avó	2	05
<b>Adversidades associadas na família</b>	Mais de um agressor	24	62
	Ocorrência de violência interparental	21	54
	Histórico de envolvimento com crimes	12	31
	Histórico de doença mental crônica ou uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas	11	28

---

Em doze dos casos identificados, verificou-se na família histórico de envolvimento com atividades criminosas e prisão de parentes próximos do menor identificado como vítima. Em 28,2% dos fatos, havia caso de doença mental crônica ou de uso crônico de substâncias psicoativas em algum dos parentes próximos que viviam na mesma casa da criança. Casos como o descrito a seguir ilustram o contexto de violência que, com frequência, acometem crianças:

*VML, sexo feminino (11 anos), que morava com a mãe, o padrasto e a irmã (4 anos), esta filha de seu padrasto e de sua mãe. VML viveu com a avó materna até os oito anos de idade, quando foi para a casa da mãe, que, nesta época, já era casada com o padrasto. Logo nos primeiros meses, VML foi obrigada a assumir todas as tarefas de casa, a limpeza das roupas, da louça, entre outras atividades, e tinha praticamente todo o seu tempo fora da escola ocupado com esses serviços. A mãe vistoriava minuciosamente a casa quando chegava do trabalho, na expectativa de encontrar algum motivo para punir a menina, às vezes se irritava quando não o encontrava. A mãe também incentivava a irmã pequena de VML a denunciar a garota, e, caso esta o fizesse, VML era punida sem nenhum direito a se justificar. As punições eram sempre físicas. O padrasto cooperava na manutenção da situação, sempre no argumento de que faziam isso para o bem da própria VML. O padrasto começou a procurar mais contato físico com a menina, sempre com justificativas vagas. Em uma ocasião, ele pediu para que a menina erguesse a saia após uma surra aplicada pela mãe, sob o pretexto de que queria conferir seus vergões. Posteriormente, ordenou que a menina lhe mostrasse as suas partes íntimas, pois queria conferir se ela não tinha “perdido a sua virgindade”. Os professores, ao perceberem a mudança gradativa no comportamento de VML, solicitaram a parceria do serviço de proteção à criança do município (CREAS) e da Atenção Básica em saúde. Após averiguação, foi confirmada a situação de exposição à violência doméstica, então foram adotadas as devidas providências legais (retirada da guarda da mãe e concessão da guarda à tia materna, mas permitindo acesso irrestrito da mãe para entrar em contato com a filha).*

Entre os casos detectados, 61,5%, 24, das crianças sofreram mais de um tipo de violência. Quanto ao tipo, 48,7% (19), foram violência física; em 46,1% (18),

ocorreu violência psicológica; em 43,5% (17), foi constatada negligência por parte dos pais; e em 7,7% (3) foram confirmadas situações de violência sexual. Os casos de negligência são associados comumente à alienação de um ou de ambos os pais.

**Tabela 3:** Caracterização do tipo de violência em frequência (F) e porcentagem (%)

<b>Caracterização da violência</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de violência</b>	Violência física	19	48,7
	Negligência	17	43,5
	Violência psicológica	10	25,6
	Violência sexual	3	07,7

Normalmente, a identificação dos casos de violência doméstica contra crianças é mediado pela parceria com outros órgãos do município e de outros entes federativos (Estado, União) que atuam no município, como a Escola Estadual Rachel de Queiroz e a polícia civil. Nos episódios de violência confirmados, 35,9 foram constatados pelas escolas municipal e estadual; 12,8% vieram encaminhados pelos órgãos de serviço social do município (CRAS, CREAS); 12,8% foram dirigidas ao Nasf por pedido médico; 2,6% vieram a pedido da polícia civil; e 2,6% foram atendidas por ordem judicial da comarca de Icaraíma. Nenhuma das situações foi identificada pelo trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde.

**Tabela 4:** Órgãos parceiros em frequência (F) e porcentagem (%)

<b>Órgãos notificador</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Escola	27	69,2
Serviço social	5	12,8
Serviço de saúde	5	12,8
Polícia civil	1	02,6
Promotoria	1	02,6

Nos registros da Unidade Básica de Saúde e do sistema digital on-line eSUS dos últimos seis anos, 39 crianças e adolescentes foram selecionados. A investigação dos registros de atendimentos em saúde prestados evidenciou o

desconhecimento por parte dos profissionais da situação de vulnerabilidade. Em geral, salvo algumas exceções, perceberam-se poucos registros de atendimento médico dessas crianças. Das 39 vítimas de violência doméstica, 43,6% possuem uma média de menos de um registro de atendimento por ano; 20,5% apresentam uma média de dois registros de atendimento em saúde por ano. Quatro crianças têm uma média de quatro atendimentos registrados por ano; outras quatro possuem uma média de três atendimentos; e três crianças possuem uma média de um atendimento. No entanto, três crianças são atendidas mais de seis vezes por ano.

**Tabela 5:** atendimentos prestados às crianças e adolescentes em frequência (F) e porcentagem (%)

<b>Frequência de atendimento</b>	<b>F</b>	<b>Pr</b>
Média de menos de um registro de atendimento por ano	17	44
Média de um registro de atendimento por ano	3	08
Média de dois registros de atendimento por ano	7	18
Média de três ou mais registros de atendimentos por ano	12	30

As queixas mais comuns nos atendimentos foram problemas respiratórios (27,8%), gripe/febre (25,6%), problemas gastrintestinais (8,3%) e acidentes (6,7%). A categoria acidentes trata-se de uma classificação ampla, pois abarca tanto queimaduras por contato com suco de limão, bem como torções nos braços e ferimentos no corpo.

Cumprido esclarecer que houve poucos casos de confirmação de anemia, obesidade e problemas de comportamento, chegando a apenas 2% cada um. Dois casos que chamam a atenção são o de duas crianças, que não tinham relação de parentesco entre si, e que foram atendidas mais de seis vezes por ano no município por sofrerem de problemas respiratórios crônicos, com crises recorrentes de asma e falta de ar. Na investigação do Nasf, no ano de 2016, descobriu-se que os pais eram usuários crônicos de maconha.

Os achados desta pesquisa possuem grande correspondência com os achados na pesquisa bibliográfica sobre o assunto. Em consonância com a literatura, a maior parte dos casos identificados de violência doméstica praticada contra crianças corresponde a crianças que possuem mais de dez anos, as quais

estão mais dispostas a questionar a violência que sofrem (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012; ASSIS *et al.* 2012, RODRIGUES *et al.*, 2017). Do mesmo modo, percebe-se que os pais são mais comumente os autores da violência (ASSIS *et al.*, 2012; BRANCO e TOMANIK, 2015; VALENTE *et al.*, 2015, MAGALHÃES *et al.*, 2016, MAIA *et al.*, 2017). Nota-se, ainda, uma prevalência maior de casos de violência aplicada contra meninas em relação às agressões aplicadas contra meninos (ASSIS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; BRANCO e TOMANIK, 2015).

Depreende-se que o atendimento em saúde tem uma evidente dificuldade em identificar os casos de violência contra crianças, uma vez que não existe registro ou notificação por parte dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, de ocorrência de violência doméstica. Ao longo de seis anos, houve tão somente três solicitações de atendimento em psicoterapia.

Silva Júnior *et al.* (2017), ao analisarem os registros de notificação de maus-tratos de 227 médicos de Estratégia de Saúde da Família do Ceará, averiguaram que o número esperado de notificações de maus-tratos estava aquém do esperado, sendo que muitas situações de violência contra crianças passavam despercebidas ou simplesmente eram negligenciadas.

Lima *et al.* (2011) apontam que a formação predominantemente clínica dos profissionais em saúde pode comprometer a habilidade destes em identificar circunstâncias de violência doméstica em crianças, uma vez que nem sempre a vitimização cursa com sinais clínicos. Aparentemente, a vivência do profissional de saúde está relacionada com sua capacidade em identificar casos de violência doméstica. A propósito, segundo diversos autores, profissionais de saúde que atuam na profissão há mais tempo tendem a notificar agravos contra crianças com mais frequência (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2017, LIMA *et al.*, 2011, BANNWART; BRINO, 2011).

Bannwart e Brino (2011) apresentam, também, diversos atravessamentos na identificação por médicos pediatras de casos de violência doméstica. Entre as dificuldades, está o medo dos profissionais em se envolver legalmente com tais casos, a falta de capacitação dos profissionais para reconhecer casos de violência, a descrença de alguns profissionais no potencial dos órgãos de proteção em resolver

o problema e a falta de um protocolo claro para orientar o profissional. Egry, Apostólico e Moraes, 2018 defendem que um protocolo de notificação é de fundamental importância para orientar o profissional de saúde na resolução desses casos, levando a denúncia de modo mais célere ao órgão de proteção responsável.

Cabe mencionar que, na realidade do município estudado, a atuação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, apresentou uma notificação aquém do esperado. Todavia, os profissionais de saúde também tiveram pouco contato com a maioria das vítimas. Nesse sentido, atividades em promoção de saúde, como campanhas promovidas pelo Nasf, podem oportunizar o contato dos profissionais de saúde com as crianças vitimizadas pela violência.

### **Considerações finais**

O acompanhamento das famílias, por meio do qual se identificaram situações de violência doméstica no município de Ivaté, confirmou achados já descritos na literatura científica. Em geral, a principal responsável pela violência é a mãe, seguida de pai, tios, irmãos, padrastos e avós. Pode-se observar particularidades no presente estudo, por exemplo a identificação de que, em situações de violência doméstica, normalmente não existe só um agressor, mas dois ou mais agressores dentro da família, que atuam motivados por razões distintas. Em regra, a violência aparece como um meio de resolução de conflitos.

Ao se avaliarem os registros de atendimento, observa-se que a maior parte das crianças identificadas como vítimas de violência doméstica frequenta pouco os estabelecimentos de saúde, o que compromete o potencial dos profissionais de saúde em identificar a situação de sofrimento delas. O que fica mais evidente é que a maior parte das crianças identificadas chegou ao conhecimento do Nasf por intermédio das escolas.

Na verdade, é possível que a falta de preparo dos profissionais e de protocolos claros de procedimento para reportar tais casos tenha também se tornado atravessamentos ao enfrentamento da violência contra crianças, de modo que é desejável fornecer aos profissionais a devida qualificação para essa demanda.

Grosso modo, é necessário ressaltar o papel da Atenção Básica em saúde na proteção das crianças. Isso porque sanar um ambiente familiar tomado por uma conduta de violência faz parte do cuidar, além disso as crianças são também cidadãs, detentoras de direitos e que conduzirão nossa sociedade no futuro. Ou seja, urge que se enfrente o ciclo de violência.

## REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, Maíra Rosa; HINO, Paula; EGRY, Emiko Yoshikawa. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 320-327, 2013.

ASSIS, Simone Gonçalves de *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.

BARBIANI, Rosângela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **ENSAIO • Saúde debate 40 (109)**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, June 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. edição, Lisboa: Edições 70, 2010.

BANNWART, Thais Helena; BRINO, Rachel de Faria. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 138-145, 2011.

BRANCO, Marco Antonio de Oliveira; TOMANIK, Eduardo Augusto. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 402-411, 2012.

CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. The formation of citizens: the pediatrician's role. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. S23-S29, 2016.

DAIANE SILVA, Camila; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sérgio Corrêa; FONSECA, Adriana Dora; MARTINS, Cibele da rocha. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, 49 (1), p. 22-29, 2015.

EGRY, Emiko Yoshikawa; APOSTOLICO, Maíra Rosa; MORAIS, Teresa Christine Pereira. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2018.

EGRY, Emiko Yoshikawa et al . Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 119-125, 2017.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 58, n. 6, p. 659-665, 2012.

GOIS DOS SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, V. 41, N. 114, P. 694-706, jul-set, 2017.

HILDEBRAND, Natália Amaral *et al.* Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015.

IBGE from Paraná: banco de dados disponível em <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?codmun=411155&search=parana%7Civate%7Cinphographics:-history&lang=ES>> acesso em: 24 out. 2016.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

LIMA, Maria do Carmo Campos Santos *et al.* Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.35, supl.1, p.118-137, 2011.

LOBATO, Geórgia Rosa; MORAES, Claudia Leite; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012.

MAGALHÃES, Júlia Renata Fernandes de, *et al.* Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 21, 2017.

MAIA, Rosely Cardoso *et al.* Da Proteção ao Risco: Configurações da Violência Intrafamiliar na Juventude Paraense. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Vol. 33 p. 1-8, 2017.

MATTOS DA SILVA, Josiane Maria; LIMA, Marília de Carvalho; LURDEMIR, Ana Bernarda. Violência por Parceiro Íntimo e Prática Educativa Materna. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, Vol: 51:34, p. 1-11, 2017.

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

NUNES, Antonio Jakeulmo; VITORINO SALES, Magda Coeli. Violência Contra Crianças no Cenário Brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 21, Issue 3, p. 871-880, 2016.

OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de *et al.* percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. **Texto e contexto Enfermagem**. Florianópolis, Abr-Jun, 24(2), p. 424 – 31, 2015.

OLIVEIRA, Marluce Tavares de *et al.* Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: A (in) visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant**, Boa Vista, v. 11, n. 1, p. 29-39, 2011.

OLIVEIRA, Paula Sameira de, SIMOES, Aínda. Maus-tratos à infância: as referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. [CPCJ]. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n SPE1, p. 82-89, 2014.

PINTO JÚNIOR, Antônio Augusto, CASSEP-BORGES, Vicente, SANTOS, Janielly Gonçalves dos. Caracterização da violência contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do estado do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol: 33(2), p. 124-131, 2015.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício, Lima, Elvira Caires de. Violência doméstica sexual no âmbito da estratégia de saúde da família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 24(3), p. 787-807, 2014.

RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro *et al.* The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 22, n.9, p.2873-2880, 2017.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da *et al.* Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 469-484, ago. 2017.

VALENTE, Leidielly Aline *et al.* Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. **Brazilian dental journal**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 55-60, 2015.

## **5. NORMAS DO ARTIGO 1**

### **NORMAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO**

RIES aceita trabalhos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol.

Todos os trabalhos apresentados à RIES devem seguir as seguintes normas gerais de apresentação:

Margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm;

Título no idioma do texto e em inglês (caso o texto seja inglês, apresentar título também em português);

Autor(es), alinhamento à direita, fonte arial 10, espaço simples. Em nota de rodapé, devem constar Nome, Titulação, Instituição de proveniência e E-mail para correspondência;

Resumo no idioma do texto (máximo de 250 palavras). Fonte arial 12, espaço simples e justificado;

Palavras-chave no idioma do texto (entre 3 e 5). Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;

Abstract (máximo de 250 palavras). Caso o idioma do texto seja inglês, fornecer resumo em português. Fonte arial 12, espaço simples e justificado;

Keywords (entre 3 e 5), caso o idioma do texto seja inglês, fornecer palavras-chave em português. Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;

Títulos são alinhados à esquerda, sem recuo e/ou numeração, fonte arial 12 e caixa alta;

Corpo do texto em fonte arial 12, espaçamento 1,5 entre linhas e justificado;

Os **Artigos Científicos originais** devem ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normais gerais, conter os seguintes tópicos:

Introdução;

Material e Métodos;

Resultados e discussão;

Considerações finais;

Referências.

## **CITAÇÕES**

Citações diretas com menos de 3 (três) linhas são transcritas no corpo de texto entre aspas. Citações com mais de 3 (três) linhas devem figurar em parágrafo próprio, com fonte arial 10, entre linhas simples, com recuo de 4 cm da margem esquerda e espaços duplos em relação aos parágrafos anterior e posterior. Para todas as citações diretas, deve-se mencionar autor, ano e página de onde foram extraídas, conforme exemplos a seguir.

RIES adota o padrão autor/data para a elaboração de citações conforme exemplos abaixo:

#### Citações indiretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA, 2013).

#### Citações diretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013, p. 999), “a saúde [...]”.

Ex. 2: “A saúde merece [...]” (SILVA, 2013, p. 999).

#### Citação de citação

Ex. 1: Conforme Silva apud Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA apud SILVA, 2013).

Ex. 3: Conforme Silva (apud SILVA, 2013, p. 999), “a saúde [...]”.

Ex. 4: “A saúde merece [...]” (SILVA apud SILVA, 2013, p. 999).

## REFERÊNCIAS

RIES adota o modelo ABNT para a elaboração de referências conforme exemplos abaixo:

### EXEMPLOS DAS REFERÊNCIAS MAIS COMUNS EM TRABALHOS ACADÊMICOS

A regra geral é: SOBRENOME, Prenome. **Título** [negrito]: subtítulo. Edição. Local: Editora, ano.

#### Monografia no Todo

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. 6. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

#### **Outra obra do(s) mesmo(s) autor(es)**

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Nunca desista de seus sonhos**. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

\_\_\_\_\_. **Dez leis para ser feliz**. São Paulo: Sextante, 2003.

#### **De 1 a 3 Autores: Referencia-se todos, separados por ponto e vírgula.**

Ex.:

DAMIÃO, Regina Toledo; HENRIQUES, Antonio. **Curso de português jurídico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

#### **Se há mais de 3 autores, menciona-se o primeiro seguido da expressão latina et al. (e outros).**

Ex.:

ANDRADE, Carlos Drummond de. et al. **Cinco estrelas**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

#### **Coordenador, Organizador, Compilador e Editor**

Ex.:

AZEREDO, José Carlos de (coord.). **Escrevendo pela nova ortografia**: como usar as regras do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa. 3. ed. São Paulo: Ed. Houaiss, 2009.

#### **MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES**

A regra geral é: SOBRENOME, Nome do autor. Ponto. **Título da obra** [em destaque]. Ponto. Ano da defesa. Ponto. Número de folhas [uso da abreviatura f.]. Ponto. Tipo do documento [monografia, dissertação, tese] (Mestrado ou Doutorado

em [área de interesse]). Traço. Nome da instituição, vírgula, nome da instituição, vírgula, local.

Ex.:

BUBLITZ, Gustavo Gomes. **Contribuições de uma pesquisa de avaliação para o desenvolvimento de uma política de informatização de escolas públicas: O caso do PROINFO/SC.** 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Administração - área de Gestão Estratégica das Organizações) - Curso de Mestrado em Administração. UDESC, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

## **DICIONÁRIOS, MANUAIS E ENCICLOPÉDIAS**

### **Dicionário**

Ex.:

HOUAISS, Antônio (Ed.). **Novo dicionário Folha Webster's:** Inglês/português, português/inglês. Co-editor Ismael Cardim. São Paulo: Folha da Manhã, 1996. Edição exclusiva para o assinante da Folha de São Paulo.

### **Manual**

Ex.:

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Turismo. **Turismo no Código de Defesa do Consumidor:** manual de esclarecimentos. São Paulo, 1991.

### **Enciclopédias**

Ex.:

KOOGAN, André; HOUAISS, Antônio (Ed.). **Enciclopédia e dicionário digital 98.** Direção geral de André Koogan Breikman. São Paulo: Delta: Estadão, 1998. 5 CD-ROM.

## **ENTIDADES COLETIVAS (ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS, EMPRESAS)**

Se a entidade coletiva tiver denominação genérica, entra-se pelo órgão superior (em maiúscula).

Ex.:

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Educação e Cultura. **Caderno de restauro**: Solar Lopo Gonçalves. Porto Alegre, 1987.

Se a entidade tiver uma denominação específica entra-se diretamente pelo seu nome (em maiúscula).

Ex.:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro, 1989.

## **MONOGRAFIAS CONSIDERADAS EM PARTES**

### **Quando o autor da parte é o mesmo do todo**

Ex.:

SANTOS, Vilmar Pereira dos. **Manual de diagnóstico e reestruturação financeira de empresas**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 11-19.

### **Quando o autor da parte não for autor do todo**

RAPPAPORT, Alfred. Selecionando estratégias que criam valor para os acionistas. In: MONTGOMERY, Cynthia; PORTER, Michael. (Org.). **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Cap. 9, p. 395-418.

## **TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS**

Ex.:

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 9., 1998, Goiânia. **Anais...** Goiânia: ABESS, 1998.

SONNENBURG, Cláudio. Um modelo de fluxo de dados e respectiva arquitetura. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ARQUITETURA DE COMPUTADORES, 7, 1995, Canela. **Anais...** Porto Alegre: Instituto de Informática da UFRGS, 1995. p. 41-60.

### **MONOGRAFIA NO TODO SEM AUTORIA**

Tem sua entrada pelo título com a primeira palavra em maiúscula.

Ex.:

DIAGNÓSTICO do setor editorial brasileiro. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1993. 64 p.

### **ATAS DE REUNIÃO**

Ex.:

INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO. Biblioteca, Curitiba. **Ata n. 7 da reunião de 5 de abr. de 1999.** Livro 1, p. 5-8.

### **PUBLICAÇÃO PERIÓDICA (revistas científicas)**

#### **Publicação periódica como um todo (coleção)**

Ex.:

REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA. Rio de Janeiro: IBGE, 1939-.

BOLETIM GEOGRÁFICO. Rio de Janeiro: IBGE, 1943-1978. Trimestral.

SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 1941-. Bimensal. ISSN 0035-0362.

#### **Publicação periódica em partes (artigos publicados em revistas científicas)**

Ex.:

WERNKE, Rodney. Contabilidade para a nova economia. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, v. 40, n. 131, p. 31-43, bimestral, set./out. 2001.

#### **Artigos e matérias de jornais**

Ex.:

NAVES, P. Lagos Andinos dão banho de beleza. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 28 jun. 1999. Folha Turismo, Caderno 8, p.13.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE OUTROS DOCUMENTOS

### Entrevistas

SOBRENOME DO ENTREVISTADO, Prenome. **Assunto ou título do programa**. Local do depoimento, entidade onde aconteceu o pronunciamento. Data. Nota indicando o tipo de depoimento e nome do entrevistador.

SUSSENKIND, Arnaldo. **Anteprojeto da nova CLT**. Porto Alegre, Televisão Guaíba. 29 abr.1979. Entrevista a Amir Domingues.

## DOCUMENTOS JURÍDICOS

### Legislação

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 42.822, de 20 janeiro de1998. **Lex**: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-220, 1998.

BRASIL. **Código civil**. 46 ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de 1995. **Lex**: legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez. 1995.

## DOCUMENTOS DE ACESSO EXCLUSIVO EM MEIOS ELETRÔNICOS

Ex.:

ÁCAROS no Estado de São Paulo. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E TECNOLOGIA “ANDRÉ” TOSELLO”. **Base de dados Tropical**. 1985. Disponível em: <<http://www.bdt.fat.org.br/acaro/sp/>>. Acesso em: 30 maio 2002.

ALVES, Castro. **Navio negreiro**. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/acervo/literatura/autores/castroalves/negreiro.html>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

ZERO HORA DIGITAL. Diário. Disponível em:  
<<http://www.zh.com.br/capa/index.htm>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

POLÍTICA. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 2004. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dldlpo>>. Acesso em: 8 mar. 2004.

RIBEIRO, Pedro. Adoção à brasileira: uma análise sóciojurídica. **Dataveni@**, São Paulo, ano 3, n. 18, ago. 2005. Disponível em:  
<<http://www.datavenia.inf.br/frame.artig.html>>. Acesso em: 10 set. 2006.

ARRANJO tributário. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza, 27 fev. 2005. Disponível em: <<http://www.diariodonordeste.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2005.

VIEIRA, Cássio Leite; LOPES, Marcelo. A queda do cometa. **Neo Interativa**, Rio de Janeiro, n. 2, inverno 1994. 1 CD-ROM.

SILVA, M. M. L. Crimes da era digital. **Net**, Rio de Janeiro, Nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: <<http://www.brazilnet.com.br/contexts/brasilrevistas.htm>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

## 6 ARTIGO 2

**Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre violência doméstica contra crianças e apontamentos para a promoção da Cultura da Paz**

*Social Representations on Domestic Violence against Children of Community Health Agents and Notes for the Promotion of the Culture of Peace*

**Resumo:** estudo descritivo com abordagem qualitativa no qual se objetivou descrever as percepções de Agentes Comunitários de Saúde a respeito da violência doméstica contra crianças, à luz da teoria das representações sociais proposta por Serge Moscovici. Foram entrevistadas 10 profissionais de um município do interior do Paraná. As representações sociais foram categorizadas em representações sobre violência, representações sobre quem pratica violência e representações sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da violência. No primeiro eixo, a violência foi descrita principalmente como agressão verbal e física, pouco se mencionando outros tipos de violência. No segundo eixo, as representações sobre quem pratica violência se dissociaram entre o reconhecimento

de pessoas que devem ser punidas e pessoas que também precisam de ajuda. Por fim, no terceiro eixo, dividiram-se as representações entre o otimismo sobre o potencial profissional no exercício de sua função e o ceticismo em relação a esse potencial. Logo, ficou patente que existe a necessidade de oferecer aos Agentes Comunitários de Saúde uma capacitação continuada, que contemple a orientação para a promoção de uma cultura de paz no ambiente familiar.

**Palavras chave:** Atenção básica, violência doméstica, infância, cultura da paz

**Abstract:** Descriptive study with a qualitative approach in which it was aimed to describe the perceptions of health community agents regarding domestic violence against children, in light of the Theory of Social Representations proposed by Serge Moscovici. The social representations were separated in representations about violence, representations about who practices violence and representations of the role of health community agent in the confrontation against violence. In the first axis, the violence was described mostly was verbal and physical assault, barely mentioning other types of violence. In the second axis, the representations about who practices violence dissociated between the acknowledgment of people who should be punished and people who also need help. Finally, in the third axis, the representations were divided between the optimist regarding the potential of the professional exercising the role and the skepticism related to this potential. It was recognized the need to offer to the professional community health agents a continuous training and that contemplates the orientation for the promotion of a culture of peace.

**Key words:** Primary care, domestic violence, childhood, culture of peace

## 1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica configura-se como um fenômeno complexo, que envolve fatores sociais, econômicos e culturais, o que explica a necessidade de ações conjuntas entre os setores de saúde, o educacional, o social e o judicial no seu enfrentamento. Na atenção básica em saúde, o tema em questão deve ser abordado pelos profissionais envolvidos, a fim de garantir a proteção da criança, com a identificação de situações de violência e a aplicação de intervenções assertivas e voltadas a preservar, ao máximo, o círculo familiar.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que as intervenções nessas circunstâncias se efetuem em qualquer nível, seja o primário, seja o secundário, seja o terciário. A intervenção no âmbito primário tem por objetivo evitar a sua ocorrência, mediante a promoção de ações de prevenção e cuidado<sup>1</sup>. Desse modo, cabe aos

profissionais que atuam na atenção básica em saúde, entre eles, o Agente Comunitário de Saúde, promover ativamente o contato com a comunidade, cultivar a presteza no atendimento das demandas e atentar-se aos símbolos sociais partilhados pela população. Tais procedimentos fazem parte da concepção de cuidado na atenção básica.

O cuidado na Atenção Básica da Saúde está associado à integralidade e é compreendido como a superação de um modelo biomédico e focal de saúde, em favor de uma perspectiva mais ampla, que contempla o sujeito em seus aspectos sociais, culturais e subjetivos. Além disso, a perspectiva de uma atenção integral não se restringe tão somente à assistência à saúde, mas à sua promoção. O cuidado em saúde concebe um encontro entre o profissional e o usuário que se caracterize como uma relação intercessora, capaz de articular as diferentes visões: a do profissional e a do usuário<sup>2</sup>. O ato de cuidar pressupõe o contato, a relação e a disposição de ir ao encontro do outro, do contato e do diálogo. É na compreensão e na escuta do outro integral que esse conceito de materializa. No caso da atenção básica à saúde, é na busca do contato com os usuários do serviço que se possibilita construir a atenção integral ao sujeito.

Partindo desses princípios, admite-se que a compreensão do processo de cuidar em saúde dentro da Teoria das Representações Sociais se baseia no encontro entre o sujeito ético, o ator, o agente, que, no caso seria o profissional de saúde, e as ações que o sujeito adota dentro de seu ambiente. Assim, importa perceber quais atitudes e posturas estão inclusas dentro do que se compreende cuidar e reconhecer e como o profissional de saúde constrói continuamente arranjos sociais através de sua experiência no dia a dia<sup>3</sup>.

A prevenção e o enfrentamento da violência estão intimamente relacionados à Teoria das Representações Sociais. A pesquisa da violência nessa área traz consigo uma quebra de paradigmas, ao desconsiderar que os conceitos sociais são meramente instintivos, mas que, na verdade, são racionais e submetidos a uma lógica própria. Avaliar tais representações a partir desse paradigma é incorporar a análise das ideias de valor no processo de conhecimento e na explicação do fenômeno. Ou seja, é reconhecer que as representações dos indivíduos interferem nos modos de organização das ações e das relações sociais<sup>4</sup>.

A Teoria das Representações sociais embasa-se na proposição de como as pessoas em sociedade elaboram, partilham e organizam suas teorias e concepções sobre sua realidade e de como se comportam os meios que possibilitam a partilha dessas teorias. Nesse sentido, a teoria se propõe a investigar o que se pensa (em um contexto social) sobre determinado tema ou propósito, por que se pensa (quais as funções de determinada representação no contexto social) e como se pensa (processos ou mecanismos psicológicos e sociais que possibilitam a gênese dessas representações)<sup>5</sup>. No tocante à violência doméstica contra crianças, é possível pensar em representações sociais também como mantenedoras desse tipo de conduta. Existe ainda na sociedade admissão da punição corporal como forma válida de educação<sup>6, 7, 8, 9</sup>.

Na verdade, o comportamento das pessoas é o resultado de uma relação dialógica entre o indivíduo e toda uma rede de significados que foram construídos em sua sociedade por meio de um processo histórico<sup>10</sup>. Por isso, no enfrentamento da violência no âmbito da atenção básica em saúde, são fundamentais o diálogo e a construção de novos significados, tanto da população beneficiária do serviço quanto dos profissionais que atuam junto à população, uma vez que eles estão também em interação com o público e são sujeitos sociais.

A promoção de uma cultura de paz surge como uma proposta de enfrentamento à violência, assentada na ressignificação dos conceitos sociais que perpetuam a violência como meio de resolução de conflitos e na adoção de uma cultura na qual as diferenças são resolvidas de forma pacífica e justa. Construir uma Cultura de Paz é promover as instituições adequadas para que a paz seja o princípio preponderante nas relações entre as pessoas, buscando o estabelecimento de mudanças nas dimensões dos valores, das atitudes e dos estilos de vida<sup>10,11</sup>.

O Agente Comunitário de Saúde torna-se, então, um ator fundamental para a proposição das ações na comunidade, graças ao seu vínculo com a população a ser atendida e ao seu conhecimento sobre os valores e símbolos partilhados pela comunidade<sup>12</sup>. A propósito, lidar com o enfrentamento da violência doméstica de crianças e adolescentes através da atenção básica envolve o elemento mais humano de todos, o relacional.

Portanto, o presente estudo buscou descrever as percepções de Agentes Comunitários de Saúde a respeito da violência doméstica contra crianças, à luz da Teoria das Representações Sociais.

## **2.PERCURSO METODOLÓGICO**

A pesquisa, de caráter exploratório, foi realizada em um município do interior do Paraná, localizado a 644 quilômetros da capital Curitiba, na região noroeste do estado, nas proximidades do Rio Ivaí. O município conta com uma população aproximada de 9.512 habitantes<sup>13</sup>.

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a fim de evidenciar o conhecimento e as representações de agentes comunitárias a respeito do tema violência doméstica contra crianças e adolescentes. O roteiro da entrevista foi construído a partir da adaptação de dois instrumentos, um elaborado por Vollet<sup>14</sup>, outro elaborado por Spaziani<sup>15</sup>. Foram também utilizados para a elaboração do questionário, consoante proposto por Revorêdo<sup>18</sup>, elementos presentes no instrumento para identificação de violência contra crianças. A coleta ocorreu por meio de entrevistas gravadas, que foram posteriormente transcritas e, em seguida, analisadas em seu discurso. Cada entrevista foi realizada em um único encontro, numa sala fechada, destinada aos atendimentos de Psicologia do Município, onde estavam presentes somente o pesquisador e a participante, com o fim de garantir sua privacidade. Ao todo, foram entrevistadas dez Agentes Comunitárias de Saúde, que compõem a equipe de atenção básica do município.

As entrevistas transcritas foram analisadas por meio da **decifração estrutural**, em que se procura avaliar os elementos de enunciação, de análise do discurso, da narrativa e da psicanálise. Trata-se de procurar no discurso a estruturação específica, a dinâmica pessoal que rege o indivíduo por trás das palavras<sup>16</sup>. Para tanto, adotou-se, como orientação teórica para se avaliar o discurso das participantes, a Teoria das Representações Sociais<sup>5</sup>.

O projeto de pesquisa seguiu os critérios éticos que envolvem humanos, conforme proposto pela resolução nº 466/12 e foi encaminhado para a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, aprovado sob o parecer nº 2022086.

Antes da aplicação de cada entrevista, a participante era esclarecida acerca da finalidade da pesquisa e do seu direito à privacidade. Compreendida a explicação do pesquisador e concordado com a pesquisa, era-lhe solicitado que assinasse o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Perfil das participantes da pesquisa

Ao todo, dez Agentes Comunitárias de Saúde aceitaram participar. A idade média foi de 35 anos, sendo oito casadas e com filhos. Cinco das participantes possuem o segundo grau completo, duas estão cursando Pedagogia à distância, duas concluíram a formação em nível superior, uma formou em Sociologia e outra em Pedagogia e uma tem formação em Tecnologia Ambiental (Tabela 1).

Com o intuito de preservar a privacidade das participantes, cada uma foi denominada como ACS e um número para identificar a ordem das entrevistadas (ACS1, ACS2, ACS3,...).

Tabela 1: Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde

Agente Comunitária de Saúde	Idade	Tempo de atuação (em anos)	Formação	Estado civil	Religião
ACS1	40	10	Superior completo	Casada	Católica
ACS2	25	2	Superior completo	Casada	Católica
ACS3	37	2	Ensino médio	Casada	Católica
ACS4	28	2	Ensino médio	Casada	Católica
ACS5	28	6	Superior incompleto	Casada	Católica
ACS6	53	3	Ensino médio	Solteira	Católica
ACS7	42	2	Ensino médio	Casada	Católica
ACS8	35	5	Superior incompleto	Casada	Católica
ACS9	25	2	Tecnológico	Solteira	Católica
ACS10	40	2	Ensino médio	Casada	Católica

A maior parte das participantes atua como Agente Comunitária de Saúde há dois anos e apenas quatro (40%) entrevistadas possuem mais de dois anos de experiência. Todas as participantes são católicas e residem no município há mais de quinze anos.

#### 3.2 Análise das entrevistas semiestruturadas

Foi proposto às participantes uma entrevista semiestruturada, na qual se questionavam suas representações, a saber **1)** Representações sobre violência em geral; **2)** Representações a respeito de violência doméstica contra crianças; **3)** Representações a respeito de quem pratica violência contra crianças; **4)** Representações do papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e os procedimentos adotados quando se reconhecessem situações de violência.

Isso posto, mediante essa primeira entrevista, procurava se reconhecer a dimensão da atitude e a dimensão do campo de representações.

De modo geral, ancorou-se o conceito de violência no discurso de que “palavras às vezes podem ser piores do que uma agressão”. A partir de um discurso de que se deve ser gentil no falar, objetivou-se então a percepção de que violência é o agredir fisicamente e o agredir com palavras.

[...] eu acho que a violência é bater mesmo, espancar, né, mas também tem a violência... a pessoa falar, te agredir verbalmente. Acho isso já uma violência, você ofender uma pessoa.” (ACS10)

“Tem vários tipos como agressão verbalmente, tem fisicamente, tem vários tipos de violência e agressão.” (ACS4)

“O que que é violência? É porque tem vários tipos de violência, tem a violência, que é característica de violência verbal e aquela violência né, que as pessoas agride, agride com agressão física.” (ACS8)

Essa perspectiva foi adotada por oito das dez participantes. Apenas duas divergiram, ainda que sensivelmente, desse discurso. Foram a ACS1 e a ACS7. A ACS1 não necessariamente discordou de que violência era agredir fisicamente e com palavras, todavia pontuou uma perspectiva relativista em relação ao que pode se considerar violência.

“Deixa eu ver, como que eu posso te dizer. Eu acho, verbalmente quando você agride uma pessoa é uma violência. Quando você atinge ela fisicamente é uma violência. Há, não sei definir certo o que é uma violência. [...] De repente, as vezes, para mim não é uma violência, mas para você é uma violência [...] eu acredito que seja assim, uma violência, vai depender de cada pessoa.” (ACS1)

A ACS7, por sua vez, não conseguiu fornecer uma definição do que é violência, embora tenha esforçado para fazê-lo. Tão somente chegou a mencionar vagamente violência como algo que pode ser verbal ou físico.

Quando se questiona sobre a violência dentro de casa, os conceitos oferecidos pelas participantes tornam-se menos homogêneos. Duas não

conseguiram formular um conceito sobre violência doméstica. Seis persistiram no mesmo conceito, mas afirmando este ocorrer dentro de casa. Duas acrescentaram ao conceito a ideia de trabalho extenuante e excessivo como violência.

“eu ficava assim, poxa vida né, invés dessa criança estar brincando, é, e..., e eu vi isso daí desde já, de [...] a mãe, obrigava a menina, menina tinha que dar conta de lavar toda a louça do almoço, para poder ir para a escola. Se não lavasse a louça do almoço tudo, ela não ia para a escola.” (ACS6)

A definição de violência, seja ela dentro ou fora de casa, fica limitada a um círculo estreito de conceitos, os quais ganham significados amplos. Violência torna-se o bater, o agredir com palavras e, em alguns casos, o trabalhar excessivo. A partir desses conceitos, a violência é objetivada e, assim, socializada na vida prática das pessoas.

Ao discorrer sobre a violência investida contra crianças dentro de casa, as participantes acrescentaram, além do bater e do agredir verbalmente, outras formulações como a discriminação, o trabalho forçado (que retira o tempo de brincar), a violência sexual e psicológica (chantagem, ameaças, ridicularizações). Algumas das participantes descreveram fatos vividos ou testemunhados em sua infância.

O conceito de trabalho forçado foi mencionado por três das participantes: a ACS2, a ACS 8 e a ACS10. Todas as três se remeteram à sua experiência infantil para explicar o potencial negativo do excesso de trabalho no bem-estar de uma criança. A ACS2 descreveu, com certo pesar, a sua própria experiência com o trabalho de casa, mas ainda assim não classificou a situação vivida como violência. Tão somente disse que não adotaria com as suas filhas as mesmas exigências que lhe foram impostas pelos pais.

“[...] lembro assim, quando eu era criança, não que eu fui, que eu fui explorada, eu não considero que isso fosse exploração. Mas assim, o pai sempre queria que a gente trabalhasse e ajudasse [...] Mas isso não chegou a me prejudicar nos estudos, eu tinha meus estudos, só que isto não me deixava ver desenhos. Entendeu, eu não tinha a minha vida de desenho. [...] Também. Hoje eu faço muito aquilo que eu não tive, por exemplo, hoje as minhas filhas eu fiz questão de por no balé, é uma coisa que eu sempre quis fazer.” (ACS2)

O conceito de discriminação, por sua vez, foi trazido por duas participantes, a ACS2 e a ACS3. A ACS3 não conseguiu formular um conceito de violência doméstica e mencionou discriminação de forma vaga, não conseguindo em seguida discorrer mais profundamente sobre o tema. Já a ACS2 ressaltou a importância do combate ao preconceito na educação dos filhos e apontou o preconceito tanto como

a aversão a pessoas de certa cor quanto a intolerância a determinadas orientações sexuais. A chantagem e a ridicularização foram mencionadas brevemente por duas participantes, bem como a violência sexual, tão somente mencionada, de maneira breve, por uma das participantes.

Todavia, notou-se na perspectiva das participantes a ideia de que existe um espaço para certas práticas, como palmadas e atribuição de tarefas, contando que essas práticas não excedam a um “limite aceitável”

“[...] a partir do momento que a criança já está dentro do seus oito ano, nove ano, já assim, tem que ser, aprender ser responsável. [...], cuidando das suas coisinhas, organizar. A partir do momento que ela aprender se organizar, a mãe começar a ensinar ela a organizar as suas próprias coisas, é a partir dali que ela vai aprender que ela tem que ser organizada.” (ACS8)

“[...] só que daí eu vejo assim, violência física, eu vejo que ela, que o pai bate e espanca a criança. Agora, a criança fez uma coisa que ela correu risco, a mãe foi e deu uma chinelada ou um tapinha na perna... [...] não é violência, isso é educação. Por que se hoje um pai deixar de dar um tapa no filho, amanhã ele vai levar um na cara.” (ACS2)

Segundo Palmonari e Cerrato<sup>17</sup>, as representações sociais podem ser estabelecidas tanto a partir de crenças (elementos com certa constância fundada na cultura) quanto da socialização do conhecimento, em geral, conhecimento científico, tornado prático na vida social. As representações fundamentadas em crenças têm forte associação com a cultura e a tradição e carregam consigo a afeição por parte dos indivíduos. Tais representações têm forte estabilidade social, pois, além de fornecerem respostas a problemas práticos, facilitam também identidade a um grupo. Todas as participantes são, além de Agentes Comunitárias de Saúde, membros da comunidade local, católicas tradicionais e partilham naturalmente de representações que respondem à identidade tradicional local, de modo que carregam consigo valores e significados que legitimam tais práticas.

Assim, é necessário apontar que o enfrentamento da violência doméstica pela atenção básica não se limita à oferta de treinamento aos profissionais, mas incorre necessariamente também numa reflexão cultural, na proposta da cultura da paz, de promoção dos direitos humanos plenos e da resolução não violenta dos conflitos. De acordo com Arteaga et al.<sup>11</sup>, pensar em paz e em uma cultura da paz é pensar em uma sociedade onde os direitos humanos ocupem um lugar de destaque nas relações humanas, pensar em paz está relacionado necessariamente à superação de diferenças e preconceitos e à adoção de modos de vida que respeitem as pessoas, suas dignidades e seus direitos.

Moreira e Branco<sup>10</sup> apontam que a cultura deve ser compreendida como um sistema aberto, em que diversos sistemas influem uns sobre os outros continuamente. Cada indivíduo que participa da sociedade é influenciado pela cultura, mas, ao mesmo tempo, ajuda a construí-la. Desse modo, alguns autores propõem que a mudança no sentido da construção de uma cultura da paz perpassa pela mudança gradual dos indivíduos, e a educação para a paz seria o instrumento principal para essa mudança<sup>11, 18</sup>.

### 3.3. Representações a respeito de quem pratica violência contra crianças

As representações a respeito de pessoas que maltratam crianças podem ser agrupadas entre os seguintes conceitos: **1)** Pessoas que de alguma maneira rejeitam os filhos ou que se arrependem de tê-los; **2)** Pessoas más; **3)** Pessoas que estão familiarizadas com a violência; **4)** Pessoas que possuem dificuldades emocionais ou sofrimento mental; **5)** Uma pessoa comum e **6)** Pessoas em situação de risco psicossocial. A maior parte das participantes do trabalho mencionou mais de um conceito sobre pessoas que agredem crianças, em diferentes momentos da entrevista.

Três das entrevistadas, ACS1, ACS4 e ACS8, relataram acreditar que pessoas que de alguma maneira sentem-se frustradas por terem filhos tendem a expressar a frustração de maneira agressiva. Questionadas sobre os motivos pelos quais os pais se frustram com seus filhos, as entrevistadas atribuem à imaturidade, que não os deixam dimensionar os custos que uma criança impõe.

“Porque que eu acho que existe? Eu acho que é por falta de compreensão dos adultos. Eu acho que se pôs um filho no mundo, tem que cuidar. Para que você vai por um filho no mundo para você ficar maltratando, e batendo, pois se você pôs, você vai ter que ter a orientação de que você vai ter que educar. E não de uma forma, assim, louca. [...]. Você que pôs no mundo, você que é responsável por ela.” (ACS1)

“[...] Mas tem muitos pais que judia né, dos filhos, não gostam ou as vezes não queriam aquele filho. Então, maltratam por algum motivo.” (ACS4)

A ACS1 indicou a ligação entre a violência doméstica e a situação de risco psicossocial da família. Tal participante tem formação em Sociologia e é ao mesmo tempo a participante mais experiente de todas as Agentes Comunitárias de Saúde do município. Ela relata, em sua experiência como agente, perceber uma diferença de comportamento entre pessoas que ela declara “*ter mais estrutura*” (melhores condições financeiras) e “*não ter estrutura*” (situação de pobreza).

"[...] normalmente pessoas que assim não são, tem muita estrutura né; que vem já de uma família desestruturada, que..., drogado, pessoas alcoólatras né, até uma pessoa normal mesmo, de repente, muito nervosa, sei lá. [...] É diferente. É xingando, sai daqui moleque, é gritando, sabe, não tem uma, parece que não tem um amor, parece que não tem aquela coisa de tá junto." (ACS1)

Consoante a ACS1, existe uma relação entre a pobreza e a violência. Todavia, Hilledesheim et al.<sup>19</sup>, Nascimento<sup>20</sup> e Mata et al.<sup>21</sup> relatam os riscos de se atribuir inadvertidamente negligência a pessoas pobres ou que não atendem ao "padrão normal" de estrutura familiar. As autoras assinalam que, antes que exista um conceito de negligente, existe um conceito de proteção, que, por sua vez, é historicamente construído. A percepção de negligência por parte dos agentes públicos, muitas vezes, perpassa pela culpabilização da pobreza e judicialização da guarda dos filhos de pessoas pobres. Dito de outra forma, os instrumentos de proteção incorrem no sério risco de se tornarem instrumentos de desagregação familiar, na medida que se dispõem a discutir a guarda de crianças pelos seus pais em nome de uma suposta culpa.

Tal debate estabelece a necessidade de se criarem métodos de treinamento para profissionais de saúde, em especial os Agentes Comunitários de Saúde, a fim de provocar neles uma reflexão sobre a desigualdade social, ainda encoberta de conceitos rasos e equivocados.

Pessoas que agredem crianças no ambiente doméstico foram frequentemente classificadas por termos de caráter aviltante: monstro, psicopata, desumano, entre outros adjetivos similares. Termos estes sempre ditos prontamente, sem vacilar, numa expressa manifestação de repúdio por parte das entrevistadas. Tal comportamento denota uma evidente repulsa partilhada pelas participantes em relação a essa conduta, que as forçava a unicamente descrever um agressor como uma pessoa de algum modo ruim:

"Olha, eu acho que, para começar tem que ser uma pessoa psicopata né [...]" (ACS4)

"Um monstro. Há, um monstro né. Falar que é um pai, pai não é. Falar que é uma mãe, também não é. Porque mãe e pai não faz uma agressão contra um filho." (ACS3)

"Eu a..., eu falo que é uma pessoa que má, uma pessoa que não tem amor. [...] Que não tem amor a, a nada." (ACS6)

Outras participantes concebem que certas contingências podem induzir a pessoa a ser violenta. Entre as condições, pode-se destacar histórico familiar, sofrimento mental ou mau temperamento.

“(...) Talvez a pessoa que foi criada dessa forma então meu filho também vai ser criado assim, embaixo de surra, [...]. Tem pessoas que tem distúrbio, que faz, nem nota, acha que tá fazendo o certo [...]” (ACS10)

“Que tipo de pessoas? Pessoas com alguma deficiência né, como depressão, pessoas que tem depressão, que tem algum tipo de problema de saúde mental?” (ACS9)

Sob esse ponto de vista, percebe-se que tanto a criança quanto o agressor são pessoas que podem precisar de ajuda, ou socorro, ou ainda, de algum tipo de orientação. Isso é importante, pois, como pontuado por Moscovici<sup>5</sup>, as representações não se distinguem da ação, antes são uma preparação para ela. Pode-se distinguir as participantes entre as agentes que entendem que o agressor é alguém a ser compelido e as que concebem ser alguém com necessidade de auxílio. O modo de se entender o agressor vai posicionar as participantes, entre as agentes que entendem ser melhor denunciar e as agentes que acreditam poder intervir e orientar as pessoas de seu território.

### **3.4. Representações do papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças**

É possível agrupar as participantes em dois conjuntos. O primeiro se trata das participantes que veem em sua atividade potencial para atuar no combate à violência doméstica. De outro lado, encontram-se as participantes que são céticas frente ao seu potencial de intervir nesses casos.

Em parte, a discordância deriva do modo como elas entendem seu vínculo. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde é tido como fundamental para a atenção básica, pois ele é a ponte entre a população e os serviços da atenção básica<sup>22</sup>. Esses profissionais podem atuar de diversos modos: orientando as equipes de saúde para melhores maneiras de dialogar com a população, levando as demandas das pessoas à equipe de apoio, descrevendo a esta equipe as peculiaridades da população atendida<sup>23</sup>. Para tanto, o vínculo com a população atendida é de vital necessidade. Todavia, o ceticismo de parte das entrevistadas se dá principalmente pela descrença nesse vínculo.

“Eu acho muito difícil. [...] Eu acho complicado. Porque no caso, assim, é, a gente vai na casa da pessoa, mas você não tem aquela intimidade com a pessoa, você entendeu? [...] (o vínculo) Não é tão forte.” (ACS1)

Cabe observar que duas das participantes do trabalho, dentre as três que abertamente expressaram insegurança diante do potencial desse vínculo, chamam

especial atenção. O vínculo, ponto fundamental do trabalho, é colocado em suspeição diante dos problemas concretos, cotidianos que a pessoa enfrenta no seu dia a dia. As agentes aditem que seu espaço de atuação é mais estreito do que se acredita ser. Inclusive, parte das participantes que se expressam de modo otimista diante do potencial de atuação contra a violência reconhece as dificuldades que se interpõem em relação a essa atuação. A ACS7 pontua que não é possível frequentar todas as famílias de seu território muitas vezes durante o ano, de modo que é necessário direcionar a maior parte de sua atenção às pessoas que ela julga gozar de um situação psicossocial mais comprometida.

“Complexo, assim, a gente tem que ir praticamente toda semana. [...] Agora tem aquela família ali, que, eles assim, eles não, assim, não... [...]. É, não tem tanta demanda. Aí a gente né, dá mais prioridade para aqueles casos que realmente necessita.” (ACS7)

Outras participantes reconhecem distintos atravessamentos à sua atuação no enfrentamento da violência doméstica praticada contra crianças. Por exemplo, elas indicaram o risco de represálias por parte dos denunciados como um atravessamento nesse sentido. Tal dificuldade está em acordo com o que a literatura normalmente aponta<sup>8,24,25</sup>.

A ACS9 relata que usualmente o Agente Comunitário tem conhecimento de uma situação de violência graças à denúncia de um vizinho do lar onde ocorre a agressão. No entanto, existe a possibilidade de vizinhos fazerem denúncias falsas a desafetos, daí ser fundamental conhecer bem tanto as pessoas que denunciam quanto as que são denunciadas.

“[...] e os vizinhos podem estar falando a verdade, mas também não podem, [...] você tem que conhecer como é aquela família, se ela pode fazer aquilo ou não. Porque tem muitos também que, tem família que aumenta. Porque vai que aquela pessoa não se dá com aquela vizinhança, aí qualquer coisa pode aumentar alguma coisa.” (ACS9)

Hilledesheim et al<sup>19</sup> e Mata et. al.<sup>21</sup> já destacaram o risco real de mecanismos de proteção à família se tornarem mecanismos de desagregação de famílias mais vulneráveis, caso venham a atuarem através de informações equivocadas. O papel de proteção que é oferecido pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, dentro da atenção básica, não necessariamente foge a esse risco, sobretudo se alguns fatores se impõem ao trabalho.

A falta do treinamento adequado compromete a própria percepção e atuação do agente frente às situações de violência. A falta de bom senso do poder discricionário da administração pública, que pode vir a delegar, ainda que dentro da lei, a um número demasiadamente baixo de agentes comunitários uma grande quantidade de famílias, compromete a possibilidade de o profissional dar razoável atenção à população atendida, comprometendo assim o vínculo e o conhecimento do território, que são tão necessários ao profissional. Atravessamentos como estes têm real possibilidade de comprometer o julgamento do profissional, o que pode acarretar prejuízos à população que se quer atender.

Entre as participantes que expressaram uma visão otimista diante do potencial da agente comunitária no enfrentamento desse mal, a maior parte o defende por justamente acreditar no contato que podem estabelecer com as famílias.

“Porque assim, a gente tem muito contato com as pessoas da casa, então a gente com uma conversa, as vezes á vai pegando alguma coisa, assim, do jeito que falam dos filhos [...]” (ACS4).

“Se, é, que nem por exemplo assim, eu ver algo mais extremo, é, eu acredito que sim. [...] Conversando, é, dialogando, dando um jeito de conversar com a mãe, sem ao menos a mãe perceber que a gente percebeu.” (ACS8).

O vínculo do Agente comunitário é uma das principais ferramentas da proposta da atenção básica em saúde. Não obstante, a maior parte das agentes comunitárias tende a assumir uma posição cética em relação ao potencial de seu trabalho, em parte por não acreditarem que o vínculo formado com a população seja efetivo. Resgatar o otimismo dessas profissionais é de fundamental importância para que se possa construir uma efetiva promoção em saúde<sup>22</sup>. Para tanto, deve-se considerar a proposição de treinamentos regulares, treinamentos estes que podem contemplar novos paradigmas, como temas associados à proposta de uma cultura de paz, o enfrentamento ao preconceito e a desigualdade, bem como podem propiciar às profissionais espaços de debate em que se discutam as possibilidades do próprio trabalho.

### **3.5. A atuação das Agentes Comunitárias de Saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças**

O modo como vão atuar, por sua vez, pode ser classificado, principalmente, em dois grupos, a denúncia e a orientação.

Até o encerramento da coleta de dados, todas as participantes alegaram desconhecer situações de violência em seu território. Desse modo, existe apenas a possibilidade de teorizar quais seriam as condutas adotadas caso uma das agentes viesse a identificar uma inequívoca situação de violência doméstica. O que, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais, não compromete a conclusão, uma vez que a opinião exprimida pelo objeto é por si só uma preparação para a ação, pois essa mesma opinião, essa representação orienta a conduta da pessoa no espaço social<sup>5</sup>. Pode-se, a partir das representações elaboradas sobre o tema violência, compreender a ação que se sucede àquela representação.

As Agentes Comunitárias de Saúde, ao abrigo das representações do seu papel no enfrentamento da violência doméstica contra crianças, podem ser classificadas em dois grupos. O primeiro, maioritário, é o grupo das agentes que acreditam que se deve denunciar a violência. O segundo grupo, minoritário, agrupa as agentes que acreditam que existe a possibilidade de se fazer uma intervenção junto à família. Primeiramente, não se pode dizer que parte das agentes descarta a necessidade de denunciar casos de violência e que cabe intervenção em qualquer situação, mas pode-se afirmar que existem entre as agentes uma parte minoritária que detém razoável otimismo em relação à sua capacidade de influenciar o comportamento do público que atende.

Das dez participantes, quatro são adeptas da proposição de que é possível trabalhar diretamente com o público-alvo, não sendo necessário recorrer a uma denúncia em todos os casos de violência. São elas a ACS2, a ACS5, ACS6 e ACS8. As demais adotam a denúncia a outros órgãos ou a instâncias superiores como resposta padrão.

Observando a tabela 2, pode-se correlacionar o tipo de resposta padrão à representação que cada uma adota sobre quem pratica violência.

**Tabela 2: Correlação entre as percepções sobre quem pratica violência e o procedimento a ser adotado**

<b>Participante</b>	<b>Que tipo de pessoa pratica violência?</b>	<b>Que ação deve-se adotar frente à violência?</b>
ACS2	Ela tem problema. [...] Por que além do nervoso, nervoso, a gente, ela pode ter, no caso, o pai muito bravo, quer corrigir o filho, e vai bater, tá, ele vai machucar a criança [...]	[...] a gente não tem muito o que fazer, além de orientar. E olha, se for um caso de violência muito forte, de abandono, de criança morar sozinha, de espancamento, de criança chegar a faltar na escola para não ver as manchas, a gente aciona o conselho.
ACS5	[...] eu acho que estas pessoas este tipo de violência são pessoas que já sofreram a violência também.	[...] acredito que sim, na conversa, ou assim, passar para a unidade o que está acontecendo na casa.
ACS6	[...] ressentida, descontava no filho. Não deixava o filho visitar o pai. [...] Porque a gente tem que entender o lado da criança. Mesmo que a pessoa pode ser, tipo, qualquer um, a gente tem que entender.	Eu acho que no meu caso, eu falaria primeiro com os pais, o porque do motivo, o que que está acontecendo [...]
ACS8	Ai, no meu ponto de vista, eu acredito que é aquelas pessoas que, tipo, acha que os filhos tudo é um, um tropeço para a pessoa. [...] o filho começou a impedir ela de certos tipos de coisa.	[...] É, mas o que que posso chegar ao ponto de fazer, não vai ser aquele pá, cheguei né. Vai ser aos poucos. Conversando, dialogando, dando um jeito de conversar com a mãe,
ACS1	[...] eu acho são pessoas é, normalmente pessoas que assim não tão, tem muita estrutura; que vem já de uma família desestruturada [...]	Bom, a gente sozinho não faz nada. No caso agente comunitária, a gente passa, vai passando. No caso a gente teria que passar no, acho que pro assistente social.
ACS3	Um monstro. Há, um monstro. Falar que é um pai, pai não é. Falar que é uma mãe, também não é. Porque mãe e pai não faz uma agressão contra um filho.	Ha, eu denunciaria [...]. Eu seria capaz de denunciar.
ACS4	Olha, eu acho que, para começar tem que ser uma pessoa psicopata né [...]. Mas tem muitos pais que judia né, dos filhos, não gostam ou as vezes não queriam aquele filho.	[...] primeiramente eu acho que se eu vesse ali na hora, eu teria que interferir [...]. E depois é, denunciaria. Ao conselho tutelar [...]
ACS7	Ai, de qualquer tipo. [...] Qualquer um, pai, mãe, madrasta, padrasto, irmãos.	Eu denunciaria. Se fosse contra criança eu denunciaria.
ACS9	Pessoas com alguma deficiência né, como depressão, [...] que tem algum tipo de problema de saúde mental.	[...] não com certeza, nos contamos com ajuda do pessoal do CRAS e do conselho tutelar né, se nós saber de qualquer coisa, nós passa pra eles né

ACS10	Talvez a pessoa que foi criada dessa forma então meu filho também vai ser criado assim, embaixo de surra, tem que fazer isso [...]. tem pessoas que tem distúrbio né, que faz, nem nota, acha que tá fazendo o certo [...]	[...] é numa denúncia, eu posso denunciar [...]
-------	--	---

Observando com atenção, nota-se uma correlação entre a representação do agressor como alguém que também tem dificuldades emocionais, psicológicas e a postura de interagir e dialogar com a família como primeira alternativa, ainda que esse diálogo possa ser dispensado em casos considerados extremos pelas participantes. O instrumento de intervenção apontado pelas participantes, como consenso, é o diálogo e a orientação, o que revela certa aposta no vínculo estabelecido com o público-alvo.

Dentre as participantes que apontaram a denúncia como instrumento padrão para o enfrentamento da violência doméstica aplicada às crianças, coexistem dois tipos de representações a respeito do agressor: o agressor como uma pessoa má, mas também se observa a representação do agressor como alguém que de alguma maneira precisa de ajuda. Por que predomina, então, a proposição da denúncia como melhor alternativa? Inicialmente, porque elas foram orientadas a fazê-lo.

“Olha doutor, nós fomos naquela palestra, o juiz falou que se você vê, e omitir, você também, né, tá omitindo, você está sujeitando, como se diz, aquela, aquela, aquela, coisa...” (ACS7)

Em segundo lugar, as agentes tendem a apresentar uma compreensão superficial dos aspectos sociais e históricos que envolvem a expressão da violência. Esse fenômeno também foi descrito por Moreira et al.<sup>12</sup> quando estudou as estratégias de cuidado adotadas por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Segundo as autoras, ao ser associada a “pobreza” e “desestrutura familiar” ou a “características patológicas” do agressor, as equipes de saúde tendem a adotar atitudes intervencionistas padronizadas em relação às famílias, um procedimento que as autoras classificaram como “medicalização”. No discurso das participantes, percebe-se que a denúncia da situação de violência a outros órgãos carrega consigo a delegação de uma responsabilidade e um sentimento de que todas as ações em saúde possíveis para se lidar com o problema se encerrassem com esse procedimento.

O modo como deve ser realizada a intervenção varia, segundo o discurso das participantes, alternando entre o diálogo com a equipe e a denúncia direta ao conselho tutelar, o que denota uma falta de protocolo para situações como essas. Mesmo as participantes que se propunham a dialogar com o público-alvo, não conseguiam descrever de modo objetivo como seria realizada a abordagem e o estabelecimento do diálogo com a família. Tal fator provavelmente deriva da falta de oferta de treinamento periódico a essas profissionais, uma dificuldade apontada por diversos autores, como Mata et al.<sup>22</sup> e Porto et al.<sup>23</sup>.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando se questiona o potencial da atenção básica em saúde frente a qualquer desafio, deve-se inicialmente questionar o potencial do seu ator mais particular, o Agente Comunitário de Saúde. Neste profissional está fundamentada a doutrina do trabalho, o liame de comunicação entre uma população que tem demandas e uma equipe profissional que lá está para atendê-la.

No tocante à violência doméstica contra crianças, é imprescindível aos agentes entrevistados uma orientação teórica mais robusta, que venha a lhes fornecer uma maior capacitação frente ao problema, estabelecendo-se procedimentos claros a respeito da conduta profissional a adotar caso venha a reconhecer uma situação de violência contra uma criança.

É importante ressaltar a necessidade de proteger a autoestima do profissional em relação ao seu papel na saúde. Parte das entrevistadas apresentou um ceticismo em relação ao potencial de atuação, em especial as agentes mais experientes, o que denota uma necessidade de reflexão sobre a necessidade de se promoverem treinamentos e espaços de construção coletiva de conhecimentos com outros profissionais da atenção básica em saúde.

Todavia, deve-se ressaltar que o enfrentamento da violência doméstica trata-se não somente de uma questão de saúde ou judicial, mas de um problema que demanda uma reflexão cultural. Sabendo-se que as representações são construtos que orientam a ação dos indivíduos em sociedade e que estas estão orientadas por

toda uma tradição cultural e mesmo afetiva, a busca pelo enfrentamento do problema demanda a promoção de uma nova cultura.

Grosso modo, as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças devem envolver a promoção da cultura da paz, em um conceito amplo da paz, que prioriza a resolução não violenta dos problemas. O estabelecimento dessa cultura parte necessariamente da ressignificação de diversos valores tradicionais, inclusive acerca da maneira de se relacionar com as crianças.

## 6.REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, Paula Sameira de, SIMOES, Ainda. Maus-tratos à infância: as referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. [CPCJ]. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2014, (spe1): 82-89.
2. MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde e Sociedade, 2014, v. 23(3), p. 814-827.
3. OLIVEIRA, Denize Cristina de. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: na constituição de um campo interdisciplinar. In ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SOUZA SANTOS, Maria de Fatima de; TRINDADE, Zeid Araújo(org). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. Brasília, Tecnopolick, 2. ed. 2014, p. 774-829.
4. PORTO, Maria Stela Grossi et al. Crenças, valores e representações sociais da violência. Sociologias, 2006, v. 16(1), p. 250-273.
5. MOSCOVICI, Serge. Psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
6. NUNES, Antonio Jakeulmo; VITORINO SALES, Magda Coeli. Violência Contra Crianças no Cenário Brasileiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2016, v. 21(3), p. 871-880.
7. MAGALHAES, Júlia Renata Fernandes de et al. Expressão da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. Texto contexto - enferm. 2017, v.26(4), disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170003>. Acesso em 23 ago. 2017.

8. MATTOS DA SILVA, Josiane Maria, et al. Violência por Parceiro Íntimo e Prática Educativa Materna. Revista de Saúde Pública. 2017, v. 51(34), p. 1-11.
9. EGRY, Emiko Yoshikawa et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? Rev. Bras. Enferm. 2017, v. 70(1), p. 119-125.
10. MOREIRA, Letícia de Sousa; BRANCO, Angela Maria Cristina Uchoa de Abreu. Cultura de paz, moralidade e virtudes cívicas: Contribuições da psicologia cultural. Psicol. Argum., 2012, v. 30(68), p. 161-170.
11. ARTEAGA, Isabel Hernandez, et al.. Cultura de paz: Uma construcción desde la educación. Rev.hist.educ.latinoam. 2017, v. 19(28), p. 149-172.
12. MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde e Sociedade, 2014, v. 23(3), p. 814-827.
13. IBGE from Paraná: banco de dados disponível em <[http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?codmun=411155&search=parana%7Civate%7Cinphographics:-history&lang=\\_ES](http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?codmun=411155&search=parana%7Civate%7Cinphographics:-history&lang=_ES)>. Acesso em 24 out. 2016.
14. VOLLET, Mayra Rocha. O saber e o não revelar da violência sexual doméstica infantil na dinâmica do profissional escolar. 257f. Tese (Doutorado em Educação Escolar) – Faculdade de Ciências e Letras, Unesp/Araraquara, Araraquara, 2012.
15. SPAZIANI, Raquel Batista. Violência sexual infantil: compreensões de professoras sobre o conceito de prevenção. 2013. 133f. Tese (Mestrado em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2013.
16. REVORÊDO, Luciana da Silva et al. Content validation of an instrument for identifying violence against children. Acta Paulista de Enfermagem, 2016, v. 29(2), p. 205-217.
17. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
18. PALMONARI, Augusto; CERRATO, Javier. Representações sociais e psicologia social. In: Teoria das Representações Sociais: 50 anos. ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SOUZA SANTOS, Maria de Fatima de; TRINDADE,

- Zeid Araújo (org). 2ª Edição, Tecnopólic, 2014, trad.: Juliana Harumi Chinatti, p. 402-441.
19. BERTOLIN, Julio. A formação integral na educação superior e o desenvolvimento dos países. *Cad. Pesqui.* 2017, v. 47(165), p. 848-87.
  20. HILLESHEIM, Betina, et al. Negligência no campo da saúde: estratégia de governo das populações. *Psico*, 2008, PUCRS, v. 39(2), p.175-181.
  21. NASCIMENTO, Maria Lívia do. Abrigo, pobreza e negligência: percursos e judicialização. *Psicologia & Sociedade*, 2012, v. 24(1), p. 39-44.
  22. MATA, Natália Teixeira et al. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciênc. saúde coletiva*, 2017, v. 22(9), p. 2881-2888.
  23. PORTO, Roberta Tayan Souza, et al. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2014, v. 24(3), p. 787-806.
  24. RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro et al. The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017, v. 22(9), p. 2873-2880.
  25. LOBATO, Geórgia Rosa, et al. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2012, v. 28(9), p. 1749-1758.
  26. OLIVEIRA, Marluce Tavares de et al. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: A (in) visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. *Rev. bras. saúde matern. infant*, 2011, v. 11(1), p. 29-39.

## **7. NORMAS DO ARTIGO 2**

### **ORIENTAÇÕES GERAIS**

A Revista “Saúde & Transformação Social / Health & Social Change” (S&TS/H&SC) prima pela originalidade dos manuscritos publicados, exigindo-se, por questões éticas, que sejam originais e inéditos, não sendo permitida a submissão simultânea do manuscrito a outro periódico, condição declarada já no início do processo de submissão. Traduções de trabalhos que versem sobre o escopo poderão ser divulgadas, desde que a convite dos Editores, em casos específicos e para temáticas cuja literatura em português apresenta exequidade.

Pela missão e escopo, S&TS/H&SC é um instrumento crítico-reflexivo e comprometido com a divulgação científica de estudos que mostrem engajamento com a transformação social.

Outra característica importante é que S&TS/H&SC tem como proposta a publicação de artigos que utilizem métodos e técnicas qualitativas.

A publicação de artigos que utilizem métodos quantitativos poderá ocorrer nos casos de Estudos de Validação transcultural e métodos mistos (quanti-qualitativos) em que métodos qualitativos sejam utilizados claramente e de maneira importante no cômputo do manuscrito.

## **PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

Todos os critérios de editoração adotados pela Revista objetivam garantir a qualidade científica das publicações.

Os manuscritos submetidos à Revista somente serão encaminhados ao Editor Chefe para considerações de mérito científico, após avaliação pela Secretaria da Editoria sobre o atendimento a todos os aspectos contidos no presente documento.

Após aprovação nesta fase, os manuscritos serão encaminhados a membros do Corpo Editorial e pareceristas “*ad hoc*” de reconhecida competência na temática abordada, sempre preservando o caráter de anonimato durante o processo de avaliação.

Os manuscritos serão enviados a pelo menos dois avaliadores de instituições diferentes, selecionados pelo Editor Chefe ou Editores Associados.

Os avaliadores têm prazo de 20 dias para exararem seus pareceres.

A partir da emissão dos pareceres, o Editor Chefe tomará ciência e os analisará para deliberação final junto com os Editores Associados, nas seguintes modalidades: aprovação; aprovação com alterações; reformulação e re-submissão; ou recusa do manuscrito. Em caso de existir discordância entre os pareceristas, o trabalho será enviado a um terceiro consultor, que exará seu parecer. A decisão final de aceitação/recusa ficará a cargo do Conselho Editorial.

Os pareceres e considerações dos Editores serão encaminhados aos autores, com a avaliação na íntegra e demais documentos que por ventura os pareceristas possam encaminhar com justificativas para cada uma das modalidades de avaliação sobre o mérito.

A decisão final sobre aceitação do manuscrito para publicação como artigo é realizada pelo Conselho Editorial.

Os manuscritos que cujas decisões finais forem reformulação/re-submissão ou recusa, se reapresentados, seguirão todo o processo de avaliação, desde seu início.

## **CATEGORIA DOS ARTIGOS**

Ao submeter um manuscrito, os autores deverão observar sua adequação a uma das categorias de artigos publicadas na S&TS/H&SC, conforme se seguem.

**Pesquisa Qualitativa, Teoria e Metodologia:** artigos a convite dos Editores, que têm por objetivo debater aspectos teóricos sobre saúde e sociedade ou a aplicação da pesquisa qualitativa no campo da saúde (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).

**Artigos originais:** produtos de pesquisa empírica e que não tenham sido apresentados concomitantemente/publicados em outro meio de divulgação científica (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).

**Meta-síntese e revisões integrativas:** revisões de literatura qualitativa (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

**Experiências transformadoras:** descrições de experiências acadêmicas no campo da saúde, sejam assistenciais ou de extensão (máximo de 8.000 palavras).

Em casos específicos, justificados claramente aos Editores, serão aceitos artigos com número de palavras maiores que o recomendado para cada uma das categorias.

## **ESTRUTURA E FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO**

Os arquivos dos manuscritos deverão apresentar a estrutura que se segue.

Os autores **não devem inserir dados pessoais ou credenciais no corpo do texto**, o que será avaliado pela Secretaria da S&TS/H&SC.

A primeira etapa da avaliação dos manuscritos não versará sobre o mérito do mesmo, mas sim sobre a adequação de todas as normas de formatação. ***Somente serão aceitos para avaliação manuscritos que se adequarem perfeitamente a todas as normas contidas no presente documento.***

### **Página inicial do manuscrito**

Título centralizado no idioma original (Português, Espanhol, Francês ou Inglês), negrito, em letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 12. Deve ser sintético e conciso, retratando os aspectos mais relevantes do conteúdo do manuscrito;

Versão do título em inglês centralizado, em itálico, letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 11, imediatamente abaixo do título principal;

Os títulos (no idioma original e inglês) não poderão ultrapassar 200 caracteres com espaços.

Ressalta-se que os manuscritos **não devem conter qualquer informação que possibilite a identificação da autoria** do manuscrito. As informações sobre autores e instituições deverão preenchidas exclusivamente no sistema de submissão, em campo específico.

Seguidos aos títulos, deverão ser apresentados resumo (resumen ou résumé) e abstract, seguidos das palavras-chave em cada idioma, conforme normas que se seguem referentes a este item.

Os resumos, em ambos idiomas, não poderão ultrapassar 2000 caracteres com espaços.

Abaixo de cada resumo, deverão constar de três a cinco palavras-chave, oriundas de descritores da base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponíveis em: <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php>, no idioma original e em inglês.

Os autores deverão consultar profissionais do ramo para realizar as devidas traduções, não sendo aceitas traduções eletrônicas.

Em caso de aprovação, os autores se comprometem a recorrer a profissionais indicados pela revista para a revisão de ortografia nos idiomas empregados no trabalho, assim como a tradução para o inglês.

## **Texto**

Em caso de Artigos originais e Artigos de Meta-síntese, sugerem-se estruturá-los em "Introdução", "Objetivos", "Percurso Metodológico", "Resultados", "Discussão", "Limitações do Estudo", "Considerações Finais" e "Referências Bibliográficas".

Os itens principais da estrutura do manuscrito deverão ter seus títulos em caixa altos e numerados na ordem de aparecimento, em negrito.

Casos existam itens em cada um deles, deverão seguir sua numeração e identificação numérica. Por exemplo, se os Resultados apresentam a seguinte forma “3. RESULTADOS” e os autores desejarem destacar sub-itens, devem fazê-lo da seguinte forma: “3.1 O homem...”; “3.2 O contexto...”.

Todos os sub-itens deverão estar formatados em letras maiúsculas e minúsculas, e empregar negrito.

A colaboração individual dos manuscritos com mais de um autor deve ser especificada já no processo de submissão, obedecendo às deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em [www.icmje.org](http://www.icmje.org).

São permitidos agradecimentos às instituições, agências de fomento e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não se enquadrem nos critérios de autoria referidos no item anterior.

Os “Agradecimentos”, se pertinentes, devem constar entre o item “Considerações Finais” e “Referências Bibliográficas”.

As “Notas de rodapé”, se pertinentes, devem ser numeradas com algarismos romanos (ex: i, ii, iii ...) e serão incluídas entre as “Considerações Finais” e as “Referências Bibliográficas”.

Apesar da estrutura básica adotada por S&TS/H&SC, será respeitado o estilo de redação de cada autor, desde que contemplem essencialmente os itens anteriormente mencionados.

Para as demais categorias de artigos, sugere-se a mesma estrutura, com certa liberdade de variação, respeitando-se o estilo de redação empregado pelos autores;

Relembra-se que o texto deve apresentar a característica reflexiva e um potencial para produzir mudanças sociais, não sendo interessantes à S&TS/H&SC manuscritos que apenas apresentem resultados e os confrontem com a literatura científica existente.

Os manuscritos enviados devem ser redigidos obedecendo-se as normas gramaticais e ortográficas do idioma de origem (Português, Inglês, Espanhol ou Francês).

## **NORMAS PARA SUBMISSÃO**

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo sistema SEER, na página da revista. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções para submissão são as que se seguem.

Tutorial de Submissão de artigos no SEER, disponível em:  
[http://seer.ibict.br/images/stories/file/tutoriais/tutorial\\_de\\_submissao\\_de\\_artigos.pdf](http://seer.ibict.br/images/stories/file/tutoriais/tutorial_de_submissao_de_artigos.pdf)

1. Deverão constar os dados referentes ao manuscrito: título completo (em português, espanhol, francês ou inglês); área de concentração; palavras-chave; informações sobre fomento; conflitos de interesses; resumos (em português, espanhol ou francês; e inglês); e agradecimentos.
2. Todos os autores deverão ser incluídos na submissão, com nomes completos, respectivas instituições por extenso, endereços institucionais, telefone e e-mail, assim como a contribuição individual no manuscrito.
3. A ordem dos autores na submissão será a utilizada para a publicação do artigo, caso seja aprovado.
4. O autor que realizar a submissão do manuscrito será automaticamente incluído como autor correspondente e seu endereço será apresentado no artigo publicado.
5. O acompanhamento da avaliação e contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito preferencialmente pelo e-mail [revistasts@gmail.com](mailto:revistasts@gmail.com), com a responsável Wemylinn Giovana Andrade.
6. Para contagem de palavras em cada categoria de artigos, deve-se incluir apenas o corpo do texto e as referências bibliográficas.
7. Caso a pesquisa tenha apoio financeiro de alguma agência de fomento ou iniciativa privada, os autores devem registrar todas as informações (Agência de fomento, Edital e número do processo), que serão divulgadas no cômputo dos artigos publicados.
8. Havendo investigação que envolva seres humanos, devem ser explicitados claramente os aspectos éticos e a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, informando o número do protocolo desta aprovação.

9. Deve ser inserida cópia digitalizada do parecer ético no sistema, na área para transferência de documentos suplementares durante a submissão dos manuscritos.

10. É imprescindível que haja declaração de conflito de interesses, seja potencial ou manifesto, incluindo aspectos políticos e/ou financeiros.

## **NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO**

1. A primeira etapa da avaliação dos manuscritos não versará sobre o mérito do mesmo, mas sim sobre a adequação de todas as normas de formatação. Somente serão aceitos para avaliação manuscritos que se adequem perfeitamente a todas as normas.

2. O arquivo deverá estar em formato '.doc' (Microsoft Word para Windows 97-2003), sem qualquer identificação que remeta a autoria.

3. O texto deverá estar formatado em tamanho A4, com espaçamento de 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12, margens de 2,0 cm.

4. Parágrafos em branco não deverão ser utilizados entre os demais do texto.

5. O uso de negrito e itálico no manuscrito será respeitado de acordo com o uso do autor.

6. Todas as páginas deverão estar numeradas, no canto superior direito.

7. No caso de manuscritos que apresentem citações literais com mais de três linhas e/ou depoimentos de entrevistados, estas deverão apresentar recuo 2 cm, em letra 8, espaço simples, destacadas do restante do texto que se seguem.

8. No uso de legitimação de depoimentos, é imprescindível a codificação dos sujeitos e/ou grupos focais dos quais se originaram os dados, excetuando os manuscritos cujos resultados forem oriundos de um sujeito – como no caso de histórias de vida ou estudos de caso – ou apenas um grupo focal, desde que sustentável em termos metodológicos.

9. Sugere-se que não haja modificações na estrutura original do depoimento, inclusive no que se refere à ortografia, preservando a natureza do dado.

10. As tabelas, quadros, diagramas e/ou ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas) deverão ser inseridas e referidas no corpo do texto, numeradas conforme o aparecimento no texto.

11. Imediatamente superior a imagem, deverá ser inserido seu título, numeração seqüencial e descrição. Caso existam legendas ou citação da fonte de dados, deverão aparecer imediatamente abaixo.

12. Deve-se evitar o uso de ilustrações, quadros ou tabelas muito extensas, que prejudiquem a avaliação e a leitura do manuscrito.

13. As tabelas e quadros terão o limite de 17 cm de largura, em letra Arial, letra tamanho 8, espaçamento simples.

14. Não deverão ser incluídas como figuras no texto, mas sim em formato do Word.

15. As tabelas, quadros e/ou ilustrações não devem estar fragmentadas entre as páginas do manuscrito.

16. Gráficos, diagramas e ilustrações deverão apresentar-se por arquivos do tipo jpeg.

17. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas, quadros e/ou ilustrações por manuscrito.

18. As tabelas e quadros deverão estar em preto e branco, enquanto as ilustrações podem estar nesta formatação ou coloridas.

19. Todas as tabelas, quadros e/ou ilustrações deverão apresentar títulos acima e legendas abaixo (quando necessário).

## **NORMAS DAS REFERÊNCIAS**

1. S&TS/H&SC adota o estilo "Vancouver".

2. As referências deverão ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem de aparecimento no corpo do manuscrito, identificadas por números arábicos sobrescritos, imediatamente ao término do parágrafo ou nome do autor, antes do ponto final ou vírgula nos casos que se aplicam, sem a utilização de espaços entre o autor e numeração, parênteses, colchetes e similares. (Ex.: "Pinho<sup>2</sup> afirma que...",

"O complexo origina-se do emaranhado de eventos, interações, retro-ações, incidentes, que constituem o mundo dos fenômenos1." ou "... segundo Corradi-Webster12.").

3. No corpo do texto, deverão ser citados até dois autores por referência. Caso a publicação citada tenha número superior a dois autores, citam-se os dois primeiros separados por 'ponto e vírgula' seguindo-se a expressão latina "*et al*". (Ex.: "um profissional de saúde deve tanto se articular aos demais como promover articulação intersetorial, segundo Schraiber; Peduzzi; et al<sup>9</sup>")

4. Todas as referências citadas em tabelas, quadros e ilustrações deverão estar numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

5. Todas as referências citadas deverão estar listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo as recomendações dos Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos biomédicos, disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>, e adaptados conforme as particularidades da revista.

6. Em caso de artigos, somente a 1ª letra do título do periódico ou do livro deve estar em maiúscula.

7. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos do *Index Medicus* (base de dados *Medline*), que pode ser consultado no arquivo disponível no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf> sem pontos entre o título e o ano.

8. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> sem os pontos da abreviatura.

9. Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 1520-1529, usar 1520-9; p. 121-131, usar 121-31.

10. Denominamos número (fascículo) a identificação da seqüência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Ex.: 347(4), sendo 347, o algarismo relativo ao volume e 4 relativo ao algarismo do número ou fascículo. Faz-se ressalva a possíveis números especiais, por exemplo: 347(esp.).

11. Todos os links citados deverão estar ativos na submissão, devendo estar descritos ao final seguidos da data de acesso, em forma ISO. Ex.: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004>. Acesso em: 23.02.2010.

12. Todas as referências devem ser apresentadas em perfeita correção e completude, quesito verificado pela Secretaria Editorial e Assistentes da Editoria na pré-avaliação do manuscrito.

13. Somente sanadas eventuais irregularidades é que o processo de avaliação de mérito será iniciado.

14. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de exclusiva responsabilidade dos autores.

15. No caso de publicações até de três autores, todos deverão ser citados nas referências.

16. Quando a publicação tiver mais de três autores, cita-se o primeiro, seguido da expressão latina "*et al*".

17. Comunicação pessoal não é considerada como referência na Revista S&TS/H&SC, mas sim como

depoimento a ser legitimado pela fala do comunicante.

## **EXEMPLOS**

### **Teses, Dissertações ou Monografias**

Autor(es). (Tese/Dissertação/Monografia). Título. Departamento, Instituição, Cidade. Ano.

Moretti-Pires RO. (Dissertação). A mercantilização da Saúde: o trabalho dos Cirurgiões Dentistas em um contexto de mudanças. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2005.

Corradi-Webster CM. (Tese). Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, Ribeirão Preto. 2009.

Waltrick CR. (Monografia). Concepções de saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina da UFSC. Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

### **Artigos científicos**

Autor(es) do artigo ou Instituição. Título do artigo. Título do periódico abreviado (sem pontuação) Ano de publicação; Volume (Número ou Fascículo): página inicial-final do artigo.

Atkson S. Political cultures, health systems and health policy. Soc Scienc Med 2002; 55(2): 113-24.

Rastan S, et al. Towards a mutant map of the mouse - new models of neurological, behavioural, deafness, bone, renal and blood disorders. Genetica 2004; 122(1): 47-9.

Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Rev Saúde Públ 1991; 25(3): 233-8.

Institute of Medical Illustrators. Photography of cleft audit patients. J Audiov Media Med 2004; 27(4): 170-4.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Rev Saúde Públ 2000; 34(4): 427-430. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=pt). Acesso em 28.08.2012.

### **Artigo não publicado (no prelo)**

Autor(es) do artigo ou Instituição. Título do artigo. Título do periódico abreviado seguido do ano provável de publicação. Indicar no prelo. Tian D, et al. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A 2002. No prelo.

### **Livros e publicações**

Autor(es) do livro ou Instituição. Título do livro. Edição. Volume. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Páginas.

Crotty M. The foundations of Social Research - meaning perspective in the research process. London: Sage Publications; 2003.

Iverson C, et al. American Medical Association manual of style. 9ª ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998.

Mills MB, Huberman MA. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Foucault M. Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema. 2ª ed. Motta MB (org.); Barbosa IAD (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. p. 411-22.

Bosch F, Klomp R. Running: biomechanics and exercise physiology applied in practice. Bosch F (org.); Boer-Stallman DW (trad.). Edinburgh (Scotland): Elsevier Churchill Livingstone; 2005. 413 p.

Voet D, Voet JG. Biochemistry. 3rd ed. Vol. 2, The expression and transmission of genetic information. New York: J. Wiley & Sons; 2004. p. 1107-560.

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es) seguido de (org.). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-página final do capítulo.

Pessini L. humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L (org.) Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 12-30.

### **Documentos oficiais**

País, Estado ou cidade. Departamento, órgão ou instituição. Título do documento. Cidade: Editora/Departamento, órgão ou instituição; ano.

Brasil. Ministério da Saúde. Equipe de Saúde bucal: projeto, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

### **Documentos online**

Autor do artigo ou Instituição. Título da página de internet (com Endereço/Link). expressão “Acesso em” , seguida da data do acesso.

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004>. Acesso em 23.02.2010

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Rev Saúde Públ 2000; 34(4): 427-30. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020&lng=pt). Acesso em 28.08.2012

Carey B. Psychiatrists revise the book of human troubles. New York Times. 2008; Health: 3. [http://www.nytimes.com/2008/12/18/health/18psych.html?\\_r=1&em](http://www.nytimes.com/2008/12/18/health/18psych.html?_r=1&em) Acesso em 28.08.2012

### **Artigo de jornal**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Ano de Publicação; Seção: página (coluna).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002; Sect. A: 2 (col. 4).

### **Documento Legal**

Jurisdição. Identificação e Número do documento, data de Publicação. Disposições. Cidade: Editora ou Meio de publicação. Seção/Volume(Fascículo); Ano de Publicação.

Brasil. Decreto n. 89.271, de 4 de janeiro de 1984. Dispõe sobre documentos e procedimentos para despacho de aeronave em serviço internacional. Brasília, DF. 48(4); 1984.

### **Apresentação em Congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. Expressão “In”: Título do evento; ano da realização do evento. Local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002. Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

## **NORMAS PARA PESQUISAS ENVOLVENDO COLETA DE INFORMAÇÕES DE SERES HUMANOS (DIRETAMENTE OU POR PRONTUÁRIOS DE PESSOAS VIVAS)**

1. Os manuscritos oriundos de resultados de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, conforme a *World Medical Association*, devendo ser observados os procedimentos e autorizações legais do país em que a pesquisa foi realizada.
2. Da submissão no sistema, os autores deverão encaminhar cópia digitalizada do documento legal que autoriza a pesquisa, por algum Comitê ou Órgão responsável por estas questões no país em que foi realizada a pesquisa, incluindo-o nos **documentos suplementares**.
3. Em pesquisas realizadas no Brasil, será exigida autorização de Comitê de Ética envolvendo pesquisas com Seres Humanos, credenciado junto ao Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com o que estabelece o Conselho Nacional de Saúde.
4. Os documentos comprobatórios da autorização deverão ser inseridos no processo de submissão, nos **documentos suplementares**.
5. Ressalta-se que todos os procedimentos éticos deverão estar claros na metodologia do manuscrito, assim como número do protocolo que aprova a realização da pesquisa.
6. Entende-se que pesquisas que utilizam material público de internet (como *blogs* e similares) e metodologias que empreguem a percepção do próprio pesquisador – como no caso da etnografia – dispensam apresentação de aprovação ética, tendo em vista a legislação vigente no Brasil.

## **ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMISSÃO**

Como parte do processo de submissão, os autores obrigatoriamente deverão verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB).
3. URLs para as referências foram informadas quando necessário.
4. O texto deverá estar formatado em tamanho A4, com espaçamento de 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12, margens de 2,0 cm. As figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.
7. Os dados empíricos foram coletados a partir de projeto que empregou metodologia qualitativa. Em caso de manuscrito oriundo de projeto que utilizou métodos mistos (quantitativo e qualitativo), a contribuição de metodologia qualitativa é robusta.

## **VERSÃO DE PROVA**

Os artigos serão enviados aos autores após a diagramação para revisão final antes da publicação, os mesmos terão o prazo de 72 horas para retornarem com possíveis alterações, caso contrário será considerado como pronto para publicação.

## **DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL**

Da submissão, os autores deverão encaminhar cópia digitalizada do seguinte documento assinado por todos os autores do manuscrito, conforme modelo que se segue

**Modelo de declaração de responsabilidade, agradecimentos e transferência de direitos autorais.**

Declaro para fins legais acerca do manuscrito “**nome do manuscrito**” que

1. Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, e/ou análise e interpretação dos dados;
2. Contribuí significativamente na elaboração do rascunho e/ou na revisão crítica do conteúdo;
3. Participei da aprovação da versão final do manuscrito;
4. Obtive permissão por escrito de todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos, as quais contribuíram substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria;
5. Caso não tenha incluído sessão de Agradecimentos, certifico que nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial para sua confecção.
6. Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.
7. Em caso de aprovação, concordo com a transferência dos direitos autorais referentes ao manuscrito, à Revista “Saúde & Transformação Social”. O manuscrito e seu conteúdo se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedada qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem prévia e necessária autorização dos responsáveis legais pela Revista

*Local e data*

*Nome dos autores (por extenso) e respectivas assinaturas*

## 8. CONCLUSÃO

O Agente Comunitário de Saúde é um ator fundamental na atenção básica em saúde. Ele é, antes de tudo, um agente da saúde que se relaciona diretamente com a população a ser atendida. Seu trabalho consiste em agir na busca de uma melhoria da qualidade de vida da população atendida. Para tanto, presume-se o Agente Comunitário de Saúde como um agente de mudança de situações-problema. Dentre as suas competências, é estabelecido que parte delas trata-se da educação em saúde. Assim, presume-se seu protagonismo no enfrentamento dos desafios em saúde e, também, no enfrentamento da violência.

Todavia, na presente pesquisa, percebe-se a evidente dificuldade do profissional em conseguir identificar ou mesmo atuar no enfrentamento da violência doméstica contra crianças. É necessário fornecer a esses profissionais uma orientação teórica robusta, que venha a lhes conferir uma maior capacitação frente ao problema. Além disso, é necessário estabelecer procedimentos mais claros para quando ele vier a reconhecer uma situação de violência contra uma criança. Vale destacar que existe, ainda, a necessidade de proteger a autoestima do profissional em relação ao seu papel como profissional da saúde.

Não restam dúvidas de que é uma realidade grave e desalentadora, principalmente se se observar, nos resultados da presente pesquisa, que crianças que sofrem violência dentro de casa também têm pouco contato com profissionais em saúde. Urge refletir até que ponto esse distanciamento não constitui também um comportamento negligente.

De mais a mais, constatou-se, nesta pesquisa, que parte das entrevistadas apresentou um ceticismo em relação ao potencial de sua atuação como profissional, em especial as agentes mais experientes, o que denota a necessidade de se promoverem treinamentos e espaços de construção coletiva de conhecimentos com outros profissionais da Atenção Básica em saúde. A propósito, o treinamento do profissional em questão deve ser concebido considerando o seu potencial de educação em saúde e de promoção desta, a fim de desenvolver seu trabalho com excelência. Nesse contexto, a promoção da cultura da paz é, sem sombra de dúvidas, uma resposta que se adéqua ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças.

Na verdade, proteger as crianças presume necessariamente reconhecê-las como cidadãs de direito, detentoras de demandas, necessidades e merecedoras de respeito. A proposta da cultura de paz, com o conceito de paz positiva, que propõe o pensar a paz não só como a ausência de conflitos, mas também como a superação de preconceitos, diferenças e desigualdades, identifica-se com os dilemas que o problema da violência carrega. Em tese, a adequada proteção das crianças perpassa pelo reconhecimento dos seus direitos.

Portanto, para combater a violência contra crianças e adolescentes, não só em Ivaté, espaço da pesquisa, mas também em todo o Brasil, as políticas de enfrentamento passam pelo crivo de ações que levem em conta o papel fundamental dos Agentes Comunitários para avistar os problemas e tornar possível que estes cheguem ao conhecimento de outras autoridades, por exemplo o Conselho Tutelar.

## 9. REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, Maíra Rosa; HINO, Paula; EGRY, Emiko Yoshikawa. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 320-327, 2013.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.

BARBIANI, Rosângela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **ENSAIO • Saúde debate** 40 (109). 2016, v. 40, n. 109, p. 200-211.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BELGA, Stephanie Marques Moura Franco; SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Concepções de programas de prevenção à violência e promoção da cultura de paz. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p. 177-182, Apr. 2017. DOI: 10.1590/1414-462x201700020215.

BRANCO, Marco Antonio de Oliveira; TOMANIK, Eduardo Augusto. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 24, n. 2, 2012.

BRASIL. Série E. Legislação de Saúde/Série Pactos pela Saúde, vol. 4, Ed. Ministério da Saúde; 2007a. 68p. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do Sus: Doutrinas e princípios. Brasília (DF). 1990. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>. Acesso em 15 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2014 Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. The formation of citizens: the pediatrician's role. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. S23-S29, 2016.

CRUZ, F. M. L. Representações sociais, identidade e exclusão social: o fracasso escolar em matemática. In: ALMEIDA, A. M. O. (Org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

DAIANE SILVA, Camila; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sérgio Corrêa; FONSECA, Adriana Dora; MARTINS, Cibele da rocha. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, 49(1): 22-29, DOI: 10.1590/S0080-623420150000100003, 2015.

DOISE, Willem. Sistema e Metassistema. In: **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SOUZA SANTOS, Maria de Fatima de; TRINDADE, Zeid Araújo. 2ª Edição, Tecnopolick, Brasília, DF, 2014, trad.: José Geraldo de Oliveira Almeida, p. 163-210.

EGRY, Emiko Yoshikawa et al . Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 1, p. 119-125, Feb. 2017. Doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009.

GALINKIN, Ana Lúcia; ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; ANCHIETA, Vânia Cristine Cavalcante. Representações Sociais de Professores e Policiais sobre

Juventude e Violência. **Paidéia**. Set.-dez. vol. 22, No. 53, 365-374. DOI: 10.1590/1982-43272253201308, 2012.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 58, n. 6, p. 659-665, 2012.

GOIS DOS SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, V. 41, N. 114, P. 694-706, JUL-SET, DOI: 10.1590/0103-1104201711402, 2017.

HERNANDEZ ARTEAGA, Isabel; LUNA HERNANDEZ, José Alberto; CADENA CHALA, Martha Cecilia. Cultura de paz: una construcción desde la educación. **Rev.hist.educ.latinoam.**, Tunja, v. 19, n. 28, p. 149-172, June 2017. DOI:10.19053/01227238.5596.

HILDEBRAND, Natália Amaral et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015.

HILLESHEIM, Betina; CRUZ, Lilian Rodrigues da; SOMAVILLA, Vera Elenei da costa; HILGERT, Josiane Delazeri; FISHER, Bárbara Luciane; DHEIN, Gisele. Negligência no campo da saúde: estratégia de governo das populações. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, vol. 39, n 2, p.175-181, 2008.

IBGE from Paraná: banco de dados disponível em <[http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?codmun=411155&search=parana%7Civate%7Cinphographics:-history&lang=\\_ES](http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?codmun=411155&search=parana%7Civate%7Cinphographics:-history&lang=_ES)>. Acesso em: 24 out. 2016.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações Sociais e Polifasia Cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In: **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SOUZA SANTOS, Maria de Fatima de; TRINDADE, Zeid Araújo. 2ª Edição, Tecnopólic, Brasília, DF, 2014, p. 211-237.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

LOBATO, Geórgia Rosa; MORAES, Claudia Leite; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012.

MAGALHAES, Júlia Renata Fernandes de et al . Expressão da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.26, n.4, 2017.doi.org/10.1590/010407072017001730016.

MAIA, Rosely Cardoso et al. Da Proteção ao Risco: Configurações da Violência Intrafamiliar na Juventude Paraense. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, vol. 33, p. 1-8, 2017.

MATA, Natália Teixeira; SILVEIRA, Liane Maria Braga da; DESLANDES, Suely Ferreira. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2881-2888, set. 2017.

MATTOS DA SILVA, Josiane Maria; LIMA, Marília de Carvalho; LURDEMIR, Ana Bernarda. Violência por Parceiro Íntimo e Prática Educativa Materna. **Revista de Saúde Pública**. 2017.

MILANI, Feizi Masrour. CULTURA DE PAZ x VIOLÊNCIAS: Papel e desafios da escola. In: PROJETO INPAZ. **Cultura de Paz: Estratégias, Mapas e Bússolas**. EDIÇÕES INPAZ, Salvador, p. 31 – 60. 2003.

MOLINI-ALVEJONAS, Daniela Regina; MENDES, Vera Lúcia Ferreira; AMATO, Cibelle Albuquerque de La Higuera. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio a Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n.3, p. 465-474, 2010.

MOREIRA, Letícia de Sousa; BRANCO, Angela Maria Cristina Uchoa de Abreu. Processo de socialização e promoção da Cultura de Paz na perspectiva de policiais militares. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 33, n.3, p. 553-563, Sept. 2016. DOI: 10.1590/1982-02752016000300018.

MOREIRA, Letícia de Sousa; BRANCO, Angela Maria Cristina Uchoa de Abreu. Cultura de paz, moralidade e virtudes cívicas: Contribuições da psicologia cultural. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 30, n. 68, p. 161-170, jan./mar. 2012

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MOSCOVICI, Serge. **Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

NUNES, Antonio Jakeulmo; VITORINO SALES, Magda Coeli. Violência Contra Crianças no Cenário Brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Mar 2016, vol. 21 Issue 3, p871-880. 10p.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença:na constituição de um campo interdisciplinar. ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SOUZA SANTOS, Maria de Fatima de; TRINDADE, Zeid Araújo. 2. ed. Tecnopólic, Brasília, DF, 2014, p. 774-829.

OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de et al. percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. Texto e contexto Enfermagem. Florianópolis, 2015, Abr-Jun; 24(2): 424 – 31.

OLIVEIRA, Marluce Tavares de et al. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: A (in) visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant**, Boa Vista, v. 11, n. 1, p. 29-39, 2011.

OLIVEIRA, Paula Sameira de, SIMOES, Aínda. Maus-tratos à infância: as referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. [CPCJ].

**Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n SPE1, p. 82-89, 2014.

PINTO JUNIOR, Antonio Augusto; CASSEPP-BORGES, Vicente; DOS SANTOS, Janielly Gonçalves. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2015.

POPE, Caterine; MAYS, Nicolas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Higienópolis: ARMED, 2009.

PORTO, Maria Stela Grossi et al. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**, Brasília, v. 16, p. 250-273, 2006.

PORTO, Roberta Tayan Souza; BISPO JUNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2014.

REIS, Sebastiana Lindaura Arruda; BELLINI, Luzia Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Teoria e Prática da Educação**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 133-144, 2011.

REVORÊDO, Luciana da Silva et al. Content validation of an instrument for identifying violence against children. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 205-217, 2016.

RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro et al. The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.22, n.9 [cited 2017-10-16], pp.2873-2880. 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.09902016>. 2017.

SAMPIERI, Roberto Hernández. COLLADO, Carlos Fernández. LUCIO, Pilar Baptista. Metodologia de Pesquisa. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SPAZIANI, Raquel Batista. **Violência sexual infantil: compreensões de professoras sobre o conceito de prevenção**. 2013. 133f. Tese (Mestrado em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2013.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da et al . Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 469-484, ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00058>, 2017.

SPINK, Mary Jane P.. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/set, 1993

TARDIVO, Leila Salomão de La Plata Cury; PINTO JUNIOR, Antônio Augusto. **Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Vetor Editora, 2010.

VALENTE, Leidielly Aline et al. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. **Brazilian dental journal**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 55-60, 2015.

VOLLET, Mayra Rocha. **O saber e o não revelar da violência sexual doméstica infantil na dinâmica do profissional escolar**. 257f. Tese (Doutorado em Educação Escolar) – Faculdade de Ciências e Letras, Unesp/Araraquara, Araraquara, 2012.

## 10. ANEXOS

## **10.1 Termo de consentimento e livre esclarecimento**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### OS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) Prof.<sup>a</sup> Dra. Rute Grossi Milani, Prof. Dra. Rose Mari Bennemann e Sérgio Murilo Ferreira, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado Os Agentes Comunitarios de Saude e Ssuas Representações Sociais sobre Violência, cujo objetivo é Compreender as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica e cuidado à criança, e discuti-las à luz do acompanhamento em saúde prestado a crianças vítimas de violência doméstica pelo NASF. Os dados serão coletados Mediante entrevistas qualitativas e análise de prontuários de atendimento de crianças vítimas de violência doméstica. A forma de busca dos dados; os desconfortos e os riscos a que os sujeitos estarão submetidos de forma clara, simples, inteligível; Reconheço de que participarei de uma entrevista qualitativa, que oferece mínimas possibilidades de dano, e que o pesquisador se compromete a realizar esta entrevista no local e horário em que me for mais conveniente, me poupando deste modo de quaisquer comprometimentos financeiros que me possam incorrer por conta de deslocamento e perda de horário de trabalho. Estou ciente que uma cópia deste documento permanecerá comigo e outra com o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, \_\_\_\_\_,

Após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professor \_\_\_\_\_

CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, participar do mesmo.

Ivaté / PR, \_\_ / \_\_ / 2017.

## **10.2 Termo de proteção de risco e confidencialidade**

## TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre exames, observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos da **Prefeitura Municipal de Ivaté** com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado **Os Agentes Comunitários de Saúde e suas Representações Sociais sobre Violência**, de autoria da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rute Grossi Milani, Prof. Dra. Rose Mari Bennemann e de Sérgio Murilo Ferreira, discente do curso de Mestrado em Promoção da Unicesumar, será preservada a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestígio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Ivaté / PR, 28 / 03 / 2017.

---

Sérgio Murilo Ferreira

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)**  
Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR  
Bloco 10  
Av. Guedner, 1610  
CEP 87.050-900  
Maringá – Paraná

### **10.3 Parecer consubstanciado do Cep**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** OS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA

**Pesquisador:** SERGIO MURILO FERREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67069617.4.0000.5539

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.022.086

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de caráter qualitativo e quantitativo.

A Atenção Básica na Saúde tem um grande potencial para atuar no enfrentamento da violência doméstica, graças à figura do agente comunitário de saúde, profissional responsável pela manutenção do elo entre os serviços de saúde e a população a ser atendida.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica e cuidado à criança, e discuti-las à luz do acompanhamento em saúde prestado a crianças vítimas de violência doméstica pelo NASF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Mínimos, não existem riscos evidentes aos participantes da pesquisa.

Benefícios: Espera-se que este trabalho possibilite o fornecimento de dados que venham a possibilitar no futuro o desenvolvimento de novas metodologias de trabalho na promoção da saúde à crianças e famílias em condições de vulnerabilidade biopsicossocial associada à violência doméstica.

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

**Bairro:** Jardim Aclimação

**CEP:** 87.050-390

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3027-6360

**E-mail:** cep@unicesumar.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 2.022.086

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta duas etapas, a primeira com entrevistas realizadas com profissionais da saúde, e a segunda caracteriza-se como uma pesquisa documental.

Todos os procedimentos metodológicos foram descritos de forma a garantir a compreensão das etapas da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a normativa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se com Parecer APROVADO para que os pesquisadores realizem a coleta dos dados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto encontra-se com Parecer APROVADO para que os pesquisadores realizem a coleta dos dados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_874411.pdf	03/04/2017 01:34:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_os_agentes_comunitarios_de_saude_e_suas_representacoes_sociais_violencias.docx	03/04/2017 01:33:13	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
Outros	Oficio_para_encaminhamento_do_projeto_de_pesquisa_a_coordenacao.pdf	03/04/2017 01:27:53	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_protecao_risco_confidencialidade.pdf	03/04/2017 01:26:18	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados_pg_três.pdf	03/04/2017 01:23:40	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_dados_pg_dois.pdf	03/04/2017 01:23:02	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_dados.pdf	03/04/2017 01:22:12	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
Outros	ficha_geral_de_atendimento.pdf	03/04/2017	SERGIO MURILO	Aceito

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

**Bairro:** Jardim Aclimação **CEP:** 87.050-390

**UF:** PR **Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3027-6360

**E-mail:** cep@unicesumar.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 2.022.086

Outros	ficha_geral_de_atendimento.pdf	01:21:06	FERREIRA	Aceito
Outros	Autorizacao_municipio.pdf	03/04/2017 01:19:58	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Complemento_termo_consentimento.pdf	03/04/2017 01:09:26	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_TCLE.pdf	03/04/2017 01:07:21	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/04/2017 01:06:29	SERGIO MURILO FERREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 19 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**

**Ludhiana Ethel Kendrick Silva  
(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

**Bairro:** Jardim Aclimação

**CEP:** 87.050-390

**UF:** PR **Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3027-6360

**E-mail:** cep@unicesumar.edu.br

## 11. APÊNDICES

## **11.1. Apêndice 1 – Roteiro de entrevistas**

## ROTEIROS DE ENTREVISTAS

Nome:.....

Data:..... Início:..... Término:.....

### **Dados de Identificação**

**Sexo:**

**Idade:**

**Área de formação:**

**Tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde:**

### **Considerações do entrevistado sobre Violência**

1. Como você define a violência doméstica?
2. Para você, o que caracteriza a violência doméstica contra a criança?
3. Por que você acha que a violência contra crianças e adolescentes existe? Por que pensa assim?
4. Na sua opinião, que tipo de pessoa comete violência doméstica contra crianças?
5. Você já testemunhou uma situação de violência doméstica aplicada em uma criança? Como se sentiu em relação a essa situação? O que fez?
6. Você acredita que, como profissional da saúde, no exercício do seu trabalho, você pode atuar contra a violência doméstica contra uma criança? Qual pode ser o papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças?
7. Como se sentiu por responder à entrevista?
8. Como você, profissional da saúde, pode ajudar diante de uma situação de violência?

## **Sobre o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes**

1. Quais consequências que a violência doméstica pode acarretar para uma criança?
2. Que tipo de comportamento uma criança que sofre violência dentro de casa pode apresentar? (verificar citações de: irritabilidade, tristeza constante, distúrbios de alimentação, choro sem motivo, agitação, demonstrações de carência afetiva, “bom comportamento” excessivo, recusar conforto em situações angustiantes, passividade, apatia, ausência nas atividades escolares, autoflagelação, roubar ou esconder comida, enurese, saída ou fuga de casa).
3. O que você entende por violência física?
4. Como você reconhece alguém que sofre violência física? (verificar citações de hematomas e lesões sem explicação, escoriações e lacerações, queimaduras sem explicação, sinais de congelamento, fraturas ou sequelas de ferimentos antigos, lesões diversas sem explicações, lesões dentárias, procura frequente por serviços de saúde, incidentes sem explicação (como quase afogamento), alteração de comportamento dos responsáveis frente aos profissionais de saúde).
5. O que você entende por violência sexual?
6. Como você reconhece quem sofre violência sexual contra uma criança? (verificar citações de: corrimento, lesão, sangramento de órgãos genitais, relato de dor na região perianal, relato de doença sexualmente transmissível em uma criança, demonstração de conhecimento da criança sobre atividades sexuais, atitudes sexuais impróprias para a idade).
7. Como você definiria negligência contra crianças e adolescentes? E como você definiria violência psicológica?
8. Como você reconhece uma criança que sofre negligência ou violência psicológica? (verificar citações de: relato de exposição da criança a experiências desagradáveis por parte dos pais, relato de uso da criança para satisfação pessoal dos pais, estímulo por parte dos pais a comportamentos antissociais, apatia por parte dos pais, comportamentos punitivos inadequados por parte dos pais (de deprecição, intolerantes ou de rejeição), descaso com a higiene da criança ou discrepância entre o aspecto do

cuidador e da criança, desnutrição ou déficit de desenvolvimento da criança sem explicação aparente, descuido com a segurança da criança, falta de acompanhamento adequado da criança).

9. Caso tenha identificado evidências de prática de violência doméstica contra uma criança, qual foi o procedimento adotado?
10. Caso não tenha identificado evidências de violência doméstica no exercício da função, qual procedimento você julgaria mais adequado tomar se porventura viesse a identificar algum dia uma situação assim?

## **11.2. Apêndice 2 - Ficha geral de atendimento do município**



