UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CIBELE MONTEIRO MACEDO

**BASES CONCEITUAIS ORIENTADORAS DOS PROGRAMAS
DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO**

SÃO PAULO
2019

CIBELE MONTEIRO MACEDO

**BASES CONCEITUAIS ORIENTADORAS DOS PROGRAMAS
DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo como requisito para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

SÃO PAULO
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Macedo, Cibele Monteiro

Bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária à Saúde: Revisão de Escopo / Cibele Monteiro Macedo. São Paulo, 2019.

95 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Violência doméstica. 2. Maus-tratos infantis. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde pública. 5. Revisão sistemática. 6. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Cibele Monteiro Macedo

Título: Bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária à Saúde: Revisão de Escopo.

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

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todos os profissionais que têm a difícil missão de traduzir em ações, capazes de transformar a realidade de crianças em situação de violência, as políticas, os programas e os projetos.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry, por me aceitar como sua orientanda, me ajudar a superar limites e a encontrar possibilidades. Pelos conhecimentos compartilhados e oportunidades proporcionadas ao longo dessa jornada que resultaram em experiências acadêmicas e pessoais que levarei comigo pelo resto da vida. Minha eterna gratidão!

À Prof.^a Dr.^a Dora Mariela Salcedo Barrientos, por ter me acolhido durante a graduação e acreditado em meu potencial como pesquisadora desde aquela época. Obrigada por plantar em mim a sementinha da paixão pela pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Rosa Godoy Serpa da Fonseca, pelas valiosas e apaixonantes aulas sobre Gênero e debates enriquecedores que fizeram a diferença no decorrer dessa pesquisa e em minha (des)construção como mulher e pesquisadora.

Às docentes membro da banca do Exame de Qualificação e Defesa de Dissertação. Agradeço imensamente as valiosas contribuições que foram fundamentais para o andamento desta pesquisa.

Aos amigos da pós-graduação: Giovanna, Kayte, Luiz, Ana Karinne e Danila pelos momentos de alegria em nossos almoços no refeitório, por me acolherem e me ensinarem tanto ao longo desses 24 meses de convivência.

À Eline Santos, a primeira amiga que fiz na Pós-Graduação, obrigada por sua amizade e alegria contagiante.

À Elisangela, por sua amizade, carinho e apoio que me fazem tão bem e a Ercília, minha companheira durante os seminários e trabalhos desenvolvidos nas disciplinas ENS 1 e ENS 2.

Às especialistas do ENS Vânia, Eloá, Karen, em especial, Érica, que me acompanhou durante o Programa de Aperfeiçoamento de Ensino e transmitiu a mim com muito carinho e atenção a sua paixão pela docência e ensino.

À Lucimara Fornari, pela acolhida, palavras de incentivo e excelente companhia em minha primeira viagem internacional. E aos amigos João e Rafaela pelas conversas agradáveis e abraços calorosos.

Às colegas do Grupo de Pesquisa "Bases Conceituais e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva". Pelos aprendizados coletivos e responsabilidade compartilhada, especialmente: Prof.^a Dr.^a Karen Namie Sakata, Prof.^a Dr.^a Alexandra Bulgarelli do Nascimento, Prof.^a Dr.^a Maíra Rosa Apostólico, Gabriela e Mylene.

Ao grupo de pesquisa "Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva", especialmente, Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi, por sua paciência, acolhida e aprendizado compartilhado.

Ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, especialmente, Val e Socorro por todo seu carinho. Ao Serviço de Pós-Graduação nas pessoas da Ivonete, Mara, Márcia e Paulo. À Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" nas pessoas do Paulo, Fabiana e Juliana.

Ao Joanna Briggs Institute e ao Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências, por me auxiliarem na construção e desenvolvimento do protocolo de revisão.

Às amigas Mika Kano e Paula Leal, pela amizade leve e descontraída. Obrigada pela parceria e cumplicidade na vida.

Às amigas Sayuri, Fernanda, Querola, Gisele, Yandara, Narita, Bruna e Lígia, um grupo de amigas grande em número e no amor. Obrigada pela amizade e alegria que me trazem todos os dias.

Às amigas Monique, Carol, Gabrielle e aos amigos Jefferson e Felipe. Vocês são os irmãos que a vida me deu.

À minha mãe, Regenilda Monteiro, minha maior inspiração e incentivadora, minha avó Maria dos Anjos, aos meus irmãos Michele e Marcos Vinicius, por serem minha fortaleza e apoio e aos meus sobrinhos queridos Geovanna, João e Pablo que me ensinam todos os dias.

Ao meu noivo Breno Stecchi, por todo seu apoio, companheirismo e incentivo durante toda essa trajetória de estudos e realizações profissionais e pessoais. Aos meus sogros Suely e Osni, pelo carinho. Às minhas cachorrinhas, Lady e Suzy, que me fizeram companhia durante as noites e madrugadas de leituras e estudos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de mestrado.

Minha eterna gratidão a todos que fizeram e fazem parte da minha trajetória!

“Não há nada mais inócuo do que prescrever soluções genéricas para grupos sociais distintos, levando ao desperdício de projetos, programas e ações”

Egry et al., 2015, p. 561

Macedo CM. Bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária à Saúde: Revisão de Escopo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: A violência, enquanto fenômeno histórico e social atinge crianças e adolescentes em todas as fases da infância e da adolescência. Atualmente, vive-se em um momento em que as ações de saúde visam responder aos interesses do Estado capitalista, e, portanto, não conseguem agir sobre os diferentes grupos sociais e atuar sobre a raiz social do fenômeno da violência doméstica.

Objetivo: Mapear as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Inspira-se nas bases teóricas e filosóficas da Saúde Coletiva e suas respectivas categorias analíticas, dando especial destaque às categorias gênero e geração. O estudo é uma revisão de Escopo, sendo que os procedimentos metodológicos seguiram as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI). Os estudos incluídos precisavam descrever programas de enfrentamento da violência contra a criança, serem desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS), abranger crianças de zero a 12 anos ou crianças e suas famílias. Foram pesquisadas 13 bases de dados de diferentes áreas do conhecimento. Foi utilizado o *software* webQDA® para a organização e análise dos achados e um gerenciador de bibliografia. **Resultados e discussão:** Após a elaboração da estratégia de busca, 7206 estudos foram encontrados e 1346 pré-selecionados e armazenados em um gerenciador de referências. Após a exclusão de 464 estudos duplicados e 310 não disponíveis, 572 foram lidos na íntegra. Ao fim, 24 estudos foram incorporados à revisão, a maioria dos estudos foi publicada na década de 2000, sendo 13 norte-americanos, 6 europeus, 2 asiáticos e 3 do continente oceânico. Os programas foram classificados em três grandes focos, “Visita Domiciliária”, “Crianças Expostas à Violência” e “Desenvolvimento da Parentalidade”, a maioria dos programas buscou agir sobre o nível da intervenção. Nenhum estudo expôs sua base conceitual orientadora. Na tentativa de identificá-la, buscou-se compreender as concepções de Violência, de Processo Saúde-Doença e de Infância e relacioná-las às diferentes correntes de interpretação do processo saúde-doença. Foi encontrado como potencialidade a estruturação dos programas utilizando indicadores e perfil de morbimortalidade; diagnóstico situacional sobre as situações de violência por meio de instrumentos; compreensão de que as situações de violência são heterogêneas; ações voltadas para grupos com potenciais de desgastes e o foco no desenvolvimento saudável das relações familiares. No entanto, as concepções encontradas estavam alicerçadas sobre a multicausalidade, resultando em programas regidos pela lógica da Saúde Pública e epidemiologia clássica. Isso traz grandes limitações aos programas de enfrentamento da violência contra a criança, pois, as intervenções não conseguem dar respostas de fato as necessidades em saúde das crianças e suas famílias e, conseqüentemente, não conseguem identificar os grupos sociais mais expostos a potenciais de desgastes, resultando em soluções genéricas e homogêneas para grupos sociais distintos, que são incapazes de superar e transformar a realidade objetiva. **Conclusão:** O desenvolvimento de programas de enfrentamento da violência contra a criança mostrou-se válido. No entanto, eles somente conseguirão a transformação e superação da realidade objetiva quando forem orientados por bases conceituais que levam em consideração os modos de produção e reprodução socialmente determinados, o que revelará as condições de subalternidade de geração, gênero, classe social e etnia que elucidam o fenômeno da violência contra a criança.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Maus-Tratos Infantis. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva. Revisão Sistemática. Enfermagem.

Macedo CM. Conceptual frameworks for programs to address violence against children in Primary Health Care: Scope Review [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, School of Nursing; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Violence as a historical and social phenomenon affects children and adolescents at all stages of childhood and adolescence. Currently, we are living at a time when health actions aim to respond to the interests of the capitalist state, and therefore are unable to act on the different social groups and act on the social root of the phenomenon of violence. **Objective:** To map the conceptual basis for programs to combat domestic violence against children in Primary Health Care. **Method:** Inspired by the theoretical and philosophical bases of Public Health and their respective analytical categories, with special emphasis on gender and generation. The study is a Scope review and the methodological procedures followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute (JBI). The included studies needed to describe programs to combat violence against children, be developed in Primary Health Care (PHC), cover children from zero to 12 years old or children and their families. Thirteen databases from different areas of knowledge were searched in addition to descriptors and words for the selection of studies. The webQDA® *software* was used for the organization and analysis of the findings and a bibliography manager. **Results and discussion:** After the development of the search strategy, 7206 studies were found and 1346 pre-selected and stored in a reference manager. After the exclusion of 464 duplicate studies and 310 not available, 572 were read in full. In the end, 24 studies were incorporated into the review and most of the studies were published in the 2000s, being 13 North American, 6 European, 2 Asians and 3 from the oceanic continent. The programs were classified into three major focuses: Home Visits, Children Exposed to Violence and Parenting Development, the majority of the programs pursued to act on the level of intervention. Any study has exposed its guiding conceptual basis. In an attempt to identify it, we went through to understand the conception of violence, health-disease process and childhood and relate them to the different streams of interpretation of the health-disease process. It was found as potentiality the structuring of the programs using indicators and profile of morbidity and mortality; situational diagnosis of situations of violence through instruments; understanding that situations of violence are heterogeneous; actions focused on groups with potential emotional distress and the focus on healthy development of family relationships. However, the conceptions found were based on multicausality, resulting in programs governed by the logic of Public Health and classical epidemiology. This brings great limitations to programs to combat violence against children because the interventions fail to welcome the health needs of children and their families and, consequently, fail to identify the most vulnerable social groups resulting in generic and homogeneous solutions for different social groups which are unable to overcome and transform the objective reality. **Conclusion:** The development of programs to combat violence against children proved to be extremely valid. However, they will only achieve the transformation and overcoming of objective reality when they are guided by conceptual bases that take into consideration the socially determined modes of production and reproduction, which will reveal the conditions of subalternity of generation, gender, social class and ethnicity that elucidate the phenomenon of violence against children. Therefore, these programs will strengthen practices capable of acting on the particular dimension, on which the Nursing in Public Health can support the development, implementation and analysis of interventions capable of overcoming challenging realities.

Keywords: Domestic Violence. Child maltreatment. Primary Health Care. Collective Health. Systematic Review. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estratégia de busca em três fases conforme recomendado por JBI. São Paulo, 2018.....	40
Figura 2	Diagrama de fluxo sobre o processo de seleção dos estudos para Revisões de Escopo, inspirado em PRISMA por Moher et al., (2009)	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição detalhada da estratégia PCC e os critérios de inclusão. São Paulo, 2019	39
Quadro 2	Palavras-chave e descritores utilizados para busca bibliográfica na fase 1. São Paulo, 2018.....	41
Quadro 3	Bases de dados incluídas na segunda fase da busca bibliográfica segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. São Paulo, 2018.....	42
Quadro 4	Tipos de programas e os principais limites e potencialidades encontrados. São Paulo, 2018.....	50
Quadro 5	Caracterização dos estudos incluídos na revisão e dos programas de enfrentamento da violência contra a criança relatados. São Paulo, 2018	51
Quadro 6	Como os fenômenos são vistos a partir de diferentes correntes de interpretação. São Paulo, 2018.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de estudos identificados e pré-selecionados de acordo com a base de dados. São Paulo, 2018.....	47
Tabela 2	Estudos incluídos na revisão de acordo com a base de dados. São Paulo, 2018	48
Tabela 3	Caracterização dos estudos incluídos de acordo com a década e país de publicação. São Paulo, 2018.....	49
Tabela 4	Síntese das concepções, limites e potencialidades encontrados. São Paulo, 2018	61

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BCCEWH	British Columbia Centre of Excellence for Women's Health
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISPCAN	International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect
JBÍ	Joanna Briggs Institute
MeSH	Medical Subject Headings
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Violência Doméstica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA: PANORAMA E SEU ENFRENTAMENTO	17
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 JUSTIFICATIVA.....	26
4 MÉTODO	30
4.1 MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO	31
4.1.1 Processo saúde-doença na visão de mundo da saúde coletiva	31
4.1.2 Infância: um fenômeno histórico e social e a violência de gênero e geração.....	33
4.2 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	37
4.2.1 Tipo de estudo	37
4.2.2 Etapas da revisão sistemática	38
4.2.3 Questão do estudo	39
4.2.4 Critérios de exclusão	39
4.2.5 Estratégia de busca para a identificação dos estudos	40
4.2.6 Seleção	43
4.2.7 Extração dos dados.....	43
4.2.8 Conflitos de interesse	44
4.2.9 Síntese e análise dos resultados.....	44
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	47
5.2 OS PROGRAMAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA.....	49
5.3 AS BASES CONCEITUAIS ORIENTADORAS DOS PROGRAMAS	61
5.3.1 As bases conceituais orientadoras dos programas: processo saúde-doença, violência, gênero e geração.....	61
6 CONCLUSÕES.....	73
7 REFERÊNCIAS.....	76
8 APÊNDICES.....	89

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema da violência surgiu ainda durante a infância e adolescência ao crescer em um bairro localizado na periferia da zona leste de São Paulo, considerado extremamente violento e com um dos menores índices de IDH e PIB *per capita* da cidade de São Paulo. Minha mãe, uma auxiliar de Enfermagem, era frequentemente chamada pelos vizinhos para atender uma mãe que sofria a perda de um filho em decorrência da violência ou uma mulher que estava sendo agredida pelo companheiro. Foi nesse contexto que eu decidi o que queria fazer para o resto da vida: cuidar. Eu tinha o desejo de cuidar de mulheres.

Movida por esse desejo, decidi cursar a graduação em Obstetrícia (2011-2015) oferecida no campus da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), mas o curso de Obstetrícia passava por dificuldades de cunho político e econômico, porém a proposta pedagógica do campus e do curso foram o que me fizeram continuar nessa empreitada.

Durante os quatro anos e meio da graduação, eu me envolvi em pesquisas científicas, em projetos de cultura e extensão e participei do grupo de estudo e pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal, liderado pela Professora Dr.^a Dora Mariela Salcedo Barrientos. Neste grupo, eu desenvolvi um projeto junto às adolescentes grávidas que vivenciavam a violência doméstica e intrafamiliar.

Em 2013, participei do projeto de iniciação científica que abordava a inserção de Obstetrizes no Sistema Único de Saúde de São Paulo e passei pelo estágio em Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizando o atendimento pré-natal. Foi, então, que percebi o quanto a formação que eu estava recebendo, permeada de uma carga histórica e social e uma proposta pedagógica diferenciada, foi essencial para que eu identificasse adolescentes vítimas de violência durante a consulta pré-natal. Ao recorrer aos profissionais da UBS, percebi o desconhecimento e a falta de preparo para o manejo dessas situações.

A falta de uma assistência baseada em evidências, desprovida de um suporte teórico-conceitual, foi o fato que me fez perceber a lacuna que existe na formação dos profissionais de saúde. Esta lacuna, muitas vezes, limita as ações dos profissionais e impede a exploração de toda a potência do Estratégia Saúde da Família (ESF).

Minha história com a prática baseada em evidências (que começou durante a graduação) se estreita durante o Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva (2016-2017), oferecido pelo Instituto de Saúde de São Paulo. Foi durante o aprimoramento que eu tive o primeiro contato com a síntese de evidências para a formulação de políticas públicas e a metodologia EVIPNet.

O direcionamento para a violência contra crianças aconteceu durante o mestrado e as disciplinas que cursei. Este projeto, que segue o método de Revisão Sistemática e adota o referencial teórico e filosófico da Saúde Coletiva, nasceu da necessidade de dar respostas a inquietações que surgiram durante a infância e que só foram crescendo durante a minha trajetória de estudos.

Essas inquietações talvez possam começar a serem respondidas por este projeto que visa a síntese de evidências para o enfrentamento da violência e, assim, colaborar para a prática baseada em evidências.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA: PANORAMA E SEU ENFRENTAMENTO

A violência é um fenômeno histórico, social, dinâmico, dialético e não é exclusividade de um único grupo social ou momento histórico. Enquanto fenômeno de dimensão histórica e dinâmica, afeta diretamente o processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade (Minayo, 2007). Odalia (1983) discute que nem sempre a violência se apresenta explicitamente e que seja facilmente identificável; para a autora, a violência aparece, frequentemente, como um ato naturalizado, parte da ordem natural das coisas. Ela se manifesta de diversas maneiras e com distintas intensidades em variados contextos, portanto, a violência tem um caráter diverso e variável (Franco, 2005). Diante disso, se torna arriscado traçar um perfil generalizado da violência, uma vez que se manifesta em realidades e espaços heterogêneos (Franco, 2005).

O fenômeno da violência sempre fez parte da história da humanidade e é responsável por agravos e sequelas em milhões de pessoas em todo o mundo; representa também uma ameaça às economias globais, devido aos altos gastos gerados aos sistemas de saúde. E é por ameaçar a ordem econômica e ao modo de produção capitalista que o fenômeno da violência passou a ser pauta das preocupações dos organismos internacionais em todo o mundo (Dahlberg, Krug, 2002; Dahlberg, Krug, 2006).

Em 1996, na 49ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi aprovada a Resolução WHA49.25 que destaca a preocupação com as graves consequências da violência para os indivíduos, famílias, comunidades e países. Afirma-se ainda que a violência é um problema de saúde pública, salientando os efeitos da violência nos serviços de saúde (WHO, 2002).

Ao afirmar que a violência é um problema de saúde pública mundial, a OMS chama a atenção para a necessidade de caracterizar os diferentes tipos, bem como de definir sua magnitude, causas, impactos, diferenças entre os sexos e determinar medidas e programas de saúde pública para prevenção e enfrentamento da violência (WHO, 2002).

Em 2002, a OMS publicou seu primeiro relatório mundial abordando violência e saúde, e o conceito de violência é apresentado como:

[...] o uso da força física ou **poder**, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2002).

A inclusão da palavra "poder", grifada acima, na definição de violência dada pela OMS, amplia o entendimento sobre atos violentos, considerando-os como resultantes das relações de poder que não necessariamente resultam em lesões e ferimentos físicos.

Além da conceitualização de violência, também é estabelecido uma tipologia para a violência, classificada em três categorias, segundo as características dos que cometem os atos (WHO, 2002):

- Violência autoinfligida: que são os comportamentos suicidas, suicídios consumados e tentativas e as autoagressões;
- Violência coletiva: esta foi subdividida em três categorias - a social (crimes de ódio, atos terroristas etc.), a política (guerras, conflitos armados, genocídios etc.), e a econômica (impedir acesso a serviços sociais e ataques a grupos motivados pelo lucro econômico);
- Violência interpessoal: também subdividida em duas categorias - a primeira relaciona-se à violência entre membros da família ou parceiros íntimos; a segunda refere-se à violência na comunidade, indivíduos sem relação afetiva/pessoal, que podem ou não se conhecerem.

Em relação à natureza dos atos violentos, estes foram categorizados em natureza física, psíquica, sexual e aquelas relacionadas ao abandono ou privação, como a negligência (WHO, 2002).

No que diz respeito às crianças e aos adolescentes, a OMS define a violência que envolve estes sujeitos como todas as formas de maus-tratos (emocionais e/ou físicos), negligência, abuso sexual ou outras formas de exploração que possam resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças e adolescentes (Dahlberg, Krug, 2002).

Atualmente, o fenômeno é presente nas pautas da saúde. A OMS aponta que mais de um milhão de mortes a cada ano são causadas por violência interpessoal, coletiva ou autoviolência e que os homens são as principais vítimas da violência urbana; no entanto, os grupos mais vulneráveis da sociedade, principalmente, mulheres, idosos e crianças são as principais vítimas do meio familiar e do ambiente doméstico (WHO, 2002).

Em 2014, a *United Nations International Children's Emergency Fund* (Unicef) apontou em seu relatório que, em 2012, ocorreram 95 mil mortes por homicídio de crianças e adolescentes menores de vinte anos, ou seja, um em cada cinco homicídios registrados em 2012 era de uma criança ou adolescente. Ainda neste mesmo ano, cerca de uma em cada dez meninas menores de vinte anos sofreram violência sexual em algum momento de suas vidas, o que representa, aproximadamente, 120 milhões de meninas abusadas (Unicef, 2014).

Em relatório mais recente, a Unicef mostrou que, em 2015, a cada sete minutos, uma criança, na faixa etária entre dez e dezenove anos, foi morta por homicídio, conflito armado ou violência coletiva em alguma parte do mundo. Dentre as 82 mil mortes de meninos e meninas nesta faixa etária que aconteceram neste mesmo ano, 51,3 mil não tinham relação com conflitos armados (Unicef Brasil, 2017).

Dados estatísticos coletados em trinta países, em 2015, relataram que seis em cada dez crianças, entre 12 e 23 meses de idade (cerca de 250 milhões de crianças) são submetidas a castigos físicos como forma de disciplina. Entre essas crianças que sofrem castigo físico, “proporção similar está exposta ao abuso verbal” (Unicef, 2017, p. 3). Estes mesmos dados apontam que 300 milhões de crianças (três em cada quatro), entre dois e quatro anos de idade, em todo o mundo sofrem, de forma regular, disciplina violenta (física ou verbal) por parte de seus cuidadores (Unicef, 2017).

De acordo com o Unicef, “crianças e adolescentes vivenciam a violência em todas as fases da infância e da adolescência, em diversas configurações, e, frequentemente, pelas mãos de pessoas em quem confiam e com quem interagem diariamente” (Unicef, 2017, p.1). Entre as crianças abaixo de cinco anos de idade, 176 milhões (uma em cada quatro) vivem com a mãe que também é vítima de violência por parceiro íntimo (Unicef, 2017).

O panorama mundial sobre a violência infantil, publicado em 2016, revela que 41 mil crianças menores de quinze anos morrem todos os anos por homicídio. No entanto, uma proporção significativa dessas mortes, geradas pela violência contra a criança, é atribuída de forma errada a quedas, queimaduras, afogamentos e outras causas (OMS, 2016). Isso revela que muitos casos são subnotificados e invisibilizados.

Na América Latina e Caribe, o risco de meninos adolescentes morrerem por violência coletiva é maior do que em países com zonas de conflitos armado. O Brasil ocupa o quinto lugar com uma taxa de mortalidade de 59 por 100 mil homicídios de adolescentes meninos (Unicef, 2017). Em 2011, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registrou 39.281 atendimentos na faixa de menores de 1 a 19 anos de idade, que representam 40% do total de 98.115 atendimentos computados. O maior índice de atendimento está na faixa

etária menor de um ano de idade, com 118,9 atendimentos em 100 mil crianças nessa faixa etária (Waiselfisz, 2012).

De acordo com os estados brasileiros, as porcentagens dos atendimentos por violência na faixa etária menor de um ano são maiores no Paraná (6,8%), Rio de Janeiro (6,5%) e Mato Grosso do Sul (5,8%). Na faixa etária de um a quatro anos, são maiores em Sergipe (13,3%), Piauí (10,3%) e Pará (9,5%). Na faixa etária de cinco a nove anos, em Sergipe (18,5%), Pará (17,6%) e Maranhão (11,9%) e na faixa etária de dez a catorze anos, em Sergipe (40,5%), Acre (39,2%) e Pará (25,3%). O atendimento por violência no sexo feminino é preponderante em todas as faixas etárias e cresce conforme aumenta a idade. Os dados também evidenciam que para todas as faixas etárias as situações de violência acontecem, predominantemente, nos domicílios: 67% na faixa etária menor de um ano, 78,1% entre um e quatro anos, 74% entre cinco e nove anos e 62,7% entre dez e catorze anos (Waiselfisz, 2012).

O Relatório do SINAN, de 2013, aponta a notificação de 188.624 casos de violência no Brasil. Desses, 29.784 (15,8%) foram casos registrados entre crianças de zero a nove anos de idade e 50.634 (26,8%) entre adolescente de 10 a 19 anos. Quanto a zona de notificação: foram mais frequentes na zona urbana (77,6%, n=146.329), e o local de maior ocorrência da violência continuou sendo o domicílio (58,8%, n=110.870) (Brasil, 2017).

Por tipo de violência na faixa etária de zero a nove anos de idade, predominaram os casos de negligência com 50,1% dos casos (n=14.917); violência física com 28,6% (n=8.515); violência sexual com 28,4% (n=8.450); e psicológica/moral com 17,5% (n=5.208). Vale ressaltar que mais de um tipo de violência pode ser registrado para cada caso. Nos meninos, os tipos de violência mais notificados foram a negligência com 58,8% (n=8.151) e a violência física com 31,1% (n=4.317). Nas meninas, a negligência representou 42,5% (n=6.766) e a violência sexual, 39% (n=6.215) (Brasil, 2017).

Embora a violência seja um fenômeno discutido há muito tempo e que seja amplamente estudado e divulgado o impacto e recaimento sobre todos os grupos sociais, o investimento em ações de políticas públicas para o enfrentamento e a produção sobre a temática na área acadêmica ainda é recente, sobretudo, no campo da saúde (Minayo, 2007).

O enfrentamento da violência evidencia a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, da forma de organização do trabalho, a mudança na atuação profissional e a imprescindibilidade de ações interdisciplinares e multiprofissionais (Minayo, 2007). Estudos apontam que as ações multiprofissionais e interdisciplinares, interinstitucional e intersetorial, não se limitando a dimensão biológica e agregando uma rede de apoio social em parceria com

a comunidade, constituem importante via de enfrentamento da violência (Nunes, Sarti, Ohara, 2009).

Sobre o fenômeno da violência e a intersetorialidade, e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, Minayo (2007, p. 41) destaca-se que:

A violência não é um fenômeno abstrato: ela é concreta e ocorre em cada estado e em cada município de forma específica. Por isso existe a necessidade de estudos locais e operacionais. São necessárias também estratégias intersetoriais de enfrentamento. [...] as ações coletivas demandam entendimento com a área de educação, de serviços sociais, de justiça, de segurança pública, do ministério público, do poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais [...].

O estabelecimento de vínculo com a comunidade, com o objetivo de promover debates entre os gestores, os profissionais e a comunidade para o levantamento de ações no âmbito do território, é outro desafio para o enfrentamento da violência (Lobato, Moraes, Nascimento, 2012).

À vista disso, a Atenção Primária em Saúde (APS) pode constituir um campo de ação fértil para o desenvolvimento de ações que visem o enfrentamento da violência (Oliveira, Fonseca, 2015; Signorelli, Auad, Pereira, 2013; d'Oliveira et al., 2009), por ter uma atuação que visa o englobamento da família e do território, agindo assim, sobre as determinações sociais do processo saúde-doença.

Na APS, destaca-se o trabalho da Enfermagem que, dentre suas competências e atribuições no cotidiano dos serviços de saúde, deve atuar sobre o fenômeno da violência, sobretudo, a doméstica e intrafamiliar junto às famílias (Martins, Ferriani, 2008; Oliveira, Fonseca, 2015).

No entanto, o enfrentamento da violência contra a criança esbarra em alguns limites para a sua operacionalização na prática. Estudos evidenciam que a assistência prestada nas unidades da atenção primária em saúde nem sempre corresponde às necessidades das famílias e das crianças e adolescentes (Apostólico, Hino, Egry, 2013; Apostólico et al., 2012; Fonseca et al., 2012). Muitas vezes, a forma como os profissionais abordam as situações de violência doméstica e intrafamiliar contra as crianças é baseada no senso comum e em crenças, desprovida de um suporte teórico e conceitual, o que denota um desconhecimento sobre as políticas públicas, as leis e os protocolos (Egry, Apostólico, Moraes, 2018). Observa-se também uma tentativa de medicalização do fenômeno, pela dificuldade em lidar com os aspectos sociais e a promoção da saúde (Apostólico, Hino, Egry, 2013; Oliveira, Fonseca, 2015).

A violência e suas diferentes naturezas está presente no cotidiano dos serviços de saúde, necessitando de ações específicas para o seu enfrentamento e para a promoção de relações

saudáveis. Estudos têm destacado os problemas que os sistemas de saúde têm para identificar e acolher as necessidades de saúde da população (Meyer et al., 2013). Ao abordar a violência, autores têm discutido a dificuldade dos serviços de saúde em identificar e acolher as necessidades em saúde geradas pelo fenômeno da violência (Egry et al., 2015; Apostólico et al., 2012; Oliveira, Fonseca, 2015).

Isto pode ser explicado, em parte, pela existência de políticas e de estratégias incipientes que não proporcionam condições, capacidade, tampouco governabilidade sobre a determinação social do fenômeno da violência. Políticas e estratégias que seguem uma lógica de saúde regida pelo mercado e um cuidado pautado no tecnicismo e na centralidade médica (Mendes, 2015; Breilh, 2014); desse modo, nem sempre respondem a todas às necessidades em saúde das crianças em situação de violência.

Soma-se a isso, a grande lacuna que existe na formação dos profissionais de saúde. Segundo Almeida-Filho (2011), a formação profissional reflete o modelo de prestação de serviços influenciado pelo capitalismo e a lógica produtivista. A competitividade para o ingresso em cursos superiores de prestígio, a imaturidade do jovem que deve decidir a carreira a ser seguida e os currículos acadêmicos fechados e especializados que não articulam o trabalho em equipe são apontados pelo autor como os principais aspectos que geram as lacunas nas formações e o despreparo dos profissionais para manejar as situações de violência. Também é imprescindível destacar a forma de organização do trabalho, muitas vezes engessada e voltada a meta numéricas, acaba por constituir barreiras tão rígidas que a essência do trabalho em saúde fica em segundo plano (Souza, 2016).

Um estudo que abordou a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência infantil na atenção primária identificou algumas barreiras para o enfrentamento; dentre elas, destaca-se:

[...] a ausência de instrumentos na formação dos enfermeiros e demais membros da equipe para trabalhar as questões relacionadas à violência [...] o desconhecimento pelos profissionais que atuam na assistência direta dos fluxos de encaminhamento para as situações de violência identificadas, necessidade de fortalecimento da atenção básica como referência e apoio à identificação das situações de violência, necessidade de diretrizes mais claras sobre os fluxos de encaminhamento e de maior conhecimento das equipes sobre violência (Egry et al., 2017, p. 122).

Neste mesmo estudo, as autoras consideraram que o discurso dos profissionais apontou para “a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais das diversas áreas que atuam com situações de violência (saúde, justiça, segurança, serviço social)” (Egry et al., 2017, p. 124). Outro estudo que abordou a negligência infantil, desenvolvido no município de Curitiba,

Paraná, e utilizou a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) para a captação da realidade objetiva, mostra que, se o fenômeno da violência não for elucidado e analisado por meio de categorias potentes, tal como gênero e geração, “não há como detectar grupos sociais mais vulneráveis e, portanto, alvos mais urgentes de políticas públicas articuladas e de ações efetivas do setor saúde e educação, considerando as suas especificidades” (Egry et al., 2015, p. 561). Isto mostra que há a necessidade de incorporação de outros arcabouços teóricos na elaboração dos programas de enfrentamento da violência. As autoras ainda destacam que “não há nada mais inócuo do que prescrever soluções genéricas para grupos sociais distintos, levando ao desperdício de projetos, programas e ações” (Egry, et al., 2015, p. 561).

Atualmente, vive-se um momento em que as ações de saúde “responderão aos projetos políticos hegemônicos do Estado capitalista travestido de respostas às demandas sociais” (Breilh, 2015), por isso não agem sobre todas as determinações do fenômeno. Questionar as bases conceituais pode abrir caminho para enxergar horizontes de superação, assumir uma base teórica-conceitual e problematizá-la:

“[...] significa admitir que na sociedade há uma imposição do capital e que essa resulta práticas de desigualdade, recusando a concepção idealista de uma sociedade igualitária. Significa ademais assumir a politicidade da prática em saúde, negando a sua suposta neutralidade científica” (Egry, Nichiata, 2018, p. 496).

Diante disso, questiona-se: **Quais são as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança na Atenção Primária à Saúde?**

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Mapear as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde e suas bases conceituais;
- Identificar as potencialidades e limites dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança, articulando-as com suas bases conceituais;
- Identificar os conceitos de saúde, violência, criança e visão de mundo, que regem os programas.

3 JUSTIFICATIVA

3 JUSTIFICATIVA

3.1 MARCOS POLÍTICOS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

Ao longo das últimas décadas, houve grandes avanços no ponto de vista de marcos legais e políticos no que concerne a proteção à infância. Em 1959, foi proclamada pela Resolução da Assembleia Geral n.º 1386 - a Declaração dos Direitos da Criança -, considerando que “a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade e uma proteção de cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento” (ONU, 1959, p. 1)

Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, que define criança como “todas as pessoas menores de dezoito anos de idade”. Essa convenção definiu padrões internacionais para o trato de todos os indivíduos com menos de dezoito anos de idade e influenciou amplamente legislações, políticas e programas em todo o mundo.

No Brasil, a Convenção sobre os Direitos da Criança culminou na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990). Neste, fica claro que é dever da família, sociedade e Estado assegurar o direito à saúde, liberdade, cultura, lazer, educação das crianças e adolescentes. O artigo 5º do ECA diz que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, **violência** [grifo nosso], crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (p. 8)”. Ao longo dos anos, outros marcos legais e políticos para o enfrentamento da violência foram criados no Brasil.

Em maio de 2001, foi aprovada pela Portaria n.º 737, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências, articulando e sistematizando diversos segmentos sociais. Nessa portaria, adota-se como manifestação das violências e dos acidentes a morbimortalidade decorrente deles que chegam aos serviços de saúde e também as que são reconhecidas em outros serviços, como delegacias e hospitais não dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a PNRMAV apresenta diretrizes mais gerais, que alcançam apenas o âmbito individual e comportamental de pessoas, o que constitui uma importante limitação, uma vez que não aponta para mudanças no âmbito estrutural (Sakata, Egry, Narchi 2014).

Em 2001, por meio da Portaria 1.968, de 25 de outubro, fica estabelecido que os Conselhos Tutelares devem ser notificados em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos pelos técnicos responsáveis das entidades de saúde que integram ou participam do SUS (Brasil, 2001; 2002).

A Notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências foi implantada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 2009 e passou a ser obrigatório quando envolvesse crianças, adolescentes, idosos e mulheres (Brasil, 2011).

Em 2011, a violência é incluída na Lista de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. A Portaria 104, 25 de janeiro universaliza a notificação das violências para todos os serviços de saúde.

Recentemente, em 2016, foi definida a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, por meio da Portaria 204 de 17 de fevereiro, para serviços privados e públicos e a notificação da violência doméstica e/ou outras violências devem ser feitas semanalmente, enquanto que as tentativas de suicídio devem ser notificadas em até 24h (Brasil, 2016).

Apesar do grande avanço constitucional e legal que os marcos políticos representam - como assegurar na forma da lei os direitos das crianças e adolescentes e os deveres da família, sociedade e Estado - infelizmente, a sua existência não garante o seu cumprimento. Relatórios de organismos internacionais que evidenciam a magnitude do fenômeno da violência contra a criança têm mostrado o quanto as leis e políticas têm sido ineficientes para assegurar os direitos das crianças (Unicef Brasil, 2017; OMS, 2016; Unicef, 2014). Em uma busca por estudos científicos, foi possível identificar duas revisões sistemáticas com o objetivo de conhecer a efetividade de programas para o enfrentamento da violência – e a consequente seguridade dos direitos contra crianças. As intervenções com esses indivíduos, que sofreram ou foram expostas à violência, são pesquisadas na América do Norte e Europa e demonstraram ser eficazes na melhoria dos resultados cognitivos, emocionais e comportamentais, procurando intervir em determinados fatores de riscos (Buckle et al., 2014; BCCEWH, 2013). A maioria dos programas mostraram-se efetivos a curto e médio prazo (Buckle et al., 2014); no entanto, nenhum programa mostrou-se efetivo a longo prazo; exemplo disso são os *Home Visitation Programs*, dado que as famílias deixavam de receber as visitas, as situações de violência voltavam a se instalar (Buckle et al., 2014; McIntosh et al., 2009). Vale destacar que não foram encontradas revisões que buscavam responder à questão levantada no presente estudo.

Atualmente, a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e sua efetivação na prática têm pouco avançado, visto que a garantia desses direitos está na contramão das políticas

neoliberais e mercantilistas que os Estados vêm adotando nas últimas décadas. Sendo assim, as políticas, as ações de saúde e os estudos sobre a temática respondem às prioridades do Estado capitalista.

Diante disso, torna-se imprescindível revisitar as bases conceituais orientadoras dos programas que visam o enfrentamento da violência contra a criança, como forma de explicitar a totalidade-parte do fenômeno para que haja a mudança e superação dos limites anteriormente expostos.

A identificação, a reunião, a sintetização e a reflexão crítica das bases conceituais dos programas de enfrentamento da violência contra a criança e conhecer seus limites e potencialidades em diversos países e contextos, sob arcabouço teórico que abarca todas as determinações do fenômeno da violência, podem subsidiar novas formas de idealização e construção dos programas de enfrentamento da violência, a qualificação e instrumentalização profissional e auxiliar gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão, apoiando assim, uma prática provida de um suporte teórico e conceitual.

Há também a necessidade de apoiar os profissionais de saúde para qualificarem e instrumentalizarem suas práticas para o enfrentamento da violência contra a criança, o que passa pela explicitação da totalidade-parte do fenômeno e a problematização dos pressupostos teóricos que orientam os programas de enfrentamento da violência contra a criança.

Além disso, o enfrentamento da violência contra crianças necessita de ações específicas, portanto justifica-se a utilização do método de Revisão Escopo, pois o método oferece uma síntese rigorosa, explícita e sistematizada sobre uma questão específica e proporciona um panorama geral de assuntos pouco explorados ou de ordem conceitual, o que contribui para que os melhores estudos sejam explicitados para a prática baseada em evidências. Trata-se de um método amplamente difundido em todas as áreas da saúde, diferentemente da Revisão Integrativa que tem uma tradição maior na área da Enfermagem (Rother, 2007; Galvão, Sawada, Trevisan, 2004).

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO

O presente trabalho inspira-se nas bases teóricas e filosóficas da Saúde Coletiva e suas respectivas categorias analíticas, dando especial destaque às categorias gênero e geração, pois são as que emergem diante do fenômeno da violência contra as crianças. Será a partir desse campo de conhecimento e visão de mundo que os pressupostos teóricos dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança serão analisados.

4.1.1 Processo saúde-doença na visão de mundo da saúde coletiva

Compreende-se visão de mundo como “um sistema de pontos de vista sobre a realidade, que permite a elaboração de uma atitude perante a realidade” (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006, p.1). É importante destacar que isso não é atemporal, mas é permeado pela historicidade e pelo momento atual que a sociedade vive. Por isso, ao longo da história da humanidade, a visão de mundo pela qual o homem compreende e interpreta a realidade se modifica. Isso não é diferente quando se trata do processo saúde-doença, pois também interfere no modo como se entende a saúde e a doença (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006). No presente trabalho, os programas de enfrentamento da violência contra a criança serão analisados por meio da visão de mundo da Saúde Coletiva, desenvolvida a partir da corrente do Materialismo Histórico e Dialético (MHD).

Discussões teóricas acerca do processo saúde-doença para além da esfera biológica, nas áreas da Saúde Pública, Medicina Social e Comunitária e Medicina Preventiva na década de 1970 desdobraram-se no surgimento da Saúde Coletiva no Brasil (Regis, Batista, 2015).

Na América Latina, o campo da Saúde Coletiva emerge nesta mesma época e uma de suas correntes desenvolveu-se a partir do MHD. Vale ressaltar que a década de 1970 foi marcada por um contexto sociopolítico de profunda desigualdade social (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006). No entanto, essas áreas do conhecimento não adentraram na densidade teórica e filosófica que a Saúde Coletiva se propôs a abarcar (Breilh, 2013).

O MHD se ancora nos estudos sobre o capitalismo desenvolvidos no século XIX por Marx e Engels. As reflexões sobre como o modo de produção capitalista intensifica as desigualdades

sociais entre as classes contribuíram para a construção de uma nova visão de mundo sobre vários fenômenos, inclusive, o processo saúde-doença (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006).

Os fenômenos de saúde, segundo o MHD, são compreendidos como resultado da organização social para a produção/consumo, pois é dela que dependem os seres humanos para suprirem suas necessidades vitais. Portanto, transformações no modo de produção e reprodução social de um determinado momento histórico geram igualmente transformações na saúde humana (Perna, Chaves, 2008, p. 3).

A visão de mundo trazida pelo MHD é considerada realista, uma vez que parte da análise do concreto, da historicidade e da dialética. Desse modo, a transformação da realidade objetiva acontece a partir da superação das contradições dialéticas (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006; Perna, Chaves, 2008).

A **Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença** surge a partir da visão de mundo MHD para responder às críticas sobre a limitação da multicausalidade, que se restringia a analisar este processo por meio de fatores de risco. A teoria relaciona as formas de organização da sociedade com as determinações sociais da saúde e parte do pressuposto de que os fenômenos não se reproduzem igualmente em condições e contextos diferentes. Então, além de observar as causas diretas de um fenômeno também se considera o lugar que o indivíduo ocupa e o grupo social a que pertence (Breilh, Granda, 1989).

[...] a determinação social do processo saúde-doença não deve considerar os aspectos sociais como um entre outros, conforme indica o uso também muito difundido da expressão ‘bio-psico-social’ por diferentes correntes. Nesta simplificação reducionista, as condições sociais em que vivem as pessoas seriam tão consideradas quanto os aspectos psicológicos e os biológicos, sem se estabelecer pesos diferentes na produção de agravos à saúde (Perna, Chaves, 2008, p. 1).

Para Breilh (2006, p. 196), “o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social”, ou seja, há uma determinação social sobre este processo que se relaciona diretamente com o modo de organização da sociedade. Para o autor, cada grupo está exposto a diferentes “níveis de qualidade de vida” que determinam aspectos de fortalecimento e desgaste dos grupos sociais (de forma individual ou coletiva) e a diferentes formas de adoecer e morrer.

Ao compreender o papel central que os modos de produção e de reprodução social desempenham para o surgimento de potenciais de fortalecimento e de desgaste, fica evidente o quanto o fenômeno da violência é resultante de processos de desgaste na vida das crianças.

Assim, a visão de mundo trazida pela Determinação Social do Processo Saúde-Doença é a que melhor elucida o fenômeno da violência contra crianças para que responda aos objetivos

do presente estudo, visto que se trata de um fenômeno complexo, que transpõe as diferentes estruturas sociais e afeta diretamente o processo saúde-doença das crianças.

Incorporar o paradigma da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença à problemática da violência doméstica e intrafamiliar contra crianças é compreender que as determinações da violência estão localizadas nos diferentes setores sociais e que seu enfrentamento exige ações interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais.

4.1.2 Infância: um fenômeno histórico e social e a violência de gênero e geração

Na atualidade, questões referentes às necessidades de crianças e adolescentes têm sido interpretadas a partir de uma visão de mundo funcionalista, ligada ao modelo biomédico, que trata a infância e adolescência como um fenômeno universal e a-histórico (Oliveira, Egry 1997; Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

Essa concepção está presente nos marcos legais e políticos de proteção às crianças e adolescentes, que embora representem um grande avanço no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos das crianças e adolescentes, ainda definem a infância e adolescência como um período cronológico universal, a exemplo disso está: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em que criança é a pessoa com até doze anos incompletos (Brasil, 1990), já a OMS que diz que a infância corresponde à faixa etária do zero aos dez anos (WHO, 1986).

Percebe-se, no entanto, que a idade cronológica não é suficiente para caracterizar e significar a infância. Khulmann Jr. (1998, p. 16) afirma que “esse significado é função das transformações sociais: toda sociedade tem seus sistemas de classes de idade e a cada uma delas é associado um sistema de status e de papel”. Além disso, as distintas concepções sobre crianças são construídas a partir de imagens pré-concebidas e discursos dominantes e normativos incorporados à sociedade sem nenhuma crítica ou reflexão e influenciam o entendimento teórico e as práticas em saúde direcionadas a esse grupo.

A noção de infância, segundo Ariès (1978), data do século XIX e trata-se de uma categoria social, pois o autor destaca que as crianças eram tratadas como “miniadultos”; os cuidados especiais que recebiam, quando os recebiam, eram apenas direcionados aos primeiros anos de vida e as crianças que faziam parte da camada da população de maior poder aquisitivo e ascensão social. Para Ariès, o sentimento de infância surge com a transformação na dinâmica social, e a criança e a família passam a ocupar um lugar central (Ariès, 1978).

No Brasil, a noção de infância começou no século XIX, intensificando-se com o passar dos séculos. Fontes (2005) destaca que a história da criança no país se entrelaça com a história do preconceito, da exploração e do abandono. Desde a gênese, houve a diferenciação das crianças por sua classe social. Com o advindo do neoliberalismo, essa realidade não se modificou, as representações sociais influenciadas pelo mercado e o consumo intensificaram a discriminação entre crianças de diferentes classes sociais e etnias.

Para Egry, Fonseca, Oliveira (2013, p. 128)

O estatuto social da infância é construído historicamente em cada sociedade, com base em ideologias, normas e referências sobre o lugar social que deve ocupar. Eivado de contradições, esse processo de construção não está finalizado, pois é constantemente atualizado nas relações intergeracionais, nas práticas sociais, nos dispositivos culturais e nas políticas públicas.

A infância enquanto categoria geracional é algo recente. O conceito de geração passou por diferentes interpretações ao longo das décadas (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013). Para Sarmento (2005, p. 363):

O resgate do conceito de "geração" impõe a consideração da complexidade dos factores de estratificação social e a convergência sincrónica de todos eles; a geração não dilui os efeitos de classe, de género ou de raça na caracterização das posições sociais, mas conjuga-se com eles, numa relação que não é meramente aditiva nem complementar, antes se exerce na sua especificidade, activando ou desactivando parcialmente esses efeitos.

Para o mesmo autor, a categoria geração vai além da dimensão demográfica, biológica e cronológica. Portanto, ela é continuamente construída:

[...] a partir de um processo de longa duração que lhe atribuiu um estatuto social e que elaborou as bases ideológicas, normativas e referenciais do seu lugar na sociedade. Esse processo, para além de tenso e internamente contraditório, não se esgotou. É continuamente actualizado na prática social, nas interações entre crianças e nas interações entre crianças e adultos. Fazem parte do processo as variações demográficas, as relações económicas e os seus impactos diferenciados nos diferentes grupos etários e as políticas públicas, tanto quanto os dispositivos simbólicos, as práticas sociais e os estilos de vida de crianças e de adultos (Sarmiento, 2005, p. 366).

Ainda sobre o conceito de geração, Sarmento (2005, p. 367) acrescenta que:

[...] geração é um constructo sociológico que procura dar conta das interações dinâmicas entre, no plano sincrónico, a geração-grupo de idade, isto é, as relações estruturais e simbólicas dos actores sociais de uma classe etária definida e, no plano diacrónico, a geração-grupo de um tempo histórico definido, isto é o modo como são continuamente reinvestida de estatutos e papéis sociais e desenvolvem práticas sociais diferenciadas os actores de uma determinada classe etária, em cada período histórico concreto.

Para Nascimento (2011), analisar a infância a partir da família e de faixas etárias não é suficiente para elucidar as relações entre gerações e, portanto, não explica o lugar ocupado pela infância na sociedade

Assumir a categoria **geração** [grifo nosso] é compreender que crianças são sujeitos que fazem parte da sociedade, cidadãos de direitos e de deveres e agentes determinados e determinantes de suas transformações (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

Ao adotar a categoria geracional no presente estudo, pretende-se reforçar a sua capacidade de ajudar a compreender e oferecer respostas coletivas que diferem dos padrões sociais vigentes (Soares, 2009).

A violência praticada contra crianças é um fenômeno intrínseco às contradições existentes nas relações entre gerações, entre gêneros, entre classes e entre etnias. Tais relações que se estruturam em forma de subordinação e poder, legitimam o caráter de dominação e exploração do ato violento (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013). Na sociedade, o adulto é reconhecido como o detentor do poder em relação à criança e tal poder se potencializa na figura do homem adulto, branco e de maior poder aquisitivo. Ao longo da história da humanidade, esse poder passou a ser naturalizado, quando as vítimas, consideradas o elo mais fraco, são permanentemente subjugadas à autoridade do outro, representadas por condições de sexo, idade, cor da pele e classe social (Saffioti, 1997).

Chauí (1985 apud Oliveira, 2011) fez a análise da violência sob a perspectiva das relações de poder e mostra que a diferença entre os sujeitos é convertida em uma relação de desigualdade, em que um é superior e o outro é colocado em lugar de inferioridade, o que resulta na opressão, exploração e dominação. Segundo a autora, ocorre a “conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior” (Oliveira, 2011, p. 39). Na visão da autora, tudo que age contra a espontaneidade, vontade, liberdade ou natureza do sujeito e use a força, a brutalidade e cometa abusos físicos, sexuais e psicológicos, representa violência.

As relações de gênero e geração permeiam todos os grupos sociais e, embora se manifeste de maneira característica nos diferentes grupos sociais, a hierarquização é a sua principal característica mantida. Desse modo, a vida das pessoas é fortemente determinada pelas concepções de gênero e geração que extrapolam o espaço doméstico e permeiam as relações intrafamiliares.

É importante ressaltar que a análise da violência contra pessoas de um determinado grupo social requer, além do próprio conceito de violência, a incorporação de outros referenciais. A violência cometida contra a mulher, por exemplo, seja ela adulta ou criança, requer a incorporação da categoria gênero na análise do fenômeno. No caso da análise da violência

contra crianças, é imprescindível a alquimia entre as categorias gênero e geração (anteriormente exposta).

O conceito de **gênero** [grifo nosso] como categoria analítica data da década de 1980, resultado de estudos feministas. Foi proposto para compreender as relações sociais estabelecidas entre os sexos, como forma de romper com a concepção essencialista, pautada nas explicações biológicas amplamente difundidas e naturalizadas (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013). Nessa concepção essencialista, o significado das relações sociais foi totalmente ignorado ao longo da história, e a construção das identidades de homens e de mulheres se deram a partir das ideologias de classes capitalistas e de forma desigual (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

Para Scott (1995, p. 21), gênero “é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o Gênero é uma forma primeira de significar relações de poder”. Egry, Fonseca e Oliveira (2013) corroboram com as proposições de Scott e atribuem ao poder o papel de determinar as hierarquias que constituem as relações sociais.

Para as autoras, o poder:

[...] seria a capacidade de agir sobre a ação do outro, reconhecido como sujeito da ação, enquanto a dominação é caracterizada como conjunto de relações de poder fixas, assimétricas, em que a possibilidade de resistências (enquanto estratégia concreta da reação) deixa de existir (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013, p. 122).

A incorporação do conceito de gênero na área da saúde, sobretudo na Enfermagem, começa a partir do fim da década de 1980 e início da década de 1990 e mostrou-se importantíssimo para a compreensão das repercussões das relações de gênero e o seu impacto no processo saúde-doenças das mulheres e dos homens (Fonseca, 2008).

Historicamente, a mulher, seja ela criança ou adulta, ocupa um lugar de subalternidade, e na hierarquia do poder, é aquela que ocupa o lugar de inferioridade. Estas diferenças percebidas entre os sexos, que são convertidas em relações de poder desiguais, fundam-se em símbolos culturalmente e socialmente aceitos e difundidos. Dessa forma, as mulheres também incorporam e reproduzem preceitos machistas e patriarcais que reforçam a fragilidade feminina. Logo, isso explica o fato de algumas mulheres permanecerem em relações violentas, pois o ideário machista e patriarcal idealiza um modelo de mulher perfeita, que prioriza a família em detrimento de seu próprio bem-estar, o que reforça os resultados encontrados no estudo de Oliveira (2011), em que a autora evidencia que, da mesma forma que os modos de vida determinam a saúde, a construção de gênero determina a violência e culmina no adoecimento, afetando o processo saúde-doença.

A violência contra a criança está enraizada nas relações de poder e dominação, e esta é permeada pelas questões de gênero e geração. Alquimizar estas categorias se fazem extremamente necessária, pois ao estudar violência sob a perspectiva da saúde requer a articulação entre gênero, geração e processo saúde-doença.

Portanto, analisar a violência contra crianças a partir das categorias analíticas gênero e geração permite apreender e elucidar a complexidade do fenômeno, sua historicidade e a conexão com as estruturas sociais, políticas e econômicas em toda a sua totalidade.

4.2 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

4.2.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma Revisão de Escopo, também conhecida como “revisão de mapeamento”.

Este tipo de revisão sistemática utiliza métodos sistemáticos e rigorosos para fazer a busca dos estudos e para avaliar criticamente os estudos primários (Booth, 2001; Pearson et al, 2005). Por realizar uma avaliação rigorosa, sobretudo da qualidade metodológica dos estudos, as revisões sistemáticas são conhecidas pela capacidade de reunir os melhores estudos sobre determinado fenômeno e objeto.

As revisões de Escopo, em inglês, *Scoping Review*, também seguem um método sistemático para realizar a busca. Os autores Arksey e O'Malley propuseram, em 2005, uma estrutura para conduzir revisões de escopo (Arksey, O'Malley, 2005) e, em 2010 a estrutura foi melhorada e ampliada por Levac, Colquhoun e O'Brien (2010). Esse tipo de revisão objetiva mapear a evidência disponível para fornecer uma visão geral ou evidenciar os fundamentos teóricos sobre um determinado assunto/objeto, dentre outros objetivos.

As revisões de escopo possibilitam recorrer a dados de qualquer tipo de evidência e metodologia de pesquisa e não se restringe a estudos quantitativos. A fonte de informação pode incluir qualquer tipo de literatura existente, como estudos de pesquisa primária, revisões sistemáticas, opiniões de especialistas, cartas, cartazes, diretrizes ministeriais, sites, entre outras, o que dá o caráter amplo e abrangente deste tipo de revisão (Peters et al., 2017).

O presente estudo segue as recomendações metodológicas para a realização de revisões sistemáticas do *Joanna Briggs Institute* (JBI). O Instituto Joanna Briggs tem suas raízes na Enfermagem e, com o passar dos anos, foi se expandindo e, atualmente, conta com

pesquisadores de diversas áreas da saúde e está presente em cerca de quarenta países por meio dos Centros Colaboradores, que geralmente estão localizados em universidades e serviços de saúde (Aromataris, Munn, 2017).

O Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil) é fruto de uma parceria da Escola de Enfermagem e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Vale ressaltar que o JBI é líder na elaboração de revisões que utilizam outras abordagens, sobretudo, a abordagem qualitativa, quantitativa e econômica. O uso dessas abordagens, não dando mais importância entre uma abordagem em detrimento de outra, permite identificar e analisar a relação entre saúde e condições sociais (Aromataris, Munn, 2017).

4.2.2 Etapas da revisão de Escopo

O desenvolvimento desta revisão seguiu as seguintes etapas:

- 1) Formulação da pergunta de revisão;
- 2) Busca anterior em bases secundárias a fim de verificar a existência de revisões ou protocolo de revisões em andamento ou já finalizada com a mesma finalidade da presente revisão;
- 3) Identificação dos critérios de exclusão e inclusão;
- 4) Definição dos tipos de estudos, tipos de participante, tipos de intervenção/fenômeno de interesse;
- 5) Detalhamento da estratégia de busca para a seleção dos estudos com as bases de dados e seus respectivos termos;
- 6) Seleção do estudo e utilização do instrumento de seleção;
- 7) Extração dos dados por meio de um instrumento;
- 8) Análise e síntese dos estudos selecionados;
- 9) Apresentação dos resultados;
- 10) Interpretação dos resultados e aplicabilidade na prática.

JBI recomenda a elaboração de um protocolo de revisão sistemática que contemple de forma clara e objetiva todos os passos da revisão. O protocolo da presente revisão foi elaborado

e discutido no Centro Colaborador Brasileiro e submetido para publicação na *JBÍ Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*.

4.2.3 Questão do estudo

Para revisões de Escopo, JBI recomenda a utilização do acrônimo **PCC** (P: População, C: Conceito e C: Contexto) (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil, Parker, 2017).

Para a presente revisão, a Estratégia PCC detalhada no Quadro 1 refere-se a:

Quadro 1 – Descrição detalhada da estratégia PCC e os critérios de inclusão. São Paulo, 2019

ESTRATÉGIA	DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
P	Crianças	Esta revisão considerará estudos que tenham como sujeitos crianças de 0 a 12 anos (WHO, 2002) ou crianças e suas famílias .
C	Bases Conceituais Orientadoras dos Programas de Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança	As bases conceituais orientadoras dos programas desenvolvidos com crianças expostas à violência. Ou seja, o construto teórico que explica e embasa como as ações e intervenções que tenham como sujeitos as crianças em situação de violência são idealizadas, implementadas e realizadas pelos profissionais da APS.
C	Atenção Primária à Saúde	Esta revisão considerará estudos desenvolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde , entendida como a porta de entrada aos sistemas de saúde ou como o serviço de saúde que está mais próximo e/ou inserido a comunidade.

Assim, a questão norteadora da revisão foi:

“Quais são as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança na Atenção Primária à Saúde?”

4.2.4 Critérios de exclusão e inclusão

Não foram elencados critérios de exclusão para a presente revisão. Como critérios de inclusão: estudos quantitativos e qualitativos, em língua inglesa e espanhola sem restrição de tempo que tenham como sujeitos crianças de 0 a 12 anos (WHO, 2002) ou crianças e suas famílias, que descrevam programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança desenvolvidos no contexto da APS.

4.2.5 Estratégia de busca para a identificação dos estudos

Foi realizada uma busca em bases de dados secundárias para verificar a existência de revisões, em andamento ou publicadas, acerca do tema proposto e não foram encontradas revisões. A estratégia de busca bibliográfica visou ser abrangente, dentro das restrições de tempo e de recursos, e objetivou encontrar estudos publicados e não publicados. A estratégia de pesquisa foi composta por três etapas (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil, Parker, 2017).

Figura 1 – Estratégia de busca em três fases, conforme recomendado por JBI. São Paulo, 2018

Inicialmente, foram utilizadas as palavras-chave e descritores detalhados no Quadro 2.

Quadro 2 – Palavras-chave e descritores utilizados para busca bibliográfica na fase 1. São Paulo, 2018

IDIOMA	PALAVRAS-CHAVE E DESCRITORES (MeSH, DeCs)
Inglês	violence; domestic violence; child abuse; child or children; prevent; reduction; prevention program; program; strategic; coping strategies; education; Professional Practice; program and plans; community health services, preventive health services, preventive medicine, Primary Prevention, primary health care; multi profession.
Espanhol	violencia; violencia doméstica; violencia intrafamiliar; niños; prácticas en salud; práctica profesional; acciones; programas; intervención; programas de intervención; estrategia; equipo multiprofesional; estrategia de enfrentamiento; atención primaria; salud preventiva.
Português	violência; violência doméstica; violência intrafamiliar; maus-tratos infantis; crianças OR criança; infância; práticas em saúde; prática profissional; ações; programas; intervenção; programas de intervenção; estratégia; programa governamental; equipe multiprofissional; enfrentamento; estratégia de enfrentamento; atenção primária; atenção básica; saúde preventiva.

A primeira etapa consistiu em uma pesquisa inicial limitada aos bancos de dados MedLine (PubMed), ERIC (*Educational Resources Information Center*), PsycINFO (*American Psychological Association*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), analisando as palavras contidas no título e no resumo dos estudos recuperados e das palavras-chave utilizadas. Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa usando todas as palavras-chave e termos identificados nos estudos das bases de dados incluídas na revisão. Na terceira e última etapa, foram analisadas as referências contidas nos estudos.

As bases de dados incluídas na segunda etapa foram: MedLine (PubMed); SCOPUS; CINAHL; *Web of Science*; ERIC (*Educational Resources Information Centre*); SciELO; LILACS; IPSCAN (*International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*), IBSS e PsycINFO. A busca pela literatura cinzenta foi realizada nas bases: *Google Scholar*; *OpenGrey*; *NYAM Grey Literature*.

Quadro 3 – Bases de dados incluídas na segunda fase da busca bibliográfica, segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. São Paulo, 2018

BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS
MedLine/PubMed	Área: Ciências da vida. Tipo de material publicado: Artigos. Site: www.pubmed.gov
SCOPUS	Área: Medicina, ciências sociais, artes e humanidades. Tipo de material publicado: artigos, livros e anais de congresso. Site: www.scopus.com
CINAHL	Área: Enfermagem e saúde. Tipo de material publicado: artigos, livros, material audiovisual, dissertações, panfletos, instrumentos de pesquisa e softwares. Site: www.cinahl.com
Web of Science	Área: multidisciplinar com 256 disciplinas. Tipo de material publicado: artigos e anais de congressos. Site: https://webofknowledge.com/
ERIC	Área: Humanas. Tipo de material publicado: Artigos. Site: https://eric.ed.gov/
SciELO	Área: Biológicas, exatas e humanas. Tipo de material publicado: Artigos. Site: http://www.scielo.org/php/index.php
LILACS	Área: ciências da saúde latino-americana e do Caribe. Tipo de material publicado: teses, capítulos de teses, publicações governamentais, anais de congressos e conferências e relatórios técnico-científicos. Site: www.bireme.br
PsycINFO	Área: Psicologia, ciências da saúde e social. Tipo de material publicado: artigos, livros, teses e dissertações. Site: www.psycinfo.apa.org
IBSS	Área: Serviços social, serviços humanos. Tipo de material publicado: artigos na íntegra. Site: https://www.proquest.com/libraries/academic/databases/ibss-set-c.html
Google Scholar	Área: Não informado. Tipo de material publicado: artigos, teses, livros, resumos e opiniões judiciais, de editores acadêmicos, sociedades profissionais, repositórios online, universidades, entre outros. Site: https://scholar.google.com
Open GREY	Área: Ciência, Tecnologia, Ciências Biomédicas, Economia, Ciências Sociais e Humanidades. Tipo de material publicado: relatórios técnicos ou de pesquisa, dissertações, anais de congressos e conferências, publicações oficiais e outros tipos de literatura cinza. Site: http://www.opengrey.eu/
NYAN Grey Literature	Área: Ciências da saúde. Tipo de material publicado: Artigos, anais de congressos, folhetos, relatórios, capítulo de livros. Site: www.greylit.org/
ISPCAN	Área: Ciências sociais, humanas, políticas, saúde, psicologia, jurídica. Tipo de material publicado: Artigos. Site: https://www.ispcan.org/

As estratégias de busca utilizadas em cada base de dado na segunda fase podem ser consultadas no Apêndice 1. É importante salientar que a estratégia consistiu na utilização dos Descritores em Ciências da Saúde baseado no MeSH (*Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine*) e/ou sinônimos, de acordo com a base de dado e seu descritor de assunto próprio. Os estudos selecionados continham pelo menos um descritor relacionado aos programas de enfrentamento da violência e a criança.

4.2.6 Seleção

Os títulos e resumos dos estudos, quando disponíveis, foram lidos na íntegra e analisados por dois revisores independentes com o objetivo de identificar possíveis estudos elegíveis para a revisão, cuja fase foi realizada com o instrumento de avaliação inicial dos critérios de inclusão adaptado de JBI (Apêndice 2). Nas situações em que surgiram dúvidas quanto à elegibilidade do estudo, ele foi mantido para a próxima etapa.

A segunda etapa correspondeu à leitura completa dos estudos por dois revisores independentes; nesta fase, os revisores fizeram a confirmação da pertinência da pergunta de revisão (se o estudo responde à pergunta de revisão elaborada) e extraíram os dados de interesse.

Segundo o manual para elaboração de revisões sistemáticas JBI, não existe a necessidade de realizar a avaliação da qualidade metodológica em revisões de escopo (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil, Parker, 2017).

4.2.7 Extração dos dados

O processo de extração de dados teve como objetivo fornecer um resumo lógico e descritivo dos resultados de acordo com os objetivos e a pergunta desta revisão.

Foi adaptado o instrumento de extração de dados exemplificado por JBI (Apêndice 3) para que correspondesse aos objetivos e à pergunta da revisão. Foi elaborado um quadro para registrar informações-chave dos estudos. Foram mantidos registros de forma cuidadosa e à medida que os revisores classificaram cada estudo, dados adicionais foram incluídos.

Depois de adaptado, o formulário de extração de dados foi testado em três estudos para garantir que todos os resultados relevantes fossem extraídos. Esta abordagem é recomendada por outros especialistas na realização de análises de escopo (Arksey e O'Malley, 2005; Armstrong et al., 2011; Valaitis et al., 2012).

4.2.8 Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

4.2.9 Síntese e análise dos resultados

A síntese da revisão está apresentada na Figura 2 por meio do fluxograma PRISMA (Moher et al., 2009). A sistematização do produto dessa revisão foi quantitativa e qualitativa. Primeiramente, os estudos foram classificados de acordo com o ano, país, tipo de estudo, natureza, objeto analisado, entre outros. Os achados quantitativos serão apresentados em números absolutos ou índices percentuais em forma de tabelas e quadros elaborados com o apoio da ferramenta Excel® 2010. Conjuntamente, os resultados também serão apresentados de forma descritiva/resumo narrativo, de modo que se alinhe aos objetivos, à pergunta e ao PCC da revisão.

Em segundo, os achados tiveram seu conteúdo analisado a partir das categorias teóricas adotadas no estudo. Para isso, foi utilizado o referencial metodológico de Análise de Conteúdo de Bardin (2011) que objetiva capturar a essência do fenômeno sob análise. A autora explana que para a análise e a sistematização dos dados três passos devem ser seguidos: 1) pré-análise; 2) descrição analítica; e 3) interpretação, segundo o referencial. Desse modo, os estudos foram organizados, analisados com profundidade, conforme a categoria analítica e interpretados de acordo com o referencial teórico.

Para a melhor organização e gerenciamento dos dados foi utilizado o software de apoio a análise qualitativa webQDA® (Costa, Moreira, Souza, 2019), que possibilitou a edição, a visualização, a interligação e organização dos documentos e, permitiu simultaneamente, a criação, codificação, controle e questionamento dos dados. E a ferramenta de *JB I Summary*®, que facilitou a organização, visualização e extração de dados dos estudos encontrados.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa utilizará dados de natureza secundária, de domínio público, o que não exige a necessidade da submissão do estudo para a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466 de 2012 (Brasil, 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

As estratégias de busca identificaram nas bases de dados um total de 7206 estudos. Após a identificação, os estudos foram pré-selecionados de acordo com o título e resumo e exportados para o programa *Mendeley*®. Foram excluídos os documentos que não estavam disponíveis online na íntegra.

Tabela 1 – Número de estudos identificados e pré-selecionados de acordo com a base de dados. São Paulo, 2018

Base de Dados	Estudos	
	Identificados	Pré-selecionados
MedLine/PubMed	169	99
Scopus	97	30
Web of Science	828	278
CINAHL	444	97
PsYInfo	517	187
SciELO	31	13
ERIC	61	2
Lilacs	6	0
IBSS	13	3
Open Grey	02	0
Nyan Grey	07	0
Google Scholar	5.010	623
ISPCAN	21	14
Total	7206	1346

Após a exclusão dos estudos duplicados e avaliação inicial dos estudos por meio do instrumento (Apêndice 2), 572 estudos foram lidos na íntegra. Destes, 548 estudos foram excluídos por: discussões teóricas acerca dos programas de enfrentamento da violência contra a criança (n= 189); não foram desenvolvidos no âmbito da APS (n= 30); relatavam programas de enfrentamento contra a criança desenvolvidos com os profissionais (n= 320); não abrangiam a idade para crianças estabelecida nos critérios de inclusão (n= 9). Ao fim, 24 foram incluídos na revisão e a maioria dos estudos é oriunda da base de dados PubMed (MedLine), como ilustrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Estudos incluídos na revisão de acordo com a base de dados. São Paulo, 2018

Base de Dados	Estudos	
	N	%
PubMed/MedLine	11	46
Scopus	6	25
Literatura cinzenta	5	20,8
PsyINFO	1	4,1
IBSS	1	4,1
Total	24	100

As etapas do processo de seleção, exclusão e inclusão dos estudos estão sintetizadas do fluxograma PRISMA (Moher et al., 2009).

Figura 2 – Diagrama de fluxo sobre o processo de seleção dos estudos para Revisões de Escopo, inspirado em PRISMA por Moher et al., (2009)

Dos estudos incluídos na revisão, todos foram publicados em língua inglesa e, em relação ao país de desenvolvimento do estudo, doze foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), um no Canadá, dois na Escócia, dois na Inglaterra, dois no Japão, dois na Austrália, um na Holanda, um na Nova Zelândia e um na Rússia. No que diz respeito ao período de publicação, a maioria (n=16) foi publicada entre os anos 2000 a 2010.

A revisão aponta que a América Latina não possui representatividade no meio acadêmico no que tange ao desenvolvimento de programas focados no enfrentamento da violência contra a criança desenvolvidos no contexto da APS. Especula-se que isso pode estar relacionado ao não registro desses programas em periódicos ou a não realização dessas ações.

Tabela 3 – Caracterização dos estudos incluídos de acordo com a década e país de publicação. São Paulo, 2018

Década	N	%
1980 a 1999	1	4,17
2000 a 2010	16	66,67
2011 a 2019	7	29,16
Total	24	100
País	N	%
EUA	12	50
Canadá	1	4,17
Escócia	2	8,33
Inglaterra	2	8,33
Japão	2	8,33
Austrália	2	8,33
Rússia	1	4,17
Holanda	1	4,17
Nova Zelândia	1	4,17
Total	24	100

5.2 OS PROGRAMAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

Foram identificados na literatura programas de enfrentamento da violência contra a criança com diferentes focos e estratégias e, no presente estudo eles foram divididos em três grandes grupos: os “*Home Visitation Programs*” ou “Programas de Visita Domiciliária”, em tradução livre, os quais são programas que geralmente englobam o núcleo familiar como um

todo; os “*Parenting Programs*”, conhecidos como “Programas de Desenvolvimento da Parentalidade”, que procuram desenvolver relações salutogênicas entre a família e a criança; e os “Programas com Crianças Expostas a Violência” com foco na criança vítima de violência e na superação das consequências da violência, como a depressão, comportamento violento etc. Quanto ao foco, eles foram classificados como “Nível Identificação”, “Nível Prevenção”, “Nível Intervenção” e “Nível Resposta”. O Quadro 4 apresenta uma breve descrição dos tipos de programas encontrados, o foco e os principais limites e potencialidades encontrados.

Quadro 4 – Tipos de programas e os principais limites e potencialidades encontrados.
São Paulo, 2018

Tipo de Programa	Breve Descrição	Potencialidades	Limites
<i>Programas Voltados as Famílias</i> (Visita Domiciliária)	Geralmente começa no período pré-natal, as famílias que têm um alto risco para a violência recebem a visita em casa da enfermeira da Atenção Primária ou outro profissional treinado.	Consegue englobar e compreender toda a dinâmica familiar. Tem sido apontado como um programa de identificação e prevenção da violência doméstica , principalmente quando iniciado no período pré-natal.	Famílias que se recusam a receber visitas. Não se sabe ainda os efeitos para a redução da violência doméstica em longo prazo para a criança.
<i>Programas Voltados ao Desenvolvimento da Parentalidade</i>	Geralmente são programas baseados em grupo e fornecem ferramentas para os pais proporcionarem o desenvolvimento saudável das crianças e desenvolvimento de habilidades parentais específicas.	Capaz de permear a dinâmica familiar. Educação perinatal. Prevenção da violência.	Existem poucos estudos sobre a efetividade desses programas para a redução da violência doméstica em longo prazo.
<i>Programas Voltados as Crianças Expostas a Violência</i>	Intervenções desenvolvidas com crianças vítimas de violência ou que presenciaram. Baseiam-se em intervenções terapêuticas individuais, em grupo ou com a família.	Área muito bem pesquisada. Mostram-se efetivos a curto e potencialmente efetivo para o longo prazo. Intervenção e Resposta a violência.	Não se sabe se os efeitos positivos que aparecem no curto prazo permanecerão de fato até a vida adulta, pois só há estudos sobre o curto prazo.

As intervenções realizadas com crianças em situação de violência são bem estudadas e exploradas, principalmente nos países europeus. O Quadro 5 ilustra um panorama geral dos programas de enfrentamento da violência contra a criança, caracterizando a população alvo, país de desenvolvimento do estudo, desenho do estudo e tipo/foco do programa. Esses dados serão mais bem explorados, correlacionados e discutidos ao longo do trabalho.

Quadro 5 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão e dos programas de enfrentamento da violência contra a criança relatados. São Paulo, 2018

Detalhe dos estudos	Programa	População Alvo do Programa	Tipo do programa/ Nível de atuação	Resultados/Desfechos
Autores: Bunston Ano: 2006 Local: Austrália Desenho: Estudo sobre antes e depois da intervenção	Peek-a-boo Club	Mães e crianças (0-3 anos) expostas à violência doméstica	Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção e Intervenção	Administração da Escala de Apego Parent-Infantil (Condon & Corkindale 1998) pré e pós-grupo, indicou mudanças positivas feitas pelas mães em seu apego com seus filhos após o grupo. Antes do grupo, a pontuação média de apego das mães era abaixo da pontuação média das "mães pós-natais normais". Após o grupo, a pontuação média de apego das mães ficou dentro da "pontuação média normal".
Autores: Finkelstein et al. Ano: 2005 Local: EUA Desenho: Mix métodos (Transversal e qualitativo)	—	Crianças (5-10 anos) e mães em uso/abuso de álcool e drogas	Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programas com crianças expostas à violência Programa de Intervenção	A intervenção mostrou ter potencial para aumentar a resiliência das crianças e mães, autoconfiança, melhora da relação da família com o serviço de saúde e aumento da habilidade parental.
Autores: Puccia et al. Ano: 2012 Local: EUA Desenho: Estudo sobre antes e depois da intervenção	Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma.	Crianças expostas à violência doméstica	Programas com crianças expostas à violência Programa de Resposta	O estudo aponta que quando este modelo de tratamento é utilizado dentro de uma estrutura comunitária coesa, com a máxima inclusão de todos os serviços que estão inseridos na comunidade e esforços de encaminhamento coordenados, é altamente eficaz como resposta à violência doméstica.
Autores: Sharp C, Jones J. Ano: 2011 Local: Escócia Desenho: Pesquisa-ação	Programa Cedar	Crianças e mães expostas à violência doméstica	Programas com crianças expostas à violência Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Intervenção e Resposta.	Foco do programa é o trabalho multiprofissional e multidisciplinar. Mostrou-se potente para melhorar o trabalho em parceria e as respostas dos equipamentos sociais e de saúde às crianças e jovens afetados pelo abuso doméstico e suas mães.
Autores: Crusto et al. Ano: 2008 Local: EUA Desenho: Ensaio Clínico Randomizado	Child and Family Interagency Resource, Support, and Training Program - Child FIRST	Crianças etnicamente diversas (1-6 anos)	Programas com crianças expostas à violência Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Intervenção	Diminuição significativa no número de eventos potencialmente traumáticos para as crianças, incluindo eventos de violência familiar e não familiar. Redução significativa ao longo do tempo no estresse pós-traumático das crianças comportamentos pós-traumáticos. Reduções significativas no estresse autor relatado associado ao papel parental entre os cuidadores.

Detalhe dos estudos	Programa	População Alvo do Programa	Tipo do programa/ Nível de atuação	Resultados/Desfechos
Autores: Child Trends Ano: 2016 Local: Rússia Desenho: Ensaio Clínico Randomizado	<i>Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT)</i>	Crianças (3-11 anos) e mães	Programas com crianças expostas à violência Programa de Intervenção	O programa procura ensinar para as crianças habilidades para lidar com os agravos gerados pela violência. As sessões de terapia são usadas para ajudar as crianças a lidar com experiências passadas dolorosas ou assustadoras. O TF-CBT tem muitas variações para diferentes grupos-alvo e foi adaptado com sucesso para ser conduzido por pessoas leigas como uma intervenção em grupo.
Autores: Becker, Mathis, Mueller, Issari, Atta Ano: 2008 Local: Inglaterra Desenho: Estudo sobre antes e depois da intervenção	Programa Haupoa	Crianças (3-11 anos) de origem asiática e americanas da Ilha do Pacífico e pais	Programas com crianças expostas à violência Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Intervenção	Melhorias nas dificuldades de internalização e externalização no pós-intervenção das crianças e nas habilidades parentais dos pais.
Autores: The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare Ano: 2016 Local: EUA Desenho:	Kids' Club and Moms' Empowerment	Crianças (6-12 anos) e mães	Programas com crianças expostas à violência Programa de Intervenção	As crianças que passaram pelo programa apontaram melhora no comportamento agressivo, estresse pós-traumático, interação social e na habilidade em lidar com seus sentimentos.
Autores: Mejdoubi J, van den Heikant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasig RA Ano: 2015 Local: Holanda Desenho: Ensaio clínico randomizado	VoorZorg	Crianças (0-2 anos) e mães grávidas	Programas de Visita Domiciliária Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção e Intervenção	O programa mostrou-se ser uma intervenção eficaz que previne os maus-tratos infantis e melhora questões relacionadas ao ambiente domiciliar e ao comportamento das crianças.
Autores: Kendall S, Bloomfield L, Appleton J, Kitaoka K Ano: 2013 Local: Japão Desenho: Exploratório, quase-experimental	123Magic	Crianças (2-12 anos) e pais	Programas de Visita Domiciliária Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Intervenção	O estudo apontou redução do estresse nos pais, melhoria das habilidades parentais, no ambiente doméstico. Os resultados fornecem suporte para o papel dos enfermeiros de saúde pública na prestação de apoio aos pais em grupo no Japão.

Detalhe dos estudos	Programa	População Alvo do Programa	Tipo do programa/ Nível de atuação	Resultados/Desfechos
Autores: Crisp BR, Lister PG Ano: 2004 Local: Escócia Desenho: Qualitativo, análise temática das entrevistas	–	Crianças e mães	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade. Programa de identificação e Prevenção	Melhoria nas habilidades parentais, no ambiente e suporte social. O enfermeiro consegue identificar as situações de violência durante a visita domiciliária.
Autores: MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, Gafni A Ano: 2005 Local: Canadá Desenho: Ensaio clínico randomizado	Programme of home visitation by nurses	Famílias com histórico de violência doméstica contra crianças	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção	Apesar dos resultados positivos da visita domiciliar pelos enfermeiros como uma estratégia de prevenção precoce, esta, segundo o estudo, não parece ser eficaz na prevenção de reincidência de abuso físico e negligência em famílias associadas ao sistema de proteção à criança.
Autores: Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M Ano: 2004 Local: Japão Desenho: Qualitativo (Grupo Focal)	–	Mães e crianças (abaixo de 6 anos)	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção	Focar nas experiências de mães sobre a maternidade tem potencial para melhorar as habilidades parentais e o relacionamento entre mãe e filho.
Autores: Kelleher L, Johnson M Ano: 2004 Local: Austrália Desenho: Quantitativo- descritivo comparativo	Cottage Community Care Pilot Project	25 Famílias	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção	As famílias que participaram do projeto relataram melhora no acesso ao apoio social e expectativas adequadas de idade dos bebês. O estudo enfatizou a necessidade de incluir todas as famílias, não apenas aquelas em risco. Esta avaliação apoia o desenvolvimento contínuo de programas de apoio voluntário e o papel ativo que os enfermeiros de saúde pública desempenham no crescimento e desenvolvimento das crianças em nossas comunidades.
Autores: Bugental DB, Schwartz, A Ano: 2009 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Healthy Start home visitation	Famílias com crianças recém-nascidas	Programas de Visita Domiciliária Programas de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Intervenção	O estudo relata um menor uso de punição corporal, maior manutenção de segurança em casa e menos ferimentos relatados em crianças do grupo intervenção. A amostra era primariamente latina; no entanto, os efeitos da intervenção não foram qualificados por etnia, educação materna ou status de imigração.

Detalhe dos estudos	Programa	População Alvo do Programa	Tipo do programa/ Nível de atuação	Resultados/Desfechos
Autores: Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al Ano: 2007 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	—	Crianças (0-9 anos)	Programa de Visita Domiciliária Programa de Prevenção e Intervenção	O programa parece ter impactado no melhor planejamento de gravidez posteriores, melhor ajustamento das crianças a escola, diminuição da violência intrafamiliar e negligência.
Autores: Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R Ano: 1986 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Program of prenatal and infancy home visitation by nurses	Crianças (0-2 anos) filhos de mães adolescentes, primíparas ou baixo status socioeconômico	Programa de Visita Domiciliária Programa de Prevenção	Foi verificada menores taxas de abuso infantil e negligência durante os dois primeiros anos de vida da criança e menores taxas de internação da emergência por envenenamento ou outros agravos gerados pela violência.
Autores: Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higan SM, Windham A, et al Ano: 2004 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Hawaii Healthy Start Program (HSP)	Famílias identificadas com risco para violência contra a criança segundo o Kempe's Family Stress Checklist	Programa de Visita Domiciliária Programa de Prevenção e Intervenção	“O programa não previne o abuso infantil nem promove o uso de disciplina não violenta; teve um impacto modesto na prevenção da negligência. Possíveis alvos para melhorar a eficácia incluem o sistema e o modelo de implementação do programa” (p.597).
Autores: DuMont K, Mitchell-Hertzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, et al. Ano: 2008 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Healthy Families New York (HFNY)	Crianças (0-2 anos) e famílias com mães adolescentes	Programa de Visita Domiciliária Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção e Intervenção	Famílias que recebiam a visita domiciliar tinham menor risco para negligência, disciplina violenta.
Autores: Bugental DB, Ellerson PC, Lin EK, Rainey B, Kokotovic A, O'Hara N Ano: 2002 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Healthy Start Program	Famílias com risco aumentado para maltrato infantil e segundo Family Stress Checklist (FSC);	Programa de Visita Domiciliária Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção e Intervenção	O teste piloto mostra que a visitação domiciliar focada na avaliação cognitiva tem um alto potencial para prevenir a disciplina violenta.

Detalhe dos estudos	Programa	População Alvo do Programa	Tipo do programa/ Nível de atuação	Resultados/Desfechos
Autores: Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S Ano: 2007 Local: Inglaterra Desenho: Ensaio clínico randomizado multicêntrico com avaliação econômica	—	Crianças (0-1 anos) filhos de mães adolescentes que entram no programa a partir do sexto mês de gestação	Programa de Visita Domiciliária Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Identificação e Prevenção	Esta intervenção pode ter o potencial de melhorar a parentalidade e aumentar a identificação de crianças em risco de abuso e negligência em famílias vulneráveis. Mais investigações são necessárias para conhecer os efeitos em longo prazo.
Autores: Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM Ano: 2005 Local: Nova Zelândia Desenho: Ensaio clínico randomizado	Early Start	Famílias que os enfermeiros da atenção primária referissem ter qualquer problema em cuidar da criança. Também foi utilizada uma escala para fator de risco para a violência.	Programa de Visita Domiciliária Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Identificação e Prevenção	Melhor utilização dos serviços de saúde infantil, taxas reduzidas de atendimento hospitalar por lesão / envenenamento, aumento da educação pré-escolar, aumento da parentalidade positiva e disciplina não violenta.
Autores: Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Ano: 2007 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Healthy Families Alaska (HFAK)	Famílias com crianças (0-2 anos)	Programa de Visita Domiciliária Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Prevenção e Intervenção	Mães visitadas em casa relataram usar formas leves de disciplina física com menos frequência do que as mães do grupo controle. Os grupos foram semelhantes no uso de formas mais severas de disciplina física. Não houve impacto do programa sobre os riscos parentais. Os autores concluem que o programa não previne maus-tratos contra crianças nem reduz os riscos parentais que tornaram as famílias elegíveis para o serviço.
Autores: Lowell DJ, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ Ano: 2011 Local: EUA Desenho: Ensaio clínico randomizado	Teste de eficácia do Child First (uma intervenção psicoterapêutica domiciliar baseada em um sistema de cuidado)	Crianças (6-36 meses)	Programa de Visita Domiciliária Programa de Prevenção	“No acompanhamento de 12 meses, as crianças da Child First melhoraram a linguagem e externalizaram os sintomas em comparação com as crianças com cuidados habituais. Crianças. Primárias tiveram menos estresse parental aos 6 meses de seguimento, menores sintomas psicopatológicos aos 12 meses de seguimento. As famílias de intervenção acessaram 91% dos serviços desejados em relação a 33% entre os cuidados habituais” (p. 193).

*Nota: Os estudos podem ter sido relacionados a mais de um nível/foco e tipo de estratégia.

Os programas voltados às crianças expostas à violência fornecem um conteúdo programático bem estabelecido, focado em lidar com os agravos gerados pelo fenômeno, bem como trabalhar atitudes e comportamentos das crianças consequentes das situações de violência.

Pesquisas demonstram que crianças expostas à violência doméstica têm consequências negativas para a sua saúde física e mental que repercutem na vida adulta (Wells, Claussen, Cooper, 2012) e têm mais propensão de tornarem-se vítimas ou perpetradores da violência no futuro (WHO, 2010; Stanley, 2011). O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido observado tanto entre as crianças que testemunharam episódios únicos de violência, como também a exposição crônica à violência doméstica (Guille, 2004). Um estudo realizado nos Estados Unidos da América com 2.798 crianças e mulheres constatou que 25% das crianças expostas à violência relataram sintomas clínicos de TEPT e 12% relataram níveis subclínicos (Kaufman et al. 2011). Além disso, 47% das mães relataram níveis clínicos de estresse relacionados à maternidade após abuso, o que leva a crer que as intervenções que envolvam o binômio mãe-filho são necessárias.

Estes achados corroboram com os encontrados na presente revisão, pois a maioria dos programas encontrados tem como atuação o **nível da prevenção** (n= 15) e **intervenção** (n= 13) e/ou **resposta** (n=2) à violência com foco na criança ou família, seja no período pré-natal com o objetivo de evitar que as crianças vivenciem as situações de violência, ou na intervenção direta com as crianças (para intervir no ciclo da violência) para que não se tornem futuros perpetradores de violência.

A maioria dos programas que procurava atuar no âmbito da **intervenção e resposta** foi desenvolvido em países considerados de alta renda, mais focados nas crianças; no entanto, seus efeitos em longo prazo ainda são poucos estudados. A revisão realizada por Ellsberg et al. (2015) acerca das intervenções realizadas com mulheres em situação de violência também chegou aos mesmos achados após analisar a qualidade metodológica de 84 estudos realizados em países de alta, média e baixa renda em que constatou uma grande diferença no foco das intervenções encontradas em países de baixa e média renda em comparação com os países de alta renda. Os estudos desenvolvidos em países de alta renda (segundo PIB) focam na resposta à violência, ou seja, nos cuidados as vítimas. Nesses países, desenvolvem-se intervenções centradas na mulher sobrevivente da violência, onde a vítima recebe suporte psicossocial e jurídico, aconselhamento e visita domiciliária. Essas intervenções têm mostrado grande êxito na melhoria da saúde física e mental das vítimas e no aumento da utilização dos serviços de

saúde. Entretanto, esse tipo de estratégia mostra pouca efetividade na redução do número de vítimas, segundo os autores da revisão.

Para Cunningham e Baker (2004), as abordagens mais promissoras são aquelas centradas na criança, que priorizam a segurança e conseguem permear o ambiente familiar e fortalecer as redes de apoio, reconhecendo e construindo as formas de enfrentamento naturais ou inatas à criança. Os mesmos autores apontam que a terapia familiar baseada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental podem ser as abordagens mais propícias para ensinar estratégias de enfrentamento às crianças. O presente mapeamento dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança confirma os achados do estudo de Baker e Cunningham. A maior parte dos programas classificados como Programas com Crianças Expostas à Violência e Desenvolvimento da Parentalidade utiliza os princípios e/ou ferramentas da terapia comportamental e são centradas nas crianças, como fica evidente no Quadro 5, na coluna “Programa”.

A Terapia Comportamental Focada nos Traumas (do inglês, *Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy* (TF-CBT)) foi inicialmente criada para crianças que sofreram abuso sexual e agora passou a ser utilizada com crianças expostas a violência doméstica e outros traumas. Pode ser utilizada com crianças de três a dezoito anos e foca em trabalhar os sentimentos, as estratégias de enfrentamento e a compreensão do comportamento e relações familiares (Child Trends, 2016; CEBC, 2015). O programa foi classificado no grupo **Programas com Crianças Expostas à Violência** e no nível de atuação **intervenção e resposta**.

Programa de Recursos, Suporte e Treinamento Interagencial para Crianças e Famílias (do inglês, *Child and Family Interagency Resource, Support, and Training Program* - Child FIRST) é um programa que articula diferentes equipamentos de saúde, em que a família e crianças são monitoras e acompanhadas de perto e metas são estabelecidas. O programa é projetado para crianças de até cinco anos e o objetivo é reduzir a incidência e o impacto da violência familiar nesses indivíduos (Crusto et al., 2008). É um programa classificado como **Programas com Crianças Expostas à Violência e Desenvolvimento da Parentalidade**, no nível de **intervenção**.

O *Programa Haupoa* consiste em um programa de intervenção em grupo com base na comunidade oferecido aos pais e às crianças afetadas pela violência doméstica. Um grupo de apoio psicoeducacional foi oferecido para crianças com o objetivo de fornecer um ambiente seguro para elas, onde poderiam aprender sobre a violência familiar, crenças, atitudes e a desenvolver habilidades de enfrentamento. Atividades que proporcionavam vivências, como jogos e dramatizações foram utilizadas e os pais também foram envolvidos na atividade.

Aspectos da Terapia Comportamental Cognitiva Modular (MCBT) foram utilizados (Becker et al, 2008). Este programa foi classificado no grupo dos **Programas com Crianças Expostas à Violência e Desenvolvimento da Parentalidade**, nível de **intervenção**.

O *Kids' Club and Moms' Empowerment* é uma intervenção voltada para crianças de seis a doze anos de idade afetados pela violência e consiste em grupos psicoterapêuticos com as crianças e as mães. Esses grupos abordam conhecimentos, atitudes e crenças sobre a violência familiar, comportamento social e emocional. As crianças aprendem técnicas de relaxamento e são encorajadas a formar relacionamentos com pessoas de fora da família, incluindo colegas e professores. O grupo de mães aborda o impacto da violência familiar sobre as crianças e a parentalidade positiva (CEBC, 2015). O programa foi classificado como **Programas com Crianças Expostas à Violência e Desenvolvimento da Parentalidade**, nível de **intervenção e resposta**.

Os *Programas Voltados as Famílias (Visita Domiciliária)* destacaram-se como programas de **identificação e prevenção** da violência e têm como foco central a família, principalmente, mães e filhos. Todos os programas identificados usaram a mesma abordagem de identificação das famílias (por meio de instrumentos e fatores de risco), apenas diferiram na duração do programa, critérios de inclusão e acompanhamento (Bugental, Schwartz, 2009; Olds et al., 2007; Koniak-Griffin et al., 2003; Armstrong et al. 1999; Olds et al., 1986; Siegel et al., 1980; Barlow et al., 2007; Lowell et al., 2011; Fergusson et al. 2005; Duggan et al., 2004; DuMont et al., 2008; Duggan et al., 2007). Geralmente, são programas que se iniciam no período pré-natal e se encerram no pós-parto, ou vão do período pré-natal até os 36 meses de idade da criança.

A maioria dos programas de *Visitação Domiciliária* é liderada pelos enfermeiros da atenção primária (Lowell et al., 2011; Koniak-Griffin et al., 2003; Fraser et al., 2000; Olds et al., 2007) ou por profissionais leigos que recebem um treinamento de 9 meses (Barlow et al., 2007; Fergusson et al. 2005; Barth, 1991; Bugental et al., 2002; Siegel et al., 1980) e abordam o cuidado perinatal, aconselhamento sobre desenvolvimento da parentalidade, vinculação a serviços comunitários, garantia de uma fonte para cuidados regulares de saúde na atenção primária, estabilidade financeira dos pais e promoção da segurança ambiental. As famílias são selecionadas para participar desses programas por meio da identificação de fatores de risco: mães adolescentes, histórico de uso e abuso de drogas ilícitas e álcool, problemas financeiros, uso de serviços sociais de referência, população imigrante e negra, pré-natal inadequado, apoio social limitado e baixa escolaridade dos pais (Barlow et al., 2007; Fergusson et al. 2005; Olds et al., 1986; Barth, 1991; Fraser et al., 2000; Siegel et al., 1980). Em alguns estudos, além da

avaliação dos fatores de risco para a violência contra a criança, também foi utilizado um instrumento padronizado, como a Lista de Verificação de Estresse Familiar da Kempe (*Kempe Family Stress Checklist*) (Duggan et al., 2004; DuMont et al., 2008; Bugental et al., 2002). Geralmente, a população alvo dos programas possui baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, são imigrantes e/ou negros, mães adolescentes e/ou solteiras e crianças com baixo rendimento escolar e comportamento agressivo.

Uma revisão que analisou intervenções que podem ser feitas na Atenção Primária à Saúde para prevenir o maltrato infantil (Moyer, 2013) problematizou as limitações presentes nos estudos sobre a efetividade da visita domiciliária para a prevenção do maltrato infantil, dentre eles destaca-se a perda significativa do segmento ao longo do estudo e vieses de seleção. A autora aponta que as evidências são insuficientes para avaliar os benefícios e malefícios das intervenções realizadas no âmbito da APS para a prevenção do maltrato infantil, no entanto recomenda o rastreio universal de fatores de risco para a violência. Já as associações *Family Violence Prevention Fund*, *Council of International Neonatal Nurses*, *Emergency Nurses Association* posicionaram-se contra o rastreio universal de fatores de risco e recomendam o rastreio durante a consulta pediátrica apenas para a violência contra parceiro íntimo e a violência familiar.

A *Canadian Task Force on Preventive Health Care* também se posicionou contra o rastreio universal para famílias em risco de cometer ou sofrer violência, no entanto recomenda a visita domiciliária para famílias vulneráveis, entendidas como famílias de baixo nível socioeconômico, mães adolescentes e solteiras, desde o período pré-natal (MacMillan, 2000; *Guide to Community Preventive Services*, 2010).

Dentre os profissionais que constituem a linha de cuidado à criança vítima de violência, a enfermagem se destaca em todos os estudos incluídos na revisão, por ser o profissional que exerce um papel fundamental na identificação, na intervenção e no andamento dos casos e por ser próximo às famílias. É o trabalhador considerado o elo com outros trabalhadores e a rede de atenção. Estudos apontaram algumas condições que limitam a atuação dos enfermeiros no enfrentamento da violência contra a criança, como, a sobrecarga de trabalho, falta de suporte de outros serviços e a falta de clareza na atuação e na definição conceitual de maltrato (Carlos, Pádua, Ferriani, 2017; Carlos, Ferriani, 2016; Maia et al., 2016; Hooker et al., 2015).

Em todos os programas descritos na revisão, a identificação das situações de violência era feita por meio do rastreio de fatores de risco e/ou instrumentos de rastreio de pessoas e famílias em risco de violência. Pautar as ações em fatores de risco e instrumentos, por vezes, reduz a atuação desses profissionais a marcadores clínicos e aspectos físicos, desse modo, os

aspectos subjetivos da violência e as necessidades de saúde geradas pelo fenômeno são mais difíceis de serem identificados, como no caso da negligência.

Ser mãe de primeira viagem e/ou adolescente solteira é considerado fator de risco para a violência contra a criança nos programas, por isso, a maior parte dos programas envolvem as crianças e suas mães. O estudo de Kayama et al. (2004) aponta que a característica cultural das famílias japonesas, de serem mais fechadas e responsabilizarem mais as mães, por vezes dificulta a atuação dos enfermeiros de Saúde Pública. No entanto, não problematizam as questões de gênero que permeiam o fenômeno da violência, a excessiva cobrança por parte da sociedade e das estruturas familiares de que as mulheres devem ser as únicas responsáveis pela criação e pelo comportamento dos filhos, enquanto que os homens se isentam dessa responsabilidade, podem levar aos abusos cometidos pelas mães.

Um estudo que explorou as notificações da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município de Curitiba, Brasil, mostrou que as mulheres, em sua maioria mães ou cuidadoras, foram as mais responsáveis pela negligência à criança, segundo as notificações. Entretanto, ao discutir esses dados sob o olhar de gênero, as autoras problematizam os papéis sociais atribuídos às mulheres, como cuidadoras da família e do lar, e quando falham nessa tarefa, são sempre consideradas as responsáveis pela negligência contra a criança (Egry et al., 2015).

Os programas destacam a importância do trabalho integrado entre os profissionais da saúde com trabalhadores de diversas áreas como, a educação, a assistência social e jurídica, e psicologia como ferramentas que potencializam o enfrentamento da violência contra a criança. Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, a articulação entre a política e os diversos setores é uma possibilidade de transformação e superação da realidade objetiva frente à violência doméstica contra a criança, uma vez que se trata de um problema de ordem social e, portanto, exige a intervenção nos modos de produção e reprodução social.

5.3 AS BASES CONCEITUAIS ORIENTADORAS DOS PROGRAMAS

A apresentação e discussão das bases conceituais orientadoras serão baseadas nas concepções, bem como, nos limites e potencialidades encontrados, que estão sumarizados na tabela a seguir.

Tabela 4 – Síntese das concepções, limites e potencialidades encontrados. São Paulo, 2018

Concepções	Limites	Potencialidades
Saúde-doença	✓ Concepção dicotômica e linear do processo saúde-doença. ✓ Perspectiva de fatores de risco.	✓ Estruturação dos programas utilizando indicadores e perfil de morbimortalidade.
Violência	✓ Foco em aspectos isolados do fenômeno da violência.	✓ Diagnóstico situacional sobre as situações de violência por meio de instrumentos.
Visão de mundo	✓ Não explicitação da base teórica. ✓ Soluções genéricas para grupos sociais distintos.	✓ Compreende que as situações de violência são heterogêneas. ✓ Ações voltadas para grupos com potenciais de desgastes.
Ser criança	✓ Infância como marco cronológico. ✓ Não problematiza gênero e geração.	✓ Foco no desenvolvimento saudável das relações familiares

5.3.1 As bases conceituais orientadoras dos programas: processo saúde-doença, violência, gênero e geração

Os fenômenos em saúde foram interpretados de diferentes formas ao longo da história da sociedade, transpassar esses fenômenos para o campo do conhecimento e da ciência e traduzi-los em ações em saúde exige uma interpretação baseada em um complexo corpo teórico conceitual, que seja capaz de clarificar os fenômenos e suas determinações. Triviños (1992 apud Egry, 1996 p. 50) considera que “as teorias são fortemente determinadas pelas condições socioeconômicas, históricas, culturais, de seu povo”.

Para Egry (1996) cada ciência deve elucidar os fenômenos com base em pressupostos teóricos que a orientem, por isso:

[...] deve ser congruente com os marcos filosóficos que norteiam esses pressupostos. A existência de um hiato entre o marco teórico e o marco filosófico pode criar o que Triviños chama de indisciplina, ou seja, a ausência de coerência entre os suportes teóricos, que presumivelmente orientam, e a prática social que se executa (Egry, 1996, p.50).

Para a autora a categoria conceitual é um conjunto totalizante de ações e ideias que são construídos historicamente. As bases conceituais são mediadoras para a compreensão do fenômeno e sofrem uma resignificação contínua (Egry, 1996).

Antes de iniciar a descrição das bases conceituais presentes nos programas mapeados, é necessário salientar que nem todos os estudos explicitam a base teórica e filosófica que se embasam. Sobre isso, Egry (1996) problematiza que “quanto mais ideológica for a dada concepção, menos explícito é o seu referencial filosófico gerador e, nesse ponto de vista, mais reiterativo e normativo e, consequentemente, menos transformador” (p. 51). Apenas quatro estudos citaram o uso de um referencial teórico: Teoria do Apego (n=1) e a Teoria Cognitiva Comportamental (n=3), no entanto não descreveram sobre as teorias no tópico Método do estudo.

Os conceitos essenciais são variáveis de acordo com o fenômeno a ser compreendido. Desse modo, para fazer a identificação das bases conceituais procurou-se identificar três elementos primordiais para a compreensão do fenômeno da violência, e assim, responder ao objetivo principal deste estudo e identificar a visão de mundo que embasa os programas, são eles: a concepção de saúde-doença, a concepção de violência e a concepção de criança/infância. E associá-las às principais correntes de interpretação do processo saúde-doença ilustradas no Quadro 6.

Quadro 6 – Como os fenômenos são vistos a partir de diferentes correntes de interpretação. São Paulo, 2018

Corrente de interpretação	Como os fenômenos são vistos
Unicausalidade	✓ Causa única para a doença. ✓ Doença como um elemento externo. ✓ Dedutivo.
Multicausalidade	✓ Várias causas para a doença. ✓ Conceito de risco. ✓ Relação entre fatores de risco de causa das doenças. ✓ Empírica-positivista. ✓ Prioridade Probabilística.
Materialismo Histórico e Dialético	✓ Determinação social do processo saúde-doença. ✓ Grupos sociais distintos podem estar mais expostos a potenciais de fortalecimento e desgaste. ✓ Os fenômenos não se reproduzem igualmente em contextos diferentes.

* Inspirado em Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006; Breilh, Granda, 1989.

A teoria unicausal foi a concepção predominante que esteve presente no início das sociedades ocidentais. Reconhece a existência de uma causa única e essencial para a doença, e esta está localizada fora do corpo humano. É uma concepção biologicista, em que o homem é considerado um ser “cujas ações estão limitadas ao funcionamento mecânico dos órgãos e sobre o qual atuam processos biológicos ou físico-químicos que desequilibram o sistema” (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006, p. 20), ganhou grande força na chamada “era bacteriológica” em que a descoberta de vários agentes etiológicos explicavam o surgimento das doenças.

Esta teoria foi perdendo espaço conforme o aumento da complexidade das conformações sociais, que exigia ações de saúde que surtiram efeitos na manutenção da saúde dos trabalhadores que vendiam sua força de trabalho para o capital (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006).

A teoria da multicausalidade consolidou-se na década de 1960, é uma concepção baseada no idealismo. Pressupõe que a causa da doença não é única, mas sim baseada em várias causas, que coexistem juntas e que afetam de maneira igual todos os indivíduos e grupos. O controle desses “fatores causais” favorece a não propagação da doença.

Estes fatores agem como somatória de causas, sem que sejam atribuídos pesos a cada um deles e desta forma, a sociedade e a organização social também se constituem em fatores causais, tanto quanto a constituição biológica do homem, por exemplo (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006, p. 21).

Fonseca, Egry e Bertolozzi (2006) ainda explicam que a Teoria de Leavell e Clark, chamado modelo da tríade ecológica, é uma variante da teoria multicausal.

[...]as causas se ordenam dentro de três categorias possíveis ou conjunto de fatores que intervêm no aparecimento da doença: o agente, o hospedeiro e o meio. O comportamento anormal de um destes conjuntos de fatores pode ocasionar o desequilíbrio do sistema e conseqüentemente o aparecimento da doença. Assim, a presença de um ambiente desfavorável ocasiona transtornos no hospedeiro e ativação do agente que até então pode ter permanecido inativo ou em estado de não agressão, rompendo o equilíbrio (p. 21).

Embora não exposto explicitamente, foi possível identificar a predominância dessa teoria nos programas de enfrentamento da violência contra a criança incorporados à revisão. Os programas mapeados baseiam-se nos **perfis de morbimortalidade das crianças e famílias** para identificar as famílias mais vulneráveis ao fenômeno da violência, no entanto, esses perfis estão sob uma **perspectiva baseada no risco e numa concepção linear do processo saúde-doença** e, desse modo, não captam a heterogeneidade dos espaços geopolíticos em que as famílias estão inseridas.

O reconhecimento dos grupos sociais mais vulneráveis, ou seja, aqueles mais expostos a potenciais de desgastes, era feito por meio da identificação fatores de risco. Isso evidencia a **compreensão de vulnerabilidades a partir de aspectos multicausais** e a **compreensão do processo saúde-doença centrado na doença**, como fica evidente nos trechos destacados dos estudos:

[Bunston, 2006] Acreditamos que esta intervenção oferece uma oportunidade para evitar as **vulnerabilidades neurológicas e psicológicas** reconhecidas que as **crianças ficam quando expostas à violência** em curso (grifo nosso).

[Edleson, 2011] [...]fatores podem incluir **risco** adicional para crianças expostas à violência, incluindo: **problemas de saúde mental coexistentes de um ou mais pais, uso indevido de substâncias parentais e a coocorrência de abuso ou negligência direta** (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] **Numerosos fatores de risco estão associados a maus-tratos na infância**, incluindo, mas não se limitando a, pais jovens, solteiros ou não biológicos; falta de compreensão dos pais em relação às necessidades das crianças, desenvolvimento infantil ou habilidades parentais; relacionamentos abusivos entre pais e filhos ou interações negativas; pensamentos ou emoções dos pais que apoiam disciplina violenta; disfunção familiar ou violência; história parental de abuso ou negligência na família de origem; abuso de substâncias dentro da família; **isolamento social, pobreza ou outras desvantagens socioeconômicas**; e stress e angústia dos pais (grifo nosso).

[Crusto et al., 2008] **presença de fatores de risco para abuso e negligência infantil**, como atendimento pré-natal inadequado; idade jovem dos pais; finanças limitadas, educação e apoio social; ou história de abuso de substâncias” (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] Construído sobre um **quadro ecológico**, o bem-estar emocional da criança é abordado em um contínuo de suportes coordenados que cruzam **múltiplos setores** de serviços para crianças (grifo nosso).

Autoras da Saúde Coletiva destacam as limitações dessa concepção para explicar o comportamento das doenças na sociedade, principalmente de fenômenos de raiz social (como a violência), que afeta de forma heterogênea as diferentes classes sociais (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2006).

Alguns estudos problematizam a **heterogeneidade dos grupos sociais** a que as crianças pertencem e que, portanto, precisam de ações específicas, no entanto, propõem **ações genéricas e homogêneas** para todas as famílias:

[Stanley, 2011] É evidente que as crianças expostas à violência são um **grupo heterogêneo** e, portanto, **são necessárias diversas ações** que respondem por essas **variâncias e complexidades** (grifo nosso).

[Kendall et al., 2013] Os pais aprendem técnicas para **impedir comportamento inaceitáveis e incentivar comportamento positivo em seus filhos, e estabelecer uma atmosfera harmoniosa** [...] técnicas são encorajadas, incluindo o uso de time out, **elogiar e adotar uma resposta calma em relação à criança** (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] Esses efeitos foram alcançados em uma comunidade urbana de "mundo real" e, portanto, têm um **forte potencial de generalização para outras comunidades com famílias com vários fatores de risco** (grifo nosso).

O estudo de Egry et al., (2015) chama a atenção para a importância do reconhecimento da heterogeneidade dos espaços geopolíticos e dos grupos sociais. Para as autoras, não há nada mais ineficaz, do ponto de vista do reconhecimento de necessidades, que estabelecer ações genéricas para grupos sociais distintos.

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença baseada no MHD surge como uma nova forma de interpretar o processo saúde-doença, e assim, superar os limites da multicausalidade para explicar os fenômenos de raiz social:

[...] esta teoria interpreta os fenômenos saúde e doença como expressões de um mesmo processo, evidenciando o seu duplo caráter: o biológico e o social, uma vez que encara a natureza humana, apesar de ter um lastro biológico, se determina a partir da vida do homem em sociedade. Assim, a organização social é o determinante fundamental das manifestações deste processo e evidencia-se como uma forma de manifestação da qualidade de vida dos agentes sociais. Esta, por sua vez é determinada pelos processos de produção e reprodução da vida social (Fonseca, Egry e Bertolozzi, 2006, p. 21).

Essa teoria permite compreender como cada sociedade cria determinados padrões de desgastes e fortalecimentos em função dos modos de produção e reprodução social (Fonseca, Egry e Bertolozzi, 2006). Desse modo, a visão de mundo trazida por essa teoria pode ajudar a

superar as lacunas, no que tange ao reconhecimento de necessidades dos diferentes grupos sociais e a elucidação dos fenômenos sociais, como a violência.

O estudo de Nascimento (2017) que buscou compreender os limites e potencialidades do plano municipal de saúde (PMS) e dos relatórios anuais de gestão municipal (RAGM) para o *assessment* de políticas públicas municipais de saúde mostrou que os instrumentos de gestão municipal somente conseguirão reduzir as desigualdades, efetivar ações de saúde que sejam equânimes e integrais e identificar as vulnerabilidades da população, quando a perspectiva da Determinação Social do Processo Saúde-Doença for incorporada para compreender a saúde.

A autora ainda destaca a

necessidade de estudos futuros para proposição e investimento em modelos efetivos de identificação das necessidades em saúde da população alicerçados sobre a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, considerando a identificação dos grupos sociais vulneráveis e suas formas de produção e reprodução social que se desdobram em perfis específicos de adoecimento e morte, os quais, atualmente [...] não são contemplados, impactando diretamente a percepção da efetividade dos serviços de saúde ofertados à população (Nascimento, 2017, p. 109).

Outro estudo, que assim como este trabalho, abordou o fenômeno da violência contra a criança, objetivou Construir um Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança e se baseou no paradigma da determinação social do processo saúde-doença, também reforçou a potencialidade desta teoria para fortalecer as ações de saúde. A autora conclui que o conjunto terminológico alinhado aos preceitos da Saúde Coletiva (que são a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e o Materialismo Histórico e Dialético) não tem foco apenas nos agravos, mas também na prevenção da violência e na promoção de ações emancipatórias dos sujeitos e, assim, tem real impacto na transformação dos fenômenos sociais e nas respostas às necessidades de saúde das crianças e suas famílias (Sakata-So, 2018).

Enquanto fenômeno histórico, social e dialético, a violência está intimamente relacionada com a pobreza e desigualdade (Odalia, 1983). Trata-se de um fenômeno diretamente ligado aos modos de produção e reprodução. Nessa perspectiva, em uma estrutura capitalista e classista as ações de saúde procuram responder as demandas da superestrutura: manter sua força de trabalho saudável e produtiva.

Essa visão de mundo, baseada na multicausalidade, que busca responder as demandas do Estado, foi identificada nos programas a partir da concepção de violência encontrada. Ao retratar a violência como um problema de **Saúde Pública** com graves consequências para a vida adulta, indica que as intervenções propostas no programas visam prevenir ou remediar os

danos gerados pela violência, seja no presente, pelo impacto nos sistemas de saúde, ou no futuro, para que a força produtiva de trabalho se mantenha saudável e ativa para produzir. Desse modo, não agem sobre a raiz do fenômeno.

A concepção dicotômica e linear do processo saúde-doença, com **foco em apenas um aspecto do fenômeno da violência**, traz de forma reducionista **o aspecto social** do fenômeno: a violência relacionada a pobreza e vulnerabilidade social. O aspecto social do fenômeno, tido como um fator de risco era **entendido como baixa renda, baixa escolaridade e baixo acesso aos serviços de saúde**.

[Barth, 1991] Uma avaliação inicial de um programa de visitas domiciliares envolveu 100 crianças de **famílias identificadas como “de alto risco”** para violência (grifo nosso).

[Duggan et al., 2004] [...] identificado como **em risco de abuso infantil através de rastreio** de base populacional no nascimento da criança (grifo nosso).

[Duggan et al., 2007] **alto risco** para abuso infantil [...] **famílias com baixa escolaridade**, baixa **renda**, apoio social limitado [...] referidos a serviços de assistência social (grifo nosso).

[Mejdoubi et al., 2015] O maus-tratos infantis é **um grande problema de saúde pública que tem consequências de longo prazo para a saúde mental e física** e pode resultar em morte. Estudamos o efeito de um programa de visitas domiciliares de enfermeiros sobre maus-tratos infantis entre jovens famílias desfavorecidas na Holanda (grifo nosso).

[Barlow et al., 2007] Esta intervenção pode ter o potencial de melhorar a parentalidade e aumentar a identificação de crianças em **risco de abuso e negligência em famílias vulneráveis**[...] baixa renda, escolaridade, mães adolescentes[...] (grifo nosso).

Nos programas, o **diagnóstico situacional sobre as situações de violência é realizado por meio de instrumentos padronizados**, baseados em fatores e escalas de risco, que vão desde a avaliação socioeconômica a análise do ambiente doméstico que a criança vive.

Embora **seja uma potencialidade a existência de um instrumento que chame a atenção dos profissionais para o fenômeno da violência**, pautar o diagnóstico das situações de violência sob a perspectiva de uma **base conceitual orientadora limitadora, impede que a determinação social do fenômeno da violência seja captada**.

[DuMont et al., 2008] foi utilizado um processo de duas etapas que **incluiu uma avaliação dos fatores de risco seguida por uma avaliação usando um instrumento padronizado**, como a Lista de Verificação de Estresse Familiar da Kempe (grifo nosso).

[Kendall et al., 2013] A **Ferramenta para Medir a Auto eficácia Parental (TOPSE) é uma ferramenta de avaliação de programas** para pais que leva em conta as opiniões e experiências de pais de diversas origens culturais e sociais (Kendall & Bloomfield, 2005) [...] **O TOPSE é um instrumento multidimensional e validado**

de 48 afirmações em oito escalas, cada uma representando uma dimensão distinta da parentalidade. Os itens são classificados em uma escala Likert de 11 pontos, onde zero representa discorda completamente e 10 representa concordo completamente. As pontuações para cada subescala variam de zero a 60 (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] As crianças [...] eram elegíveis se a criança preenchesse os seguintes critérios: idade 6–36 meses, **triagem positiva para problemas comportamentais e socioemocionais na Breve Avaliação Social e Infantil** (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] A **Lista de Verificação de Fidelidade de Avaliação e Intervenção** centrou-se nos **elementos centrais** da intervenção e incluiu: observação do desenvolvimento emocional, cognitivo e físico da criança; observação da interação pai-filho e brincadeira [...] (grifo nosso).

[Duggan et al., 2004] [...] **rastreamento e avaliação populacional para identificar famílias em risco** de abuso e negligência infantil [...] (grifo nosso).

Diante disso, fica claro o quanto as ações de saúde relatadas nos estudos para o enfrentamento da violência contra a criança partem da **perspectiva da Saúde Pública**, que se opõe a visão de mundo da determinação social do processo saúde-doença.

Estudos referem que a perspectiva da Saúde Pública se opõe a proposta da teoria da determinação social do processo saúde-doença, base da Saúde Coletiva, por conta da forma como ela se apresenta e propõe as ações de saúde (Paim, Almeida Filho, 1998; Duncan et al., 2015; Breilh, 2015). Reformas políticas, econômicas e administrativas, que vão ao encontro da nova ordem mundial regida pelo neoliberalismo, afetaram a conformação da saúde pública, afastando-a cada vez mais dos princípios propostos pela reforma sanitária. Paim e Almeida Filho (1998) trazem esse breve histórico, os autores relatam que:

[...] diversos países realizam reformas econômicas, políticas e administrativas buscando assegurar algum espaço na nova configuração dos mercados mundiais. A reforma do Estado, ainda que não suficientemente explicitada, coloca-se na agenda política de governos com diferentes espectros político-ideológicos e, nesse particular, emergem propostas setoriais como é o caso da saúde. Na América Latina, muitas das reformas do setor saúde são apoiadas por organismos financeiros internacionais, a exemplo do Banco Mundial (p. 306).

A Saúde Pública vigente vai de encontro aos interesses do Estado capitalista e na contramão dos direitos sociais ao focalizar uma cesta básica de serviços e ações programáticas que não levam em consideração o quanto os grupos sociais são distintos entre si, desse modo, não conseguem agir sobre os fenômenos socialmente determinados (Paim, Almeida Filho, 1998).

Todos os estudos apontaram como limites não saber os efeitos das intervenções em longo prazo, isso pode ser explicado pela incorporação de referenciais teóricos limitantes que propõe

ações que **não agem sobre a raiz social do fenômeno** e não proporcionam ferramentas para a modificação e superação da realidade:

[Kendall et al., 2013] Pesquisas adicionais por um **período mais longo e com amostras maiores** são recomendadas para fornecer evidências do impacto do apoio baseado na comunidade para pais e crianças no Japão a **longo prazo** (grifo nosso).

[Duggan et al., 2004] [...] **impacto** na prevenção do abuso infantil **é conflitante**. [...] Houve pouquíssimos casos em que o impacto do programa alcançou até mesmo nosso corte para uma **tendência dentro de subgrupos populacionais ou para famílias** [...] **efeitos do programa em direções favoráveis e desfavoráveis e não mostraram nenhum padrão**, sugerindo que resultaram do acaso (grifo nosso).

[Duggan et al., 2007] Frequentemente, os visitantes domiciliares não conseguiram lidar com os riscos parentais e raramente vincularam as famílias aos recursos da comunidade. **Contradições no modelo comprometeram a eficácia** (grifo nosso).

Autoras da Enfermagem em Saúde Coletiva defendem o uso e a alquimização de categorias potentes para elucidar fenômenos diretamente ligados aos modos de produção e reprodução social, para que as ações de saúde realmente se efetivem em longo prazo. Para essas autoras o fenômeno da violência contra a criança necessita do uso das categorias gênero e geração, para que haja a superação e transformação da realidade (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

Ainda timidamente explorado na literatura científica mundial, as discussões acerca de gênero, geração e relações de poder e subalternidade, trazem outras perspectivas para o reconhecimento, a identificação e o enfrentamento do fenômeno da violência doméstica contra a criança. Especialmente no Brasil, estudos têm abordado de forma mais consistente, tanto a perspectiva de gênero, quanto a de geração, quando se trata do fenômeno da violência doméstica infantil (Saunders, Goodall, 1985; Carlos, Ferriani, 2016; Egry et al. 2015; Egry, Fonseca, Oliveira, 2013; Barrientos, 1998; Lourenço, 2018; Fornari, 2019).

Em todos os estudos incluídos na revisão foi possível identificar as concepções de infância e elementos das questões de gênero permeados pela perspectiva da multicausalidade. **A infância era compreendida como um marco cronológico**, a-histórico e universal na abordagem em saúde. As razões para desenvolver programas voltados às crianças, parece estar ligada à prevenção e/ou diminuição de agravos que afetarão a vida adulta e que futuramente, e, portanto, incidirão em maiores gastos com saúde ou para reparar a força de trabalho produtiva.

[Kendall et al., 2013] [...] crianças entre as **idades de 2 e 12** (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] se a criança preenchesse os seguintes **critérios: idade 6–36 meses** [...] (grifo nosso).

[Bunston, 2006] oportunidade para **evitar** as **vulnerabilidades neurológicas e psicológicas** reconhecidas que as **crianças ficam quando expostas à violência** em curso (grifo nosso).

[Duggan et al., 2007] [...]famílias rastreadas quando as **crianças tinham 8 e 16 meses**[...] (grifo nosso).

[Puccia et al. 2012] A **violência doméstica tem um grande impacto nas crianças**, uma vez que as crianças **expostas à violência doméstica tendem a ter altos níveis de sintomas da SPT, bem como outras dificuldades psicossociais**. Violência Doméstica (DV) **tem implicações para as crianças, os sistemas familiares e a sociedade como um todo**, portanto, tratar os sintomas como resultado da VD é de suma importância (grifo nosso).

Na contramão desta argumentação Maeda et al., (2011) questionam o conceito de “gastos” em saúde, propondo ao invés disto, investimentos em saúde como forma mais apropriada de se referir a algo cuja finalidade é melhorar a qualidade de vida e por conseguinte da saúde das populações.

Os programas que visavam o desenvolvimento da parentalidade tinham como foco a família, principalmente, o binômio mãe-filho, buscando **desenvolver relações familiares salutogênicas**. Pesquisas apontam que em muitas redes de notificação a figura feminina (mãe ou cuidadora) são as que mais aparecerem como as perpetradoras da violência, principalmente a negligência (Egry et al., 2015), relatórios que fornecem um panorama mundial sobre a violência mostram que crianças com mães que sofrem violência têm mais chances de sofrerem abusos físicos e verbais (Unicef, 2017). Estas autoras também chamam a atenção para o fato de que uma boa parte das famílias tem a mulher como a “chefe” de família, ou seja, é só a mulher adulta que se encontra presente no domicílio, tanto para o provimento econômico, quanto para o suporte de cuidado e de educação da prole. Assim, sendo, pode-se supor que em muitas destas famílias o homem progenitor foi o primeiro a cometer a violência da modalidade negligência, ao deixar de amparar econômica e de responsabilidade pela educação de seus filhos (Egry et al., 2015).

Dentro da visão de mundo que embasa os programas, as famílias que participavam dos programas eram escolhidas de acordo com fatores de risco, geralmente, eram famílias compostas por mãe adolescente e/ou solteira, primíparas consideradas com um pré-natal inadequado e que frequentavam serviços de assistência social. Percebe-se que as ações de saúde descritas nos programas são **direcionadas a dimensão singular e numa perspectiva de responsabilização da mãe**, o que constitui um importante limite, visto que: o fenômeno da violência contra a criança está fortemente permeado por normas e símbolos culturais e sociais

que demarcam fortemente os **papéis sociais atribuídos a homens e mulheres**, nortear intervenções em **apenas um aspecto do fenômeno não o elucida e o transforma totalmente**.

[Kendall et al., 2013] [...] níveis de **estresse materno** das mães diminuíram e a autoeficácia aumentou após o programa [...] levará a uma **redução geral no abuso e negligência das crianças entre as mães** japonesas (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] Foi desenvolvido para **prevenir ou diminuir graves perturbações** emocionais, deficiências de desenvolvimento e aprendizagem e abuso e negligência (grifo nosso).

[Lowell et al., 2011] [...] **compreensão psicodinâmica da história da mãe**, sentimentos e experiência da criança; perspectivas alternativas de comportamento infantil [...]. Ouvindo e atendendo às necessidades concretas da família, a equipe clínica empenhou-se em criar um "ambiente de preservação" e proporcionar a muitos pais uma nova experiência de relacionamento. A **família foi o alvo da intervenção**; assim, todos os indivíduos importantes na vida da criança foram incluídos (por exemplo, avós, irmãos, pai, mesmo se fora de casa, e o parceiro principal dos pais) para **fortalecer os relacionamentos entre pais e filhos** e para **construir uma rede de relacionamentos de apoio que poderia continuar a sustentar os genitores (geralmente a mãe) a longo prazo** (grifo nosso).

[Barth, 1991] registro de doença, suspeita de **abuso anterior por parte da mãe**, baixa autoestima, estilo de vida caótico, **falta de apoio social do pai ou da família** [...] **má saúde da mãe, gravidez indesejada ou não planejada**, abuso anterior / contínuo da mãe [...] (grifo nosso).

[Olds et al., 1986] Diferenças de tratamento para abuso infantil e negligência e atendimentos de emergência foram mais significativos entre **as mulheres que tinham um menor controle (*lower sense*) sobre suas vidas** (grifo nosso).

As dimensões Estrutural (formação econômica, social, políticos-ideológicas de uma dada sociedade), Particular (momento de produção e reprodução e consumo) e Singular (processos individuais, onde se manifestam os potenciais de fortalecimento e desgaste) ajudam a desvendar o fenômeno em sua totalidade, expondo a relação dialética entre si e o todo (Egry, 1996).

A despeito da limitação de agir somente na dimensão singular, Breilh e Granda (1989) dizem que:

O desenvolvimento que a matéria experimentou desde suas formas físicas até os processos mais complexos do mundo biológico, e depois, até as formas superiores e de alta complexidade do mundo social, explica a unidade dos processos do mundo em meio a sua própria diversidade. Portanto, é requisito para o trabalho de investigação dos fatos particulares ou individuais não perder de vista suas conexões com as esferas mais gerais da realidade (p.37).

Assumir as categorias gênero e geração é reconhecer a determinação histórica e socialmente construída que impacta a visibilidade, as práticas e o enfrentamento da violência contra a criança (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013; Sarmento, 2005; Fonseca, 2008; Scott, 1995). Isto posto, é palpável que elaborar programas para mães e filhos que não pautem as categorias

gênero e geração não expõe todas a totalidade-parte do fenômeno e, portanto, não conseguem captar o quão homogêneo é o grupo dentro dele e o quão heterogêneo são os grupos entre si, o que leva ao desenvolvimento de programas reduzidos a dimensão singular, com poder reduzido para a transformação da realidade.

Diante os achados da revisão, visualizam-se potencialidades nos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária à Saúde, no entanto, esses programas possuem limitações na captação das necessidades dos grupos sociais mais expostos a potenciais de desgastes, uma vez que, pautar-se em fatores de risco e instrumentos padronizados para todos os grupos sociais não considera a realidade de cada criança e família, tampouco consegue identificar de forma efetiva os grupos mais exposto a potenciais de desgaste, sendo assim, não proporcionam ferramentas para a superação da realidade.

É fundamental agregar a compreensão do processo saúde-doença de forma socialmente determinada nos programas de enfrentamento da violência contra a criança, diante da limitação de outros referenciais teóricos-metodológicos para captar todas as determinações do fenômeno, para que aconteça a superação da realidade objetiva.

Reitera-se que compreender a violência como um fenômeno histórico e sociológico contribui para a mudança na forma de reprodução dos discursos hegemônicos presentes no campo da ciência, sobretudo na ciência em saúde. Ademais, expor a base conceitual que embasa o programa clarifica e facilita o entendimento do processo de estruturação e implantação dos programas, o que pode contribuir para a adequação desses programas a diferentes realidades e diferenças existentes entre os países.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

A revisão reuniu 24 estudos que retratam programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança, desenvolvidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A maioria dos estudos foram desenvolvidos na Europa e América do Norte. Eles utilizaram-se de três focos, a Família, as Crianças expostas à violência e o Desenvolvimento da parentalidade, e recorreram a quatro níveis de atuação: Identificação, Prevenção, Intervenção e Resposta. A maior parte dos programas usou como estratégia a visita domiciliária e a intervenção.

Os programas de enfrentamento mostraram-se bem estruturados e utilizaram a mesma abordagem para identificar as situações de violência e as crianças e famílias mais expostas ao fenômeno (instrumentos e escalas padronizadas e fatores de risco). Os profissionais da enfermagem destacaram-se como os trabalhadores com maior potencial para identificar e intervir sobre as situações de violência, por constituir a linha de frente de cuidado e representar o elo entre a família e as unidades de atenção primária e os demais serviços do território. As intervenções que articulavam os setores da saúde, educação, psicologia, assistência social e jurídica demonstraram maior potencialidade para a mudança da realidade.

As bases conceituais orientadoras dos programas não foram explícitas em nenhum estudo. Diante disso, buscou-se identificar conceitos considerados fundamentais para elucidar o fenômeno da violência contra a criança: saúde-doença, violência e infância.

Sendo assim, evidenciou-se como potencialidade a estruturação dos programas utilizando indicadores e perfil de morbimortalidade; diagnóstico situacional sobre as situações de violência por meio de instrumentos; compreensão de que as situações de violência são heterogêneas; ações voltadas para grupos com potenciais de desgastes e o foco no desenvolvimento saudável das relações familiares. Como limites: a concepção dicotômica e linear do processo saúde-doença; perspectiva de fatores de risco que gera ações focadas em aspectos isolados do fenômeno da violência; a não explicitação da base teórica-conceitual; aplicação de soluções genéricas para grupos sociais distintos; a infância como um marco puramente cronológico; a não inclusão de categorias explicativas potentes para o fenômeno da violência, gênero e geração.

Ao problematizar as bases conceituais com as diferentes visões de mundo, verificou-se que as concepções se alicerçaram sobre a multicausalidade, resultando em programas regidos pela lógica da Saúde Pública, que procura responder as demandas geradas pelo sistema

capitalista, de acordo com a concepção Breilheana. A violência era entendida como um problema de Saúde Pública e não como um fenômeno histórico, social e dialético; o processo saúde-doença era compreendido com base em fatores de risco que impactam da mesma maneira sobre grupos sociais distintos e a infância era tida como um marco cronológico do desenvolvimento que deve acontecer de maneira “harmoniosa” para não afetar a força produtiva no futuro, as mães são as principais e únicas responsáveis por prover esse desenvolvimento, o que reforça os papéis socialmente atribuídos às mulheres e aos homens.

Isso traz grandes limitações aos programas de enfrentamento da violência contra a criança, pois, as intervenções não conseguem acolher de fato as necessidades em saúde das crianças e suas famílias e, conseqüentemente, não conseguem identificar os grupos sociais mais expostos a potenciais de desgastes, resultando em soluções genéricas, homogêneas para grupos sociais distintos, que são incapazes de superar e transformar a realidade objetiva.

Aponta-se como limites do presente estudo a não utilização do termo “health promotion” na estratégia de busca e a não incorporação de estudos desenvolvidos na América Latina e Caribe.

O desenvolvimento de programas de enfrentamento da violência contra as crianças mostrou-se de extrema validade, no entanto, somente conseguirão a transformação e superação da realidade objetiva quando forem orientados por bases conceituais que levam em consideração os modos de produção e reprodução socialmente determinados, o que revelará as distinções entre geração, gênero, classe social e etnia que permeiam o fenômeno da violência contra a criança. Por conseguinte, esses programas fortalecerão práticas capazes de agir sobre a dimensão particular, sobre as quais a Enfermagem em Saúde Coletiva pode apoiar o desenvolvimento, implantação e análise de intervenções capazes de superar realidades desafiadoras.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida-Filho N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet*. 2011;377(9781):1898-1900.

Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):320-7.

Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(2):266-73.

Ariès P. A História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.

Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health*. 1999;35(3):237-44.

Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J Public Health*. 2011;33(1):147-50.

Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child*. 2007;92(3):229-33.

Barrientos DMS. Mulher & Saúde: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Barth RP. An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse Negl*. 1991;15(4):363-75.

BCCEWH - British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence. Prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/resources/review-of-interventions-to-identify-prevent-reduce-and-respond-to-domestic-violence2>

Becker KD, Mathis G, Mueller CW, Issari J, Atta SS. Community-Based Treatment Outcomes for Parents and children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Emotional Abuse*. 2008;8(1-2):187-204.

Booth A. Cochrane or cock-eyed? How should we conduct systematic reviews of qualitative research? In: *Abstracts of Qualitative Evidence-bases Practice Conferences*; 2001 May 14-16; Coventry. Coventry: Coventry University; 2001.

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jun. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos em nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 out. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jan. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2019 mar. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 fev. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 mai. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez; Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

Breilh J. Entrevista: Jaime Breilh. Trab Educ Saúde [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 18]; 13(2):533-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/es_1981-7746-tes-1302-0533.pdf

Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. In: Morales C, Eslava JC, editores. Tras las huellas de la determinación - Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. p. 19-76.

Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(Supl 1):13-27.

Buckle L, Simpson B, Berger S, Matcalfe R. Prevention and early intervention for domestic violence. Prepared for the Reference Group and FCSS Calgary. Calgary: 2014. Available from: https://www.calgarywomensshelter.com/images/pdf/Prevention&EarlyIntervention_DV_FCS_SJune2014.pdf

Bugental DB, Ellerson PC, Lin EK, Rainey B, Kokotovic A, O'Hara N. A cognitive approach to child abuse prevention. J Fam Psychol. 2002;16(3):243-58.

Bugental DB, Schwartz A. A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants. Dev Psychol. 2009;45(1):284-8.

Bunston W. The Peek A Boo Club: Group work for Infants and Mothers Affected by Family Violence. DVIRC Quarterly; 2006;1:3-8.

Carlos DM, Ferriani MGC. Family violence against children and adolescents in context: how the territories of care are imbricated in the picture. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct. 19];24:e2735.

Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):511-8.

CEBC - California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Kids' Club and Moms' Empowerment [Internet]. 2015. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/program/kids-club-moms-empowerment/detailed>

Child Trends. Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT) [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://www.childtrends.org/?programs=trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy-tf-cbt>

Costa AP, Moreira A, Souza FN. webQDA - Qualitative Data Analysis. [programa de computador]. Aveiro: MicroIO and University of Aveiro; 2019.

Council of International Neonatal Nurses. Council of International Neonatal Nurses Position Statement on Routine Screening for Intimate Partner Violence. Boston: Council of International Neonatal Nurses; 2010. Available from: www.coinnurses.org/1_documents/resources/p_statement/Position_Stat_Intimate_Partner_Violence.pdf

Crusto CA, Lowell DI, Paulicin B, Reynolds J, Feinn R, Friedman SR, et al. Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence. *Best Pract Ment Health*. 2008;4(1):1-18.

Cunningham AJ, Baker LL. What about me: Seeking to understand a child's view of violence in the family. London, Ont.: Centre for Children & Families in the Justice System; 2004.

Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. *Cien Saude Colet*. 2006;11(Suppl):1163-78.

Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002. p.3-21.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(4):1037-50.

Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse Negl.* 2007;31(8):801-27.

Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2004;28(6):597-622.

DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, et al. Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2008;32(3):295-315.

Duncan P, Bertolozzi MR, Cowley S, Egry EY, Chiesa AM, França FOS. “‘Health for All’ in England and Brazil?” *Int J Health Servs.* 2015;45(3):545-63.

Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(4):556-63.

Egry EY, Apostólico MR, Moraes TCP, Lisboa CCR. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):113-19.

Egry EY, Apostólico MR, Moraes TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2018;23(1):83-92.

Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):119-33.

Egry EY, Nichiata LYI. 30 anos de Enfermagem em Saúde Coletiva. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):463-4.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015;385:(9977):1555-66.

Emergency Nurses Association. Emergency Nurses Association Position Statement: Intimate Partner and Family Violence, Maltreatment, and Neglect. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Assoc; 2006. Available from: www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/ViolenceIntimate_Partner_and_Family_-_ENA_PS.pdf.

Family Violence Prevention Fund. National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 2004. Available from: www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Consensus.pdf

Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*. 2005;116(6):e803-9.

Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O Materialismo Histórico e Dialético como Teoria da Cognição e Método para a compreensão do Processo Saúde-Doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadoras. *O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC: guia para pesquisadores*. Curitiba: ABEn-PR; 2006.

Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG de. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):895-901.

Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. In: Kalinowski CE, Martini JG, Felli VEA. *PROENF: Programas de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fontes R. Criança. *Revista Presença Pedagógica*. 2005;11(61):3-5.

Fornari LF. Potencialidades e limites do jogo Violetas para o enfrentamento da violência de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

Franco S. La violencia homicida y su impacto sobre la salud en América Latina. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior. CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 619-34.

Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2000;24(11):1399-429.

Galvão CM, Sawada NO, Trevisan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2004;12(3):549-56.

Guide to Community Preventive Services. Violence Prevention: Early Childhood Home Visitation. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2010. Available from: www.thecommunityguide.org/violence/home/index.html

Guille L. Men who batter and their children: An integrated review. *Aggress Violent Behav.* 2004;9(2):129-63.

Hooker L, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Taft A. Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mix method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implement Sci.* 2015;10:39.

Kaufman JS, Ortega S, Schewe PA, Kracke K, Safe Start. Demonstration Project Communities. Characteristics of young children exposed to violence: The safe start demonstration project. *J Interpers Violence.* 2011;26(10):2042-72.

Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M. Child abuse prevention in Japan: an approach to screening and intervention with mothers. *Public Health Nurs.* 2004;21(6):513-8.

Kendall S, Bloomfield L, Appleton J, Kitaoka K. Efficacy of a group-based parenting program on stress and self-efficacy among Japanese mothers: a quasi-experimental study. *Nurs Health Sci.* 2013;15(4):454-60.

Khulmann Jr. M. Infância e educação infantil: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação; 1998.

Koniak-Griffin D, Verzemnieks IL, Anderson NL, Brecht ML, Lesser J, Kim S, et al. Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. *Nurs Res.* 2003;52(2):127-36.

Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010;5:69.

Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. 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. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1749-58.

Lourenço RG. A violência entre parceiros íntimos adolescentes à luz de gênero e geração: a percepção e as práticas de profissionais de saúde e áreas afins [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ. A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Dev.* 2011;82(1):193-208.

MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ*. 2000;163(11):1451-8.

Maeda ST, Moleiro PF, Egry EY, Ciosak SI. Recursos Humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:1651-55.

Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC. Violence against children: the routine of the professionals in the primary health care. *Rev Rene*. 2016;17(5):593-601.

Martins CS, Ferriani MGC. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubada EML. *Debaixo do mesmo teto: Análise sobre a violência doméstica*. Goiânia: AB Editora; 2008. p.7-53.

McIntosh E, Barlow J, Davis H, Stewart-Brown S. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention. *J Public Health*. 2009;31(3):423-33.

Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PloS One*. 2015;10(4).

Mendes A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saude Soc*. 2015;24(1):66-81.

Meyer SB, Mamerow L, Taylor AW, Henderson J, Ward PR, Coveney J. Demographic indicators of trust in federal, state and local government: implications for Australian health policy makers. *Aust Health Rev*. 2013;37(1):11-8.

Minayo MCS. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.p.17-30.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7): e1000097.

Moyer VA. Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2013;159(4):289-95.

Nascimento AB. Como as necessidades em saúde do território podem ser acolhidas e monitoradas pelos instrumentos de gestão municipal? [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Nascimento ML. Apresentação. Nove teses sobre a “infância como um fenômeno social” de Jens Qvortrup. *Pro-Posições*. 2011;22(1)64:199-211.

Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(n. esp):903-8.

Odalia N. O que é violência. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65-78.

Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):e832-45

Oliveira MAC, Egry EY. A adolescência como um constructo social. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 1997;7(2):12-21.

Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(2):299-306.

Oliveira RNG. Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

OMS - Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 2016 [citado 2018 nov. 01]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.

ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração dos direitos da criança. Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n. 1386 (XVI), de 20 de novembro de 1959.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):299-316.

Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3(8):207-15.

Perna PO, Chaves MMN. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção prático da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. *Trabalho Necessário*. 2008;6(6).

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Puccia E, Redding TM, Brown RS, Gwynne PA, Hirsh AB, Frances RJH, et al. Using Community Outreach and Evidenced-Based Treatment to Address Domestic Violence Issues. *Social Work in Mental Health*. 2012;10(2):104-26.

Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):548-54.

Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):v-vi.

Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil. In: Madeira FR, organizadora. *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos tempos; 1997.

Sakata KN, Egry EY, Narchi NZ. The Brazilian policy for reduction of accidents and violence aligns with international perspective? *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Spe. 2):197-203.

Sakata So KN. Validação do Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Sarmiento MJ. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. *Educ Soc*. 2005;26(91):361-78.

Saunders EJ, Goodall K. A social services-public health partnership in child protection: a rural. *Public Health Rep*. 1985;100(6):663-6.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação e Realidade*. 1995;20(2):71-99.

Siegel E, Bauman KE, Schaefer ES, Saunders MM, Ingram DD. Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics*. 1980;66(2):183-90.

Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an ethnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(6):1230-40.

Soares C. Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um constructo social. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole, 2009. p. 3-22.

Souza HS. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado. In: Souza HS, Mendes A, organizadores. *Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco*. Rio de Janeiro: DOC Content; 2016. p. 87-111.

Stanley N. *Children experiencing domestic violence: a research review*. Dartington: Research in Practice; 2011.

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Criança - Brasil. A cada 7 minutos, uma criança ou um adolescente morre vítima da violência [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 15]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_37371.html

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Criança - Brasil. Novos dados globais expõem alta prevalência de violência contra crianças [Internet]. 2014 [citado 2018 nov. 15]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_27872.htm

Unicef - United Nations Children's Fund. *A familiar face: violence in the lives of children and adolescents*. New York: Unicef; 2017.

Unicef - United Nations Children's Fund. *Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children*. New York: Unicef; 2014.

Valaitis R, Martin-Misener R, Wong ST, MacDonald M, Meagher-Stewart D, Austin P, et al. Methods, strategies and technologies used to conduct a scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev*. 2012;13(3):219-36.

Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: Flacso Brasil; 2012.

Wells L, Claussen C, Cooper M. *Domestic & sexual violence: A background paper on primary prevention programs and frameworks*. Calgary, AB: The University of Calgary, Shift: The Project to End Domestic Violence; 2012.

WHO - World Health Organization. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C: WHO; 2002.

WHO - World Health Organization. Violence prevention: The evidence. Geneva: WHO; 2010.

WHO - World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO; 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS E NÚMERO DE RESULTADOS ENCONTRADOS. SÃO PAULO, 2018

PubMed

1 - (("Feasibility Studies"[All Fields] OR "Practice Guidelines as Topic"[All Fields] OR "Practice Guideline"[All Fields]) AND ("Child Abuse"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields]) AND ("substance-related disorders"[MeSH Terms] OR ("substance-related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "substance-related disorders"[All Fields] OR "abuse"[All Fields])) OR "Child Violence"[All Fields]) AND ("Primary Health Care"[All Fields] OR "Primary Prevention"[All Fields] OR "Prevention Health Care"[All Fields] OR ("residence characteristics"[MeSH Terms] OR ("residence"[All Fields] AND "characteristics"[All Fields]) OR "residence characteristics"[All Fields] OR "community"[All Fields]) AND Healt[All Fields] AND Service[All Fields])) (42 ESTUDOS)

2- (("child abuse"[MeSH Terms] OR ("child"[All Fields] AND "abuse"[All Fields]) OR "child abuse"[All Fields] OR ("child"[All Fields] AND "neglect"[All Fields]) OR "child neglect"[All Fields]) OR ("child abuse"[MeSH Terms] OR ("child"[All Fields] AND "abuse"[All Fields]) OR "child abuse"[All Fields]) OR ("domestic violence"[MeSH Terms] OR ("domestic"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "domestic violence"[All Fields])) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields]) AND ("house calls"[MeSH Terms] OR ("house"[All Fields] AND "calls"[All Fields]) OR "house calls"[All Fields] OR ("home"[All Fields] AND "visiting"[All Fields]) OR "home visiting"[All Fields]) (38 RESULTADOS)

3- ("child neglect"[All Fields] OR "child abuse"[All Fields] OR "domestic violence"[All Fields]) AND ("primary care"[All Fields] OR "primary health care"[All Fields] AND Program[All Fields] AND ("methods"[MeSH Terms] OR "methods"[All Fields] OR "intervention"[All Fields])) (89 RESULTADOS)

SCOPUS

((("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND program AND intervention)) (97 RESULTADOS)

WEB OF SCIENCE

((("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention)) (828 RESULTADOS)

PSYINFO

((("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention)) (517 RESULTADOS)

SCIELO

Violencia [Todos os índices] and criança [Todos os índices] and intervenção [Todos os índices]
(31 RESULTADOS)

violence AND child AND program AND intervention (7 RESULTADOS)

violencia AND ninos AND intervencion AND atencion AND primaria (2 RESULTADOS)

violencia AND ninos AND intervencion (22 RESULTADOS)

CINAHL

("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention) (444 RESULTADOS)

ERIC

domestic violence AND child AND program AND intervention (61 RESULTADOS)

LILACS

("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention) (6 RESULTADOS)

IBSS

("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention) (13 RESULTADOS)

OPEN GREY

("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention) (2 RESULTADOS)

GOOGLE SCHOLAR

(("child neglect") AND ("primary care" OR "primary health care" AND program AND intervention)) (5.010 RESULTADOS)

NYAN GREY LITERATURE

("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention) (0 RESULTADOS)

child abuse AND program AND primary health care (7 RESULTADOS)

ISPCAN

("child neglect" OR "child abuse" OR "domestic violence") AND ("primary care" OR "primary health care" AND Program AND intervention) (21 RESULTADOS)

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, ADAPTADO DE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. SÃO PAULO, 2018

Avaliação Inicial dos Critérios de Inclusão

Título do estudo: _____ Cód. Estudo: _____

Autores: _____ País do estudo: _____ Ano: _____

Revisor: _____

Data: ____ / ____ / ____

Critérios:

CRITÉRIOS	SIM	NÃO	INDETERMINADO
O estudo aborda a violência doméstica e intrafamiliar contra crianças?			
Desenvolvido no contexto da Atenção Primária em Saúde?			

Decisão inicial: ☐ Incluído
☐ Excluído
☐ Indeterminado

**APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO
DE DADOS ADAPTADO. SÃO PAULO, 2018**

Authors/Year/Country	Study Design	Population	Context	Concept			
				Theoretical perspective(s)	concept of health and disease	Concept violence	childhood concept

APÊNDICE 4 – REFERÊNCIAS INCLUÍDAS NA REVISÃO DE ACORDO COM O NOME DO AUTOR. SÃO PAULO, 2018

Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child*. 2007;92(3):229-33.

Becker KD, Mathis G, Mueller CW, Issari J, Atta SS. Community-Based Treatment Outcomes for Parents and children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Emotional Abuse*. 2008;8(1-2):187-204.

Bugental DB, Ellerson PC, Lin EK, Rainey B, Kokotovic A, O'Hara N. A cognitive approach to child abuse prevention. *J Fam Psychol*. 2002;16(3):243-58.

Bugental DB, Schwartz A. A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants. *Dev Psychol*. 2009;45(1):284-8.

CEBC - California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Kids' Club and Moms' Empowerment [Internet]. 2015. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/program/kids-club-moms-empowerment/detailed>

Child Trends. Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT) [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://www.childtrends.org/?programs=trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy-tf-cbt>

Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *J Adv Nurs*. 2004;47(6):656-63.

Crusto CA, Lowell DI, Paulicin B, Reynolds J, Feinn R, Friedman SR, et al. Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence. *Best Pract Ment Health*. 2008;4(1):1-18

Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse Negl*. 2007;31(8):801-27.

Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2004;28(6):597-622.

DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, et al. Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2008;32(3):295-315.

Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*. 2005;116(6):e803-9.

Finkelstein N, Rechberger E., Russell LA. et al. Building resilience in children of mothers who have Co-occurring Disorders and histories of Violence. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2005;32(2):141-154. <https://doi.org/10.1007/BF02287263>

Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M. Child abuse prevention in Japan: an approach to screening and intervention with mothers. *Public Health Nurs.* 2004;21(6):513-8.

Kelleher L, Johnson M. An evaluation of a volunteer-support program for families at risk. *Public Health Nurs.* 2004;21(4):297-305.

Kendall S, Bloomfield L, Appleton J, Kitaoka K. Efficacy of a group-based parenting program on stress and self-efficacy among Japanese mothers: a quasi-experimental study. *Nurs Health Sci.* 2013;15(4):454-60.

Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ. A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Dev.* 2011;82(1):193-208.

MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2005;365(9473):1786-93.

Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PloS One [Internet].* 2015 [cited 2019 Oct.9];10(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382107/pdf/pone.0120182.pdf>.

Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics.* 1986;78(1):65-78.

Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics.* 2007;120(4):e832-45

Puccia E, Redding TM, Brown RS, Gwynne PA, Hirsh AB, Frances RJH, et al. Using Community Outreach and Evidenced-Based Treatment to Address Domestic Violence Issues. *Social Work in Mental Health.* 2012;10(2):104-26.

Sharp C, Jones J, Netto G, Humphreys C. We Thought They Didn't See: Cedar in Scotland-Children and Mothers Experiencing Domestic Abuse Recovery evaluation report, 2011. Disponível em: <https://www.cedarnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Evaluation-Report-DOWNLOAD1.pdf>