

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CIDADE DE CAJUEIRO DA PRAIA – PIAUI

Marcela Araujo Lima Melo ¹

Francisca Miriane de Araujo Batista ²

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde, que deve ser identificado e abordado por profissionais que atuam na área. O objetivo deste estudo é analisar as situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes identificados pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família e pesquisar as estratégias e ações interventivas utilizadas pelos Psicólogos dessas Unidades na cidade de Cajueiro da Praia-PI. Foi elaborado um breve histórico sobre os tipos de violência e seu reconhecimento, apresentamos os possíveis impactos dos maus-tratos sobre crianças e adolescentes vítimas de violência e seus dados epidemiológicos; o papel do Psicólogo as Unidades de Saúde e como este profissional pode ajudar essas famílias na conscientização de prevenir situações de violência. Este estudo permite uma compreensão global sobre maus-tratos na infância e adolescência e suas principais causas, útil para o profissional que atua na saúde e que deve estar preparado para identificar e atuar adequadamente frente a casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos.

Palavras-chave: Criança. Adolescente. Violência. Saúde. Psicólogo. Família.

INTRODUÇÃO

Há pouco tempo atrás, o setor saúde olhava para o fenômeno da violência como um espectador, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais. A violência contra crianças e adolescentes não é um fato

1. Psicóloga, graduanda em Saúde da Família e Comunidade – UNASUS - UFPI
2. Tutora da Especialização Saúde da Família e Comunidade – UNASUS - UFPI

recente. Por longos períodos da história foi uma prática habitual, justificada e aceita pelas diferentes sociedades. Atos como o infanticídio, abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância estão abundantemente relatados na literatura (PIRES E MIYAZAKI, 2015).

A violência configura-se como um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo, não só por atingir a humanidade sob diversas formas e em diversos cenários, mas também por suas diferentes repercussões físicas, emocionais e sociais. Pelo caráter desestabilizador da cidadania e da convivência a violência desvela a exacerbação dos conflitos sociais e se constitui em tema emergente e relevante para as necessidades de saúde do país (Pires e Miyazaki, 2015).

A violência intrafamiliar consiste em toda ação ou omissão que possa prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Esta pode ser cometida na própria residência ou fora, por algum membro familiar, incluindo as pessoas que apesar de não terem laços consanguíneos assumem função parental. (PIRES E MIYAZAKI, 2015).

A Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 227 estabelece os direitos fundamentais das crianças e adolescentes e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 trata sobre o direito à vida e à saúde das crianças e dos adolescentes, destacando que nenhuma criança ou adolescente poderá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência e crueldade, o que requer punição na forma da lei, qualquer atentado, seja pela ação ou pela omissão aos seus direitos fundamentais.

A cidade de Cajueiro da Praia, onde será realizada essa pesquisa, tem uma população total de 7.163 habitantes, sendo 1.222 com idade entre 0 - 9 anos e 1.486 com idade entre 10 - 19 anos (IBGE, 2015).

Esta cidade é composta por 5 Unidades Básicas de Saúde distribuídos na zona urbana e rural: Sede (fica no Hospital Municipal), localidade Barra Grande, localidade Árvore Verde, localidade Camurupim e localidade Boa Vista. Todas essas unidades são gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Cajueiro da Praia é uma cidade considerada pequena, porém os dados de violência contra crianças e adolescentes estão deixando os profissionais preocupados visto que, apesar de estarem acontecendo fatos de violência, estas não são registradas em sua totalidade por diversos motivos: não sabem onde denunciar, medo do agressor, constrangimento ou até mesmo por concordar com esses atos.

O trabalho é executado em parceria com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que recebe a maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Ao sermos informados desses casos, realizamos visitas domiciliares com o objetivo de fazer encaminhamentos necessários aos órgãos competentes e incluir essa família no acompanhamento com os Psicólogos da Saúde.

Foi realizado um comparativo dos dados registrados no SINAN 2016 (Sistema de Informação de Agravos de Notificações) com os dados registrados nos CRAS do município. Verificamos que há uma diferença significativa de registros. Enquanto nos CRAS tivemos um número de 38 casos de violência contra crianças e adolescentes, no SINAN foram registrados apenas 12. Percebemos então a partir daí a necessidade de elaborar estratégias para conscientização da população para denunciar maus-tratos e evitá-los, visto a dimensão dos problemas sociais, emocionais e psicológicos que a adoção desses atos pode afetar esse público em questão.

Tem-se como objetivo geral analisar as situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes identificados pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família e elaborar estratégias e ações interventivas utilizadas pelos Psicólogos dessas Unidades na cidade de Cajueiro da Praia-PI. Para, a partir daí trabalharmos em busca de padronizar condutas de atendimento e encaminhamento, realizar projetos de prevenção e intervenção, capacitar adequada os profissionais de Saúde para lidar com esta demanda, desde a sua chegada à Unidade Básica até o atendimento médico e psicológico e no fim existir uma formação de grupos terapêuticos tendo o Psicólogo como facilitador e orientador.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Violência contra Crianças e Adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema mundial, que atinge e prejudica esta população durante importante período de desenvolvimento. Apesar dos diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes terem características comuns, é importante defini-los adequadamente, uma vez que estas definições têm implicações práticas para a prevenção e manejo do problema.

Definir diferentes tipos de violência ou maus-tratos é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea. Os maus-tratos ou abuso ocorrem quando:

(...) um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (CERVINO, 2012).

O tipo mais frequente de maus-tratos contra a criança ou adolescente é a violência doméstica, que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares ou no convívio familiar. Costuma prolongar-se por muito tempo, uma vez que a família, considerada o agente protetor da criança, tende a acobertar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos e pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador.

Os principais tipos de maus-tratos passíveis de notificação incluem:

1. **Violência Física:** é o uso da força física contra a criança ou adolescente, por parte dos pais, responsáveis ou cuidadores, familiares ou pessoas próximas. É usada de forma intencional, não ocorre de forma acidental e tem como objetivo lesar, ferir ou destruir a vítima. O uso da força física é baseado no poder disciplinador e autoritário que o adulto assume sobre a criança ou o adolescente. As agressões mais frequentes incluem tapas, beliscões, chineladas, puxões de orelha, chutes, cintadas, murros, queimaduras com água quente, brasa de cigarro e ferro elétrico, sufocação, mutilação e espancamentos.
2. **Violência Psicológica:** manifesta-se na depreciação da criança e

adolescente cometidos pelo adulto, como – humilhação, ameaças, ridicularizações – Podem gerar profundos sentimentos de culpa e mágoa, insegurança, além de uma representação negativa de si mesmo, que podem acompanhá-los por toda a vida. Essa é uma forma de violência doméstica que praticamente não aparece nas estatísticas, por sua condição de invisibilidade.

3. **Violência Sexual:** geralmente praticada por adultos que tem a confiança da criança e do adolescente. O abusador pode utilizar-se da sedução ou da ameaça para atingir seus objetivos, não tendo que, necessariamente, praticar uma relação sexual para configurar o abuso.
4. **Trabalho Infantil:** é atribuída à condição de pobreza em que vivem suas famílias, que necessitam da participação dos filhos para complementar a renda familiar.
5. **Negligências:** caracteriza-se pelo abandono e a ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais. Famílias negligentes geralmente apresentam consumo elevado de álcool e drogas, grande número de filhos, psicopatia e desestruturação familiar. Além disso, baixa renda, desemprego e pobreza são fatores associados a alto risco para negligência dos filhos, sendo negligência física a mais associada com pobreza.

Negligência física inclui a maioria dos casos de maus tratos onde estão inseridos problemas como: ausência de cuidados médicos, pelo não reconhecimento ou admissão, por parte dos pais ou responsáveis, da necessidade de atenção ou tratamento médico, ou em função de crenças ou práticas religiosas; abandono e expulsão da criança de casa por rejeição; ausência de alimentação, cuidados de higiene, roupas, proteção às alterações climáticas; supervisão inadequada, como deixar a criança sozinha e sem cuidados por longos períodos (GOMES et al, 2015).

O impacto dos maus-tratos sobre as crianças e adolescentes podem provocar danos para estas, suas famílias e para a sociedade por toda a vida. As consequências da violência podem ser divididas em psicológicas, comportamentais, sociais e físicas, embora esta seja uma divisão didática, uma vez que é impossível separar uma forma da outra (PIRES E MIYAZAKI, 2015).

Saúde Pública: SUS e a Atenção Primária à Saúde

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a construção do SUS se norteia pelas seguintes doutrinas: **Universalidade:** é a garantia a todo e qualquer cidadão a todos os serviços públicos de saúde; **Equidade:** é assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira. Aqui, todo cidadão é igual perante o SUS; **Integralidade:** é o reconhecimento do homem como ser integral, biopsicossocial, e que deverá ser atendido com esta visão por um sistema de saúde voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Este artigo tem como temática a violência contra crianças e adolescentes, e na rede pública de Atenção Primária, estamos vendo a triste realidade do crescente número de vítimas de maus tratos e abusos físicos e psicológicos os quais esse público vem sofrendo.

Em 1998, no setor saúde, criou-se o Comitê Técnico Científico de Prevenção de Acidentes e de Violência na Infância e Adolescência. Sua proposta inicial foi de atuar na busca de consistência dos dados, na implantação de rotinas de registros e notificações para melhor conhecimento de determinados agravos, no estabelecimento dos fatores de risco, no monitoramento de eventos e na avaliação de eficácia de ações (CERVINO, 2012). A partir de 2009, a notificação de acidentes e violência passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), permitindo maior acessibilidade e análise das informações.

Para tanto, para que a notificação cumpra seus objetivos informacionais e seja base para o planejamento de intervenções são necessárias ações intrasetoriais (dentro do setor saúde) e intersetoriais (entre outros setores) que demandam e promovam fluxos contínuos, tratamento e análise dos dados, capacitação dos profissionais e consolidação de rotinas de divulgação de informações (DESLANDES et al, 2012).

No âmbito da atual política de saúde, as equipes da atenção primária, por se encontrarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva,

têm maior possibilidade de identificar as situações de violências em crianças e adolescentes, por meio do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação dos casos e encaminhamento para rede de cuidados e de proteção social. Estudos mostram que países que adotam sistemas de saúde universais, como o Brasil, e que têm a APS (Atenção Primária da Saúde) como porta de entrada para o sistema, têm resultados mais positivos e mais equânimes (SCHILLING, 2016).

O Psicólogo na Atenção Primária

A atuação do psicólogo nos serviços de saúde fundamenta-se, sobretudo, pelo princípio da integralidade. Para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, sobretudo, no primeiro nível de atenção, haja equipes interdisciplinares e que desenvolvam ações intersetoriais. O psicólogo, nesse contexto, oferece uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade (BÖING & CREPALDI, 2010).

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde, estudos se propuseram a discutir a efetividade de seus padrões de atuação e constataram a predominância de uma atenção curativa, individual e ineficiente. Assim como o modelo flexneriano predominou na formação e na prática médica, a Psicologia também assumiu, por muito tempo, como paradigma hegemônico da profissão, um modelo curativo e assistencialista voltado para o setor dos atendimentos privados. A formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados e insuficientes em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, inclusive de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS (BÖING & CREPALDI, 2014).

No cenário atual, caminhando para uma efetiva vigilância da saúde, ainda se encontram, fortemente presentes, concepções e práticas do modelo tradicional. A mudança de modelo de atenção à saúde requer, do psicólogo, uma atuação interdisciplinar e práticas específicas da área mais adequada são contextos da saúde coletiva (BÖING, CREPALDI, & MORÉ, 2009).

O conhecimento e a prática interdisciplinar surgem como alternativas de se promover a inter-relação entre as diferentes áreas de conhecimento,

entre diferentes profissionais e entre eles e o senso comum, tornando-se uma necessidade real do profissional de saúde para uma atenção integral que abrange a complexidade do processo saúde-doença.

Segundo os autores Böing & Crepaldi (2010), a prática interdisciplinar promove mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Inicia-se, portanto, por uma atitude novo-paradigmática, interdisciplinar, em que o profissional deve renunciar o status e a onipotência que sua especialidade lhe confere e exercitar constantemente a humildade, condição necessária para uma postura de coconstrução. Não anula nem desvaloriza as especialidades, pois reconhece que elas constituem o cenário no qual ela se produz.

É crucial que o psicólogo tenha condições reais de trabalho que permita o contato cotidiano com as pessoas, seus contextos de vida e com os demais profissionais de saúde. Outro sim, essas condições devem ser garantidas pelas políticas e pelos gestores da saúde pública. Contudo, infelizmente, a configuração atual das políticas públicas de saúde não oferece condições reais para a atuação interdisciplinar do psicólogo na saúde pública, em especial, na atenção básica (BÖING & CREPALDI, 2010).

Na Atenção Primária, o trabalho do Psicólogo é organizado no enquadre grupal e na ampliação dos recursos teóricos para a intervenção, realizando trabalhos mais integrados e de cunho preventivo e de promoção da saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde, apontando como mais adequado ao nível de assistência primária (CERVINO, 2012).

Prevenção da Violência - Ações Interventivas

A saúde pública na Atenção Primária caracteriza-se, sobretudo, por sua ênfase em prevenção, portanto partirá do ponto de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados.

As intervenções realizadas são caracterizadas em três níveis de prevenção às quais são citadas por Cervino em 2012: **Prevenção Primária:** previne a violência antes que ela ocorra; **Prevenção Secundária:** ações imediatas após a violência (cuidados médicos, tratamentos, notificação e encaminhamentos); **Prevenção Terciária:** cuidados prolongados após a

violência (reabilitação e reintegração).

É imprescindível ao profissional trabalhar suas próprias resistências e defesas emocionais para não comprometer o processo por suas limitações. Entrar em contato com o fenômeno da violência será sempre doloroso (CERVINO, 2012).

Preocupados com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e comprometidos com a promoção da saúde da população, os Psicólogos, muitas vezes sentem dúvidas quanto à maneira mais correta de agir em casos de violência. O estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação desses profissionais tornou-se, portanto, uma demanda para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação desses casos, como medidas iniciais para um atendimento de proteção às vítimas e de apoio a suas famílias (CERVINO, 2012).

A prevenção da violência contra a criança e o adolescente quanto mais cedo se inicia, maiores são as chances de proteger os membros da família deste problema. Desde o pré-natal, é possível uma atuação preventiva, trabalhando a aceitação de gravidez não planejada ou em decorrência de violência e as expectativas em relação ao bebê com a mãe, o pai e os familiares. Promover vínculos afetivos e de cuidado é a melhor via de prevenção nessa fase (BRASIL, 2010).

A promoção de espaços participativos que envolvam conjuntamente profissionais, crianças, adolescentes e suas famílias pode facilitar o estabelecimento de vínculos de confiança com os profissionais e com os serviços. O compartilhamento constitui-se também como estratégia de prevenção, já que a forma participativa é a melhor maneira de envolver os sujeitos na reflexão sobre o tema e as situações de violências, dessa forma é importante o Psicólogo realizar palestras na sala de espera da UBS, Escolas e ONGs locais (BRASIL, 2011).

O profissional deve ter o conhecimento do território, do estilo de vida dos usuários, mapear a rede de serviços local que atende crianças e adolescentes em situação de violência, para garantir o acesso, o cuidado e a proteção social a esse grupo (CERVINO, 2012).

METODOLOGIA

Esta será uma pesquisa de campo que se transformará em projeto de intervenção de trabalho para profissionais da Atenção Básica de Saúde do município de Cajueiro da Praia – PI. Este estudo será acompanhado por relatórios descritivos de cada profissional envolvido nesse projeto.

Em um primeiro momento será feito um diagnóstico situacional da área de abrangência dos postos de Unidade Básica de Saúde de Cajueiro da Praia-PI em relação à temática violência contra crianças e adolescentes e suas principais causas. Serão feitas visitas domiciliares, entrevistas com vítimas e possíveis vítimas, agressores e possíveis agressores, entrevistas com familiares, vizinhos, além de observações do ambiente familiar e da comunidade. Ao final de cada visita será explicado o projeto e deixando-os avisados do retorno para continuação e formação dos grupos de convivência e terapêutico.

Após realização deste diagnóstico, algumas áreas serão selecionadas para início do trabalho, em ordem de maior ocorrência para a menos e assim poder atuar primeiramente nas áreas mais afetadas.

Um plano de ação das atividades será traçado com objetivos e metas pretendidas para cada região, acompanhados de relatórios mensais das atividades que será de cunho individual para cada profissional que estará atuando. E a cada 3 meses um relatório de toda a equipe.

Além disso haverá reuniões quinzenais com os profissionais para discussão de casos, ações e estratégias que possam ser aplicadas.

Plano Operativo

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Violência contra crianças e adolescentes	Conscientizar e informar sobre os prejuízos causados pela prática da violência com esse público	12 meses	Palestras com Psicólogo Rodas de conversa Atendimento individual com Psicólogo Visitas domiciliares	Psicólogo, Médico, Enfermeiro e Agente de Saúde
Recusa de denunciar casos de violência	Registrar todos os casos de violência contra crianças e adolescentes	12 meses	Atendimento na UBS Visitas domiciliares	Psicólogo, Médico, Enfermeiro e Agente de Saúde
Desinformação sobre meios	Implantar estratégias para formação de	3 meses	Rodas de Conversa	Psicólogo

de denuncia e prejuízos futuros às vítimas de violência e suas famílias.	grupos terapêuticos e rodas de conversa; Conscientizar e informar sobre os meios de denuncia. Melhorar qualidade de vida dessas famílias		Dinâmicas Palestras	
Discussão de casos e montagem de estratégias	Trocar experiências e compartilhamento de informações	A cada 15 dias	Rodas de Conversa Reuniões	Toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com este projeto abranger o maior número de famílias possíveis atingidas pela prática da violência com o público de crianças e adolescentes. Pretende-se conscientizar e informar as famílias sobre os prejuízos causados pela prática da violência com esse público, e diminuindo, conseqüentemente o número de casos de violência na região.

Espera-se transmitir informações em linguagem simples e acessível para abranger toda a população e assim, estreitar o vínculo com as famílias. Os profissionais enfatizarão alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, tais como respeitar os direitos da criança e do adolescente e expressar afeto e carinho.

CONCLUSÃO

A maior dificuldade e ao mesmo tempo maior desafio é construir redes coordenadas e sistematizadas que priorizem as medidas preventivas, pois o enfrentamento das situações de violência demandam articulação conjunta e efetiva com os diversos setores e atores, para atingir o objetivo principal que é a prevenção da violência e a redução de danos causados.

Assim, busca-se na execução deste projeto, tentar diminuir esses números tão agravantes de violência, pelo menos em nossa região. Mesmo com poucos recursos financeiros, falta de transportes para ir às localidades, escassez de profissionais, estamos buscando, com o nosso mínimo, fazer o máximo por essas famílias, principalmente para as crianças e adolescentes,

principais vítimas de todo esse contexto.

REFERÊNCIAS

PIRES, A.L.D., MIYAZAKI, M.C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Departamento de Psiquiatria e Psicologia e Laboratório de Psicologia e Saúde. Serviço de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) São José do Rio Preto – SP, 2015.

BÖING, E., CREPALDI, M. A., & MORÉ, C. L. O. O. (2009). A Epistemologia Sistêmica como Substrato à Atuação do Psicólogo na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 828-845. doi: 10.1590/S1414-9893200900-0400013

BÖING, E., & CREPALDI, M. A. (2010). O Psicólogo na Atenção Básica: uma Incursão pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>.

BÖING, E. & CREPALDI, M.A. Reflexões Epistemológicas sobre o SUS e Atuação do Psicólogo. *Psicologia Ciência e Profissão* [en linea] 2014, 34 (Julio-Septiembre) : [Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282033510015> ISSN 1414-9893

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde; 2014 [cited 2014 Aug 25]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.

CERVINO, C. S. Ações interventivas com crianças que sofrem violência na microrregião de Tremendé/SP. São Paulo, 2012.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F.; VEIGA, M.M.; BHERING, C.; SANTOS, J.F.C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2002 [cited 2015 Apr 14];18(3):707-14. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n3/9298.pdf>.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) - Censo Demográfico, 2015.

MACHADO, J.C., RODRIGUES, V.P., VILELA, A.B.A., SIMÕES, A.V., MORAIS, R.L.G.L., ROCHA, E.M. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Saúde Soc [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 30];23(3):828-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0828.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de Saúde. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2011.

MORAIS, R.L.G.L., ROBRIGUES, V.P., MACHADO, J.C. et al. Violência intrafamiliar contra crianças... Português/Inglês Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(5):1645-53, maio., 2016 1652 ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201610

SCHILLING, C. M. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim Porto Alegre, 30 de junho de 2016. UFRGS