

Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na atenção primária em saúde: revisão integrativa

^a Maria Karina Melo de Oliveira
^b Luís Ricardo Santos de Melo
^c Andreia Freire de Menezes
^d Lara Leite de Oliveira
^e Rosemar Barbosa Mendes

Resumo

Introdução: a violência doméstica é um fenômeno que acomete milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo, desencadeando diversas consequências a curto, médio e longo prazo. Para enfrentá-la, a Atenção Primária em Saúde emerge como uma importante estratégia visto sua singularidade na prestação dos serviços. **Objetivo:** sintetizar as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa com estudos obtidos nas bases de dados BVS MS, SciELO, PubMed e EMBASE, norteadas pela pergunta de pesquisa: "Quais as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde?". Os estudos investigados abordam a implementação de ações preventivas, através de programas educativos: SOS ajuda para os pais, Safe Environment for Every Kids, Practicing Safety e Play Nicely, e de educação em saúde, além de relatos de profissionais da saúde frente ao enfrentamento dos casos de violência doméstica contra crianças, adolescentes e suas dificuldades. **Resultados:** a síntese foi capaz de evidenciar diferentes ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes no contexto da Atenção Primária à Saúde, que demonstram sua relevância através de resultados satisfatórios. **Conclusão:** por fim, fica evidente a necessidade de maiores esforços para seu combate, tanto por meio da disseminação de informações sobre os cuidados às crianças e adolescentes e da capacitação de profissionais de saúde, quanto através do fortalecimento de outros setores da saúde.

Palavras-chave: adolescente; Atenção Primária à Saúde; criança; maus-tratos infantis; violência doméstica.

Facing domestic violence against children and adolescents in primary health care: integrative review

Abstract

Domestic violence is a phenomenon that affects millions of children and adolescents around the world, triggering several consequences in the short, medium and long term. To face it, Primary Health Care emerges as an important strategy, given its uniqueness in the provision of services. Thus, the research seeks to synthesize the actions to confront domestic violence against children and adolescents in Primary Health Care. This is an integrative review with studies obtained from the VHL MS, SciELO, PubMed and EMBASE databases, guided by the research question: "What are the actions to confront domestic violence against children and adolescents in Primary Health Care?". The studies investigated address the implementation of preventive actions, through educational programs: SOS help for parents, Safe Environment for Every Kids, Practicing Safety and Play Nicely, and health education, in addition to reports of health professionals coping with cases of domestic violence against children and adolescents and their difficulties. Finally, the synthesis was able to highlight different actions to combat domestic violence against children and adolescents in the context of Primary Health Care, which demonstrate their relevance through satisfactory results. Furthermore, the need for greater efforts to combat it is evident, both through the dissemination of information about child and adolescent care and the training of health professionals, and through the strengthening of other health sectors.

Keywords: adolescent; Primary Health Care; child; child abuse; domestic violence.

^a Graduada de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. karinamelo15@hotmail.com

^b Graduando em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. luis_ricardo01@outlook.com

^c Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil. deiamenezes1@hotmail.com

^d Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil. lara.leite1903@gmail.com

^e Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil. rosemarbm@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social complexo, que compromete o direito fundamental à vida, à saúde, ao respeito, à liberdade e à dignidade humana (UNICEF, 1998). Globalmente, estima-se que um bilhão de crianças e adolescentes sofram algum tipo de violência a cada ano (WHO, 2020). Além disso, o ambiente familiar é o mais comum e ocorre muitas vezes de forma velada, tornando de difícil controle (SPSP, 2011).

A persistência desse cenário contrasta com as legislações que visam assegurar a proteção de crianças e adolescentes, a exemplo da Convenção sobre os Direitos da Criança, aceita por 196 países, incluindo o Brasil (UNICEF, 1990), além do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), que dispõe sobre a proteção integral desse público. Portanto, é crucial analisar quais as ações em vigor que abordam essa questão, especialmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), onde os profissionais mantêm contato prolongado com a comunidade, o que facilita a identificação das mudanças comportamentais e físicas (Brasil, 2017).

Os tipos principais de violência que acometem as crianças e adolescentes são a violência física, sexual, psicológica, e a negligência. A violência física é caracterizada como o uso da força física de forma intencional, podendo ferir, provocar danos ou mesmo levar à morte deixando, ou não, marcas evidentes (SPSP, 2011). A sexual é qualquer ação em que uma pessoa, obriga outra, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações

sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção (WHO, 2012).

A violência psicológica ou emocional trata-se da restrição de movimentos, de atitudes que denigrem, ridicularizam, ameaçam e intimidam; discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil (OMS, 2016). Já a negligência representa atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, no tocante à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo (ABRAPIA, 1997).

Há diversos fatores que desencadeiam a violência, seja a individual, familiar ou social: uso como prática pedagógica (Carmo; Harada, 2006), problemas financeiros, que geram conflitos familiares e desestabilização emocional (Conger; Conger; Martin, 2010), padrões culturais de normalização ao uso da violência (UNICEF, 2014), baixo nível educacional, exposição à violência precocemente, uso de substâncias como álcool e drogas, disfunções familiares, casamento precoce ou forçado, fácil acesso à armas de fogo, além da proteção ausente ou precária contribuem para a permanência deste cenário (UNICEF, 2006).

A exposição à violência, como vítima ou testemunha, particularmente na primeira infância, tem um impacto significativo no desenvolvimento dos indivíduos (WHO, 2016). Além de provocar mortes, esses eventos traumáticos precoces tornam as vítimas mais suscetíveis a desenvolver transtornos de humor, doença física, pior desempenho educacional, abuso de substâncias nocivas, distúrbios alimentares, doenças crônicas (WHO, 2020), envolver-se em violência interpessoal e

tentar suicídio (Hughes *et al.*, 2017).

Dessa forma, a presente pesquisa justifica-se com base na alta prevalência da violência doméstica contra as crianças e adolescentes, que desencadeia consequências nocivas a curto, médio e longo prazo, e da Atenção Primária como nível de saúde estratégico neste enfrentamento, visto o acesso facilitado às unidades, a frequência com que a população o utiliza e, sobretudo, o vínculo estabelecido entre esta e os profissionais. Assim, há uma grande oportunidade em identificar as problemáticas, preveni-las e combatê-las (WHO, 2020; WHO, 2016; Hughes *et al.*, 2017; Brasil, 2017).

Objetiva-se, portanto, sintetizar, com base na literatura nacional e internacional, as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde. Assim, a revisão integrativa contribuirá na medida em que reúne estudos diversos e é realizada com metodologia já testada e aplicada, o que promove o conhecimento sob variadas perspectivas desse fenômeno, auxiliando na tomada de decisões (WHITTEMORE; KNAFI, 2005).

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que consiste em seis etapas: elaboração da pergunta de pesquisa, amostragem, extração de dados, análise dos estudos incluídos, interpretação dos dados e apresentação da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A questão norteadora elaborada foi: “Quais as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes

na Atenção Primária em Saúde?”. Esta foi confeccionada a partir da estratégia PCC, em que P: população, C: conceito e C: contexto (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015). Nesta pesquisa, a população é representada pelas crianças e adolescentes, o conceito trata-se da violência doméstica e o contexto refere-se à Atenção Primária em Saúde.

Foram utilizadas como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Public Medline (PubMed) e Excerpta Medica Database (EMBASE). Os critérios de inclusão foram: artigos científicos, em todos os idiomas, sem restrição de período temporal, que abordem a temática da presente pesquisa e respondam à questão norteadora. Já os critérios de exclusão foram: revisões, pesquisas pré-clínicas, estudos não disponíveis de forma gratuita e na íntegra, público alvo majoritariamente adulto, e estudos que abordem a violência por parceiro íntimo, que se trata do comportamento em uma relação íntima, por tratar-se de relação interpessoal distinta da que ocorre com crianças, adolescentes e seu núcleo familiar, a qual necessita de intervenções específicas.

As estratégias de busca foram realizadas em abril de 2023, por meio da combinação dos descritores e seus sinônimos, pesquisados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), no MeSH (Medical Subject Headings) e no Emtree (Embase Tree), com os operadores booleanos AND e OR, truncamentos, aspas e parênteses utilizando os elementos do acrônimo PCC. Tais estratégias encontram-se disponibilizadas no Quadro 1 contido no material suplementar.

Para a extração dos dados dos estudos

incluídos, feita de forma duplo cego, utilizou-se um instrumento adaptado para a referente pesquisa, composto pelos seguintes tópicos: identificação do estudo, objetivos, características metodológicas, resultados, discussão e conclusões (Ursi; Galvão, 2006). Para facilitar o acesso e a recuperação das informações, o instrumento foi transposto no Google Forms. Além disso, os dados foram posteriormente transferidos para o software de planilhas eletrônicas Microsoft Excel®, onde as divergências foram resolvidas em comum acordo entre os revisores.

Por fim, cada estudo foi avaliado para identificar o Nível de Evidência - NE, por meio do sistema de classificação da Oxford Centre For Evidence-Based Medicine - OCEBM (OCEBM, 2011). Esta classificação compreende cinco níveis, desde revisões sistemáticas e ensaios randomizados de alta qualidade (Nível I), até raciocínio baseado em mecanismo (Nível V). Cada nível representa um grau diferente de confiabilidade e qualidade dos estudos utilizados na pesquisa. Os artigos incluídos nesta revisão possuem nível de evidência entre I e IV.

RESULTADOS

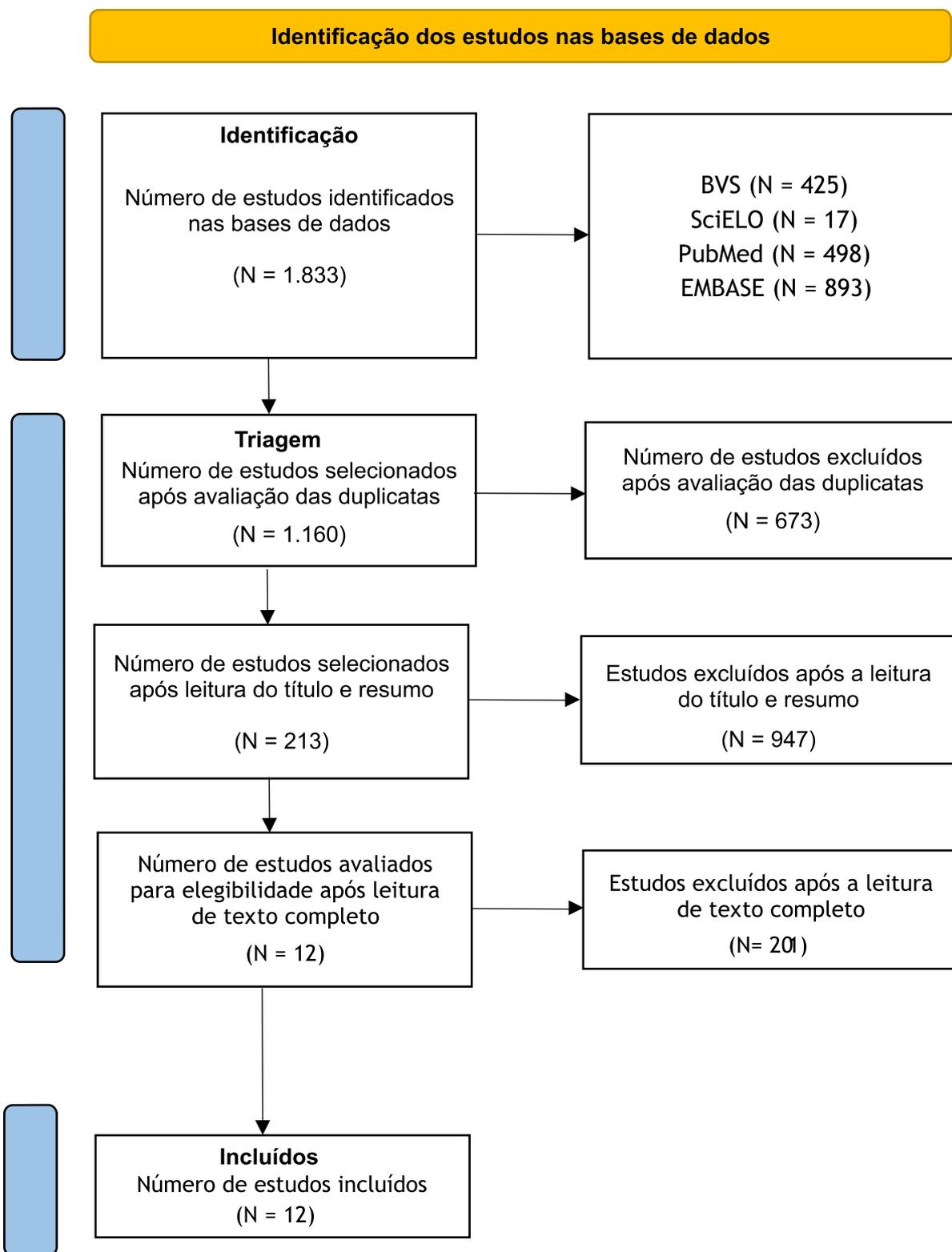
A busca resultou em 425 estudos identificados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS), 17 na SciELO, 498 na PubMed e 893 estudos na EMBASE. Os 1.833 estudos identificados foram armazenados na ferramenta Rayyan, onde foram excluídos de maneira automática 673 estudos duplicados. Em seguida ocorreu a triagem em duplicata e cega por 2 autores, pela leitura do título e resumo dos 1160

estudos restantes, em que foram avaliados a população do estudo, a exposição, o contexto, bem como os critérios de inclusão e exclusão, utilizando um guia elaborado pelos revisores para auxiliar o processo de seleção, guia este composto pelo objetivo, pergunta de pesquisa, estratégia PCC e desenho de estudo, conforme figura 1.

A amostra final foi composta por 12 estudos, publicados no período de 2010 a 2021, com características metodológicas diversas, incluindo Estudo Transversal, Ensaio Clínico Randomizado, Ensaio Controlado, Estudo Controlado Randomizado de Cluster, Estudo Descritivo e Intervenção do tipo antes e depois. Dos 12 estudos, seis (50%) apresentaram abordagem qualitativa, quatro (33,33%) quantitativas e dois (16,66%) quali quantitativo, conforme visualizado nos Quadros 1 e 2 (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Dos estudos incluídos, seis (50%) foram realizados no Brasil, todos esses em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família, majoritariamente no estado de São Paulo, com apenas um no Rio Grande do Sul. Já os estudos no exterior foram realizados em sua maioria nos Estados Unidos, somando-se cinco (41,67%) estudos, e um no Irã, feitos em clínicas de cuidados primários. Houve seis (50%) pesquisas publicadas na língua portuguesa e seis (50%) na língua inglesa (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga;

Figura 1 - Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos nas bases de dados



Fonte: dados da pesquisa (2023)

Brino, 2021; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

A partir da leitura na íntegra, de forma crítica e minuciosa, verificou-se, nas pesquisas incluídas, que foram abordadas a violência física, psicológica, sexual e a negligência contra o público infantil e adolescente no contexto intrafamiliar. Além disso, a síntese dos achados foi feita pela similaridade das temáticas, e os principais resultados foram sumarizados conforme os tópicos: ações preventivas, com sete artigos (58,33%), e atendimentos às vítimas, com cinco (41,66%), como visualizado nos Quadros 1 e 2, respectivamente (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila;

Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Dos estudos que abordaram o enfrentamento da violência doméstica em unidades de cuidados primários por meio de ações preventivas, uma (14,29%) foi realizada no Brasil, uma (14,29%) no Irã e cinco (71,43%) nos Estados Unidos - EUA (OVEISI *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021).

Em quatro (57,14%) destes estudos foi feita capacitação para profissionais de saúde das unidades, em um (14,29%) foi feito para mães, um (14,29%) para os pais, incluindo pai e mãe, e um (14,29%) para gestantes. Em seis (85,71%) dos estudos, o enfrentamento foi feito por meio de programas educativos, sendo eles: *Safe Environment for Every Kids - SEEK*, em dois estudos; *Practicing Safety*, em

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos e síntese dos artigos selecionados - ações preventivas

Autor / Ano de publicação	Título	Tipo de Estudo	NE	Objetivo	População do estudo/ País	Enfrentamento	Resultados
Oveisi <i>et al.</i> , 2010	Prevenção primária de conflito e abuso entre pais e filhos em mães iranianas: um estudo controlado randomizado	Ensaio Clínico Randomizado - Quantitativo	I	Avaliar se os ambientes de cuidados primários de saúde podem ser usados para envolver e fornecer uma intervenção preventiva para mães de crianças	Mães com filhos entre 2 e 6 anos/ Irã	Programa de educação parental "SOS ajuda para os pais"	Foi verificado que a implementação do programa em um ambiente de saúde de vacinação foi bem-sucedida, havendo melhora nas habilidades parentais e diminuição da frequência e intensidade de comportamentos conflituosos e abusivos destes com seus filhos.
Dubowitz <i>et al.</i> , 2011	O ambiente seguro para cada modelo infantil: impacto nos profissionais de cuidados primários pediátricos	Estudo Controlado Randomizado - Quantitativo	II	Examinar se o modelo <i>Safe Environment for Every Kid (SEEK)</i> de cuidados primários aprimorados melhoraria as atitudes, conhecimento, conforto, competência e comportamento dos profissionais de saúde infantil em relação ao enfrentamento dos principais fatores de risco para maus-tratos infantis.	Profissionais de saúde infantil/ EUA	Programa <i>Safe Environment for Every Kid (SEEK)</i>	Houve melhora nas atitudes, conhecimento, conforto, competência e no comportamento dos profissionais de saúde diante do enfrentamento dos fatores de risco para maus-tratos infantis, com um aumento de 20 pontos percentuais na triagem de cada fator de risco.

(Continuação)

Chung <i>et al.</i> , 2019	Avaliação de risco de abuso e negligência infantil: melhoria da qualidade em um ambiente de atenção primária.	Intervenção do tipo antes e depois - Quali Quantitativo	IV	Melhorar a avaliação de risco de Abuso e Negligência Infantil e o fornecimento de recursos por meio do uso de <i>Smart Tools</i> padronizados em um registro eletrônico de saúde com base em adaptações locais feitas para o programa <i>Practicing Safety</i> .	Profissionais de saúde/ EUA	Programa <i>Practicing Safety</i>	Após a implementação do <i>Smart Tools</i> no prontuário eletrônico e das capacitações aos profissionais de saúde, houve um aumento da avaliação de riscos para abuso e negligência infantil.
Eismann, 2019	Integração do Modelo de Ambiente Seguro para Todas as Crianças (SEEK) em todas as configurações de atenção primária.	Ensaio Clínico Randomizado - Quali Quantitativo	I	Avaliar a generalização do modelo <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK) para outras configurações de cuidados primários e identificar as barreiras e facilitadores para integrá-lo na prática clínica padrão.	Médicos/ EUA	Programa <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK)	É possível implementar o Programa <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK) em outros ambientes de Atenção Primária. Porém, há algumas barreiras: falta de tempo dos profissionais, não possuir conhecimento suficiente para solucionar os problemas, falta de acompanhamento de rotina e não saber se os encaminhamentos foram eficazes.
Scholer, 2012	Um breve programa melhora o aconselhamento de mães com filhos que apresentam agressividade persistente.	Ensaio Controlado - Quantitativo	III	Determinar se uma breve intervenção pode afetar a forma como os residentes pediátricos aconselham a mãe de uma criança com persistentes agressões em uma situação do mundo real.	Residentes pediátricos/ EUA	Programa multimídia <i>Play Nicely</i>	Foi constatado que os residentes que receberam a capacitação por meio do programa <i>Play Nicely</i> transmitiram maiores estratégias de intervenção para as mães a fim de lidar com a agressividade do filho, em detrimento do grupo que não recebeu a capacitação.
Scholer, 2015	Uma Intervenção Breve Facilita Discussões Sobre a Disciplina na Atenção Primária Pediátrica.	Estudo Descritivo - Quantitativo	III	Determinar se uma intervenção de 5 a 10 minutos, integrada na visita de puericultura, pode ajudar os pais a discutir a disciplina com seu médico e, em caso afirmativo, como.	Pais de crianças de 1 a 5 anos de idade/ EUA	Programa multimídia <i>Play Nicely</i>	100% dos pais relataram que o programa ajudou na discussão sobre disciplina dos filhos com os médicos pediatras. De acordo com algumas falas: ajudou a expressar o problema que está passando, ajudou a saber o que perguntar ao médico, conheceu melhores estratégias disciplinares, aumentou o conhecimento e a vontade de discutir com o médico, entre outros.
Gonzaga; Brino, 2021	Prevenção de Maus-tratos Infantis: Prática em Grupo com Gestantes em Unidade de Saúde	Ensaio Clínico Randomizado - Qualitativa	II	Debater possibilidades de ações que poderiam ir na contramão da violência, por meio de espaços de diálogo em grupo.	Gestantes/ BRASIL	Educação em Saúde	As gestantes relataram que a educação em Saúde auxiliou nos cuidados infantis.

Fonte: dados da pesquisa (2023)

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos e síntese dos artigos selecionados - atendimento às vítimas

Autor / Ano de publicação	Título	Tipo de Estudo	NE	Objetivo	População do estudo/ país	Enfrentamento
Carlos <i>et al.</i> , 2017	Violência contra crianças e adolescentes: a perspectiva da Atenção Primária à Saúde	Pesquisa Transversal - Qualitativa	III	Analisar o atendimento prestado pelas Unidades Básicas de Saúde às famílias envolvidas em violência doméstica intrafamiliar contra crianças e adolescentes.	Profissionais de saúde/ BRASIL	Após a constatação de violência, os profissionais elaboraram diferentes estratégias de cuidado, incluindo visitas domiciliares e consultas individuais. Foi enfatizado que as reuniões de equipe são ferramentas importantes para a melhoria da assistência

(Continuação)

Andrade <i>et al.</i> , 2011	A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo	Pesquisa Transversal - Qualitativa	III	Compreender a experiência (visões e práticas) dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrevendo a identificação dos casos e a assistência prestada às vítimas em Unidades Básicas de Saúde.	Profissionais das UBSs/ BRASIL	A população busca a Rede de Atenção à Saúde apenas quando se certifica da extrema gravidade da agressão. Ao reconhecerem algum caso de violência física, os profissionais contatam o Conselho Tutelar ou a polícia. É feita consultas com psicólogo, porém, há uma alta demanda para esse profissional, gerando uma longa fila de espera e sobrecarga do mesmo.
Ávila; Oliveira; Silva., 2012	Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual.	Pesquisa Transversal - Qualitativa	III	Conhecer a prática profissional dos enfermeiros de 5 Unidades Básicas de Saúde da Família de um município do extremo sul do Brasil, quanto ao abuso sexual de crianças e adolescentes.	Enfermeiras/ BRASIL	O atendimento não é padronizado, muitas vezes é pautado por instinto, tratado de forma isolada, desarticulado com a Rede de Atenção à Saúde e em muitos casos se limita ao atendimento emergencial. Relatam também que encaminham as vítimas para o hospital, para o médico, pronto-socorro e instituições de acompanhamento psicológico.
Mapelli <i>et al.</i> , 2020	Rede intersetorial de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade.	Pesquisa Transversal - Qualitativo	III	Analisar a rede intersetorial construída a partir da Atenção Primária em Saúde em contexto rural para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.	Profissionais de saúde/ BRASIL	Há uma lógica referencial entre profissionais e outras instituições, como encaminhar as vítimas para especialistas, assistentes sociais, serviços de saúde mental, sendo o Centro de Atenção Psicossocial referência para alguns profissionais. O atendimento é realizado por meio de intervenções mais curativas e menos preventivas; não houve compartilhamento de ações com outras instituições e seus membros. Percebeu-se o silêncio e a tentativa de "evitar" os casos, em decorrência das unidades não saberem como proceder diante da violação dos direitos de crianças e adolescentes e se sentirem isoladas.
Leite <i>et al.</i> , 2016	Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica	Pesquisa Transversal - Qualitativo	III	Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica à saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a partir da perspectiva da atenção integral à saúde.	Enfermeiras/ BRASIL	A atuação limitou-se à notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, repasse dos casos de violência para outros profissionais ou setores e orientação aos familiares quanto ao apoio do conselho tutelar.

Fonte: dados da pesquisa (2023)

Figura 2 - Ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na APS



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

um estudo; *Play Nicely*, em dois estudos; e *SOS ajuda para os pais*, em um estudo (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021), conforme a figura 2.

Em dois estudos foram implementados o programa *SEEK*, ou seja, Ambiente Seguro para Todas as Crianças, que consistiu em fornecer capacitações e ferramentas necessárias aos profissionais da saúde para que estes possam avaliar os fatores de risco que levam os pais de crianças de até 5 anos a serem violentos com seus filhos, como a depressão, abuso de substâncias, violência por parceiro íntimo, insegurança alimentar e estresse (Dubowitz *et al.*, 2011; Eismann, 2019).

Quanto ao estudo que examinou se o modelo *SEEK* melhoraria as atitudes, o conhecimento, conforto, competência e comportamento dos profissionais diante do enfrentamento dos fatores de risco para maus-tratos infantis, os resultados mostram

que houve um aumento de 20 pontos percentuais na triagem de cada fator de risco para o grupo de intervenção, em detrimento do controle (Dubowitz *et al.*, 2011).

O outro estudo que avalia esse mesmo modelo aponta que é possível implementá-lo em outros ambientes de atenção primária, porém que há algumas barreiras, como a falta de tempo dos profissionais, não possuir conhecimento suficiente para solucionar os problemas, falta de acompanhamento de rotina e não saber se os encaminhamentos foram eficazes (Eismann, 2019).

Outra pesquisa nesta mesma vertente foi feita a partir da implementação do programa *Practicing Safety*, em que foi introduzido *Smart Tools* no prontuário eletrônico, além dos profissionais de saúde terem recebido capacitações para identificação de sinais e sintomas de abuso e negligência infantil, avaliação de risco de violência e a tomada de decisões sobre o encaminhamento de casos (Chung *et al.*, 2019).

Foi constatado que houve um aumento

da avaliação de riscos pelos profissionais e que esse programa pode ser aplicado na prática, sendo facilmente adaptado ao prontuário. Porém, não houve evidências da redução dos casos de maus-tratos (Chung *et al.*, 2019).

Igualmente, o programa multimídia de apresentação curta denominada Play Nicely foi conduzido em dois estudos. Esse programa defende a não violência, concentrando-se em fornecer alternativas para gerenciar os comportamentos das crianças (Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015).

O primeiro estudo teve como público-alvo 19 residentes pediátricos, em que foi avaliado, após a capacitação, se conseguem orientar mães com dificuldades em lidar com a agressividade do filho. A capacitação dos profissionais foi feita por meio de palestras relativamente curtas, onde foi demonstrado o programa e feitas discussões. Após essa etapa, foi feita uma simulação com os residentes, por meio de uma chamada telefônica que foi gravada, onde os mesmos orientaram a suposta mãe de filho com agressividade persistente (Scholer *et al.*, 2012).

Esse estudo verificou que houve diferenças significativas entre o grupo intervenção e controle. Os residentes que foram capacitados ofertaram mais orientações sobre quais medidas adotar frente às situações estressoras: aconselhar a mãe a estabelecer uma regra ao filho (100% vs 31%), redirecionar (83% vs 8%), promover empatia (50% vs 0%) e desencorajar o uso de punição física (83% vs 31%) (Scholer *et al.*, 2012).

O segundo estudo foi direcionado a 129 pais de crianças de 1 a 5 anos, durante cerca

de 5 a 10 minutos, enquanto estavam na sala de exames das unidades de saúde. Os pais assistiram a vinhetas que apresentavam diferentes maneiras de disciplinar as crianças. Dos participantes da intervenção, 100% concordaram que o programa ajudou na discussão sobre disciplina com os médicos pediatras de seus filhos (Scholer, 2015).

Outro enfrentamento baseado em orientação aos pais foi verificado em uma pesquisa com 224 mães iranianas, que possuíam filhos de 2 a 6 anos. Conduziu-se o programa SOS ajuda para os pais, em que um prestador de cuidados de saúde ensinou sobre o papel das habilidades parentais e erros comuns na criação dos filhos, além das mães realizarem dramatizações e vídeos, que foram mostrados e discutidos (Oveisi *et al.*, 2010).

Foi verificado, por meio da avaliação por escalas, a melhora nas habilidades parentais e diminuição da frequência e intensidade de comportamentos conflituosos e abusivos. No grupo intervenção, 33,3% que responderam ao questionário sobre práticas parentais e 37% que responderam ao questionário sobre abuso infantil apresentaram pelo menos 25% de melhora. Já no grupo controle houve pelo menos 25% de melhora em 0% dos que responderam ao primeiro questionário e 12% no segundo (Oveisi *et al.*, 2010).

Além disso, em pesquisa feita no Brasil com oito gestantes, quatro no grupo intervenção e quatro no controle, algumas com filhos já nascidos, foi realizado, ao longo de dois meses, reuniões semanais. As gestantes puderam aprender sobre o desenvolvimento infantil e práticas parentais adequadas, além

de compartilhar experiências. Todas as gestantes afirmaram que recomendariam o grupo para amigos, participariam novamente e que o grupo ajudou na educação e nos cuidados infantis (Gonzaga; Brino, 2021)

Em contrapartida, houve cinco estudos incluídos que abordaram o atendimento prestado pelos profissionais de saúde às vítimas de violência em Unidades de Saúde do Brasil. Todos possuem abordagem qualitativa, 40% feito por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, 40% apenas por entrevistas semiestruturadas e 20% por meio apenas de grupos focais. As pesquisas tiveram como participantes os profissionais de saúde de diversas categorias profissionais (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016)..

A partir da leitura dos artigos, verificou-se que a assistência às vítimas de violência doméstica não ocorre de maneira organizada. Em 100% desses estudos, os profissionais relataram falta de preparo para atender as vítimas, assim, estes tendem a encaminhá-los para outras instituições da Rede de Atenção à Saúde - RAS como o conselho tutelar, hospitais, polícia e os serviços de saúde mental, principalmente, além de outros profissionais, a exemplo do médico e assistentes sociais, pois acreditam que possam oferecer um serviço mais adequado. Apesar disso, não há *feedback* dos casos, devido à desarticulação da rede e muitas vezes há também atuação insatisfatória desses serviços (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Além disso, devido à sobrecarga de trabalho nas unidades, como demonstrado em 80% das pesquisas, e da escassez de profissionais na unidade, referido em 40%, há a dificuldade dos profissionais em participar de capacitações e realizar ações preventivas (Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite, 2016).

Foi mencionado também o medo frente a assistência e notificação dos casos. Esse sentimento foi relatado em 80% dos estudos, e ocorre devido à possibilidade de represália dos agressores, já que não há proteção aos profissionais que se encontram em situação vulnerável visto a proximidade e facilidade de acesso da comunidade às unidades, especialmente quando o familiar retira a denúncia ou mantém-se em silêncio (Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Igualmente, o atendimento é pautado muitas vezes no modelo biomédico, visto que algumas unidades realizam a assistência baseada no pronto atendimento, além de atendimento emergencial (Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Ademais, em um dos estudos verificou-se a dificuldade de acesso dos profissionais à comunidade, pois se tratava de um local comandado por criminosos, o que demonstra que esse problema pode ser ainda mais complexo, necessitando da articulação de outras instâncias (Eismann, 2019). Apenas um estudo comentou que são feitas visitas domiciliares e consultas individuais para atender as vítimas e reuniões de equipe para tratar desse assunto (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017).

DISCUSSÃO

Embora haja a preocupação quanto ao enfrentamento da violência contra as crianças e adolescentes, como demonstrado nos estudos supracitados, na prática, não ocorre de forma organizada, principalmente nas unidades de saúde do Brasil. Há falta de articulação da Rede de Atenção à Saúde, profissionais despreparados, sobrecarregados, baixa resolutividade dos setores de apoio, além de medo pelos profissionais de represália dos agressores (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Enfatiza-se que há a necessidade da oferta de um serviço integral e resolutivo, como preconizado pelas políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, que estabelece como um de seus princípios a integralidade, em que o indivíduo deve ser cuidado levando-se em consideração todos os aspectos que envolvem sua saúde: físico, mental e social (Brasil, 2017).

Verifica-se, ainda, que apesar de a notificação ser obrigatória para todos os serviços que prestam assistência ao paciente, determinada pela Portaria n.º 1.271, de 2014 (Brasil, 2014), nem todos a fazem, o que é um alerta à subnotificação dos casos. Além disso, é assegurada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (Brasil, 2009) a capacitação dos profissionais, porém, na prática isso não é visualizado (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Além disso, a não adesão das condutas preconizadas pela Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que enfatizam a proteção das crianças e adolescentes contra a violência, também é corroborado pelos estudos incluídos.

Já nos estudos do exterior nota-se uma melhor articulação por meio da implementação de programas educativos. Esses programas melhoram a capacidade do profissional em identificar fatores de risco para a violência, a compreensão dos pais em como lidar com os comportamentos de seus filhos sem o uso da violência, entre outros, contribuindo no enfrentamento. Apesar disso, também é mencionada dificuldades em executar as ações, como falta de tempo dos profissionais e não possuir conhecimento suficiente (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021).

Evidencia-se a importância da continuidade das intervenções educacionais para prevenir a violência, como demonstrado, por exemplo, na pesquisa com as gestantes, realizada no Brasil, que verificou uma possível relação entre a baixa escolaridade e o potencial de abuso (Gonzaga; Brino, 2021). Ademais, as outras ações por meio da implementação de programas preventivos corroboram com a sua importância (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021).

Além disso, outra pesquisa (Lane; Dubowitz, 2009) verificou que a participação em conferências sobre maus-tratos infantis foi associada ao aumento do senso de competên-

cia na avaliação médica de negligência e ao aumento do senso de competência para testemunhar sobre todos os tipos de maus-tratos (Gonzaga; Brino, 2021; Lane; Dubowitz, 2009).

Destaca-se, portanto, que apesar das leis existentes de enfrentamento à violência doméstica, há grande dificuldade em combatê-la. A violência como forma de educação é normalizada e as condições socioculturais e econômicas deixam as vítimas ainda mais vulneráveis (UNICEF, 1990; Brasil, 2017; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade, *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016; Brasil, 2014; Brasil, 2009; Brasil, 1990).

CONCLUSÃO

Os resultados da presente pesquisa foram satisfatórios na medida em que foram evidenciadas as ações de enfrentamento frente a violência doméstica contra as crianças e adolescentes. Os achados apresentados corroboram a necessidade da continuidade das medidas apresentadas, além da importância na implementação das ações em outras unidades de saúde. Ademais, é possível, a partir dos mesmos, ampliar o conhecimento sobre essa problemática e incluir a pauta em novas ações de saúde.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). Guia de orientação para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Autores & Agentes Associados, 1997.

ANDRADE, E. M.; NAKAMURA, E.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; BORDIN, ISABEL.; MARTIN, D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 155 - 166, 2011.

ÁVILA, J. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, P. A. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. *Av.enferm. Bogotá*, v. 30, n. 2, p. 47-55.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescentes. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271 de 6 de junho de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, 2017.

CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C. Violência contra crianças e adolescentes: a perspectiva da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* v. 70, n. 4, p. 871-877, 2017. Brasília.

CARMO, C.J.; HARADA, M.J.C.S. Violência física como prática educativa. *Rev. latinoam. enferm.* v. 14, p. 849-856, 2006.

CHUNG, E. K.; GUBERNICK, R. S.; LANOUE, M.; ABATEMARCO, D. J. Child Abuse and Neglect Risk Assessment: Quality Improvement in a Primary Care Setting. *Acad. pediatr.* v. 19, n. 2, p. 227-235, 2019.

CONGER, R. D.; CONGER, K. J.; MARTIN, M. J. Socioeconomic status, family processes and individual development. *Journal of Marriage and Family*, 2010.

DUBOWITZ, H.; LANE, W. G.; SEMIATIN, J. N.; MAGDER, L. S.; VENEPALLY, M.; JANS, M. The Safe Environment for Every Kid Model: Impact on Pediatric Primary Care Professionals. *Pediatrics.* v. 127(4), p 962-70, 2011.

EISMANN, E. A. Integration of the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model Across Primary Care Settings. *Clin. pediatr.* v. 58, n. 2, p. 166–176, 2019.

GONZAGA, D. S. K.; BRINO, R. F. Prevenção de Maus-tratos Infantis: Prática em Grupo com Gestantes em Unidade de Saúde. *Psicol. cienc.* 2021.

HUGHES, K.; BELLIS, M. A.; HARDCASTLE, K. A.; SETHI, D.; BUTCHART, S.; MIKTON, C.; JONES, L.; DUNNE, M. P. The effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: a Systematic Review and Meta-analysis. *Lancet Public Health.* v. 2, p. 356–366, 2017.

LANE, W. G.; DUBOWITZ, H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl.* v. 33, n. 2, p. 76 - 83. 2009.

LEITE, J. T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev. gaúch. enferm.* v. 37, n. 2, e55796, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.55796.

MAPPELLI, L.D.; SABINO, F. H. O.; COSTA, L. C. R.; SILVA, J. L.; FERRIANI, M. G. C.; CARLOS, D. M. Rede intersetorial de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no contexto rural. *Rev. gaúch. enferm.* v. 41, e20190398, 2020.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto Enferm.* v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **INSPIRE**: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33852>. Acesso em: 2 abr. 2023.

OVEISI, S.; ARDABILI, H. E.; DADDS, M. R.; MAJZADEH, R.; MOHAMMADKHANI, P.; RAD, J. A.; SHAHRIVAR, Z. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: a randomized-controlled trial. *Child Abuse Negl.* v. 34, n. 3, p. 206-213, 2010.

SCHOLER, S. J. A brief Intervention facilitates discussions about discipline in pediatric primary care. *Clin. pediatr.* v. 54, n. 8, p. 732-737, 2015.

SCHOLER, S. J.; REICH, S. M.; BOSHERS, R. B.; BICKMAN, L. A brief program improves counseling of mothers with children who have persistent aggression. *J. interpers. violence.* v. 27, n. 6, p. 991-1004, 2012.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente**. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/manual%20atendimento%20crianca%20adol escnte.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual** 2015.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. (UNICEF). **Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children.** 2014.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. (UNICEF). **O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento: crianças de até 6 anos.** Brasília, 2006.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 14(1), p.124-31, 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFI, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System Within a National Multisectoral Response to Address Interpersonal Violence, in **Particular Against Women and Girls, and Against Children.** 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511537>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Global status report on preventing violence against children.** Geneva, 2020. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/global-status-report-preventing-violence-against-children-2020-enru-gclid=CjwKCAjwxr2iBhBJEiwAdXECw9x-yB0EMnZ70HKJ5HAg-7vS_m5iE9kWm0n3HxWyKx6FtGbRtk0Uhh0CQAYQAvD_BwE. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 10 abr. 2023.

