



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2019**

JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cinthia Mendonça Cavalcante.

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Leite, John Carlos de Souza .

Violência doméstica contra crianças e adolescentes: construção de uma cartilha educativa para agentes comunitários de saúde [recurso eletrônico] / John Carlos de Souza Leite. ? 2019.  
1 CD-ROM: il.; 4 ? pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 111 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) ? Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2019.

área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cinthia Mendonça Cavalcante.

1. Violência doméstica. 2. Defesa da criança e do adolescente. 3. Agentes comunitários de saúde. I. Título.

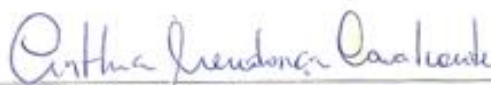
JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 31 de janeiro de 2019.

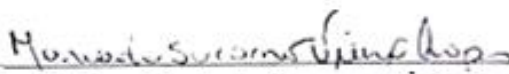
BANCA EXAMINADORA



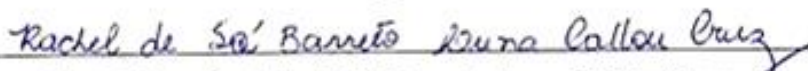
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cinthia Mendonça Cavalcante (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



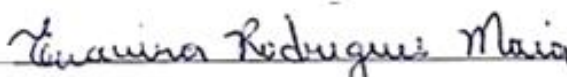
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Grayce Alencar Albuquerque  
Universidade Regional do Cariri -URCA



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes  
Universidade Regional do Cariri - URCA



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz  
Universidade Regional do Cariri - URCA



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Evanira Rodrigues Maia  
Universidade Regional do Cariri - URCA

À minha família, em especial à minha mãe, Francinete Leite, por todo companheirismo, dedicação e amor. Dedico também a todas as crianças que tiveram sua infância roubada devido à violência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida, força e realização de mais um sonho.

Agradeço a minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Grayce Alencar Albuquerque, pela confiança, dedicação e paciência, orientando-me com maestria, se tornando um exemplo a ser seguido.

À minha família, que é âncora em momento de tempestade. Ao meu pai e irmão, por estarem sempre ao meu lado. Agradeço em especial a minha mãe, por estar sempre me incentivando a realizar meus sonhos. Exemplo de mulher, que apesar das limitações, demonstra esforço para amparar todos que estão ao seu redor.

Aos meus amigos, Mariana Carvalho, Camila Cavalcante, Renan Lavor, pessoas que sempre estiveram ao meu lado nas fases mais divertidas e tristes da vida, fonte de positividade e energia, que em dias de tristeza e de ansiedade, me fizeram rir e me proporcionaram a coragem necessária para continuar.

À Luana Saldanha, ao Carlos André Cavalcanti e ao Lucas Machados, estes que estiveram presente deste o desejo em realizar este sonho e que continuaram na trajetória, foram os alicerces necessários para esta conquista.

Ao Gustavo Marque, à Áurea e à Letícia Marques, que me acolheram e fizeram com que eu me sentisse membro da família. Obrigado por todo carinho, cuidado e amor.

Aos amigos que o Cariri me deu, Pyetro Pimentel e Ramon Brito, que foram fundamentais ao processo de construção da minha formação e amigos em momentos de dificuldades. Agradeço também a todos os amigos que se fizeram presentes, apesar da ausência, foram compreensíveis e me apoiaram na realização deste sonho.

Às minhas amigas Riani Joyce e Juliana Saraiva, que estiveram presentes nos dias de angústias, mas trouxeram mensagens de carinho e motivação para enfrentá-los.

Aos professores Doutores da URCA e UECE por todos os ensinamentos durante esse percurso e aos funcionários, em especial à Evilene Vasconcelos, por toda a atenção.

Aos Colegas do mestrado, pessoas cheias de alegria e que tornaram os dias de aprendizado mais leves e divertidos.

Aos colegas da URCA – UDI, em especial a Natália Bastos, pela acolhida, compreensão, incentivo e por contribuir para a formação do profissional que sou hoje.

À Secretaria Municipal de Saúde de Tarrafas e ao Centro Municipal de Saúde, em especial a Pâmela Moraes, exemplo de pessoa e profissional que foi fundamental para a realização desse sonho. Obrigado por toda compreensão.

“Nunca digam – Isso é natural! Diante dos acontecimentos de cada dia. Numa época em que reina a confusão, em que corre o sangue, em que o arbitrário tem a força de lei, em que a humanidade se desumaniza... Não digam nunca: Isso é natural! A fim de que nada passe por ser imutável”.

(Bertold Brecht)



## RESUMO

A violência se configura como um problema de saúde pública e, como um fenômeno multicausal, está presente desde os primórdios da sociedade, acometendo os indivíduos em qualquer faixa etária, nas mais diversas classes sociais. Dentre os diversos tipos de violência, a realizada no âmbito doméstico vitimiza, dentre outros, crianças e adolescentes. Por ser um problema sensível a Atenção Primária à Saúde, e estando o Agente Comunitário de Saúde neste nível, o mesmo contribui para o enfrentamento deste agravo por adentrar os domicílios e assim, identificar ou suspeitar de sua ocorrência. A qualificação deste profissional pode ser útil para que haja a minimização de danos às vítimas. Objetivou-se desenvolver tecnologia educativa, tipo cartilha, para qualificação de Agentes Comunitários de Saúde no tocante ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Trata-se de um estudo metodológico que seguiu três etapas: 1) construção do projeto de pesquisa, qualificação e submissão ao comitê de ética e pesquisa; 2) busca da literatura especializada, onde foi realizada uma revisão integrativa e nove grupos focais compostos por Agentes Comunitários de Saúde e 3) desenvolvimento do material, com construção de roteiro, escolha de conteúdo, ilustrações e diagramação por *designer*. O projeto foi aprovado pelo CEP sob parecer 2.514.372. Foram incluídos na Revisão Integrativa 15 estudos. Participaram dos grupos focais 68 ACS do município de Iguatu – Ceará. As falas foram transcritas e o conteúdo analisado sendo disposto em três categorias com respectivas subcategorias: 1) Do conceito ao enfrentamento: identificou-se nesta categoria conceitos incompletos de violência e ausência de conhecimento dos participantes sobre a rede de enfrentamento, sendo tais conteúdos incorporados à tecnologia; 2) A abordagem e o empoderamento do ACS no enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes: nesta são incorporadas estratégias que possam ajudar o ACS em seu empoderamento; e 3) Percepções do ACS sobre o enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Na categoria três foram identificadas limitações e dificuldades do ACS ao enfrentar a violência, assim estratégias foram incorporadas a cartilha para superação das mesmas. A cartilha tem cinco tópicos e contém 16 páginas. Quanto a diagramação, houve organização e formatação dos tópicos, páginas, textos e ilustrações, sendo utilizados os programas *Paint tool sai* e *Adobe photoshop*. O desenvolvimento da cartilha aconteceu por meio de um

processo mútuo de colaboração entre os participantes. Já a orientação mediada pelos pressupostos e demais referências dão cientificidade ao material construído, trazendo maior rigor à tecnologia. Leva-se em consideração a complexidade do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, visto que no estudo não houve pretensão de se esgotar a abordagem sobre o tema, mas auxiliar no seu enfrentamento através da utilização de profissionais que apresentam características que são favoráveis à percepção deste.

**Palavras-chave:** Violência doméstica. Defesa da criança e do adolescente. Agentes comunitários de saúde.

## ABSTRACT

Violence is a public health problem and, as a multi-causal phenomenon, has been present since the beginning of society, affecting individuals in any age group, in the most diverse social classes. Among the various types of violence, the one carried out in the domestic sphere victimizes, among others, children and adolescents. Because it is a sensitive problem to Primary Health Care, and the Community Health Agent is at this level, it contributes to the coping of this problem by entering the homes and thus, identify or suspect its occurrence. The qualification of this professional can be useful so that there is the minimization of damages to the victims. The objective was to develop educational technology, such as a booklet, to qualify Community Health Agents to deal with domestic violence against children and adolescents. It is a methodological study that followed three stages: 1) construction of the research project, qualification and submission to the ethics and research committee; 2) search of the specialized literature, where an integrative review was carried out and nine focal groups composed of Community Health Agents and 3) development of the material, with construction of script, choice of content, illustrations and diagramming by designer. The project was approved by the CEP under opinion 2,514,372. Fifteen studies were included in the Integrative Review. Participating in the 68 ACS focus groups of the city of Iguatu - Ceará. The speeches were transcribed and the content analyzed being arranged in three categories with respective subcategories: 1) From concept to confrontation: this category identified incomplete concepts of violence and lack of knowledge of the participants about the coping network, such content being incorporated into the technology; 2) ACS 'approach and empowerment in addressing domestic violence against children and adolescents: strategies that help ACS in its empowerment are incorporated into it; and (3) ACS perceptions about addressing domestic violence against children and adolescents. In category three, ACS limitations and difficulties were identified when confronting violence, so strategies were incorporated into the primer to overcome them. The booklet has five topics and contains 16 pages. As for the layout, there were organization and formatting of the topics, pages, texts and illustrations, using the programs Paint tool sai and Adobe Photoshop. The development of the booklet took place through a mutual process of collaboration between the participants. Already the orientation mediated by the presuppositions and other references give scientificity to the constructed material,

bringing more rigor to the technology. We take into account the complexity of the phenomenon of domestic violence against children and adolescents, since in the study there was no pretension to exhaust the approach on the subject, but to assist in its confrontation through the use of professionals who have characteristics that are favorable to the perception of it.

**Keywords:** Domestic violence. Defense of children and adolescents. Community health agents.

## LISTA DE FIGURASILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 – Fluxograma das etapas para desenvolvimento da cartilha educativa para prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 2 – Distribuição geoespacial das notificações de violência contra crianças e adolescentes no município de Iguatu e as ESF responsáveis pelas referidas notificações.....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 3 – Resultados da revisão integrativa durante as buscas. Crato, 2019.....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 4 – Apresentação dos locais existentes na área de atuação do público da cartilha. Crato, 2019.....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 5 – Ilustração da capa da cartilha "Juntos enfrentamos a violência doméstica contra crianças e adolescentes!". Crato, 2019.....</b>	<b>112</b>
<b>Quadro 1 – Composição e formação dos grupos focais. Crato, 2019.....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019.....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 3 – Categorização do conteúdo da cartilha educativa a partir dos pressupostos para autoeficácia. Crato, 2019.....</b>	<b>84</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federal
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CIPESC	Classificação Internacional de Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CT	Conselho Tutelar
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
PsycInfo	<i>American Psychological Association</i>
SEEK	<i>Safe Environment for Every Kid</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URCA	Universidade Regional do Cariri
UECE	Universidade Estadual do Ceará
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	16
1.2	ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	22
1.3	A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	25
1.4	TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DA TEORIA DA AUTOEFICÁCIA.....	27
1.5	JUSTIFICATIVA.....	30
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
2.1	GERAL.....	32
2.2	ESPECÍFICOS.....	32
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2	ETAPAS DA PESQUISA.....	33
3.3	LOCAL DE ESTUDO.....	35
3.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
3.5	LEVANTAMENTO DE DADOS.....	39
<b>3.5.1</b>	<b>Elaboração da revisão integrativa.....</b>	<b>39</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Realização dos grupos focais.....</b>	<b>41</b>
3.6	CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA.....	44
3.7	ANÁLISE DOS DADOS ANÁLISE DOS DADOS.....	45
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>47</b>
4.1	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	47
4.2	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCALIS.....	61
4.3	CONSTRUÇÃO DA CARTILHA.....	81
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
<b>APÊNDICES</b> .....	98
APÊNDICE A – PEDIDO DE INFORMAÇÕES QUANTO AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO.....	99
APÊNDICE B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	100
APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	101
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	104
APÊNDICE F – ROTEIRO DE CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL.....	106
<b>ANEXOS</b> .....	107
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA .....	108
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	109



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A infância é o período de desenvolvimento humano cujas alterações negativas podem gerar consequências sociais e psicológicas, havendo também possibilidade de manifestações físicas diante da ocorrência de agravos, tais como quando a violência doméstica está presente (FROTA et al., 2016).

Sabe-se que a exposição prolongada da criança a violência leva o cérebro infantil a responder a esse estressor, reagindo ao medo e ansiedade, e assim, prejudicando a aprendizagem e outras áreas complexas do desenvolvimento (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

A violência, em sua complexidade e abrangência vitimiza, dentre outros, crianças e adolescentes, apresentando-se como um evento de alta prevalência e gerador de impacto na saúde dessa população (MOREIRA et al., 2014).

Considerada um fenômeno antigo, há registros de casos de violência contra crianças e adolescentes desde o século XIX, com uma preocupação aos casos de maus-tratos e negligência (LISE; MOTTA, 2012).

A negligência é entendida como a ausência de cuidados essenciais pelos pais/cuidadores para o desenvolvimento da criança, tais como falta de proteção a agentes físicos, como calor e frio, e ausência de cuidados básicos como higiene e alimentação (GAWRYSZEWSKI et al., 2012). No entanto, a partir dos anos 1970 do século XX, esse tema passa a ser discutido no Brasil e se consolida nos anos 90, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (LISE; MOTTA, 2012).

Estima-se que preditores, como fatores sociais ganham destaque para ocorrência do fenômeno, entre eles, a desigualdade social, aceitação da violência pela cultura local e ausência de suporte social e emocional (FROTA et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência sofrida pelas crianças como maus-tratos, considerando-a como atos e/ou ações que possam produzir danos potenciais ou reais ao menor (ALMEIDA; MIRANDA; LOURENÇO, 2013). Além disso, a Síndrome de *Munchausen by Proxy*<sup>1</sup>, Síndrome

---

<sup>1</sup> Termo utilizado em meados do ano de 1977, a síndrome pode ser compreendida pela projeção de sinais e sintomas à criança, geralmente pela mãe, expondo-a a tratamentos perigosos e a repetidas

do Bebê Sacudido (SARAIVA et al., 2012) são também consideradas formas de maus-tratos. Além disso, danos emocionais ou físicos, negligência, tratamento comercial e o abuso sexual são considerados formas de violência (ALMEIDA; MIRANDA; LOURENÇO, 2013).

Saraiva e colaboradores (2012) definem o abuso sexual como atividade sexual com menor, no qual o mesmo não possui discernimento para escolha ou não da prática e neste, está incluído a atividade sexual vaginal e/ou anal, gêrito-oral ou genital, contato íntimo em forma de carícias e/ou masturbação e expor à criança a pornografia. A definição de violência sexual pode ser compreendida quando um indivíduo em situação de poder obriga o outro à realização de atos sexuais contra a sua própria vontade e pode ser imposta de diversas maneiras, seja com uso de armas ou coerção psicológica (GAWRYSZEWKI et al., 2012).

Os maus-tratos físicos podem ser compreendidos como uso de força física com a intenção de ferir, lesionar e proporcionar sofrimento a pessoa que o recebe (GAWRYSZEWKI et al., 2012).

A definição da Síndrome de *Münchhausen By Proxy*, também conhecida como síndrome de Münchhausen, pode ser entendida como a projeção de sintomas agudos pela mãe à criança, fazendo com que o menor seja submetido a procedimentos e tratamentos desnecessários, onde a mãe utiliza artifícios para induzir patologias ao filho, colocando a vida do mesmo em risco (ZENONI, 2002). Importante destacar que por ser a mãe, em geral, a pessoa responsável pelo maior número de casos de violência, a notificação de casos dessa prática, no ambiente doméstico, passa a ser dificultoso, pois esta deve desempenhar o papel de proteção e garantir o gozo dos direitos da criança e do adolescente ao qual é responsável (FROTA et al., 2016).

Outra síndrome que merece ser apresentada é a Síndrome do bebê sacudido, também denominada de trauma craniano violento, que é caracterizada pela lesão ao conteúdo intracraniano ou ao próprio crânio de um recém-nascido ou menor de cinco anos, sendo causada por sacudida violenta ou embate brusco de forma intencional (LOPES; EISENSTEINB; WILLIAMS, 2013). Outras consequências a médio e longo prazo, podem ser enumeradas, tais como: comportamento abusivo

---

internações de forma desnecessária, tendo como objetivo chamar atenção para si (FERRÃO; NEVES, 2013).

de álcool e outras drogas, prostituição, pensamento suicida ou tentativa de suicídio, gravidez precoce, dentre outras (MACHADO et al., 2014).

Como fenômeno complexo, a violência leva a inúmeras consequências, dentre estas, em especial o aparecimento de transtornos psíquicos, podendo-se destacar depressão, transtorno afetivo, abuso de substâncias, baixa autoestima, distúrbios do sono, ansiedade e em casos mais extremos à morte (MARINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JURUENA, 2017).

Os danos ocasionados pela violência à criança e ao adolescente, que estão em processo de desenvolvimento mental, físico e social, podem ser caracterizados como baixo rendimento escolar, prejuízos no desenvolvimento orgânico, surgimento de transtornos mentais, entre eles, transtorno de personalidade, agressividade, problemas sexuais, síndrome do pânico e patologias psicossomáticas (ALMEIDA; MIRANDA; LOURENÇO, 2013).

Assim, tendo em vista as consequências físicas, psicológicas e sociais decorrentes da ocorrência deste fenômeno, por volta do ano de 1980, houve a preocupação com a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes (LIMA; DESLANDES, 2015).

Apoiadores dos direitos humanos e profissionais da saúde deram ênfase a essas notificações com início na metade dos anos 1980, e a atual legislação brasileira relata que casos confirmados ou suspeitos de violência contra crianças e adolescentes devam ser informados ao Conselho Tutelar (CT), sendo tais notificações obrigatórias, com penalidade de multa pela omissão (LIMA; DESLANDES, 2015). Essas medidas são propostas para que sejam minimizados os casos de violência, pois o ser humano, independentemente de sua faixa etária, tem direito à vida, devendo ser vivenciada em sua plenitude; e legislações específicas são direcionadas aos grupos com maior vulnerabilidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, regulamentado por meio da Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral de crianças e adolescentes e estes gozam de todos os direitos fundamentais que são inerentes a pessoa humana, a fim de lhes proporcionar o desenvolvimento no aspecto físico, moral, bem como espiritual, mental e social, com dignidade e liberdade, considerando-se criança aquela com até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A doutrina de proteção integral a crianças e adolescentes veio a substituir a doutrina da situação irregular, deixando de ser restrita àqueles que se enquadravam no modelo especificado pelo art. 2º do Código de Menores, a saber: menor privado de condições essenciais a existência; vítimas de violência e infratores. Assim, esta passa a titularizar direitos fundamentais a esse público, como qualquer ser humano, absorvendo valores presentes na Convenção dos Direitos da Criança (AMIN, 2009).

Recentemente, a promulgação da Lei n. 13.010, incluiu aparato ao ECA, garantindo a crianças e adolescente uma educação e cuidados livres de tratamento cruel ou degradante e de castigos físicos em ambiente familiar (PINTO JÚNIOR; CASSEPP-BORGES; SANTOS, 2015).

Os direitos aos quais esta lei enumera se aplicam a todas as crianças e adolescentes e acrescenta que é dever da família, da sociedade em geral, da comunidade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos à vida, ao lazer, à alimentação, à saúde, à educação, à profissionalização, ao esporte, à cultura, dignidade, respeito, à liberdade e convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Dar-se prioridade à garantia pela proteção e socorro, preferência em atendimento nos serviços públicos, formulação e execução de políticas públicas desenvolvidas a essa clientela, e diz que:

[...] nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990, p.1).

Embora tais direitos estejam presentes e não devam ser violados, há um número de evidências que aponta para um maior número de casos de negligência, violência física e psicológica contra crianças. Dados do último Boletim Epidemiológico – volume 44 – nº 9 de 2013, apontam que a negligência foi a forma de violência mais frequente em crianças com menos de dez anos de idade, sendo expressa em 43,1 % dos casos, seguida de 33,3% da violência física (BRASIL, 2013). Entre os prováveis agressores, a figura materna ganha um maior destaque, com 36% dos casos que foram notificados (BRASIL, 2013).

O mesmo boletim demonstra que a violência física foi a mais comum na faixa etária de dez a 19 anos, sendo o agressor um amigo ou conhecido; seguida pela violência sexual, psicológica ou moral, negligência ou abandono (BRASIL, 2013). Por ser multicausal, pontuar apenas uma causa para a violência, ou todas elas, passa a ser difícil, mas conhecer estudos que abordem fatos e situações que levam a mesma é necessário para seu enfrentamento.

A ocorrência da violência contra crianças e adolescentes pode apresentar como precursor a gravidez indesejada, que pode ser considerada como uma das suas causas. A depressão pós-parto reforça esta associação, já que expressa um sofrimento psíquico, onde a psicanálise diz que o nascimento da criança reatualiza a relação que os pais experimentam, trazendo-lhes cenas da sua infância (GOVINDAMA, 2015).

Assim, a necessidade do rompimento dessa relação ou morte simbólica dessa criança, pode resultar em maus-tratos de forma real na criança fruto da relação (GOVINDAMA, 2015).

Outro exemplo é a experiência de maus-tratos pelos cuidadores durante a própria infância, destacando a transmissão geracional como causa. Dentre outros mecanismos que podem promover o ciclo violento, podemos destacar: baixa renda, responsabilidades direcionadas a apenas um dos pais, história de maus-tratos, baixo nível de escolaridade e paternidade/maternidade precoces abaixo dos 21 anos (BÉRGAMO; BAZON, 2013).

A exposição à violência na infância pode produzir efeitos nocivos, fazendo com que o adulto seja mais vulnerável a estes estressores, sendo a parentalidade um gatilho para repetição de casos de violência em ambientes domésticos.

De fato, dentre as diversas formas de violência, a cometida em ambiente doméstico apresenta como agravante a frequência em que ocorre, a mesma aumenta a vulnerabilidade da criança, pois é praticada, geralmente, como forma educativa de disciplina, sendo incorporada ao seu cotidiano. Contudo, pode ser realizada em outros ambientes além do domicílio, e não é exclusiva a pessoas que apresentam consanguinidade, mas de indivíduos que desempenham papéis parentais, empregados, agregados ou pessoas que têm relação de poder no âmbito domiciliar. Esta violência corresponde a omissão ou ação que traga prejuízos a qualidade de vida ou integridade física da criança e ao adolescente, bem como a liberdade e ao direito do pleno desenvolvimento (LISE; MOTTA, 2012).

Ainda, a violência doméstica constitui a maior causa de mortalidade em jovens de cinco a 19 anos, ao afirmar que a cada hora uma criança morre, seja através de agressão física, queimaduras ou tortura realizada pelos pais (SARAIVA et al., 2012).

A violência doméstica pode ser classificada de duas formas:

- a) a violência praticada por indivíduos adultos, sendo estes familiares da vítima ou não, classificada como extrafamiliar e
- b) aquela que acontece no âmbito familiar, denominada de intrafamiliar (FROTA et al., 2016).

É necessário que o ambiente no qual a criança se desenvolva seja adequado a sua formação, e assim recuperar o diálogo entre os membros da família, promover ações para que haja respeito à infância em todos os locais. São ações necessárias a fim de se evitar a perpetuação da violência e sua banalização (FROTA et al., 2016).

A perpetuação pode ser exemplificada quando o processo cíclico e progressivo da violência acontece. Este processo pode ser representado por três fases: crença de que a violência está sob controle com pequenos incidentes; perda de controle com extremas agressões e a última fase representada pelo arrependimento, promessas e reestruturação do relacionamento (RAZERA; CENCI; FALCKE, 2014).

Neste sentido, torna-se necessário uma rede de enfrentamento que atue na prevenção, proteção e suporte a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, onde a rede deve ser articulada e contemplar serviços na área da educação, saúde, segurança, justiça e serviços especializados na área social, com envolvimento da comunidade e associações (MACHADO et al., 2014). Como exemplo de serviço da área da saúde tem-se a ESF, que pode e deve atuar no enfrentamento da violência.

A ESF é um modelo que procura reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com os preceitos do SUS. A APS constitui-se em um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as

bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).

A APS, considerada porta de entrada dos serviços de saúde, reorientada pela ESF desenvolve ações voltadas à pessoa, família e comunidade a partir do estabelecimento de vínculo e desta forma, podendo contribuir, significativamente, para abordagens as situações de violência (SILVA JÚNIOR et al., 2017).

Assim, a ESF apresenta posição de destaque no enfrentamento da violência doméstica, pois há proximidade com a população adscrita, atuação interdisciplinar, promoção de parcerias com a comunidade e seus representantes, possuindo corresponsabilidade nas ações voltadas à promoção da saúde (BRUM et al., 2013).

Com isso, é visto que a violência doméstica contra a criança e adolescente é sensível às ações da APS, onde a atuação da equipe multiprofissional é fundamental para o seu enfrentamento. Entende-se por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) o processo de cuidado direcionado a redução de hospitalizações, redução das durações dos agravos, através de ações preventivas e controle de doenças (TAGLIARI; MURARO; FERREIRA, 2016).

## 1.2 ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A APS, reorientada por intermédio da ESF, auxilia o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescente, através de ações estratégicas a partir da compreensão do funcionamento da dinâmica familiar (com destaque para o papel do ACS), aproximação da equipe multiprofissional com a população adscrita e planejamento de ações realizadas pela equipe para enfrentamento dos problemas específicos da área de atuação (MOREIRA et al., 2014).

É de responsabilidade da equipe a identificação de indivíduos em risco de violência, bem como conhecer e discutir casos que contemplem pessoas vítimas desse agravo em sua área de responsabilidade para, a partir disto, promover ações e estratégicas com a finalidade de prevenir e/ou confirmar a violência, atuando com intervenções adequadas para o enfrentamento (MACHADO et al., 2014).

Em um estudo realizado no estado de São Paulo, por Moreira e colaboradores (2014), cinco estratégias foram propostas para intervenção da violência contra crianças e adolescentes na ESF:

- a) aproximação e apoio;
- b) monitoramento e controle;
- c) avaliação e tratamento;
- d) articulação através da rede de atenção à saúde e
- e) intervenções médicas/legais.

Foi realizada a análise do cuidado ao cliente através de casos traçadores, com a participação de equipes de saúde da família, Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar com o uso de documentos referentes a estes órgãos (MOREIRA et al., 2014).

Assim, para o trabalho da ESF no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes deve-se contar com apoio de serviços especializados em diversas áreas, excepcionalmente da saúde mental, justiça e segurança, bem como o apoio de grupos locais e envolvimento de toda a população (MACHADO et al., 2014). Todas essas ações devem ocorrer em uma rede de atenção, havendo destaque a ESF.

É visto que um dos pressupostos para a efetivação das ações da ESF no enfrentamento à violência é o entendimento da dinâmica do território, caracterizado como espaço físico, mas que contempla aspectos da dinâmica social (NOGUEIRA; RESENDE, 2015). Assim, para intervir em qualquer problema de saúde é necessário interpretar o território, tanto o nível macrorregional como local (NOGUEIRA; RESENDE, 2015). Ainda, para além da compreensão da dinâmica do território, torna-se necessário uma análise das condições das famílias adscritas a este, situação e estilo de vida da população. (MACHADO et al., 2014).

Quando não se garante a resolubilidade dos problemas do território e suas vulnerabilidades, converge-se para uma prática assistencialista do cuidado, onde ações emergencialistas são desenvolvidas, sendo a condução feita a partir da queixa, seguida do diagnóstico e conduta (FRUTUOSO et al., 2015). Para evitar isso, o comprometimento com a causa fornece aos profissionais uma perspectiva



para resolução positiva dos problemas intervinda no ciclo de violência, havendo o comprometimento com a vida do outro (MACHADO et al., 2014).

A colaboração de profissionais de diversas áreas de atuação com a equipe composta pela ESF é indispensável na efetividade dos serviços e na resposta às necessidades da população. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) proporciona uma atenção à saúde de forma abrangente e resolutiva. O apoio do NASF amplia a rede de serviços e o escopo de ações ESF e a escolha dos profissionais do NASF pode ser feita a partir de demandas identificadas no território e prioridades definidas pelos gestores municipais (MATUDA et al., 2015).

É sabido que a ESF, junto ao NASF, possui posição de destaque no diagnóstico de violência doméstica, pois o foco da atuação conjunta é pautado na tríade indivíduo-família-comunidade. Apesar disto, em um estudo realizado na cidade de Fortaleza com duas equipes de saúde da família (HOLANDA; HOLANDA; SOUZA, 2013), foi observado que os profissionais da ESF não se sentem aptos a desenvolver ações para o enfrentamento deste problema.

Em um estudo realizado na cidade de Mossoró com 12 Unidades de Saúde da Família, foi observado que a atuação dos profissionais acontecia, apenas, após denúncia dos casos, não havendo ações relacionadas à prevenção da violência contra crianças e adolescentes, acontecendo uma abordagem fragmentada de atuação, contrapondo-se a proposta de enfrentamento deste agravo pela ESF (HOLANDA; HOLANDA; SOUZA, 2013).

Os profissionais que compõem a ESF tem importante papel no combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Com composição mínima, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devem manter vínculo, diálogo e realizar a escuta ativa das vítimas de violência (SILVA et al., 2015).

Entre esses profissionais, o ACS apresenta características que lhes são favoráveis ao enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes, pois compreender a dinâmica familiar e as visitas de rotina as famílias potencializam as ações da ESF e favorecem o enfrentamento da violência.

### 1.3 A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Dentre os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, o ACS ganha destaque, pois proporciona o elo entre a comunidade e equipe de saúde, além do desenvolvimento de ações complexas e estratégicas. A visita domiciliar fornece a este profissional a oportunidade de presenciar ou identificar casos de violências no âmbito doméstico (HESLER et al., 2013).

Entre as ações do ACS na ESF, pode-se citar: trabalhar com área delimitada; cadastro de famílias e indivíduos; orientações às famílias e comunidade; desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, vigilância e prevenção de doenças; contato permanente com as famílias desenvolvimento ações de educação em saúde (BRASIL, 2012).

Em um estudo realizado com 35 ACSs selecionados das ESF de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, foi observado, através de suas falas, que os mesmos apresentam dificuldades no enfrentamento de casos de violência e sentem a necessidade de discussão dos casos e compartilhamento destes com os demais profissionais da equipe (HESLER et al., 2013).

Acredita-se que apesar da posição estratégica, nem todos os profissionais da ESF foram sensibilizados quanto à identificação e acolhimento às vítimas de violência doméstica. A formação biomédica, centrada apenas na doença, contribui para o manejo não adequado às crianças e adolescentes vitimados (BERGER et al., 2014). Os autores supracitados ainda relatam que a literatura internacional recomenda estratégias pedagógicas para a formação da equipe de saúde para o enfrentamento da violência, devendo haver a reflexão e comunicação em grupo, em que as crenças e vivências dos profissionais sejam incorporadas.

Assim, a valorização do diálogo entre a equipe e para com a população pelos serviços e profissionais de saúde, em especial pelos ACS, devem ser valorizados. Este mesmo diálogo pode ser utilizado como estratégia para o enfrentamento da violência através da promoção de uma cultura de paz (BERGER et al., 2014).

Morin (2002) afirma que:

Construir uma cultura da paz envolve dotar as crianças e os adultos de uma compreensão dos princípios e respeito pela liberdade, justiça, democracia, direitos humanos, tolerância, igualdade e solidariedade. Implica uma rejeição, individual e coletiva, da violência que tem sido parte integrante de qualquer sociedade, em seus mais variados contextos. A cultura da paz pode ser uma resposta a diversos tratados, mas tem de procurar soluções que advenham de dentro da (s) sociedade (s) e não impostas do exterior (MORIN, 2002, p. 1).

A qualificação dos trabalhadores da saúde proporciona aos indivíduos e coletividade o empoderamento e inserção de forma participativa no território a qual estão inseridos, proporcionando o processo de transformação na compreensão da dinâmica social. Dentre várias alternativas, o processo de educação em saúde pode ser utilizado, bem como a educação permanente (LANZONI et al., 2009).

A qualificação do ACS é incorporada à estratégia de Educação Permanente em Saúde (ESP), operacionalizando a Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia orienta que a prática do profissional deve ser crítica e reflexiva, sendo baseada na realidade. Com isso, busca-se relacionar a vida cotidiana dos envolvidos aos processos de trabalho para proporcionar benefícios e melhorias na qualidade dos serviços ofertados (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

Para tanto, as tecnologias educativas representam materiais a serem utilizados na prática do processo de educação permanente, processo este que possibilita construir autonomia e autoconfiança, modificando atitudes e posturas. As cartilhas educativas representam um destas tecnologias, auxiliam o processo de aprendizado através da apresentação de textos e mensagens, bem como diversas outras formas de exposição de conteúdos didáticos e informativos (CASTRO; LIMA JÚNIOR, 2014).

A utilização de tecnologias educativas é importante para formação dos profissionais da saúde, pois auxiliam no processo e ensino-aprendizagem e proporcionam habilidades e competências que são necessárias para desempenho de suas atividades.

#### 1.4 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DA TEORIA DA AUTOEFICÁCIA

O termo tecnologia pode ser entendido como produto da ação humana, porém, a definição simplista não considera que o processo de criação de tecnologias deve utilizar diversos saberes, a exemplo dos saberes culturais para a solução de problemas (PAIM; NIETSCHE; LIMA, 2017). Tecnologia faz referência à produção científica, ao conhecimento, ao saber-fazer, recursos e trabalhos e representa a amplitude do ser humano ao mundo, seus desdobramentos e criações (NESPOLI, 2013).

As tecnologias podem receber classificação no âmbito da saúde, sendo classificadas em tecnologias leves, leve-duras e duras. Estas tecnologias em saúde podem ser caracterizadas como saberes estruturados, e que possui como função a potencialização das habilidades dos indivíduos. Entende-se por tecnologias duras os equipamentos e estruturas, tecnologias leve-duras os saberes estruturados e tecnologias leves, as relações e os vínculos produzidos (MERHY, 2002).

Dentre as tecnologias acima citadas, a tecnologia educativa, classificada como tecnologia leve-dura, é uma das que são utilizadas para mediação e construção de saberes, seja nas dimensões éticas, relacionais ou técnicas, objetivando a modificação ou solução de problemas. Tecnologias educativas são saberes sistemáticos, e podem ser apresentadas em formas de impressos, como cartilhas e manuais (SOUZA; RIBEIRO, 2017).

O SUS tem em sua rotina a utilização de materiais educativos impressos, estes tem potencial para promover resultados positivos àqueles que participam de atividades educativas (HEBERTE; HOGA; GOMES, 2012). O uso da cartilha destaca-se pelo importante papel no ensino, pois além de promover fácil acesso ao seu conteúdo, o usuário tem acesso à informação sempre que achar necessário e as mesmas proporcionam a mediação entre aprendizagem e conteúdo (ALBURQUERQUE et al., 2016).

A cartilha pode facilitar o processo educativo, pois há a possibilidade de permitir a quem recebe a mensagem, uma leitura posterior, assim, há a minimização de obstáculos no processo de ensino, onde o receptor da comunicação rememora a mensagem textual (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Os autores supracitados destacam ainda que a cartilha deve ser organizada para que seja convidativa, clara e de fácil entendimento. Deve conter: a) organização entre textos e parágrafos, b) frases curtas e com formação simples para fácil compreensão, c) a redundância pode estar evidenciada, pois a repetição de frases e sentenças auxiliam na memorização e d) existe a preocupação com a qualidade do conteúdo informacional, pois nem sempre grande número de informações irá significar informações adequadas. Tais componentes presentes facilitam o processo de aprendizagem no âmbito educacional.

O uso de tecnologias pela educação aconteceu em meados do século XX, num crescente interesse dos Estados Unidos da América (EUA) pela comunicação, com introdução do cinema, rádio no ensino. A tecnologia educacional passou a representar a ordenação do processo de ensino e aprendizagem com a utilização de recursos materiais e humanos, buscando solucionar adversidades educacionais, sendo integrada ao processo de desenvolvimento educacional (NESPOLI, 2013).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) defende a tecnologia educacional como uma estratégia eficiente no processo produtivo e na capacitação de recursos humanos para a saúde, fornecendo aumento de produtividade aos serviços de saúde (NESPOLI, 2013).

O processo de intervenção educativa promove a construção de saberes reflexivos e críticos de forma compartilhada sobre determinado tema. A educação em saúde passa a ser compreendida como uma tecnologia de cuidado, valorizando os conhecimentos, práticas e o contexto cultural em que os indivíduos estão inseridos, pautando-se no diálogo e troca de experiências entre profissionais de saúde e usuários (CABRAL et al., 2016). Ainda, visa proporcionar o empoderamento do indivíduo por meio do processo de construção do conhecimento, promovendo o processo emancipatório, pois capacita o indivíduo na construção do saber. É fundamentada na motivação, interatividade, significância, dinamismo, progressividade e educação continuada (MOURA et al., 2017).

Com isso, o desenvolvimento de trabalhos que tiveram como objetivo contribuir para o sucesso das intervenções educativas, Albert Bandura, psicólogo, tem contribuído com teorias que podem ser aplicadas em materiais educativos na saúde, devido ao seu estudo do comportamento humano, por meio da teoria da autoeficácia (COLETA, 2010).

Bandura afirma (1998) que a teoria da autoeficácia é reconhecida como a crença que o leitor terá sobre a sua capacidade de realizar com sucesso determinadas ações que lhes são solicitadas. Crenças que dizem respeito a como as pessoas pensam e se motivam, relacionadas também aos seus comportamentos e sentimentos.

A partir de tais concepções, o teórico afirma que existem quatro fontes de informações que são consideradas fundamentais para transmissão de informações, contribuindo para o fortalecer as crenças dos indivíduos em relação as suas capacidades. Sendo estas: a) experiência direta; b) experiência vicária; c) persuasões verbais e d) estado físico e emocionais (BANDURA, 1998).

A experiência direta, primeiro pressuposto, está relacionada as experiências vividas pelos indivíduos, esta representa a mais eficaz entre as quatro. O sucesso dessa etapa contribui para o fortalecimento da crença na eficácia pessoal. No segundo, as experiências vicárias, são representadas pelas semelhanças expostas no material, onde os indivíduos veem modelos iguais aos seus; e isso influencia no seu comportamento. O leitor que identifica personagens parecidos consigo representa esta etapa (BARROS; BATISTA DOS SANTOS, 2010).

A terceira etapa diz respeito à persuasão social, esta reforça a crença das capacidades nas pessoas. Onde são persuadidas de forma verbal, no sentido de que as mesmas possuem as características necessárias para realizar determinadas atividades com sucesso. Por último, a quarta fonte de autoeficácia seria a identificada pelos estados somáticos e sociais, aqui as pessoas fazem um julgamento sobre seus estados emocionais e se julgam como fontes de deficiência ou não (BARROS; BATISTA DOS SANTOS, 2010).

Desta forma, a teoria da autoeficácia contribui para o desenvolvimento de uma cartilha para ACS para enfrentar e prevenir a violência doméstica contra crianças e adolescentes, onde os pressupostos da mesma favoreceram a construção do material para que pudesse proporcionar ao leitor o desenvolvimento da autoeficácia.

## 1.5 JUSTIFICATIVA

A violência doméstica contra crianças e adolescentes associada a diversos fatores, entre eles a desestruturação familiar e baixo nível socioeconômico necessita de uma assistência eficaz, sobrepondo-se à tendência de medicalização da mesma (MOREIRA et al., 2014).

A não intervenção adequada sob este fenômeno tem repercussões desastrosas, com agravos a saúde a este público, pois o processo de desenvolvimento em sua completude apresentará prejuízos no âmbito escolar, social, psíquico e no desenvolvimento orgânico das crianças (ALMEIDA; MIRANDA; LOURENÇO, 2013).

Para o enfrentamento do problema, é visto que a ESF apresenta posição de destaque, pois os profissionais estão inseridos no território e próximos à população, sendo responsáveis pela promoção da saúde dos indivíduos e coletividade (BRUM et al., 2013).

Neste contexto, verifica-se que o ACS, por compor a equipe e estar inserido na dinâmica da comunidade, é um aliado na identificação e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, pois o contato e vínculo possibilitam reconhecer e atender as vítimas de forma facilitada (SILVA et al., 2015).

Diante do exposto surgiram as seguintes questões norteadoras do estudo: Que conhecimentos os Agentes Comunitários de Saúde necessitam para o enfrentamento e prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes? Que conteúdos os Agentes Comunitários de Saúde acham necessários estar em uma cartilha? Como seria a construção de uma cartilha para qualificação dos ACS?

O estudo se justifica devido ao número de notificações de casos de violência contra crianças e adolescentes e sua subnotificação, havendo a necessidade de qualificação do ACS que está em contato maior com as vítimas e agressores em seu cotidiano.

Dados fornecidos pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do município de Iguatu – Ceará reforçam a importância de se trabalhar a temática. No ano de 2016 foram notificados 18 casos de violação de direito a crianças e adolescentes. Contudo, até novembro de 2017, foi visto um aumento no número de casos com 54 notificações de violação a este público (IGUATU, 2017). Apesar dos avanços jurídicos na área, ainda encontram-se com

incidência elevada, evidenciado pela discrepância entre casos registrados nos anos de 2016 a 2017 observando um número quase três vezes maior.

A violência vitimiza indivíduos na faixa etária de cinco a 19 anos, sendo a primeira causa de morte nesse período e a segunda no intervalo etário de um a quatro anos. Em consequência disto, as mesmas estarão em risco de desenvolver, entre outros problemas, transtorno depressivo, abuso de substâncias, estresse pós-traumático, baixa autoestima, dentre outros (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JURUENA, 2017).

Diante do exposto, pode-se considerar que o estudo e a construção da cartilha poderão contribuir para auxiliar o ACS no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no âmbito da APS, onde estará disponível a estes e demais profissionais da ESF. Resultará em um produto impresso ou fornecido de forma digital para possibilitar o empoderamento e construção do saber destes profissionais frente à temática.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Desenvolver tecnologia educativa, tipo cartilha, para qualificação de Agentes Comunitários de Saúde no tocante ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar os conteúdos necessários para qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes;
- b) conhecer as dúvidas e necessidades dos Agentes Comunitários de Saúde para o enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo metodológico que tem como foco a elaboração, avaliação e validação de instrumentos, produtos ou serviços. O estudo metodológico em questão proporcionou a elaboração de uma cartilha, estando ligado a procedimentos elaborados, e assim, para sua construção, houve a necessidade de se investigar métodos de organização e obtenção de informações e de pesquisa rigorosa (POLIT; BECK, 2011).

Grande parte dos estudos metodológicos está focada na construção de instrumentos, incluindo métodos complexos para seu desenvolvimento, dito isso, um instrumento deve ser avaliado em relação a sua confiabilidade, que pode ser entendida como o nível de coerência e exatidão do instrumento (POLIT; BECK, 2011). Há destaque na criação de tecnologias educacionais nos últimos anos, orientadas para os processos de ensino-aprendizagem (CAVALCANTE; DINIZ, 2011).

Assim, foi realizada a produção de uma tecnologia educativa, do tipo cartilha, para qualificação de ACS no tocante ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes a partir dos pressupostos da teoria da autoeficácia de Bandura (1998).

#### 3.2 ETAPAS DA PESQUISA

Para a construção da cartilha educativa, o presente estudo seguiu os pressupostos de Echer (2005), a qual disserta sobre as fases para o desenvolvimento de materiais educativos para o cuidado em saúde, estando a cartilha educativa incluída. Assim, pressupostos apresentados a seguir:

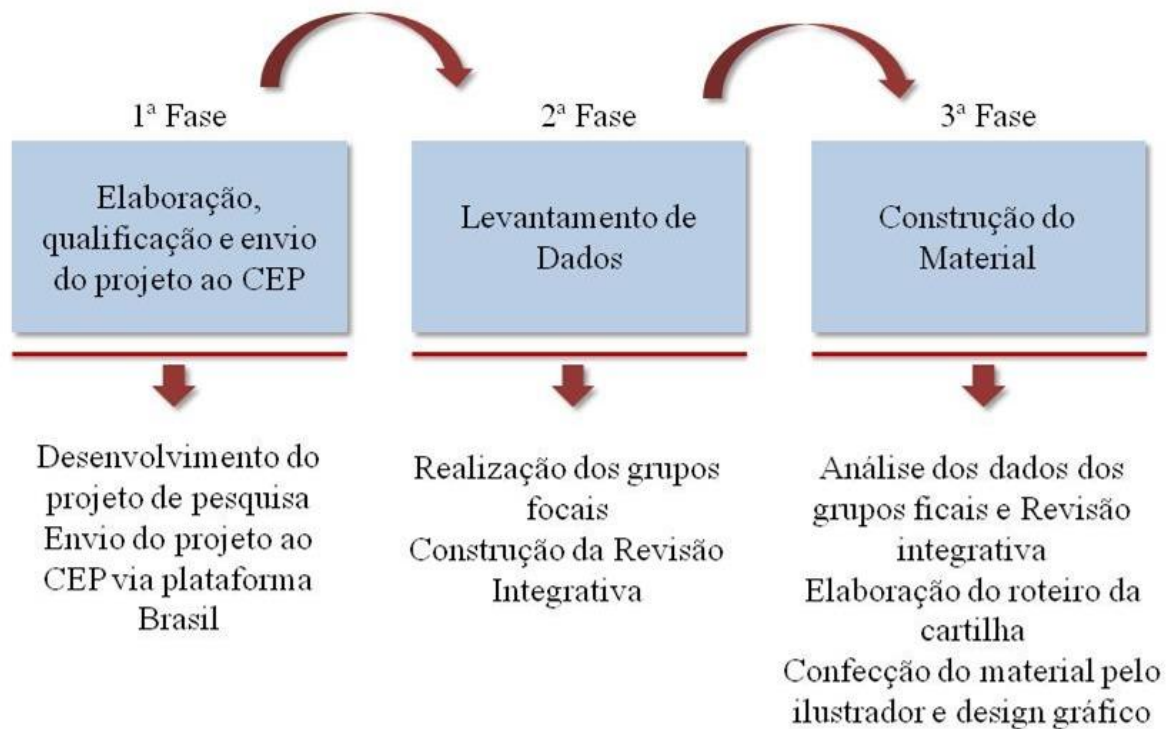
- a) Construção de um projeto de pesquisa e, posteriormente, submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Nesta etapa, houve a elaboração do projeto de pesquisa, seguindo pela sua qualificação, onde surgiu a oportunidade de incorporar ao estudo sugestões dos convidados para qualificação do projeto. Em seguida, foi realizado o envio ao CEP. Esta

etapa fornece a possibilidade de requerer recursos financeiros, contudo, os custos foram pagos pelo pesquisador.

- b) Busca na literatura especializada: esta etapa foi contemplada pela elaboração de uma revisão integrativa da literatura e realização de grupos focais com agentes comunitários de saúde, a fim de identificar conhecimento científico sobre o assunto. Teve como objetivo identificar o que estava sendo discutido na literatura sobre a temática. A revisão fornece ao material construído cientificidade, gerando segurança aos leitores, bem como identifica assuntos que a tornarão mais atrativa.
- c) Desenvolvimento do material: neste ponto do estudo aconteceu a construção do material educativo, a partir da análise das informações que emergiram da revisão integrativa e grupos focais. Assim, a cartilha foi desenvolvida com o objetivo de identificar as necessidades deste público, respondendo a dúvidas e esclarecendo assuntos, sendo de fácil leitura, ilustrada e atrativa ao leitor para que houvesse estímulo a leitura. Após a construção do roteiro, a cartilha foi desenvolvida por um profissional designer gráfico.
- d) Qualificação do material: esta etapa está relacionada a submissão do material para sua validação pelo público alvo e especialista, contudo não foi realizada no presente estudo.

Todas as fases do presente estudo são demonstradas por intermédio da figura 1.

**Figura 1 – Fluxograma das etapas para desenvolvimento da cartilha educativa para prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Iguatu 2019**



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

### 3.3 LOCAL DE ESTUDO

Leopardi (2002) afirma que o cenário escolhido pelo investigador não é feito pelo acaso, o elege por possuir um problema prático que deseja intervir, almejando identificar suas características ou encontrar solução para a questão ou problema.

Elegeu-se o município de Iguatu – Ceará como lócus de pesquisa por já ser conhecida, em parte, a realidade local no que diz respeito à problemática “violência contra crianças e adolescentes”. Tal conhecimento decorre do acesso do pesquisador aos dados epidemiológicos do município – resultado da ligação dos mesmos ao Observatório de Violência e dos Direitos Humanos da Universidade Regional do Cariri campus Iguatu. Foram identificados no ano de 2016, casos de violação de direito às crianças e adolescentes, totalizando 18 casos. Contudo, houve um aumento para 54 no período de janeiro a novembro de 2017 (IGUATU, 2017).

O referido município possui – segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2017 – 102.614 habitantes, concentrados predominantemente, em zona urbana. Destes, aproximadamente 31.506 encontram-se na faixa etária de zero a 19 anos (IBGE, 2016).

Assim, tendo por base informações colhidas junto ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) do município, elegeu-se como cenário de busca os bairros que apresentaram notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes no período de 2016 a novembro de 2017.

No período supracitado foram efetuadas 72 notificações, as quais tiveram como locus de ocorrência diferentes bairros do município, pertencentes tanto à zona urbana quanto à zona rural do mesmo. Tais bairros encontram-se geograficamente localizados nas áreas de abrangência de 23 ESF, as quais agregam um total de 177 ACS.

O acesso à saúde pública municipal, comparativamente a outros municípios da região, é bastante satisfatório. O acesso ao atendimento médico e hospitalar é, no geral, compatível com as médias do Ceará: a cidade possui 1,35 médicos por 1000 habitantes (a média cearense é de 1,37) e 2,19 leitos por 1.000 habitantes (a média cearense é de 2,18) (IPECE, 2016).

O município apresenta Atenção Primária à Saúde articulada e integrada por 28 Estratégias de Saúde da Família, distribuídas em 38 bairros nas zonas rural e urbana. Estas unidades proporcionam atendimento de baixa complexidade à sua população adscrita (IGUATU, 2017).

Partindo desta premissa, foram incluídos como locus efetivo de coleta as unidades de ESF que se encontram instaladas em bairros de notificação pertencentes à zona urbana, tendo em vista o maior quantitativo de casos. As unidades da ESF da zona rural não foram incluídas pela dificuldade de acesso pelo pesquisador.

Com isto, seriam incluídas 16 ESF. No entanto, apesar de haver registro de notificação no bairro Centro, o mesmo não conta com unidades próprias: a assistência à saúde da população adscrita é dividida entre duas ESF, as quais estão localizadas nos bairros Prado e São Sebastião. Como não foi possível identificar, previamente, em qual das áreas foi realizada a notificação, a ESF do Bairro São Sebastião não foi incluída como campo de coleta. Salienta-se que a ESF localizada no bairro Prado não será excluída, haja vista a existência de notificação na sua área.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o município em questão conta atualmente com 250 ACS, inseridos na APS local (IGUATU, 2017).

Como plano de fundo da pesquisa, figuraram as unidades de ESF do referido município, por representarem a porta de entrada, o primeiro contato da população com os serviços de saúde. Além disso, dada a enorme proximidade com o ambiente domiciliar, acredita-se que os profissionais destes serviços detenham um maior potencial em detectar casos de maus tratos contra crianças e adolescentes antes de incidentes mais graves.

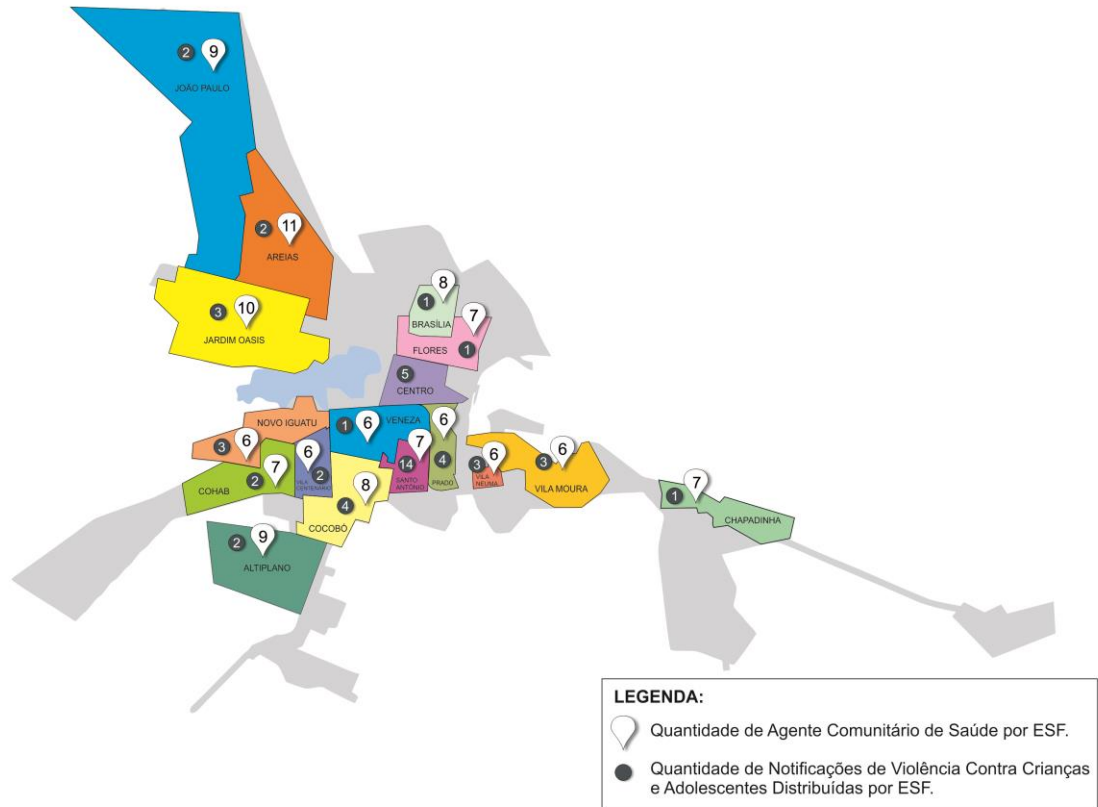
### 3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os ACS foram escolhidos para contemplar o estudo, devido ao fato de que, sob a ótica do pesquisador, os mesmos reúnem – ao menos em tese – maiores chances de detectarem casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, quando comparados aos profissionais que prestam assistência na estrutura física que abriga a ESF. Tal hipótese reside na própria característica que marca o trabalho destes profissionais: a assistência prestada no âmbito domiciliar, a qual lhes conferem maiores condições de perceber aspectos de vulnerabilidade na dinâmica familiar.

Para a composição da amostra, utilizou-se a amostragem teórica, definida por Polit, Beck e Hungler (2012) como aquela na qual o pesquisador escolhe intencionalmente o cenário de busca, baseado em informações preliminares.

Com vistas a proporcionar uma visão da distribuição espacial das notificações de violência contra crianças e adolescentes na zona urbana do município em questão, construiu-se o mapa que segue como demonstrativo.

**Figura 2 – Distribuição geoespacial das notificações de violência contra crianças e adolescentes no município de Iguatu e as ESF responsáveis pelas referidas notificações. Crato, 2019**



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Integraram então a amostra, aqueles profissionais que se enquadraram aos seguintes critérios de inclusão:

- Possuir tempo de atuação como ACS igual ou superior a dois anos – tendo em vista a hipótese de que, com um tempo considerável de atuação, os participantes tenham maiores chances de terem tido contato com o fenômeno em questão;
- Estarem disponíveis para a realização da pesquisa no período de coleta de dados (janeiro a março de 2018);

Foram excluídos aqueles que não compareceram aos grupos focais após agendamento prévio.

Desta forma, 16 ESF figuraram como campo de recrutamento dos participantes do estudo que foram os ACS, sendo um total de 125 ACS cadastrados. Onde, após seleção dos critérios de inclusão e exclusão ou falta no momento de coleta, após agendamento, 57 não atenderam aos critérios de inclusão. Assim, os participantes do estudo foram 68 Agentes Comunitários de Saúde.

### 3.5 LEVANTAMENTO DE DADOS

#### 3.5.1 Elaboração da revisão integrativa

A revisão integrativa representa a segunda etapa do presente estudo. Assim, a mesma buscou responder, através literatura científica a seguinte pergunta: o que é discutido sobre enfrentamento e prevenção da violência contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde?

Utilizou-se a revisão integrativa por ser uma estratégia para coletar dados através de um levantamento bibliográfico. Serve para demonstrar o conhecimento atual sobre determinados assuntos, onde há a possibilidade de analisar e consolidar resultados de pesquisas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A presente revisão foi constituída nas etapas apresentadas por Souza, Silva e Carvalho (2010): a) construção da pergunta norteadora; b) busca nas bases de dados; c) coleta de dados; d) análise crítica dos estudos encontrados e incluídos; e) interpretação dos resultados e f) apresentação dos resultados.

Foram utilizadas como fonte as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Web of Science* e *American Psychological Association (PsycINFO)*, onde foram utilizados os descritores controlados em Ciências da Saúde (DeCs) e do *Medical Subject Headings (MeSH)*, para conhecimento dos descritores universais. Em seguida foram cruzados com o operador booleano *and* conforme demonstra a Tabela 1 abaixo, via plataforma CAFe. Os resultados foram significativos para que a pergunta norteadora fosse respondida.



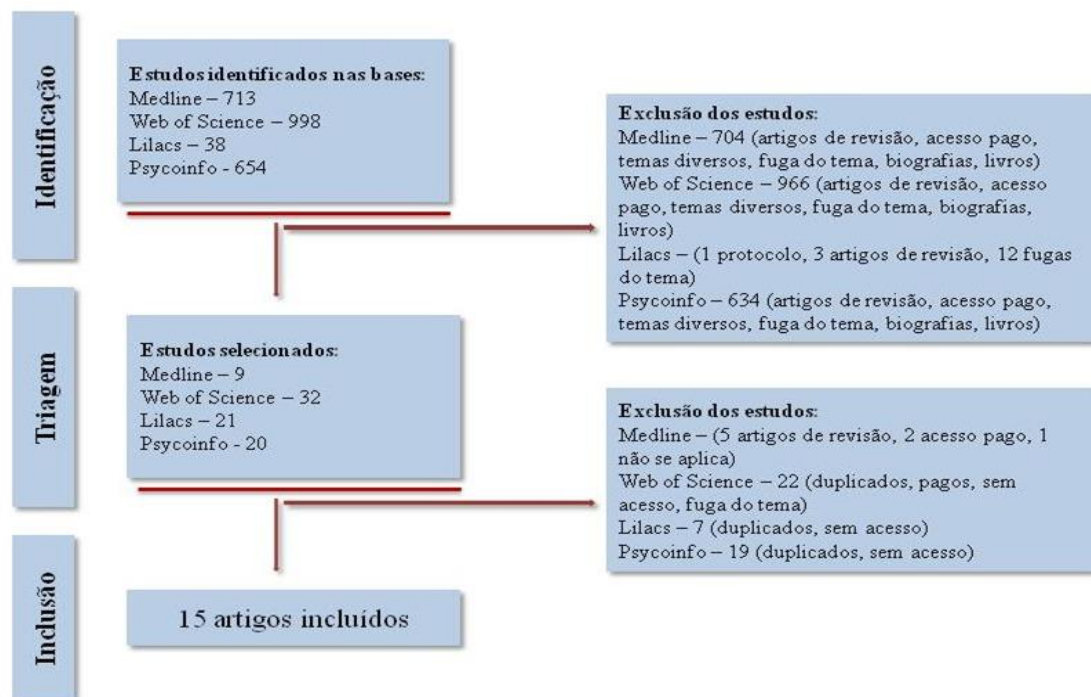
**Tabela 1 – Cruzamentos utilizados nas bases de dados da Revisão Integrativa. Crato, 2019**

<b>Cruzamentos</b>	<b>Medline</b>	<b>Web of science</b>	<b>LILACS</b>	<b>PsycINFO</b>
<i>Domestic Violence and Child Abuse and Educational technology</i>	02	00	00	03
<i>Domestic Violence and Educational Technology</i>	15	04	00	19
<i>Domestic Violence and Child Abuse Primary health care</i>	91	140	05	78
<i>Domestic Violence and Primary health care</i>	589	701	28	388
<i>Domestic Violence and Primary health care and Child Abuse</i>	00	140	05	77
<i>Educational technology and Child Abuse</i>	16	13	00	89
<i>Domestic Violence and Child Abuse and Educational technology and Primary health care</i>	00	00	-	00

Fonte: Elaborado pelo o autor, 2019.

A Figura 3 demonstra os resultados da buscas da revisão nas bases de dados anteriormente citadas.

**Figura 3 – Resultados da Revisão Integrativa durante as buscas. Crato, 2019**



Fonte: Elaborada pelo o autor, 2019.

O processo de busca dos dados foi permeado pela utilização dos seguintes critérios de inclusão: apresentar publicação na íntegra; ter como idioma de publicação o português, inglês e espanhol e ter sido publicado entre 1990 – 2017. Teve como marco o ano de 1990 devido a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Foram excluídos os estudos que não se adequavam à pesquisa, devido fuga ao tema, artigos de revisões, biografias, dissertações, relatos de experiência, teses e estudos de acesso pago.

A busca dos artigos para a revisão aconteceu com início no ano de 2017 e término no ano de 2019. Foi realizada uma análise dos títulos e resumos para seleção dos artigos na perspectiva de identificar aqueles que poderiam responder a questão norteadora. Assim, foram selecionados 68 artigos, onde foram lidos na íntegra, deste modo, 15 fizeram parte da amostra, devido a duplicações, fugas do tema, acesso pago e revisões. Os 15 artigos foram lidos de forma exaustiva e foram analisados de forma descritiva.

### **3.5.2 Realização dos grupos focais**

Os participantes dos grupos foram Agentes Comunitários de Saúde das Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Iguatu, Ceará.

Para realização dos grupos, houve contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da APS, onde, posteriormente, os enfermeiros foram contactados pelo pesquisador e informados do objetivo do estudo através de ligação telefônica e visitas as unidades. Após conversa com esses profissionais, houve agendamento com os ACS para apresentação da proposta, seguido de convite para participação e formação dos grupos. Após isso, houve agendamento do grupo focal para coleta das informações.

A escolha da metodologia "grupos focais" pelo pesquisador ocorreu para que houvesse uma proximidade com o público-alvo da tecnologia educativa a ser elaborada e visou proporcionar o levantamento de informações pertinentes para essa construção, processo indispensável para o desenvolvimento da cartilha, proporcionando a oportunidade de incluir na tecnologia conteúdos de interesse e necessidades desses sujeitos.

Grupos focais são reconhecidos como espaços que possuem as características de proporcionar a identificação de concepções por parte dos participantes, pode auxiliar no alcance de um nível reflexivo contribuindo com o pesquisador na obtenção de informações, que por vezes, podem permanecer desconhecidas (BACKES et al., 2011).

Assim, optou-se por realizar nove grupos focais, como forma de identificação das informações necessárias sobre enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes para composição da cartilha. Escolheu-se como referência a orientação de Backers e colaboradores (2011), onde os autores sugerem que os grupos focais devem ser compostos de seis a 15 pessoas.

Desta forma, os grupos possuíam um número mínimo de seis participantes, aqueles em que as ESF possuíssem um número inferior a esse ou após seleção dos critérios, eram convidados a compor um novo grupo junto a outra ESF. A formação dos grupos é demonstrado no quadro abaixo.

**Quadro 1 – Composição e formação dos grupos focais. Crato, 2019**

<b>Grupo focal</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>	<b>G8</b>	<b>G9</b>
Número de ESF por grupo	02	01	02	01	01	02	02	02	02
Total de ACS por grupo	15	07	18	20	10	14	16	13	12
Número de ACS excluídos após critérios ou falta	09	01	10	14	04	05	05	05	04
Número total de ACS participantes	06	06	08	06	06	09	11	08	08

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

O tempo médio dos momentos foi de uma hora. Apenas no nono grupo houve problema de acústica, visto que a sala onde aconteceu a reunião tinha proximidade com o ambiente externo da unidade e portas e janelas estavam abertas para proporcionar ventilação do cômodo, contudo, não houve prejuízo na condução do grupo e na qualidade do áudio gravado.

A adesão e participação foram satisfatórias, visto que os ACS foram informados previamente sobre o encontro pelos enfermeiros das unidades, havendo agendamento e informando-se datas e horários através de convite.

A discussão de todos os grupos foi gravada através de um *smartphone* para que não houvesse perda das informações. Posteriormente, os áudios foram transcritos na íntegra e analisados. Além da participação do pesquisador que fez a condução do grupo, houve a participação de duas voluntárias, onde ficaram responsáveis por numerar os participantes em ordem crescente e auxiliá-los no preenchimento do questionário utilizado para caracterização dos ACS.

A identificação dos participantes aconteceu da seguinte forma: os grupos foram numerados de um a nove de acordo com os agendamentos de cada um, onde os participantes foram numerados de forma crescente dentro dos grupos.

Nenhum participante se recusou a participar do estudo e a coleta aconteceu em três etapas: 1) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE D), 2) preenchimento do questionário sociodemográfico (APENDICE E), e condução dos grupos focais através do roteiro conduzido pelo pesquisador (APENDICE F).

Ao término dos grupos focais, as informações foram transcritas e os dados foram analisados resultando nas seguintes categorias e subcategorias:

**Categoria 1 – Do conceito ao enfrentamento.**

Subcategoria 1 – Conceituando a violência e seus tipos.

Subcategoria 2 – Funcionamento da rede de enfrentamento e atuação da equipe multiprofissional.

**Categoria 2 – A abordagem e o empoderamento do ACS no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.**

**Categoria 3 – Percepções do ACS sobre o enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.**

Subcategoria 1 – Percepção sobre a rede de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Subcategoria 2 – Limitações e dificuldades do ACS no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Subcategoria 3 – O papel do ACS no enfrentando a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

### 3.6 CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA

A teoria que norteou a construção da cartilha foi a Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977). Nesta, foram seguidos os seguintes pressupostos: a) experiência direta; b) experiência vicária; c) persuasão verbais e d) estados físicos e emocionais. Assim, o roteiro da cartilha foi elaborado e houve a introdução e ilustrações e mensagens que seguissem esses pressupostos (BANDURA, 1977).

A autoeficácia funciona como ponto de motivação, pois no processo de seu desenvolvimento os indivíduos aumentam seus esforços para atingir resultados desejados ou ultrapassá-los (BANDURA, 2012).

Neste estudo, a teoria acima referida pode contribuir para a qualificação dos ACS e, conseqüente, enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, onde a autoeficácia é um dos pontos mutáveis neste processo, podendo ser ponto de intervenção.

Para a confecção de um material educativo de qualquer natureza, torna-se necessário a definição inicial de quais conteúdos deverão ser abordados no mesmo. Tendo esta premissa por base, para a definição de quais assuntos seriam incluídos na cartilha, foi utilizada como técnica de construção dos dados o Grupo Focal – estratégia que tem por objetivo coletar informações sobre um determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os representantes de um grupo, reunidos em um único local e durante um determinado período de tempo (DALL'AGNOL et al, 2016).

Ainda de acordo com os autores supracitados, o grupo focal proporciona a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes, sendo capaz de originar discussões e a elaboração de táticas grupais capazes de solucionar problemas e transformar realidades, pautando-se na troca de experiências sobre a questão em estudo, potencializando o protagonismo dos participantes na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa. Assim, o mesmo proporciona um momento reflexivo que outras técnicas apresentam restrições, com o entendimento de processos não explorados por demais técnicas de coleta de dados (BACKERS et al., 2011).

Assim, para construção da cartilha, Moreira, Nóbrega e Silva (2003) afirmam que materiais impressos, contendo informações escritas, facilitam o processo de aprendizagem sobre determinado assunto, onde a mensagem ao

público-alvo deve ser coerente e convidativa, com leitura de fácil entendimento. Deve-se evitar frases e palavras longas, pois pode dificultar a leitura. Então, as frases devem ser curtas e de formação simples, com palavras longas que não exijam muito esforço para decodificação.

Os autores acima citados ainda afirmam que a elaboração do material educativo deve comunicar a ideia central de forma clara, onde devem ser considerado aspectos como linguagem, *layout* e ilustrações. Nestes, as ilustrações devem fornecer ao leitor a possibilidade de reconhecimento, fazendo com que o mesmo se identifique com o material; o layout e a linguagem fazem com que o material seja de fácil compreensão e mais atrativo ao leitor.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para organização dos dados obtidos na revisão integrativa e dos grupos focais foi utilizada a análise de conteúdo de Minayo (2010). Foi utilizado o programa *Microsoft word* para organização dos achados.

A organização dos dados objetiva organizar e fornecer estrutura para obtenção de significado. Compreende um processo ativo e interativo, o pesquisador busca dar sentido e compreender os achados de forma profunda. A leitura repetidas vezes compreende um processo desse tipo de análise (POLIT; BECK, 2011).

A análise de conteúdo pode ser caracterizada por três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira corresponde a obtenção dos dados, onde há a sistematização de ideias. A segunda pode ser entendida a classificação dos dados coletados, e a terceira sendo a análise propriamente dita, onde é feita a conexão das informações levantadas com o referencial da pesquisa (MINAYO, 2010).

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao comitê de ética da Universidade Regional do Cariri – URCA e foi pautado na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, para que fosse mantida a confidencialidade das informações e os direitos dos envolvidos fossem assegurados (BRASIL, 2013), onde teve parecer aprovado com o número 2.514.372 e CAAE 83190618.0.0000.5055.

Os participantes receberam um convite, quando aceitaram contribuir com a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo, sendo relatada a relevância e a ausência de ônus por parte dos participantes, onde as dúvidas foram esclarecidas através da leitura do termo ou pelo pesquisador. Foi solicitado o termo de Anuência (ANEXO A) à Escola de Saúde Pública de Iguatu<sup>2</sup> para realização do estudo.

As falas obtidas por cada participante foram codificadas para evitar identificação.

Os participantes foram informados que foram considerados todos os princípios bioéticos, tais como: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sendo garantidos aos mesmos o anonimato e o direito de se ausentar da pesquisa a qualquer momento.

Quanto aos riscos durante a aplicação da técnica de grupo foram mínimos, entre esses podem ser citados vergonha, constrangimento e ansiedade. Contudo, os riscos foram minimizados pelo pesquisador que se responsabilizou e dar suporte adequado e esclarecer possíveis dúvidas.

Para realização do estudo foi solicitado o Termo de Anuência à Escola de Saúde Pública de Iguatu para que fosse realizada a pesquisa com os profissionais ACS das Estratégias Saúde da Família do referido município. Após autorização, foram realizadas às visitas as referidas unidades, onde solicitou-se autorização à coordenação da unidade ou ao profissional enfermeiro.

Em reunião com os ACS, os mesmos foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como sua relevância, onde foi realizado o convite para participação da pesquisa. Porém, houve o processo de filtragem para observar os participantes se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Aqueles que aceitaram participar no processo de triagem, foram informados sobre a data de agendamento do primeiro encontro para coleta de informações através do grupo focal.

---

<sup>2</sup> A solicitação para realização da pesquisa é feita a Escola de Saúde Pública de Iguatu por existir comissão responsável para análise dos estudos realizados do município. A parceria acontece junto a Secretaria Municipal de Saúde.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa são apresentados na sequência a seguir:

- a) Resultados e discussão da Revisão Integrativa
- b) Resultados e discussão dos Grupos Focais;
- c) Elaboração da Cartilha para enfrentamento e prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

### 4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

De acordo com os resultados da busca nas seguintes bases LILACS, *Medline*, *PsycINFO* e *Web of science*, o Quadro 2 representa quais os aspectos foram discutidos sobre violência contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continua)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
CARLOS; PÁDUA; FERRIAN I (2017), Brasil.	Estudo qualitativo	41 participantes	Analisar o cuidado realizado por profissionais da APS junto a famílias envolvidas na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	A Atenção Primária à Saúde dispõe de tecnologias necessária para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Dentre estas, o acolhimento representa umas das principais, pois minimiza possíveis barreiras de acesso, facilitando o acesso a família e auxiliando no entendimento da dinâmica da mesma. Outras estratégias seriam as reuniões entre equipes e matriciamento.



**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
CARLOS et al. (2017), Brasil.	Estudo qualitativo	41 participantes	Compreender a rede de cuidado às famílias envolvidas na violência familiar contra crianças e adolescentes na perspectiva da APS	Evidencia que a rede de enfrentamento a violência apresentam barreiras no cotidiano dos profissionais envolvidos. Entre elas estariam as relações não institucionalizadas, a não identificação de parceiros e relações enfraquecidas entre setores. Apesar do Conselho Tutelar e o Juizado de Menores apresentarem-se como instituições de proteção a crianças e adolescentes no Brasil, mas mesmas apresentam vínculos fracos com a APS.
DOSARI et al. (2017), Arábia Saudita.	Estudo transversal	200 participantes	Determinar a percepção dos pais sobre o abuso infantil e seu impacto no abuso físico e emocional de crianças	O estudo identificou fatores de risco para o abuso infantil, onde os pais utilizavam a punição física como forma de educar os filhos. Quanto mais jovens os pais, maiores os números quanto ao abuso físico aos filhos. História pregressa de abuso dos pais remete a repetição do ato violento aos filhos. Contudo, os fatores de riscos podem ser identificados no monitoramento das atitudes dos pais pelos profissionais da APS.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
LEWIS et al. (2017), Reino Unido.	Estudo misto	46 participantes	Implementar treinamento e avaliar sua aceitabilidade e a direção de mudanças no resultados a curto prazo.	O estudo evidencia a aplicação de um treinamento para profissionais para clínicos gerais para abordagem a violência doméstica contra crianças e adolescentes. O treinamento possibilitou mudanças na confiança dos profissionais, onde se sentiam mais seguros para abordagem em casos de violência. Tais treinamentos possibilitam a mudança de práticas e aumento de conhecimento, fazendo com que os profissionais sintam seguros na abordagem.
MAIA et al. (2016), Brasil	Estudo qualitativo	180 participantes	Aprender o cotidiano de profissionais do serviço de atenção primária de saúde frente a casos de violência contra crianças e adolescentes	Foi observado a facilidade dos Agentes Comunitário de Saúde em identificar casos de violência contra crianças e adolescentes. Contudo, enfermeiros e médicos também identificavam esses casos em consultas. Os profissionais demonstraram não se sentirem preparados para lidarem com os casos de violência.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
MAIA et al. (2016), Brasil	Estudo qualitativo	180 participantes		Assim, referenciaram que as principais dificuldades estariam relacionadas a ineficiência do serviço de saúde, seja pela falta de capacitação ou ausência de protocolos. Havendo a necessidade de um suporte de uma equipe multiprofissional. Apesar disso, evidenciaram facilidade para enfrentamento a violência, entre elas as ações no território adscrito e vínculo com a comunidade.
EGRY et al. (2016), Brasil.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa fundamentado na Teoria da Intervenção da Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva	22 participantes	Conhecer a percepção dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica acerca da violência infantil	O estudo demonstra a necessidade de capacitação dos profissionais da APS quanto ao enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Pois evidencia-se que limitações e dificuldades nesse enfrentamento e conhecimento insuficiente para abordagem adequada. Demonstram também a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial aos casos de violência.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
TALSMA; BOSTROM; OSTBERG (2015), Suécia.	Estudo transversal	117 participantes	Examinar o relato de suspeita de abuso infantil entre clínicos gerais suecos e investigar fatores que os influenciam em suas decisões de reportar ou não serviços de proteção à criança	Entre os profissionais estudados, um a cada cinco relatou que não relatou suspeita de violência infantil, entre os motivos citados estão: incerteza sobre a violência e uso de estratégias alternativas, tais como encaminhar a criança a outros profissionais de saúde e o acompanhamento familiar. Os profissionais desconheciam a presença de um protocolo em suas clínicas de atuação para abordagem a crianças vítimas de violência. Entre as formas mais comuns de violência, houve predomínio da negligência. Os participantes do estudo destacam a necessidade de educação permanente sobre a temática.
PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA (2014), Brasil.	Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa	18 participantes	Analisar a percepções dos profissionais da saúde da família a respeito do enfrentamento da violência doméstica e sexual	O texto demonstra que os profissionais reconhecem a complexidade da violência doméstica e sexual da ESF, contudo os mesmos apresentam dificuldade na identificação das vítimas. Junto a isso, apresentam dificuldades e limitações e apresentam despreparado na abordagem e acompanhamento dos casos.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
MOREIRA et al. (2014), Brasil.	Análise do cuidado ao usuário a partir de casos traçadores	27 participantes	Analisar estratégias de cuidado por equipes de saúde da família frente à situações de violência doméstica decorrentes de situações de violência contra crianças e adolescentes	A falta de preparo dos profissionais faz com que os mesmos potencializem sentimentos de medo e angústia, fazendo com que os mesmos desempenhem ações inadequadas ou com pouca resolutividade. Demonstra necessidade de espaços para discussão que abordem ações e orientações da equipe multiprofissional. Outro ponto de destaque é fornecer condições para que o usuário apresente autonomia nas tomadas de decisão na definição do seu projeto terapêutico. Há de se enfrentar a violência junto a uma abordagem intersetorial.
ROLIM et al. (2014), Brasil.	Estudo transversal	616 participantes	Analisar os fatores associados a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizadas por enfermeiros que atuam na APS	O estudo demonstra que mais da metade dos enfermeiros relataram não ter identificado casos de violência contra crianças e adolescentes. Dos que afirmaram identificar, os achados eram fornecidos pelos relatos das vítimas, parentes ou outros. Mais da metade dos enfermeiros relatou não notificar a violência.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

<b>Autores, ano, país</b>	<b>Abordagem metodológica</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
ROLIM et al. (2014), Brasil.	Estudo transversal	616 participantes		Justificam pelas ausências de materiais e estrutura física frágil das unidades de saúde, porém é sabido que saber para quais instâncias encaminhar é fundamental para que o número de notificações aumentem.
MOREIRA et al. (2014), Brasil.	Estudo transversal	381 participantes	Analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na APS.	Evidenciaram no estudo que o número de notificações de violência não correspondem aos casos de violência identificados, sendo as notificações inferiores ao esperado. Demonstrando que a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes não é uma prática comum pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, estão a subnotificação relacionada ao medo e ausência de proteção desses profissionais, bem como o desejo de não estarem envolvidos de forma legal na notificação da violência. O despreparo dos profissionais em lidar com os casos é demonstrado.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(continuação)

Autores, ano, país	Abordagem metodológica	Número de participantes	Objetivo	Resultados
APOSTÓLI CO; HINO; EGRY (2013), Brasil.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	412 participantes	Identificar os limites e potencialidades da Classificação Internacional de Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESEC) na consulta de enfermagem com crianças vítimas de violência doméstica	Observou-se despreparado dos profissionais em abordar violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Havendo o despreparado na identificação de casos decorrentes de negligência ou ausência de condições financeiras da família. Ainda, há a medicalização da violência e os profissionais demonstraram sobrecarga emocional ao lidarem com os casos. Apesar da nomenclatura da CIPESEC possuir diagnósticos para casos de violência, os profissionais utilizam outros diagnósticos e não especificamente o da violência, dificultando a visibilidade da mesma.
DUBOWITZ et al. (2012), Estados Unidos.	Ensaio clínico	1.119 participantes	Examinar a eficácia do <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK), modelo de atenção primária pediátrica para ajudar a reduzir maus-tratos a crianças em uma população de risco relativo	As mães submetidas ao modelo aplicado relataram que realizaram um número menor de agressões psicológicas àquelas do grupo controle. Houve também menores números de agressões físicas quando comparadas ao grupo controle. Então, o modelo utilizado no estudo foi associado a redução de agressões maternas psicológicas e físicas às crianças, auxiliando no fortalecimento e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes na atenção primária pediátrica.

**Quadro 2 – Caracterização dos estudos utilizados para Revisão Integrativa. Iguatu, 2019**

(conclusão)

Autores, ano, país	Abordagem metodológica	Número de participantes	Objetivo	Resultados
RAMOS; SILVA (2011), Brasil.	Estudo qualitativo	21 participantes	Saber como os profissionais da ESF atuam ao se depararem com situações de violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrever os diferentes tipos de violência doméstica identificados por esses profissionais e analisar suas ações no atendimento à criança e sua família	Dentre os tipos de violência, identificou-se comportamentos negligentes por parte dos familiares à criança, sendo sinais físicos identificados pelos profissionais. Os tipos apresentados são: negligência, maltrato físico, psicológico e abuso sexual. Assim, as ações realizadas pelos profissionais estavam voltadas a educação e repasse de informações por meio de conversa com grupos familiares e comunidade. Outras seriam os encaminhamentos para serviços hospitalares e conselho tutelar.
ANDRADE et al. (2011), Brasil.	Estudo qualitativo	21 participantes	Compreender a experiência dos profissionais de saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes	Os profissionais demonstraram dificuldades de lidar com a violência em sua área adscrita. Entre elas, o medo de se envolverem com sujeitos perigosos na comunidade e ameaças. Contudo, desempenham ações entre elas o encaminhamento dos casos ao Conselho Tutelar ou polícia. Relatam não se sentirem amparados e capacitados para lidarem com a complexidade do fenômeno.



A violência contra crianças e adolescentes apresenta-se como um fenômeno complexo, apresentando consequências que percorrem o aspecto individual e social. É influenciada por questões sociais, econômicas e, permeada por características culturais e relacionais (RAMOS; SILVA, 2011), apresentando causas complexas e de difícil detecção (DOSARI et al., 2017).

A violência contra crianças e adolescentes pode ser demonstrada em quatro tipos, são eles: negligência, violência sexual, violência física e psicológica. Violência física pode ser definida como agressão física, de caráter não acidental, praticada por cuidadores ou pais. Já a psicológica é compreendida como agressões verbais a vítima, sendo exemplificada por insultos, críticas ou bloqueio das iniciativas infantis. A negligência é definida como ausência de cuidados ao menor pelos responsáveis de necessidades básicas e é representada como o tipo mais frequente de violência contra este público (RAMOS; SILVA, 2011). A violência sexual é compreendida como a prática de comportamentos sexual, seja por homossexuais ou heterossexuais, que tem por objetivo a excitação sexual do agressor, sem permissão da vítima, ou exposição da mesma a material pornográfico (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013). Há a necessidade de um olhar sensível ao problema pelos profissionais de saúde, e esses, devem estar capacitados para identificação dos sinais decorrentes de cada agravo.

As suspeitas dos casos de violência são identificadas, principalmente, nas consultas dos profissionais na APS e nas visitas domiciliares, onde observam-se indícios de violência, a verbalização por parte da criança do ato ou informações fornecidas por membros da comunidade (RAMOS SILVA, 2011; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014). Tais informações fornecem aos profissionais da APS subsídios para identificar crianças e adolescentes vítimas de violência, seja ela realizada por pais e responsáveis, ou por terceiros. A possibilidade de abordagem variada, nas visitas ou consultórios, auxilia nesta identificação. As publicações podem, então, indicar para a produção da cartilha uma história com personagens representando o trabalho do ACS na visita domiciliar.

Destarte, identificação dos sinais de violência contra crianças e adolescentes acontece durante as consultas dos profissionais na ESF, médicos e enfermeiros, onde através de anamnese e exame físico, o profissional tem a possibilidade de suspeitar, a partir das informações fornecidas, no processo de avaliação do usuário e suas queixas (RAMOS; SILVA, 2011). Entre os principais

achados nas consultas estão as lesões decorrentes das agressões. Então, há necessidade que os profissionais estejam atentos para outros sinais de violência facilitando seu enfrentamento (BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014). O processo de enfrentamento da violência é complexo, sendo este, possivelmente, permeado por desafios que precisam ser enfrentados e desarticulados pelos profissionais responsáveis. A Atenção Primária à Saúde representa uma das estratégias para enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, onde esse serviço possui características que lhes são favoráveis.

A APS, tendo como porta de entrada a ESF, dispõe de organização e condições para o desenvolvimento de práticas direcionadas ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, sendo estas as reuniões em equipe de profissionais, a proximidade destes com a comunidade e o vínculo estabelecido entre os usuários e profissionais do serviço, as visitas domiciliares e a utilização do trabalho do ACS para entendimento da dinâmica familiar (MOREIRA et al., 2014; CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017; CARLOS, et al., 2017; APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Dentre os diversos profissionais da ESF, o ACS representa um personagem de destaque para escolha e implementação das ações que podem ser desenvolvidas pela equipe no enfrentamento à violência, pois o conhecimento sobre a rotina dos membros da comunidade e do cotidiano das famílias faz com que o mesmo seja sempre solicitado juntos às reuniões de planejamento. Este serve como mediador entre profissionais e comunidade, bem como avalia as ações implementadas e dá retorno sobre seus resultados e ainda identifica na comunidade possíveis elos para fortalecimento do enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes (MOREIRA et al., 2014; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Além das atividades acima realizadas, uma ação que deve ser desenvolvida por todos é o acolhimento. Este se destaca como uma tecnologia leve que deve ser oferecida a todos os usuários que buscam o serviço de saúde (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014). Contribui para enfrentamento a violência, pois o ato de acolher faz com que os profissionais identifiquem queixas dos usuários, geralmente, decorrentes de demanda espontânea, e assim, fornece a possibilidade de identificar e intervir em casos de violência (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017). Tal tecnologia fortalece a assistência à clientela por todos os profissionais (BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Apesar dos profissionais da APS possuírem características e condições promissoras para enfrentar a violência contra crianças e adolescentes, os mesmos também apresentam dificuldades em lidar com tais casos, contribuindo para o enfraquecimento das ações desempenhadas.

A subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes representa um fator comprometedor do enfrentamento da mesma, gerando um desconhecimento sobre a real magnitude do problema no território de atuação, como para entendimento geral do agravo. Pode estar relacionada ao despreparo dos profissionais em abordar o problema (ROLIM et al., 2014), onde é reconhecida a invisibilidade da violência, seguido de silêncio e negação (BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014). O desconhecimento por parte dos profissionais em como abordar situações de violência gera uma assistência insuficiente e ações obrigatórias, tais como a notificação, deixam de ser realizadas. Assim, elencou-se na cartilha questões e temas que pudessem ser utilizados para amenizar o despreparo dos profissionais e como abordar tais situações.

Quanto às notificações de violência contra crianças e adolescentes, há baixa frequência no quantitativo das mesmas, embora seja obrigatória, como orienta o Estatuto da Criança e do Adolescente. Observa-se que a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes não é uma prática rotineira dos profissionais da saúde (MOREIRA, et al., 2013). Entre outras razões, estaria a incerteza sobre a suspeita, encaminhamento para outros profissionais, serviço de proteção infantil já associado ao caso de violência, medo de perder a confiança e o contato com a família e falta de tempo (TALSMA; BOSTROM; OSTBERG, 2015). A falta de preparo dos profissionais dificulta uma assistência adequada, pois realizam apenas encaminhamentos e fragmentam a assistência (ANDRADE et al., 2011; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Um possível motivo para este problema seria o medo dos profissionais em estarem envolvidos de forma legal na operacionalização da notificação (MOREIRA, et al., 2013). Outro aspecto que compromete o enfrentamento da violência observado é o ciclo geracional, onde a criança vítima de violência ou abuso irá reproduzir tais atos quando adulto, sendo a violência repassada para a nova família (EGRY et al., 2016; DOSARI et al., 2017).

No entanto, outros pontos são vistos como facilitadores como o apoio junto à equipe multiprofissional e serviços que são contemplados na rede de enfrentamento à violência (MAIA et al., 2016). É sabido que a autonomia dos usuários no processo de tomada de decisão apresenta-se como fator facilitador para o processo de enfrentamento à violência (MOREIRA et al., 2014; MAIA et al., 2016). Para tanto, os profissionais da ESF devem desempenhar suas atividades e ações direcionados na execução da clínica ampliada, fazendo com que haja uma abordagem integral a vítima (BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014).

Para isso, há a necessidade e uma articulação em rede, onde serviços e instituições são utilizados para dar suporte e contribuir para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

Quanto a possíveis desafios para a superação da violência, observa-se a interferência dos profissionais em comunidade onde os moradores estão envolvidos no consumo de drogas e narcotráfico, o medo do profissional em ser vítima e a ausência de conhecimentos sobre como abordar a criança e a família, apresentam-se como aspectos que comprometem o enfrentamento, bem ações que remetam a culpa pela violência às vítimas são demonstrados como barreiras limitadoras (MOREIRA et al., 2014; MAIA et al., 2016; MOREIRA et al., 2014; EGRY et al., 2016; ANDRADE et al., 2011).

Uma rede não articulada no processo de enfrentamento comprometerá sua dinâmica, não sendo as ações resolutivas e as ações profissionais fragmentadas (ANDRADE et al., 2011; ROLIM et al., 2014). Os profissionais da APS devem ter conhecimento sobre o funcionamento da rede de seus municípios e quais serviços estão disponíveis na mesma, para assim entender e visualizar a possibilidade de ações e estratégias, bem como subsidiar a assistência.

Entre os serviços que devem compor a rede de enfrentamento, é visto que os serviços sociais e a educação podem ser considerados como os principais auxiliares da saúde para que haja um atendimento e implementação de um cuidado adequado às crianças e famílias envolvidas com a violência (CARLOS et al., 2017). Outro são os serviços de urgência e emergência que fazem atendimento às vítimas. É sabido também que os serviços de saúde e o juizado de menores sempre devem ser contatados, por representarem as principais instituições na proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência no Brasil, apesar da dificuldade relatada quanto

a relação entre profissional de saúde e sua interação com o Conselho Tutelar (CARLOS et al., 2017; ANDRADE et al., 2011).

O enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes deve dispor de uma política integrada em rede, como também de amparo legal, com leis efetivas e rigorosas. Contudo, para além do amparo jurídico, há a necessidade de ações realizadas por profissionais de saúde, tais como: orientações durante consulta de pré-natal para estabelecimento de vínculo entre criança e mãe; educação em saúde para prevenção de gravidez indesejada e assim prevenir a violência. Também estes profissionais devem promover ações que proporcionem qualidade de vida a comunidade e interagir de forma mais frequente com os pais (MAIA et al., 2016). O conhecimento sobre aspectos culturais e sociais são importantes para que os profissionais de saúde compreendam a complexidade da dinâmica familiar e comunitária, sendo fatores que auxiliam na melhoria das ações de enfrentamento à violência (CARLOS et al., 2017; EGRY et al., 2016).

Ações como educação permanente dos profissionais sobre a temática devem ser incentivadas (MAIA et al., 2016; CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017). Essa atividade fornece embasamento teórico e segurança para que os profissionais desenvolvam ações adequadas e seguras para a criança e adolescente vítima de violência, fazendo com que as ações sejam eficazes (LEWIS et al., 2017).

Os profissionais também devem realizar ações direcionadas à educação e repassar informações por meio de diálogo com a comunidade e familiares, bem como orientações direcionadas aos pais para que os mesmos compreendam o processo de desenvolvimento da criança e do adolescente e entendam as necessidades de comportamentos dos infantes (RAMOS; SILVA, 2011; ANDRADE; et al., 2011).

As ações interdisciplinares e com integração de diversos setores proporcionam a formação de um serviço de saúde integralizado, pois a complexidade do fenômeno da violência faz com que haja abordagem de diversos profissionais para um cuidado geral e integral (CARLOS et al., 2017). Para isso, há a necessidade de um suporte aos profissionais que realizam ações para enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, suporte que seria o apoio de profissionais da saúde mental para auxiliar no processo de condutas e mesmo preparo psicológico do profissional de saúde (ANDRADE et al., 2011).

Assim, é observado que a assistência a crianças e adolescentes, vítimas de violência, deve ser realizada por profissionais capacitados, dispendo de uma rede de enfrentamento articulada com o serviço de saúde existente. Apesar da APS dispor de condições para tal, o despreparo dos profissionais e redes fragmentadas fazem com que a assistência a vítima seja medicalizada e a violência invisibilizada, trazendo prejuízos às vítimas, por não fornecer assistência e suporte suficientes.

Visto isso, foi necessário incorporar a cartilha conteúdos relacionados a abordagem do profissional a família mediante suspeita de violência, bem como estratégias para empoderamento na superação de suas limitações.

#### 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Os participantes dos estudos foram caracterizados de acordo com seu perfil sociodemográfico conforme a tabela 2.

**Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana de Iguatu-Ceará, 2018**

(continua)

Variáveis	Nº Absoluto	Nº Relativo
<b>Idade:</b>		
24 a 28 anos	4	5,88%
29 a 33 anos	13	19,11%
34 a 38 anos	9	13,23%
39 a 43 anos	13	19,11%
44 a 48 anos	6	8,82%
49 a 53 anos	10	14,70%
54 a 58 anos	9	13,23%
59 a 63 anos	4	5,88%
<b>Sexo:</b>		
Feminino	68	100%
<b>Identidade de gênero:</b>		
Feminino	60	88,23%
Não respondeu	8	11,76%
<b>Estado civil:</b>		
Casada(o)	35	51,47%
Solteira(o)	17	25%
Divorciada(o)/Separada(o)	8	11,76%
União estável	8	11,76%

**Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana de Iguatu-Ceará, 2018**

(conclusão)

Variáveis	Nº Absoluto	Nº Relativo
<b>Cor/etnia:</b>		
Branca	13	19,11%
Parda	54	79,41%
Negra	1	1,47%
<b>Número de filhos:</b>		
Sem filhos	19	27,94%
1 a 2 filhos	32	47,05%
3 a 4 filhos	15	22,05%
5 ou mais	2	2,94%
<b>Quantos residem junto ao ACS:</b>		
1 a 3 pessoas	46	67,64%
4 a 6 pessoas	20	29,41%
7 a 10 pessoas	1	1,47%
Não respondeu	1	1,47%
<b>Renda:</b>		
1 a 2 salários mínimos	48	70,58%
3 a 4 salários mínimos	18	26,47%
5 a 6 salários mínimos	1	1,47%
Não respondeu	1	1,47%
<b>Tipo de residência:</b>		
Alugada	14	20,58%
Própria	50	73,52%
Cedida	4	5,88%
<b>Escolaridade:</b>		
Fundamental completo	3	4,41%
Médio incompleto	2	2,94%
Médio completo	51	75%
Superior (completo ou não)	12	17,64%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

A seguir, na Tabela 4, são apresentados as informações referentes ao vínculo e atuação dos participantes quanto a violência.

**Tabela 3 – Vínculo e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente à violência. Crato, 2019**

<b>Variáveis</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>Nº Relativo</b>
<b>Tempo de atuação:</b>		
2 a 3 anos	1	1,47%
Mais de 4 anos	67	98,52%
<b>Recebeu capacitação pela SMS sobre violência:</b>		
Sim	57	83,82%
Não	10	14,70%
Não respondeu	1	1,47%
<b>Recebeu capacitação de outras instituições sobre violência:</b>		
Sim	39	83,82%
Não	19	27,94%
Não respondeu	10	14,70%
<b>Tema violência doméstica foi abordado:</b>		
Sim	56	82,35%
Não	10	14,70%
Não respondeu	2	2,94%
<b>Tema violência doméstica contra crianças e adolescentes foi abordado:</b>		
Sim	63	92,64%
Não	5	7,35%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Observou-se que o sexo feminino representou a totalidade (100%) quanto aos participantes pesquisados, corroborando com uma pesquisa com 48 ACS, realizada em Estratégias de Saúde da Família em um município de pequeno porte, contemplado como área de ações do Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, São Paulo, em que se evidenciou o predomínio do sexo feminino, bem como esta identidade de gênero. Relaciona-se os achados quanto ao número de mulheres nesta categoria profissional devido questões culturais, onde a mulher é reconhecida por desempenhar profissões que remetem ao cuidado (GARDIN et al., 2014)



Foi observado que 68 (88,23%) dos participantes afirmaram que possuem gênero feminino, o que corrobora com o estudo acima mencionado. A faixa etária predominante dos participantes dos grupos focais estava entre 24 a 63 anos, com maior porcentagem do intervalo de idade entre 29 a 33 e 39 a 43 anos, ambos representando 19,11% do total.

O presente estudo identificou que mais da metade dos participantes (75%) apresentavam ensino médio completo e que tinham maior tempo de atuação de dois a três anos como ACS, o que converge com um estudo realizado com cinco Agentes Comunitárias de Saúde em uma ESF da cidade de Sobral, Ceará, onde foi observado que mais da metade das participantes eram casadas e que o tempo de trabalho variou de um ano e quatro meses a 10 anos (SALES et al., 2014).

Houve predominância da cor parda (79,41%). A pesquisa pode identificar ainda que 47,05% dos participantes possuem de um a dois filhos, onde residem com média de uma a três pessoas no domicílio (67,64%), sendo este em sua maioria próprio (73,52%), com renda de um a dois salários mínimos (70,58%).

Quanto às capacitações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo, as ACS (83,82%) relataram que receberam capacitação e mais da metade citou realizar por outras instituições. Ainda, mais da metade (82,35%) citou que o tema violência foi abordado em algumas das realizadas e 92,64% citou que a temática violência contra crianças e adolescentes foi contemplada.

Os Agentes Comunitários de Saúde compreendem que cursos de formação são essenciais para mudanças na prática de trabalho, percebem esse processo como uma possibilidade de empoderamento, pois devem estar em constante processo de formação (ROCHA; BEVILLACQUA; BARLETTO, 2015).

Ramos e Silva (2011) identificaram em um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo, com 21 entrevistados, entre os profissionais, cinco Agentes Comunitários de Saúde, as limitações no trabalho do ACS ao identificar situações de violência doméstica. Destacando que os mesmos não estavam capacitados para isso.

Diante dos achados, torna-se necessário identificar as demandas que emergem das falas dos participantes quanto ao enfrentamento e prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes, onde se percebe a identificação de conceitos incompletos a desafios no enfrentamento da mesma.

## **Categoria 1 – Do conceito ao enfrentamento**

Nesta categoria são contemplados os resultados a partir dos grupos focais, onde foram identificados déficits de conhecimentos necessários ao ACS para o enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. A mesma foi subdividida em duas subcategorias que exploram de forma detalhada elementos que devem ser conhecidos por estes profissionais para o enfrentamento do problema.

### **Subcategoria 1 – Conceituando a violência e seus tipos**

Nesta subcategoria, observa-se que os ACS apresentavam conceitos incompletos acerca da violência, como pôde ser observado nas falas a seguir:

Existem os dois tipos de violência, né?! A verbal e a física e todas as duas causam um agravamento, assim na família, nas pessoas que recebem, às vezes a violência verbal machuca mais do que a violência física. G03ACS06

Violência tem a física e também a verbal que muitas vezes também, assim, machuca a pessoa quando alguém diz algo, né?! G01ACS02

Violência pode ser agressão verbal, física e psicológica entre outras. G05ACS01

Violência pra mim ela pode ser assim [...] Não só provocada, mas por exemplo, um gesto, uma reclamação... G02ACS04

Foi possível identificar, mediante as falas dos participantes, que há compreensão quanto o impacto negativo da violência na saúde dos indivíduos, porém observam-se conceitos incompletos quanto a mesma.

Um estudo realizado em um município de pequeno porte no estado de São Paulo, com uma amostra de 48 Agentes Comunitários de Saúde corrobora com este resultado ao afirmar que o conhecimento destes quanto a violência profissionais é deficiente, tanto para detecção quanto para realização de condutas (GARBIN et al., 2014). Reflete-se sobre a ausência de embasamento teórico necessário para o enfrentamento do problema, pois a não abordagem pode estar relacionada a falta de preparação.

Acredita-se que a compreensão incompleta sobre a violência e suas vertentes pode colaborar para uma intervenção ineficaz frente aos casos no território adscrito do ACS. Compreende-se assim, a necessidade de também identificar esse conhecimento quanto a violência contra crianças e adolescentes.

Contudo, foi possível perceber um entendimento adequado dos ACS quanto aos tipos de violência ao público anteriormente mencionado e o impacto negativo que pode-se gerar a saúde da vítima. As falas revelam que os mesmos conseguem identificar os tipos mais frequentes em sua localidade e vêem a necessidade de intervir no caso, pois buscam intervir para minimizar consequências.

Essa é uma violência que [...] deixa vestígios pra sempre, né?! Ela mexe muito com o psicológico. Aquela criança enquanto vem a adolescência ela se torna adulto. Eu vejo como uma violência muito agravante. G02ACS02

[...] as crianças mais assim, recém-nascidas é privar dos direitos que a criança tem, tipo, de vir para as consultas, tem direito de vir as consultas no PSF e num vem. É obrigação da mãe de trazer pra vacinar e num traz, é obrigado a gente fazer busca ativa e isso é um tipo de violência. G05ACS06

Tá tendo muita negligência dos pais. Colocar eles para ir pedir dinheiro nos sinais. Pelo menos na minha área eu tenho, vários pais botam eles para irem pros sinais, botaram à noite para tá nos bares, pedindo nos restaurantes. É uma negligência sem [...] G01ACS05

Observa-se nas falas que há comprometimento do crescimento dos menores, pois há privação de acesso a serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, tais como vacinação e consulta. Além disso, identifica-se violação de direitos dos menores, quando são submetidos a pedirem dinheiros em semáforos.

A identificação de violência e violação de direitos é realizada pelos ACS, assim os achados convergem com um estudo realizado com uma amostra de 50 ACS no município de Araguari - Minas Gerais em que se pôde perceber que 62% da amostra reconhece a negligência e abandono como o mais recorrente, seguidos de abuso físico com 32%. O abuso sexual apresentou uma frequência de 26% nos relatos e 46% reconheceram o abuso psicológico (PALMEZONI; MIRANDA, 2010).

Ramos e Silva (2011) identificaram em seu estudo que os profissionais da Atenção Primária à Saúde referiram comportamentos negligentes por parte de familiares a crianças, após a identificação de mudança comportamental e lesões como hematomas. A referida pesquisa teve como participantes 21 profissionais da ESF, sendo realizada na cidade de São Paulo.

Identifica-se que os problemas decorrentes da violência doméstica contra crianças são evidenciados com a ausência de cuidados mínimos do cuidador para com o menor, sendo eles: privação de afeto; alimentação e educação, bem como ausência de vacinas preconizadas pelo Ministério de Saúde (RAMOS; SILVA, 2011).

Identifica-se ainda, nas falas abaixo, que os Agentes Comunitários de Saúdes reconhecem a violência como um fenômeno complexo e entendem seu ciclo geracional.

A mãe trata o filho do jeito que foi criada. G02ACS06

[...] Você tem um filho e você ensina ele na peia, quando ele ficar mais velho ele vai lá matar, se não matar antes, porque foi criado sendo massacrado. G06ACS09

A criança exposta a episódios violentos pode reproduzir esses eventos na vida adulta em filhos ou parentes, sendo esse fenômeno conhecido como ciclo geracional da violência. Dentre as características deste público, pode-se citar: baixa renda, histórias de maus-tratos e baixo nível de escolaridade (BÉRGAMO; BAZON, 2013). Achados estes compatíveis com as características dos territórios das participantes deste estudo.

O Agente Comunitário de Saúde consegue identificar sinais de violência devido a sua posição estratégica na comunidade onde atua, bem como o ciclo geracional da violência. O vínculo permite que o mesmo adentre os domicílios e a partir disso compreenda a dinâmica familiar e identifique sinais de alerta. Tal identificação permite que o mesmo realize as intervenções necessárias com base na assistência integral aos sujeitos através de Rede de Atenção à Saúde. Contudo, a ausência de falas que remetam aos demais tipos de violência, que não foram mencionados pelos participantes, pode revelar déficit de conhecimento, por isso, tais informações foram incorporadas na cartilha.

Subcategoria 2 – Funcionamento da rede de enfrentamento e atuação da equipe multiprofissional

Nesta subcategoria foi possível identificar a ausência de conhecimento dos participantes quanto ao funcionamento e existência de uma rede de enfrentamento à violência, visto que não conseguiam identificar o caminho que a

vítima deve percorrer dentro da rede para uma assistência integral, citando-se apenas a presença do Conselho Tutelar ou outras informações de forma insegura, como nas seguintes falas:

A rede, acho que funciona a questão do Conselho Tutelar, que vai pra lá, aí tem aquela questão de tirar a criança do convívio de onde aconteceu, né, a agressão?! Fica num abrigo, mas a gente percebe que fica no abrigo [...] G04ACS04

É, somos nós que acionamos e a partir de então os profissionais fazem visitas e vê onde encaixa o que fazer, entendeu?! Isso quando chegam até elas. Basicamente é isso. G05ACS07

Um estudo realizado com cinco enfermeiras atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF), no estado de São Paulo, identificou que as mesmas se sentiam despreparadas e não conheciam os procedimentos que deveriam ser abordados em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Observou-se também que as mesmas apresentaram dificuldades de notificar esses casos e que desconheciam o que notificar, informando apenas casos de violência sexual e física (LEITE et al., 2016).

A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser realizada pelos enfermeiros mediante necessidades de saúde da população de acordo com orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), contudo, observou-se em um estudo realizado com 17 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Marília, São Paulo, que esse processo dificilmente ocorre, e quando ocorre, utiliza-se de metodologias tradicionais e natureza verticalizada (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

Conforme mencionado acima, o enfermeiro deve fornecer informações e preparação para que o ACS desenvolva as atividades de forma eficaz, contudo, a falta de preparo do profissional supervisor pode dificultar tal assistência, prejudicando a efetividade das ações.

A rede de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes pode ser compreendida como atividades e instituições que asseguram o pleno desenvolvimento dos direitos desta população, permitindo-se responsabilização social, administrativa e judicial mediante violação dos mesmos. Fazem parte integrante desta rede o poder judiciário e suas secretarias, o Ministério Público, Conselhos Tutelares e demais órgãos de defesa da cidadania (IBIAPINA; ROCHA, 2013).

Outro ponto que foi possível perceber nesta subcategoria foi o desconhecimento dos ACS quanto as ações dos profissionais da rede, em que houve citações apenas da atuação dos conselheiros tutelares, conforme observado nas falas a seguir:

Eu não sei o que é que eles fazem não. Eu sei que eles fazem visitas.  
G01ACS03

Realmente a gente não sabe como funciona. A gente sabe até onde cabe a gente. G01ACS04

Uma pesquisa realizada em uma Região Metropolitana de Fortaleza com 45 conselheiros tutelares evidenciou que os mesmos consideram o setor saúde como um dos principais para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, pois identificam esse setor como uma linha de comunicação entre as demandas da comunidade. Destacam ainda o papel de destaque dos Agentes Comunitários de Saúde como na formação de vínculo entre usuários, serviços de saúde e conselheiros (LIRA et al., 2018).

Contudo, os autores acima observaram que, apesar dos relatos dos conselheiros demonstrarem a importância do setor saúde no enfrentamento da violência, foi visto que os participantes não citaram quais as ações que esse setor deve desenvolver para interrupção do ciclo da mesma.

Assim, o não conhecimento pelos ACS das ações da equipe multiprofissional, como revelado neste estudo, entre eles o do Conselho Tutelar, e a ausência de citações referentes aos demais órgãos, como Ministério Público, e o papel destes, é um ponto desafiador no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes pelos ACS, visto que a falta de conhecimento pode contribuir para a não interrupção do ciclo de violência e uma assistência integral a criança vítima. Sendo, estas informações contempladas na cartilha.

## **Categoria 2 – A abordagem e o empoderamento do ACS no enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes**

Na categoria dois houve também a possibilidade de identificação de conteúdos pertinentes aos Agentes Comunitários de Saúde a serem incorporados a cartilha. Pelos achados na coleta de dados, é sugestiva a introdução de temas que

contemplem a abordagem as famílias devido ao desconhecimento dos ACS quanto essa ação, contudo, foi observado que estes profissionais destacam a importância de intervenções direcionadas ao núcleo familiar.

Foi possível identificar que os ACS entendem a importância de ações direcionadas a família, e não apenas as crianças vítimas de violência, pois compreendem que o cuidado ao menor deve ser realizado pelos responsáveis. Observa-se nas seguintes falas:

E essa questão da violência a nossa abordagem é, primeiramente, com a família, porque se essa criança tá sofrendo, a família tem que saber que a gente tá vendo, que a gente tá presenciando aquilo ali, que alguém está vendo o que tá acontecendo, porque muitas vezes a família ela esconde, assim ela quer esconder a violência dentro de casa (...) G05ACS01

Isso é um negócio tão grande, um problema tão grande. Porque, é... A equipe não tem que cuidar da criança, mas da família. Que a criança está sendo negligenciada pela família, né!? G01ACS03

E o PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas) ele trabalha a família, o interessante é que ele trabalha a família. Não é só a criança. Que tem que ser trabalhado como um todo. Você não pode fazer um programa que ampare só a criança e deixe os pais desamparados. Sem esclarecimento e nada, entendeu?! G01CS04

Em uma pesquisa realizada com cinco enfermeiras de cinco Unidades de Saúde da Família (USF) do Estado de São Paulo, foi possível observar nos relatos a necessidade de se realizar acolhimento aos membros do núcleo familiar envolvidos em situações de violência, visando um cuidado qualificado e humanizado, bem como estimular e promover a sensibilização dos profissionais da APS para que sejam sensíveis aos sinais de violência.

O estudo de Aragão e colaboradores (2013) com oito enfermeiros de oito Estratégias de Saúde da Família na cidade de Uberaba – Minas Gerais corrobora ao identificar que ações dos profissionais da APS, dentre eles o enfermeiro, em casos de violência, estão voltadas a ações pontuais, ainda presas ao modelo biomédico, onde se observa a avaliação de características anatômicas e fisiológicas, deixando-se de lado a visão holística necessária para um cuidado adequado.

Sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis pela capacitação e supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde, uma prática insuficiente destes profissionais na condução de casos de violência, pode repercutir no trabalho também desempenhado pelos Agentes.

Isso pode ser evidenciado quando os participantes do estudo relatam possuírem dúvidas de como abordar as famílias em casos de violência contra crianças e adolescentes, conforme observado nas falas abaixo.

Ou até mesmo a maneira da gente chegar numa residência e abordar esse tema e a família dizer. G03ACS03

A gente tem que ser capacitado pra gente saber lidar com certas situações que sempre acontecem, a gente vai tá numa visita e a gente não sabe o que fazer. G02ACS01

As falas acima corroboram com o estudo de Lobato, Moraes e Nascimento (2012) em Teresópolis – Rio de Janeiro com três médicos, três enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem e 14 Agentes Comunitários de Saúde, ao perceberem que nas visitas as famílias são essenciais para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, pois proporcionam o contato com os membros envolvidos propiciando também espaço para orientações destas, onde os profissionais mais envolvidos neste papel são os Agentes Comunitários de Saúdes e posteriormente os enfermeiros. Contudo, o mesmo estudo identifica que estes profissionais se classificaram como inaptos para esta abordagem, necessitando de capacitações e apoio de psicólogos para orientações na abordagem e intervenções na família.

As ações dos Agentes Comunitários de Saúde devem se dar em torno do processo de educação em saúde, com transmissão de informações, seja por rodas de conversas, seja por conversa individualizada, onde esse processo deve visar a prevenção de novos episódios de violência domésticas contra crianças e adolescentes. Há de se realizar intervenções aos responsáveis, tais como capacitações, para que compreendam o comportamento dos filhos e suas necessidades de acordo com as etapas do processo de crescimento e desenvolvimento (RAMOS; SILVA, 2011).

A não capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde pelo enfermeiro e pelos demais profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família prejudica as ações desse profissional no território onde atua, havendo a necessidade de educação continuada e que o próprio profissional busque formas de adquirir conhecimento a fim de se empoderar.



O enfermeiro é responsável pelo processo de educação permanente destes profissionais, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (2011) (BRASIL, 2011).

Contudo, é possível identificar em relatos que algumas das participantes compreendem o seu trabalho é importante e que possuem competências para enfrentamento dos casos de violência, demonstrando-se empoderadas.

Assim, quanto a questão no nosso trabalho, a gente não precisando de capacitação não, a gente sabe como agir. G02ACS06

Nós somos é guerreiras, sabe por quê?! Porque nós enfrenta é tudo. G05ACS08

Eles poderiam nos capacitar né?! Pra gente saber chegar na residência, abordar, colher as informações e passar pra eles. G3ACS05

O processo de empoderamento em saúde pode ser entendido como uma possibilidade de incentivar o processo de corresponsabilização, fazendo com que haja a participação dos envolvidos e que essa participação seja realizada propondo a oportunidade de aquisição de conhecimento e habilidades para tomadas de decisões (CESARINO; SCIARRA, 2017).

Uma pesquisa realizada com 70 Agentes Comunitários de Saúde de 26 ESF o município de Criciúma – Santa Catarina destaca a importância do empoderamento dos profissionais de saúde, especial o ACS, pois estão inseridos na comunidade onde atuam, assim o empoderamento deste profissional é fundamento para o processo educativo dos usuários do sistema de saúde; onde o ACS, após se empoderar, poderá conseguir empoderar os usuários a qual é responsável (MOREIRA et al., 2013).

Estar seguro dos conhecimentos que possui faz com que o ACS aborde e enfrente a violência de forma satisfatória, visto que a insegurança e falta de embasamento teórico pode comprometer ações direcionadas as vítimas e famílias após episódios de violência doméstica.

Assim, o ACS pode identificar possíveis possibilidades e potencialidades no meio em que trabalha, esse processo pode contribuir para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. É possível perceber que os participantes conseguem identificar ações e parcerias na comunidade em que atuam nas falas abaixo.

Muitas vezes a gente fica sabendo pelo vizinho. G08ACS10

A própria comunidade. Eu penso, porque eles são a maioria das vezes os primeiros a dizerem o que tá acontecendo. É a própria vizinhança que alerta a gente. G06ACS07

Eles são os maiores aliados. G05ACS08

A pesquisa de Lobato, Moraes e Nascimento (2012) realizada em Teresópolis – Rio de Janeiro com três médicos, três enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem e 14 Agentes Comunitários de Saúde, demonstra que os Agentes Comunitários de Saúde utilizam instituições e indivíduos do próprio território para enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, após a identificação dessas parcerias, tais como membros da comunidade, escolha e outras instituições, os mesmos promovem saúde e contribuem para construção da cultura de paz.

O processo de identificação de parceria contribui para que estes profissionais, além dos demais que compõem a Estratégia de Saúde da Família, possam intervir e enfrentar a violência contra crianças e adolescentes de forma eficaz. Assim, o ACS consegue fortalecer seu trabalho através de parceiros identificados na própria comunidade, tais como escolas, igrejas e grupos comunitários.

### **Categoria 3 – Percepções do ACS sobre o enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes**

Esta categoria identifica elementos que estão relacionados a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto a rede de atenção para condução em situações de violência contra crianças e adolescentes e relatos referentes as limitações e dificuldades no seu trabalho. A mesma foi dividida em duas subcategorias.

#### **Subcategoria 1 – Percepção sobre a rede de enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes**

Foi identificado a partir dos relatos dos/as participantes a percepção dos/as mesmos/as quanto aspectos relacionados a atuação e funcionamento da

rede de enfrentamento da violência. Dentre as falas identifica-se a recorrência em relatos onde os participantes destacam a necessidade de apoio para este enfrentamento a casos de violência.

É porque é uma coisa muito difícil pra gente lidar sem a ajuda de ninguém porque a gente tá adentrando o ambiente familiar. G01ACS04

A gente precisa de um reforço muito grande para poder enfrentar. G02ACS01

[...] Porque nem sempre a gente tem condições de agir sozinha, precisa de outros respaldos, inclusive de outras instituições, de uma rede pra poder... Tipo, CRAS, tipo CREAS, tipo o Conselho Tutelar, Juizado do Menor, porque a gente não pode se expor. G03ACS05

Observa-se nas falas que os ACS demonstram realizar uma assistência, porém, sem o suporte que acham pertinentes, necessitando de um suporte profissional adequado para que se sintam seguros frente a casos de violência.

A necessidade de utilização de outros profissionais para atuação em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes por parte dos Agentes Comunitários de Saúde pode estar relacionada ao medo desses profissionais em intervir junto à família, evidencia-se isso em falas de 21 profissionais, entre eles, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS e dentistas, de uma ESF na cidade de São Paulo, onde foi visto que o ACS apresenta limitações para resolução de casos de violência contra crianças e adolescentes devido aos medos que ficam implícitos nas interações entre profissionais, família e comunidade (RAMOS; SILVA, 2011).

Contudo, é visto que a violência, devido a sua complexidade, precisa que diversas instâncias trabalhem para seu enfrentamento. Assim, uma pesquisa realizada com três psicólogos e um assistente social atuantes em um CREAS de uma cidade no Estado do Rio Grande do Sul, definem que compõem a rede de enfrentamento e proteção à crianças e adolescentes, órgãos não governamentais e governamentais que articulam e realizam atendimento a esse público, dentre eles: Unidade Básicas de Saúde, Escolas, segurança e outros (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

Contudo, seja pela falta de conhecimento adequado, ou seja, pela desarticulação da rede, os ACS apresentavam em suas falas relatos que demonstravam descrença no funcionamento da rede, bem como na sua própria profissão.

O que a gente pode fazer é comunicar o que está acontecendo, mas na maioria dos casos não tomam nenhuma providência. G01ACS05

[...] Muitas vezes a gente não pode fazer nada. Não tem um reforço maior. G02ACS05

Assim, no geral, nos conselhos, o governo, os governantes, ninguém [...] só fala em violência, falando que vão resolver e não resolve nada [...] G03ACS03

[...] Não só fazer mais um prédio e trazer mais verba só pra pagar os funcionários pra tá lá para ganhar dinheiro e num ter solução de nada. G04ACS02

Apesar de desempenharem o repasse dos casos de violência em suas áreas de atuação aos profissionais da APS, os ACS demonstram desacreditar na rede de enfrentamento e nos serviços que são disponibilizadas pela mesma, onde evidenciam-se através da fala dos mesmos que não há resolutividade dos casos informados a equipe e serviços.

Egry et al., (2017) identificaram em seu estudo, com 22 profissionais da Atenção Primária à Saúde de três diferentes UBS na cidade de São Paulo, a necessidade de suporte de uma equipe multidisciplinar como referência para os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família para enfrentamento da violência, estando esses articulados a políticas públicas locais junto a assistência social, segurança, educação.

Apesar de ser sabido a importância da rede de enfrentamento no suporte e cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, identifica-se que os participantes do estudo sugerem que o Conselho Tutelar não funciona de forma eficaz nesse enfrentamento, conforme observa-se nas seguintes falas:

Eu tive um caso na minha área que foi preciso a criança ir para um abrigo. Foram várias tentativas, mas [...] O conselho tutelar, tudo no mundo [...] mas não resolveu. G01ACS03

Me decepcionei demais. Das duas vezes que eu precisei do conselho, nenhuma das vezes foi [...] Não tive feedback de jeito nenhum. Tive foi raiva. G03ACS06

Porque a gente faz a visita, a gente tem o conhecimento, aí leva até o conselho e quando chega ao conselho a gente espera eles resolver, não resolve nada e fica por isso e pronto. G05ACS03

[...] porque o conselho tutelar não é tão fácil, muitas vezes você procura, busca o conselho tutelar. Já aconteceu na nossa área da gente buscar e não ter um retorno, né!?. G07ACS6

Após a informação aos serviços e profissionais de referência sobre os casos de violência, os participantes demonstram que não recebem um retorno sobre a condução dos casos informados e que não há continuidade do cuidado prestado após a sua informação.

Um estudo realizado na região metropolitana de Fortaleza com 45 conselheiros tutelares destaca que os mesmos se reconhecem como os profissionais de referência para enfrentamento de casos de violência contra crianças e adolescentes, apontando-o como o setor mais relevante para esse objetivo (LIMA et al., 2018).

A pesquisa corrobora ao afirmar que os ACS não identificam resolutividade de casos informados de violência contra crianças e adolescentes, pois em um estudo realizado em um município de pequeno porte da Zona da Mata – Minas Gerais com 30 ACS através de grupos focais, foi percebido que muitos dos Agentes Comunitários de Saúde não acreditam na resolutividade das ações do Conselho Tutelar por questões específicas da sua realidade, tais como falta de ética na quebra de sigilo (GEBARA; LOURENÇO; RONZANI, 2013).

Questões específicas de cada realidade podem contribuir para tais relatos, visto que o perfil de formação dos conselheiros, bem como a articulação desse órgão possui diferentes características. O entendimento da realidade local, bem como a qualificação desses profissionais pode estar relacionada ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes ou não. Percebe-se a necessidade de que este setor, junto ao setor saúde se articulem e conversem para que a condução dos caso se dê de forma satisfatória.

#### Subcategoria 2 – Limitações e dificuldades do ACS no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes

Esta subcategoria traz conteúdos que remetem as dificuldades e limitações relatadas pelas Agentes Comunitários de Saúde quanto ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, entre eles são citados: falta de ética por parte dos profissionais que deveriam dar suporte, bem como a medicalização da violência. Observa-se nas seguintes falas:

Eu tive um problema que foi falta de sigilo, eu acabei me prejudicando um pouco. G04ACS02

[...] Que (violência) vai ficar como se fosse uma consulta normal, como se fosse uma coisa diária, normal. G05ACS4

A falta de ética profissional por parte da equipe de saúde e na relação com demais setores e equipe multiprofissional apresenta-se como fator dificultador do trabalho do ACS, pois o mesmo não se sente seguro em compartilhar informações que são confidenciais e, assim, dificultando sua relação com demais serviços.

Um estudo com 30 ACS destaca que umas das dificuldades de trabalho entre estes e demais profissionais é a falta de ética, devido a sigilo profissional ineficaz, onde diversas experiências negativas neste aspecto faz com que os mesmos apresentem resistência para interação entre ACS e demais profissionais e serviços (GEBARA; LORENÇO; RONZANI, 2013).

Observa-se ainda uma assistência insuficiente, onde os profissionais da saúde não consideram os aspectos psicossociais dos indivíduos e se mantêm as ações voltadas apenas a redução de sinais e sintomas, bem como tratamento de lesões (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

A ausência de uma atuação holística por parte todos profissionais de saúde para o indivíduo vítima de violência, faz com que a assistência em saúde fique fragilizada, visto a complexidade desse fenômeno.

Contudo, apesar dos pontos mencionados acima, as ACS ainda relatam que outros pontos são vistos como limitadores na sua atuação, entre eles: a percepção negativa sobre o seu trabalho e o medo de intervir devido a represálias.

E tem a demora, né? Para isso ser resolvido. Aí a gente fica com o problema maior. Fica com o problema nas costas. G01ACS04

Vai e depois deixam a bomba nas costas da gente. G02ACS3

A gente se sente ameaçado. Então, assim, não existe aquele trabalho que você possa fluir quando você tem medo. G03ACS02

Pra acompanhar as pessoas, até mesmo por conta do medo, que a gente não pode nem chegar de certa forma na família, naquela criança que tá sendo maltratada e não pode chegar e conversar que fica com um pouco do medo, porque hoje tudo é na violência, a gente, até mesmo a gente faz parte dessa violência por conta do medo. G04ACS06

Os profissionais ACS não se sentem seguros em intervir em casos de violência em algumas comunidades, entre as principais causas estariam o medo, sentimento que compromete as intervenções, fazendo com que haja a omissão de atos que possam ser considerados essenciais em casos de violência a crianças e adolescentes.

O medo de intervir junto a uma comunidade violenta, conforme observa-se no estudo de Velloso, Araújo e Alves (2011) com trabalhadores de saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, onde identificaram que o medo restringe o trabalho do ACS, visto que o acesso a comunidade fica prejudicado, assim este profissional não consegue desempenhar suas funções de forma adequada, pois a violência é vista como um agente dificultador do seu trabalho, onde o profissional busca a sua autopreservação.

Outros aspectos podem estar relacionados a desvalorização, conforme demonstra um estudo realizado com sete ACS em um município de Sete Lagoas – Minas Gerais identificou nas falas dos participantes que mesmos se sentem desvalorizados e que muitas vezes são expostos a condições de trabalho desfavoráveis. Entre tais condições, citam: salários baixos, desvalorização da comunidade, exposição a agentes físicos e risco de agressões físicas. Assim, os mesmos se apresentam desmotivados para com suas atribuições diárias (SANTANA et al., 2009).

Apesar dos pontos relatados acima, o ACS desempenha papel fundamental no enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes, onde representa um dos principais profissionais responsáveis pela identificação dos casos.

Subcategoria 3 – O papel do ACS no enfrentando a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Esta subcategoria identifica alguns elementos que foram relatados pelos participantes quando a identificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes, bem como as ações que são desempenhadas para o enfrentamento da mesma. Contudo, destaca-se que ainda afirmam precisar de capacitação para se sentirem seguros nesta abordagem.

Sabe-se que a identificação do ciclo da violência ajuda no enfrentamento da violência doméstica, pois ações podem ser direcionadas mediante a identificação de queixas, seguindo de diagnóstico territorial e ações direcionadas para resolubilidade do problema (FRUTUOSO et al., 2015).

Com isso, os Agentes Comunitários de Saúde levam as demandas para os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, na busca de resolução como pode ser exposto nas seguintes falas:

Explicar o caso a enfermeira que vai tomar as providências, né?! Às vezes a gente nem participa também da abordagem. G01ACS04

Inclusive nos temos uma comissão de maus-tratos. Temos um livro também que é assinado. A gente só traz o problema. Eu fazia parte [...] Eu e a enfermeira. G02ACS04

[...] Logo que a gente fica informada que uma criança tá sendo espancada e um adolescente, a gente encaminha, encaminha não, a gente repassa pra nossa enfermeira, pra quê ela faça algo sobre a família e orientar a família. G04ACS06

Os Agentes Comunitários de Saúde realizam diversas ações, entre elas, o repasse de casos de violência na área adscrita ao enfermeiro da unidade, fazendo com que os profissionais da APS tenham conhecimento sobre os casos e possam realizar as medidas cabíveis.

E um estudo realizado com 20 participantes, entre eles Agentes Comunitários de Saúde, Médicos, Enfermeiros e Dentistas de um centro de saúde da região sul do país, os profissionais destacaram o enfermeiro como líder da Unidade de Saúde, pois este profissional possui características que o auxiliam na organização desta mesma e consegue promover o trabalho em equipe. Assim, o enfermeiro é utilizado como ponte de comunicação, onde os Agentes Comunitários de Saúde transmitem informações necessárias para que conflitos e problemas no território sejam sanados (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

As características de líder fortalecem as ações de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, visto que o bom relacionamento com a equipe e a correta atividades do ACS faz com que o processo de resolubilidade das demandas aconteça de forma mais ativa e prontificada.

Após identificação dessas demandas e repasse das informações para o profissional que considera com gerente, sob orientação da PNAB (2011), o ACS realiza ações que são inerentes a sua formação, ao passo que as mesmas



contribuem para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, como exposto a seguir:

Assim, eu vejo assim, o papel é a visita, a busca ativa, a orientação, busca de apoio nas redes. G08ACS05

Nós chega pra dar palavra de carinho, de amor, e muitas vezes a gente até denuncia sem a gente se identificar. G04ACS07

É, se for assim uma visita, a gente tenta conversar, acalmar. G09ACS07

Nosso papel é a questão da orientação. G09ACS04

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) traz como atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, além de realização de coleta de informações para diagnóstico demográfico, social e cultural do seu território, também são atribuição desses profissionais: desenvolver atividades de promoção de saúde, através de ações educativas individuais ou coletivas; orientar a comunidade sobre medidas de prevenção individual e coletivas (BRASIL, 2017).

Uma pesquisa realizada com 21 profissionais de Estratégias Saúde da Família da cidade de São Paulo – São Paulo, afirma que as ações destes profissionais circulam entre a educação em saúde e conversa com os familiares e grupos do território, onde o objetivo é evitar novos episódios de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Dentre outras ações, estão as denúncias e encaminhamentos (RAMOS; SILVA, 2011).

A amplitude de atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde vinculadas as oportunidade de vivenciar a realidade do território onde reside e trabalha, auxilia o processo de enfrentamento da violência pela ESF, visto que esse profissional, além de intervir no enfrentamento com ações que lhe são específicas, pode perpassar as necessidades para os demais profissionais que compõem no núcleo de supervisão do território a qual são responsáveis, muitas vezes levando demandas ao profissional de nível superior, que realizam as intervenções necessárias.

### 4.3 CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

A construção da cartilha educativa (APÊNDICE G) para enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes foi realizada através dos resultados que emergiram da Revisão Integrativa e Grupos Focais mediante os pressupostos da Teoria da Autoeficácia de Bandura (1989). Também foi construída de acordo com as orientações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), quanto a linguagem e *designer*.

Assim, após o consolidado das informações obtidas e seguimento do processo de construção da cartilha, o material foi dividido em cinco tópicos com abordagem aos seguintes temas:

- a) **Você consegue saber o que é violência!:** apresenta-se a definição de violência; definição de violência doméstica, violência contra crianças e adolescentes e o ciclo da violência;
- b) **Você identifica os tipos de violência!:** demonstra-se quais os tipos de violência contra crianças e adolescentes;
- c) **Você compreende quais as consequências da violência!:** expõe-se quais as consequências da violência para a saúde de crianças e adolescentes e seu desenvolvimento;
- d) **Você consegue enfrentar a violência!:** apresenta-se a rede de enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes e quais as ações dos órgãos que compõem a rede de enfrentamento; apresenta-se quais os papéis da ESF, ACS e identificação de parcerias na comunidade;
- e) **Você consegue se empoderar!:** apresenta-se como o ACS pode buscar informações para aumentar conhecimento sobre a temática; dialoga-se suas dificuldades e limitações e como superá-las.

O quantitativo de tópicos da cartilha foi orientado por Doak, Doak e Root (1996), onde a recomendação é que o material educativo deve conter no máximo sete itens, nestes devem ser apresentadas as mensagens. Números acima de sete podem fazer com que o leitor esqueça o que foi lido. Assim, nesta tecnologia foram incluídos cinco tópicos.

Na construção do material educativo, foram utilizados os quatro pressupostos de Bandura (1989): a) experiência direta – a cartilha demonstrou comportamentos onde a personagem principal obteve êxito, é visto quando a orientação prévia do ACS pela enfermeira a auxiliou na intervenção de um caso de violência; b) experiência vicária - foram incluídos na cartilha personagens que apresentavam características semelhantes aos profissionais entrevistados, bem como locais de atuação que lhe são comuns, sendo a Unidade Básica de Saúde e a comunidade; c) persuasões verbais da teoria - onde as frases utilizadas ressaltam ações que podem ser realizadas por profissionais no enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescente, sendo utilizada a voz ativa e d) estados físicos e emocionais - foram demonstrados imagens que reasentavam o desenho do leitor em aprender. A ACS demonstra interesse em ler mais sobre o tema e a enfermeira demonstra participação ativa no processo de capacitação e ensino.

Com a construção do roteiro, buscou-se o profissional ilustrador e especialista em diagramação. O roteiro foi escrito em arquivo do *Microsoft Word* e enviado ao mesmo por e-mail.

O contato com o profissional aconteceu por telefone, e-mail e através do aplicativo *Whatsapp*, de acordo com a construção das páginas, as mesmas eram enviadas ao pesquisador para aprovação ou para sugestões, com o objetivo de seguir os pressupostos de Bandura (1998) e demais orientações acima citadas.

Quanto à diagramação, houve organização e formatação dos tópicos, páginas, textos e ilustrações, onde foram utilizados os programas *Paint tool sai* e *Adobe photoshop CS6*. O material contém 16 páginas, sendo múltiplo de 4, para que a versão impressa seja apresentada frente e verso. O tamanho é A4 e os textos foram justificados para que ficassem dispostos em quadros, sendo a divisão dos desenhos em quatro textos e quatro ilustrações, utilizando-se uma distribuída em zig zag.

As ilustrações da cartilha são de cores vivas, a fim de despertar a atenção do leitor e auxiliar no processo de aprendizagem. As características das mesmas fazem com que o leitor se identifique no material. Assim, as ilustrações representam características do ACS, bem como dos profissionais que atuam com o mesmo e a comunidade. Foi apresentado uma enfermeira como personagem da cartilha, pois os entrevistados relatavam sempre a busca desta profissional em situações diversas.

Para demonstrar semelhança com a área de atuação do público-alvo, a cartilha apresentou locais de atuação frequente destes profissionais, bem como símbolos que retratassem isso, como a USB e sala da enfermeira, conforme figura 4.

**Figura 4 – Apresentação dos locais existentes na área de atuação do público da cartilha. Crato, 2019**



Fonte: Elaborada pelo autor.

A capa, Figura 5, foi desenvolvida a fim de tornar a cartilha atrativa ao leitor, onde possa transmitir informações através da visualização. Foram incorporados os personagens principais, bem como crianças e adolescentes, junto ao Título “Juntos enfrentamos a violência doméstica contra crianças e adolescentes”. Dentre os personagens, estão: Agente Comunitário de Saúde, Enfermeira, Crianças e Adolescentes. Na mesma, encontra-se o local de trabalho do ACS.

**Figura 5 – Ilustração da capa da cartilha “Juntos enfrentamos a violência doméstica contra crianças e adolescentes!”. Crato, 2019**





Fonte: Elaborada pelo autor.

Na contracapa foi descrito quais as Instituições de Ensino Superior a cartilha estava vinculada, bem como o curso; seguido de título do material, local e ano.

A ficha técnica contém o nome dos autores e suas instituições de vínculo, posteriormente são apresentadas as titulações e créditos referentes à ilustração e diagramação. Apresenta-se também a ficha catalográfica. A cartilha segue com sumário, apresentação do conteúdo e, ao final, as referências. Assim, as páginas estruturais acima mencionadas não foram abordadas no quadro 3 que demonstra a categorização do conteúdo da cartilha.



**Quadro 3 – Categorização do conteúdo da cartilha educativa a partir dos pressupostos para autoeficácia. Crato, 2019**

(continua)

Página(s)	Conteúdo que emergiu dos grupos focais	Conteúdo que emergiu da revisão integrativa	Ajuste do material para autoeficácia
	-	O processo de visita domiciliar do ACS e a abordagem a família foi demonstrado no material	Personagens familiares ao público alvo e comunidade com características similares aos locais onde os grupos focais foram realizados
	Conceito de violência, violência doméstica contra a criança e adolescente e ciclo geracional da violência	Apresentação dos conceitos de violência, violência doméstica contra crianças e adolescentes e ciclo geracional da violência a partir dos autores contemplados na revisão integrativa	Utilização de linguagem de fácil compreensão e ilustrações do ambiente de trabalho do ACS na ESF


**Quadro 3 – Categorização do conteúdo da cartilha educativa a partir dos pressupostos para autoeficácia. Crato, 2019**

(continuação)

Página(s)	Conteúdo que emergiu dos grupos focais	Conteúdo que emergiu da revisão integrativa	Ajuste do material para autoeficácia
	<p>Tipos de violência contra a criança e do adolescente e consequências para a saúde dos mesmos</p>	<p>Definição dos tipos de violência contra crianças e adolescentes e consequências para a saúde dos mesmos de acordo com a literatura, onde foram apresentados: negligência; violência sexual; violência física; violência psicológica abandono e tráfico</p>	<p>Linguagem de fácil compreensão e demonstração do conteúdo através de ilustrações para proporcionar captação da mensagem pelo leitor</p>
	<p>Rede de enfrentamento e papel dos serviços da rede no enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes</p>	<p>Definição do papel dos serviços da rede no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, onde foram abordados: CRAS; CREAS; Ministério Público; Conselho Tutelar e ESF</p>	<p>Linguagem de fácil compreensão e demonstração do conteúdo através de ilustrações para proporcionar captação da mensagem pelo leitor</p>

**Quadro 3 – Categorização do conteúdo da cartilha educativa a partir dos pressupostos para autoeficácia. Crato, 2019**

(conclusão)

Página(s)	Conteúdo que emergiu dos grupos focais	Conteúdo que emergiu da revisão integrativa	Ajuste do material para autoeficácia
	Empoderamento ACS para enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes	Atuação do ACS no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes, onde contemplou-se: visita domiciliar; papel do ACS na ESF e abordagem a família e criança em situação de violência	Uso de voz ativa pelos personagens. Utilização de frases para proporcionar autoeficácia ao leitor e uso de ilustrações em local familiar e personagens com características semelhantes ao leitor

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Os conteúdos contemplados na cartilha emergiram da revisão integrativa e do grupo focal, onde foram organizados e dispostos de acordo com as orientações de Bandura (1977) para desenvolvimento da autoeficácia dos ACS para enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes. Assim, o material apresenta-se organizado e com linguagem e *design* adequados para utilização por profissionais da saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a proposta de realização desta pesquisa, elaborou-se uma cartilha educativa para autoeficácia no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes, onde identificou-se conteúdos emergentes dos grupos focais e da revisão integrativa, dentre estes: conceito de violência; conceito de violência doméstica e contra a criança e ao adolescente; ciclo geracional da violência; tipos de violência contra crianças e adolescentes; consequências da violência para a saúde da criança e do adolescente; redes de apoio para enfrentamento à violência; serviços que compõem a rede e suas funções e as estratégias para empoderamento do ACS, bem como abordagens em situações de violência.

O desenvolvimento da cartilha educativa foi contemplado através de um processo mútuo de colaboração entre os Agentes Comunitários de Saúde, onde se valorizou a participação dos sujeitos na formação de conhecimento. As orientações mediadas pelos pressupostos da autoeficácia e demais referências deram cientificidade ao material construído, trazendo maior rigor à tecnologia, demonstrando-se como o material poderia ser construído, onde foi contemplado: linguagem clara de fácil compreensão e na voz ativa, personagens familiares ao leitor e situações semelhantes vivenciadas pelos mesmos.

O conteúdo incluído na cartilha emergiu da revisão integrativa e de dúvidas dos participantes quanto ao enfrentamento e prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes, as quais foram discutidas através de grupos. Em seguida os achados foram sistematizados e, posteriormente, houve a produção da tecnologia, esta foi pautada em aspectos culturais e, assim, procurou-se apresentar características similares ao público-alvo.

O processo de construção foi permeado por desafios, desde a incorporação da teoria da autoeficácia, quando as orientações referentes a linguagens, onde o receio de não colocar informações julgadas como essenciais, poderiam comprometer o conteúdo da mensagem ou seu objetivo. Os pressupostos da teoria da autoeficácia abordados, desde as características dos personagens, a formação das frases e a voz ativa, onde locais de trabalhos dos participantes foram representados.



A atuação do profissional especializado na construção da cartilha assegurou aspectos importantes para o material, pois a visão técnica sobre diagramação e ilustração permitiu que o material apresentasse adequabilidade ao público.

Leva-se em consideração a complexidade do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, visto que no estudo não houve pretensão de se esgotar a abordagem sobre o tema, mas auxiliar no enfrentamento do mesmo através da utilização de profissionais que apresentam características que são favoráveis a isso.

Destaca-se a necessidade do processo de validação do instrumento criado, onde isso poderá contribuir para lapidação do mesmo, e posterior, utilização e análise através do público alvo.

## REFERÊNCIAS

- ALBURQUERQUE, G. A. et al. Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. **Rev Bras Enferm.**, n. 69, v. 6, p. 1164-1171, nov./dez. 2016.
- ALMEIDA, A. A.; MIRANDA, O. B.; LOURENÇO, L. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliométrica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, n. 6, v. 2, p. 298-311, jul./dez. 2013.
- AMIN, A. R. Doutrina da proteção integral e princípios orientadores do direito da criança e do adolescente. In: MACIEL, K. R. F. L. A. (Org.). **Curso de direito da criança e do adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumens Júris, 2009.
- ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.
- ANTONIO, E. M. R.; FONTES T. M. P. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. **Rev. Bioética**, v. 20, n. 2, p. 280-287, 2012.
- APOSTÓLICO, M. R.; HINO, O.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Rev. Esc Enferm.**, v. 47, n. 2, p. 320-327, 2013.
- ARAGÃO, A. S. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 7, jan./fev. 2013.
- BACKERS, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BANDURA, A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **Journal of Management**, v. 38, n. 1, p. 9-44, 2012.
- \_\_\_\_\_. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press, 1994. p. 71-81.
- \_\_\_\_\_. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.
- BARBOSA, V. B. A. et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 56-63, 2012.
- BARROS, M.; SANTOS, A. C. B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Rev. Espaço Acadêmico**, n. 112, set. 2010.

BÉRGAMO, L. P. D.; BAZON, M. R. Experiências infantis e risco de abuso físico: mecanismos envolvidos na repetição da violência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 4, p. 710-719, 2013.

BERGER, S. M. D. et al. Formação de agentes comunitários de saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da educação popular e da pedagogia feminista. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, supl. 1, p. 1241-1254, 2014.

BEZERRA, K. P. MONTEIRO, A. I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 209-217, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. **Boletim epidemiológico**, v. 44, n. 9, 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série: Cadernos de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2011. Seção 1, p. 48-52.

BRUM, C. R. S. et al. Violência doméstica e crenças: intervenção com profissionais da atenção primária à saúde. **Psicologia em Pesquisa UFJF**, v. 7, n. 2, p. 242-250, jul./dez. 2013.

CABRAL, J. R. et al. Tecnologia educativa para promoção da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV. **REME-Rev Min Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 941-948, 2016.

CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da atenção primária à saúde. **Rev. Bras Enferm.**, v. 70, n. 3, p. 537-544, maio/jun. 2017.

CASTRO, A. N. P.; LIMA JÚNIOR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 13, n. 2, p. 103-113, abr./jun. 2014.

CAVALCANTE, L. F.; DINIZ, M. Tecnologias aplicadas à avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão sistemática. In: SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. Fortaleza: EdUECE, 2011.

CESARINO, C. B.; SCIARRA, A. M. P. Empoderamento na saúde. **Arq. ciência. Saúde**, v. 23, n. 3, p. 1-2, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466/2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 48-59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 186-190, 2016.

DIAS, I.; SANTIAGO, B. M. Violência de gênero contra a mulher: perfil de registros periciais da gerência executiva de medicina e odontologia legal (GEMOL) João Pessoa/PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 315-324, 2014.

DONOSO, M. T. V., BASTOS, M. A. R. O cotidiano dos profissionais que trabalham diretamente com vítimas de violência social. **Rev. R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 951-960, 2014.

DOSARI, M. S. et al. Parent's perceptions about child abuse and their impact on physical and emotional child abuse: a study from primary health care centers in Riyadh, Saudi Arabia. **J. Family Community Med.**, v. 24, n. 2, p. 79-85, maio/ago. 2017.

DUBOWITZ, H. et al. The SEEK modelo f pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in a low-risk population? **Acad Pediatric.**, v. 12, n. 4, jun. 2012.

DUPRET, L. Cultura de paz e ações sócio-educativas: desafios para a escola contemporânea. In: MORIN, E. (Org.). **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.

EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na atenção básica: como os profissionais percebem? **Rev. Bras Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 113-119, jan./fev. 2016.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Santa Cruz do Sul**, v. 37, p. 67-87, jul./dez. 2012.

FERRÃO, A. C. F.; NEVES, M. G. C. Síndrome de Munchausen por procuração: quando a mãe adocece o filho. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 2, p. 179-186, 2013.

FROTA, M. A. et al. Perspectiva materna acerca da repercussão da violência doméstica infantil no desenvolvimento humano. **Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 2, p. 2180-2189, maio/ago. 2016.

FRUTUOSO, M. F. P. et al. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 337-349, abr./jun. 2015.

GARDIN, C. S. et al. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J health sci inst.**, v. 32, n. 4, p. 32-38, 2014.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. **Maus-tratos contra crianças e o adolescente no Estado de São Paulo**. São Paulo: Elsevier, 2012.

GEBARA, C. F. P.; LOURENÇO, L. M.; RONZANI, T. M. A violência doméstica infanto-juvenil na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Psicologia em estudo**, v. 18, n. 3, p. 441-451, jul./set. 2013.

GOVINDAMA, Y. Sofrimento da criança pequena maltratada e seus pais. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 43-58, jan./abr. 2015.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Rev. Estudos feministas**, v. 18, n. 1, jan./abril. 2010.

HEBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 8, jan./fev. 2012.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 180-186, mar. 2013.

HOLANDA, V. R.; HOLANDA, E. R.; SOUZA, M. A. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, v. 1, p. 209-217, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população**: 2017. Brasília: IBGE, 2017.

IBIAPINA, A. C.; ROCHA, G. O. R. Políticas públicas de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e no Maranhão. **Cid Univer.**, v. 6, ago. 2013.

IGUATU. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Saúde municipal em números**. Iguatu: Secretaria de Saúde, 2017.

IGUATU. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social. Centro de Referência em Assistência Social. **Violação aos direitos da criança e do adolescente**: notificações no ano de 2016-2017. Iguatu: Secretaria de Assistência Social, 2017.

JACINTO, A. M. F. L. **Violência doméstica contra a mulher**: representações e práticas do agente comunitário de saúde. 2018. 146. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2018.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LANZONI, G. M. M. et al. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 145-154, out./dez. 2009.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. bras enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 557-563, 2013.

LEITE, J. T. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva do enfermeiro da atenção básica. **Rev. Gaúcha enfer.**, v. 37, n. 2, jun. 2016.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. 294 p.

LIMA, J. S., DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Rev. Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015.

LIRA, S. V. G. et al. Articulação entre o conselho tutelar e o setor saúde no enfrentamento à violência intrafamiliar. **Trab. Educ. Saúde.**, v. 16, p. 821-835, maio/ago. 2018.

LISE, F.; MOTTA, M. G. C. Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 53-58, jan./jun. 2012.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, set. 2012.

LOPES, N. R. L.; ENSENTEIN, E.; WILLIAMS, L. C. A. Abusive head trauma in children: a literature review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 5, p. 426-433, 2013.

MACHADO, J. C. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de saúde da família. **Rev. Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 828-840, 2014.

MAIA, J. N. M. et al. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 5, p. 593-601. 2016.

MARTINS-MONTEVERDE, C. M.; PADOVAN, P.; JURUENA, M. F. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. **Medicina Ribeirão Preto**, n. 7, v, supl. 1, p. 37-50, jan./fev. 2017.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interpessoal na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais**: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). 2. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

MOREIRA, G. A. R. et al. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. **Saúde Debate**, v. 39, p. 257-267, dez. 2015.

MOREIRA, G. A. R. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, 2014.

MOREIRA, L. et al. A educação permanente em saúde e sua relação com o empoderamento: reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde. **Revista Teias**, v. 14, n. 34, p. 163-190, 2013.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./abr. 2003.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família. **Rev. Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.

MOURA, D. J. M. et al. Construção de cartilha sobre insulino terapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Rev Bras Enferm**, n. 70, v. 1, p. 7-14, jan./fev. 2017.

NAHARA, N. R. L. et al., Abusive head trauma in children: a literature review. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 23, n. 1, p. 48-65, 2013.

NESPOLI, G. Os domínios da tecnologia educacional no campo da saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.17, n. 47, p. 873-884, out./dez. 2013.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182-189, jan./abr. 2012.

NOGUEIRA, P. M.; RESENDE, L. M. A importância do conhecimento do território no planejamento de ações em saúde. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 3, n. 1, 2015.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Revista da SPAGESP**, v. 17, n. 2, p. 21-36, 2016.

PAIM, L. G. D.; NIETSCHE, E. A.; LIMA, M. G. G. Tecnologias de enfermagem: algumas propostas de classificações/categorizações. In: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (Orgs.). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá Editora, 2014. p. 97-112.

PALMEZONI, V. P.; MIRANDA, F. J. S. A identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelo agente comunitário de saúde. **Saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 49, p. 88-92, 2010.

PINTO JÚNIOR, A. A.; CASSEPP-BORGES, V.; SANTOS, J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet**, n. 23, v. 2, p. 124-131, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P. LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da estratégia saúde da família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, 2014.

RAMOS, M. L. C.; SILVA, A. L. Estudo sobre violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011.

RAZERA, J.; CENCI, C. M. B.; FALCKE, D. Violência doméstica e transgeracionalidade. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 1, p. 47-51, jan./jun. 2014.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Amer. Enfermagem**, v. 20, n. 1, jan./fev. 2012.

ROCHA, N. B. et al., Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 72-80, jul. 2017.



- ROCHA, N. H. N.; BEVILLACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13 n. 3, p. 597-615, set./dez. 2015.
- ROLIM, A. C. A. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na atenção primária à saúde. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 22, n. 6, p. 1048, 2014.
- SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Rev. Aletheia**, n. 24, p. 95-104, jul./dez. 2006.
- SALES, D. S. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez. 2009.
- SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-472, 2007.
- SARAIVA, R. J. et al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Ciencia y Enfermeria**, v. 28, n. 1, p. 17-27, 2012.
- SCHRAIBER, L. B. Violência: questão de interface entre saúde e a sociedade. **Rev. Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 727-732, 2014.
- SILVA, A. M. C. et al. Tecnologias em aleitamento materno: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 439-446, jul./set. 2016.
- SILVA JÚNIOR, G. B. et al. Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 2, p. 469-484, maio/ago. 2017.
- SILVA, C. D. et al. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre técnicos de enfermagem e agentes comunitários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015.
- SILVA, M. J. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014.
- SOUZA, G. S. L.; RIBEIRO, M. R. R. Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, jan./mar. 2017.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- SZILASSY, E. et al. Outcomes of short course interprofessional training in domestic violence and child protection. **Violence against women**, v. 19, n. 11, p. 1370-1383, 2013.
- TAGLIARI, A. B.; MURARO, C. F.; FERREIRA, M. G. G. Impacto da estratégia saúde da família nas internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 876-891, out./dez. 2016.

TALSMA, M.; BRSTROM, K. B.; OSTBERG, A. L. Facing suspected child abuse – what keeps swedish general practitioners from reporting to child protective services? **Scand J Prim Health Care**, v. 33, n. 1, p. 21-26, 2015.

TEIXEIRA, E; MOTA, V. M. S. S. **Tecnologias educacionais em foco**. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

VELLOSO, I. S. C.; ARAÚJO, M. T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma unidade básica de saúde na interface com a violência. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 466-471, 2011.

ZENONI, A. Quando o filho realiza o objeto: a respeito da chamada síndrome de Münchhausen por procuração. **Psicologia em Revista**, v. 8, n. 12, p. 65-71, dez. 2002.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – Pedido de Informações Quanto as Notificações de Violência no Município



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

OFÍCIO Nº 06/2017 – MESTRADO/URCA

Crato, CE, 24 de outubro de 2017.

À COORDENADORA DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SASCHIA LOBO BANDEIRA.

Cumprimentamos V. Sa., ao tempo em que, solicitamos autorização para o aluno JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE, matriculado no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, promovido em parceria entre a Universidade Estadual do Ceará e Universidade Regional do Cariri, possa ter acesso ao dados quantitativos de notificações de violência contra crianças e adolescentes e suas distribuição por unidades e/ou equipes de saúde da família e/ou por bairros, de posse deste Centro de Referência Especializada de Assistência Social da cidade de Iguatu, Ceará. Os dados serão utilizados para embasar a pesquisa intitulada: **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: elaboração de uma cartilha para agentes comunitários de saúde**, que objetiva elaborar uma tecnologia educativa, tipo cartilha, para qualificação de agentes comunitários de saúde no tocante ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Esta pesquisa está sob orientação da professora Dra. Grayce Alencar Albuquerque e atenta aos preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos.

Desde já agradecemos a atenção com votos de sucesso e estima.

Jo | 11 | 17  
SBC

  
Dra. Maria Corina Amaral Viana

Coordenadora do Curso Mestrado Profissional  
em Saúde da Criança e do Adolescente – UECE  
Universidade Regional do Cariri - URCA

APÊNDICE B – Pedido de Autorização para Realização da Pesquisa

**Ofício S/N**

À Ilmo, Sra.

**Samara Ferreira Pequeno Leite**

Superintendente da Escola de Saúde Pública de Iguatu – CE

Assunto: **Pedido de autorização para realização de pesquisa.**

Iguatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**Prezada Senhora,**

Solicito a Vossa Senhoria permissão, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Grayce Alencar Albuquerque, para John Carlos de Souza Leite, aluno do curso de Mestrado Profissional de Saúde da Criança e do Adolescente – UECE, possa realizar o estudo com os agentes comunitários de saúde atuantes no município de Iguatu, a fim de coletar dados para subsidiar sua dissertação, intitulada: “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”, tendo como objetivo: Elaborar produção de tecnologia educativa, tipo cartilha, para qualificação de agentes comunitários de saúde no tocante ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

É válido salientar que o aluno irá realizar a técnica de coleta de dados grupo focal, deixando claro os princípios éticos e obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, ficando os dados coletados para fins exclusivamente científicos. Certo de contarmos com a colaboração de V.S<sup>a</sup>. antecipadamente agradecemos.

Cordialmente,

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Corina Amara Viana  
Coordenadora do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente –  
UECE  
Universidade Regional do Cariri - URCA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Grayce Alencar Albuquerque  
Coorientadora

## APÊNDICE C – Carta Convite aos Agentes Comunitários de Saúde

Prezado (a), \_\_\_\_\_,

Eu, John Carlos de Souza Leite, enfermeiro e mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará em parceria com a Universidade Regional do Cariri, venho por meio desta convidá-lo a participar para compor o Grupo Focal, método de coleta de informações, para auxiliar no processo de construção de uma Cartilha para agentes comunitários de saúde para o enfrentamento da violência domésticas contra crianças e adolescentes.

Certo de que posso contar com sua contribuição, agradeço.

---

John Carlos de Souza Leite

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr. (a):

Eu, Grayce Alencar Albuquerque, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA), juntamente com o discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, John Carlos de Souza Leite estamos desenvolvendo, neste momento, uma pesquisa intitulada “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”, que tem como objetivo geral: Elaborar produção de tecnologia educativa, tipo cartilha, para qualificação de agentes comunitários de saúde no tocante ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Para isso, está sendo desenvolvido um estudo que conta com as seguintes etapas: Elaboração do projeto; qualificação; envio ao comitê de ética; coleta e análise dos dados; elaboração da cartilha e dissertação e defesa.

Por essa razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em participação de um grupo focal. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido mediante esclarecimentos detalhados sobre o intuito e objetivos desta pesquisa. Os benefícios esperados com a realização do estudo é contribuir para o empoderamento, qualificação do Agente Comunitário de Saúde, além de contribuir de forma ampliada quanto a divulgação dos resultados.

Todas as informações que a (o) Sr. a (o) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas Respostas e dados pessoais serão confidenciais. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.

Caso a (o) Sr. (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira, também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Se a (o) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue.

Iguatu – Ce, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do (a) pesquisador (a)

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após a leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Iguatu – Ce, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018



Impressão Dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)



APÊNDICE E – Questionário Sociodemográfico

**Características Sociodemográficas dos Participantes da Pesquisa**

	<b>Estratégia Saúde da Família</b>	
	<b>Participante</b>	Nº
<b>1</b>	<b>Qual sua idade?</b>	_____ anos completos
<b>2</b>	<b>Sexo</b>	a) Masculino b) Feminino
<b>3</b>	<b>Identidade de gênero</b>	a) Masculino b) Feminino
<b>4</b>	<b>Estado civil</b>	a) Solteiro b) Casado c) Divorciado/Separado d) União estável
<b>5</b>	<b>Tempo de união:</b>	_____ anos completos
<b>6</b>	<b>Número de filhos</b>	Nº
<b>7</b>	<b>Cor/etnia</b>	a) Branco b) Pardo c) Negro d) Amarelo
<b>8</b>	<b>Quantas pessoas moram com você?</b>	a) 1 a 3 b) 4 a 6 c) 7 a 10 d) Mais
<b>9</b>	<b>Qual sua renda familiar?</b>	a) 1 a 2 salários mínimos b) 3 a 4 salários mínimos c) 5 a 6 salários mínimos d) Mais que 7 salários mínimos
<b>10</b>	<b>Sua residência é:</b>	a) Alugada b) Própria c) Cedida

11	<b>Qual sua escolaridade?</b>	a) Fundamental incompleto b) Fundamental completo c) Médio incompleto d) Médio completo e) Superior (Completo ou não)
12	<b>Há quanto tempo atua como Agente Comunitário de Saúde?</b>	a) Menos de 1 ano b) 1 ano c) 2 a 3 anos d) Mais de 4 anos
13	<b>Recebe capacitação pela Secretaria Municipal de Saúde?</b>	a) Sim b) Não
	<b>Recebe capacitação de outras instituições?</b>	
14	<b>Quais os tipos de capacitação?</b>	_____ _____
15	<b>O tema violência doméstica já foi abordado em alguma destas capacitações?</b>	a) Sim b) Não
16	<b>Foi abordado o tema violência doméstica contra crianças e adolescentes?</b>	a) Sim b) Não

APÊNDICE F – Roteiro de Condução do Grupo Focal

<b>Questões disparadoras</b>	<b>Check</b>
Fale-me sobre o que entende/sabe frente à temática violência.	
Fale-me sobre o que entende/sabe frente à temática violência contra crianças e adolescentes.	
Fale-me sobre o papel da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.	
Fale-me sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.	
Fale-me sobre os conhecimentos que acreditam ser necessários para este enfrentamento.	
Que conteúdos acreditam ser necessários para compor uma cartilha para o ACS enfrentar e prevenir a violência doméstica contra crianças e adolescentes?	
Fale-me sobre as possíveis dificuldades de enfrentamento dos ACS e do serviço para com a violência doméstica contra crianças e adolescentes.	
Fale-me sobre as possíveis potencialidades de enfrentamento dos ACS e do serviço a violência doméstica contra crianças e adolescentes.	
Fale-me sobre o que conhece a respeito do caminho que a criança e o adolescente vítima de violência doméstica deve utilizar na rede de atenção à saúde.	
Fale-me sobre suas experiências sobre a violência contra crianças e adolescentes em sua microárea.	
Fale-me sobre o que você acreditar ser necessário para elevar o conhecimento do ACS sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes.	

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Anuência



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUAU



### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA Nº 04/2018

A Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI, na condição de instituição responsável pela articulação da Educação Permanente em Iguatu, aprova a proposta de realização, no Município de Iguatu – CE, do projeto de pesquisa "VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE" cujo pesquisador responsável é, John Carlos de Souza Leite, inscrito sob o número de RG: 2006029087902 e CPF:034.952.863-22, pertencente ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), situada em Fortaleza – CE.

Após avaliação do projeto, a ESPI autoriza a realização da pesquisa nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Iguatu – CE por meio de um estudo de caráter metodológico, descritivo-exploratório e de abordagem qualitativa, objetivando o desenvolvimento tecnológico educativo, cartilha, para a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde concernente ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

O acesso ao serviço deverá ser realizado de acordo com pactuação prévia entre os pesquisadores e o gestor, nas datas e horários disponíveis.

Salienta-se que essa autorização está condicionada à aprovação prévia dessa pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa e à observação a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS/MS por parte dos pesquisadores. O descumprimento dessas condições assegura ao município o direito de cancelar essa autorização.

Iguatu - CE, 29 de janeiro de 2018.

Maria do Livramento Alencar de Holanda  
RG: 161011788 CPF: 579.496.383-20  
Coordenação de Formação e Educação Permanente  
Escola de Saúde Pública de Iguatu – ESPI

ESCOLA DE FORM. E EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE DO MUNICÍPIO  
IGUAU-CE - EFETI  
CNPJ: 13.673.723/0001-01

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
DESENVOLVIMENTO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE **Pesquisador:** JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83190618.0.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.514.372

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico, descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Elegu-se o município de Iguatu – CE como lócus de pesquisa. Os Agentes Comunitários de Saúde serão escolhidos para contemplar o estudo. Uma vez definidos os componentes da amostra, estes receberão um questionário junto a canetas, onde terão um tempo de 10 minutos para seu preenchimento, após a devolução, serão divididos em grupos focais de seis a 15 pessoas (BACKERS et al., 2011), os quais serão submetidos à técnica do grupo focal. Critérios de inclusão: possuir tempo de atuação como ACS igual ou superior a dois anos; estiver disponível para a realização da pesquisa no período de coleta de dados (Abril de 2018); critério de exclusão: serão excluídos da amostra aqueles indivíduos que, por motivos pessoais ou trabalhistas não se enquadrem nos critérios de inclusão previamente estabelecidos, tais como: férias, atestados e licença maternidade. Será utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011).

#### Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver tecnologia educativa, tipo cartilha, para qualificação de Agentes Comunitários de Saúde no tocante ao enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Identificar o conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento.

Descrever as principais facilidades e/ou dificuldades no enfrentamento da violência doméstica

<b>Endereço:</b>	Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
<b>Bairro:</b>	Pimenta
<b>CEP:</b>	63.105-000
<b>UF:</b>	CE
<b>Município:</b>	CRATO
<b>Telefone:</b>	(88)3102-1212
<b>Fax:</b>	(88)3102-1291
<b>E-mail:</b>	cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



contra crianças e adolescentes pelo Agente Comunitário de Saúde.

Conhecer a atuação do Agente Comunitário de Saúde no combate a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa apresenta riscos, como: quanto aos riscos durante a aplicação da técnica de grupo, os participantes poderão se sentir envergonhados, constrangidos ou ansiosos. O pesquisador irá se responsabilizar por sanar dúvidas e realizar esclarecimentos para minimizar tais riscos.

Benefícios: os benefícios esperados com a realização do estudo é contribuir para o empoderamento, qualificação do Agente Comunitário de Saúde, além de contribuir de forma ampliada quanto a divulgação dos resultados

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é ética e relevante

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

Apresentados e aprovados

**Recomendações:**

Em observância a resolução Número 510/16-XI-d- O pesquisador responsável deve encaminhar para Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa.

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

Sem pendências

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1064922.pdf	09/02/2018 21:27:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_comite.pdf	09/02/2018 21:20:12	JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcel.pdf	09/02/2018 21:14:21	JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta **CEP:** 63.105-000

**UF:** CE **Município:** CRATO

**Telefone:** (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.514.372

Justificativa de Ausência	tcel.pdf	09/02/2018 21:14:21	JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE	Aceito
Folha de Rosto	Fr.pdf	09/02/2018 21:08:24	JOHN CARLOS DE SOUZA LEITE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRATO, 26 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Edilma Gomes Rocha Cavalcante**  
**( Coordenador )**

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
**Bairro:** Pimenta **CEP:** 63.105-000  
**UF:** CE **Município:** CRATO  
**Telefone:** (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br