



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Taynã do Nascimento Costa Moreira

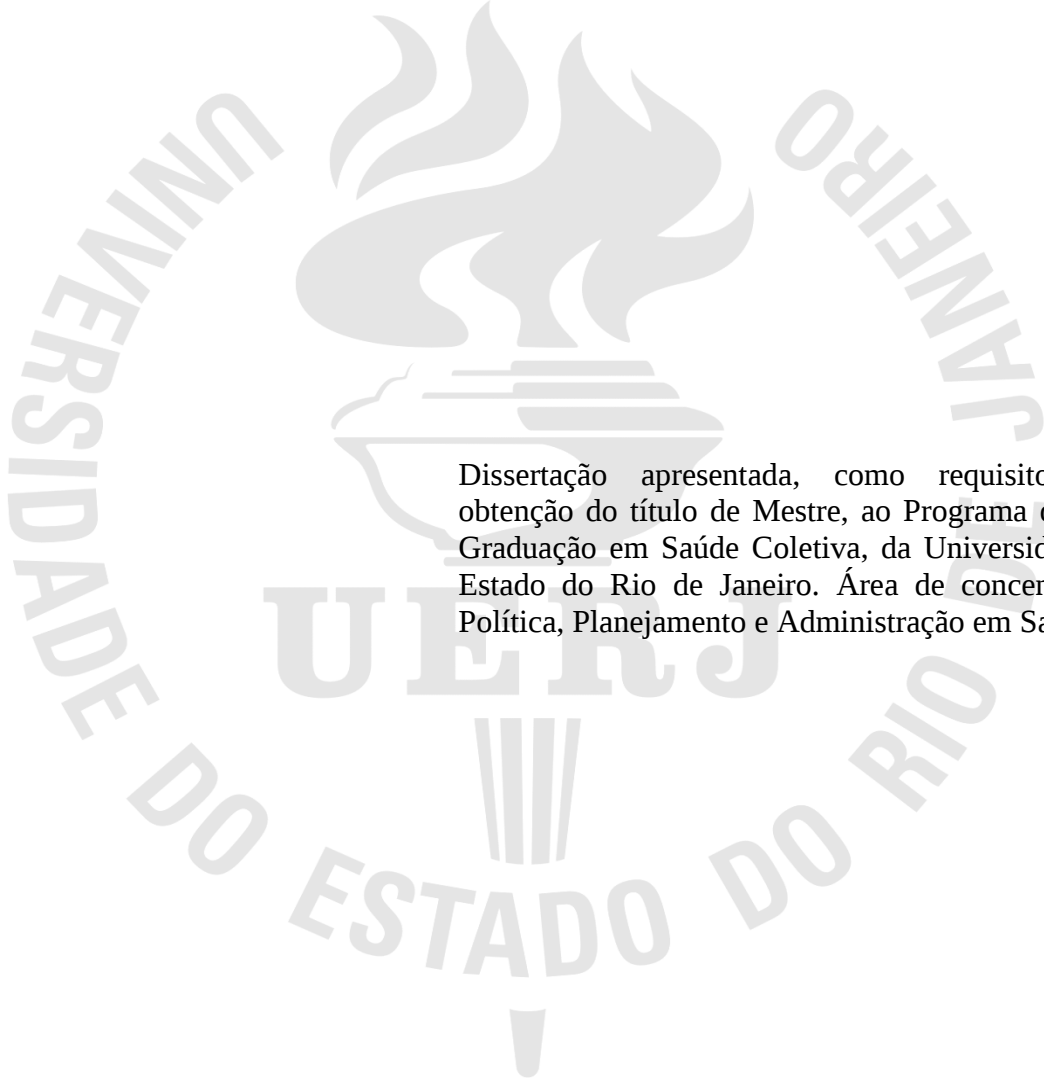
**A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à
Violência contra Criança**

Rio de Janeiro

2022

Taynã do Nascimento Costa Moreira

**A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à Violência
contra Criança**



Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M838 Moreira, Taynã do Nascimento Costa

A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à
Violência contra Criança / Taynã do Nascimento Costa Moreira. – 2022.
93 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marcia Silveira Ney

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Maus-tratos infantis – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Teses. 3. Violência
doméstica - Prevenção e controle - Teses. 4. Unidades hospitalares – Teses. 5. Política
de saúde – Teses. 6. Saúde da criança - Teses I. Ney, Marcia Silveira. II. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.89-008.444.9

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Taynã do Nascimento Costa Moreira

**A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à Violência
contra Criança**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 07 de julho de 2022.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Marcia Silveira Ney (Orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus pelo ânimo e força para iniciar e concluir essa fase da pós graduação, além de ter tido a oportunidade de conhecer pessoas incríveis que fizeram essa caminhada mais leve. Deixo aqui minha gratidão ao grupo do mestrado feito no aplicativo whatsapp no ano de 2020 – Elaine, Aline, Dilene, Ana, Bianca, Renata, Daiane e Nívia por ninguém ter soltado a mão de ninguém.

Não posso deixar de agradecer em especial a minha mãe, que sempre me ensinou o valor de estudar e crescer, seja com palavras de encorajamento ou gestos de carinho. Ao elaborar essa dissertação, percebi que posso ir muito mais longe do que imaginava, e é o resultado de esforço e dedicação de uma dupla que mesmo com as dificuldades decidiram avançar. E, por fim, gostaria de agradecer a minha orientadora e essa maravilhosa banca por ter aceitado o convite de participar dessa dissertação com leveza e carinho. Que seja um momento especial para todas (os) nós!

RESUMO

MOREIRA, Taynã do Nascimento Costa. *A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à Violência contra Criança*. 2022. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O fenômeno da violência coloca para os níveis de saúde a necessidade do desenvolvimento de ações intrasetoriais, intersetoriais e o fortalecimento das ferramentas disponíveis para o cuidado de crianças e famílias em situação de violência. A Atenção Hospitalar possui portas de entrada que atendem casos de crianças violentadas, porém ainda não reconhece-se como um ponto de atenção capaz de atuar sob forma de rede para o enfrentamento da violência. OBJETIVOS: Identificar e compreender as estratégias de intervenção e atuação das instituições hospitalares como ponto de atenção da Rede de enfrentamento à violência contra criança nas últimas duas décadas no Brasil. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar as normativas implementadas pelo governo brasileiro no período de 2000 até 2020 sobre a caracterização dos serviços que compõem a rede de enfrentamento às violências intrafamiliar contra criança; Analisar as estratégias de intervenção e atuação das instituições hospitalares como ponto de atenção da Rede de enfrentamento à violência contra criança; Identificar o perfil das unidades hospitalares no manejo dos casos de violência contra crianças. METODOLOGIA: Foi estudo exploratório e descritivo realizado através de revisão bibliográfica do tipo integrativa, para a coleta dos dados foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online. O critério de seleção das fontes foi a disponibilidade via web, na base de dados da área, dentro do período de tempo delimitado do estudo - 2000 - 2020. RESULTADOS: Foram selecionados 17 artigos, 03 teses, 01 capítulo de livro e 01 protocolo de rede de proteção municipal e com análise do material foram construídas cinco categorias de análises: I) Políticas Públicas Brasileiras e o enfrentamento da Violência contra Criança na Atenção Hospitalar; II) Percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento da criança violentada/maltratada no serviços hospitalares que tratou dos significados e sentimentos desencadeados nos profissionais de saúde no cuidado de crianças violentadas; III) Elementos da Rede de Proteção/Prevenção à violência contra criança na perspectiva dos profissionais (ou elementos que apontem para isso) como a formação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais na discussão dos casos suspeitos ou confirmados de violência; criação de protocolos, diretrizes e normatizações que orientem a conduta dos profissionais no acolhimento, atendimento, registro e encaminhamento dos casos; fomento de práticas intersetoriais para o cuidado integral de crianças e famílias em situação de violências; capacitação e educação permanente para as equipes profissionais que atuam no serviço hospitalar; IV) Programa de Proteção à Criança - a experiência institucional do Hospital das Clínicas de Porto Alegre no enfrentamento da violência contra criança; e V) Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência - protocolo do município de Curitiba. CONCLUSÃO: As Redes de Atenção são concepções de trabalho que coloca para os pontos de atenção os desafios da integração, da conectividade, da reorganização das normativas de trabalho, da criação de espaços de gestão compartilhada e o direcionamento para um único objetivo a todos os serviços da rede.

Palavras-chave: Atenção Integral à Saúde da Criança. Violências. Rede Intersetorial. Redes de Atenção à Saúde. Serviços Hospitalares.

ABSTRACT

MOREIRA, Taynã do Nascimento Costa. *The role of hospital care as a point of the Network to Combat Violence against Children*. 2022. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022

The phenomenon of violence places the need to develop intrasectoral and intersectoral actions and the strengthening of available tools for the care of children and families in situations of violence at the health levels. Hospital care has gateways that assist cases of violent children, but it is not yet recognized as a point of care capable of acting in the form of a network to face violence. OBJECTIVES: To identify and understand how hospital institutions' intervention and performance strategies have been a point of attention in the network to combat violence against children in the last two decades in Brazil. SPECIFIC OBJECTIVES: Identify the norms against children by the Brazilian government 2000 of 2020 family period services on the characterization of coping with family violence; To analyze the intervention and performance strategies of hospital institutions as a point of attention of the network to combat violence against children; Identify the profile of hospital units in the management of cases of violence against children METHODOLOGY: It was an exploratory and descriptive study carried out through an integrative literature review. For data collection, a literature search was carried out in the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online databases. The source selection criterion was availability via the web, in the area's database, within the delimited period of time of the study - 2000 - 2020. RESULTS: 17 articles, 03 theses, 01 book chapter and 01 research protocol were selected. municipal protection network and with analysis of the material, five categories of analysis were constructed: I) Brazilian Public Policies and the confrontation of Violence against Children in Hospital Care; II) Perception of health professionals about the care of abused/abused children in hospital services that dealt with the meanings and feelings triggered in health professionals in the care of abused children; III) Elements of the Protection/Prevention Network against violence against children from the perspective of professionals (or elements that point to it) such as the formation of multidisciplinary and multiprofessional teams in the discussion of suspected or confirmed cases of violence; creation of protocols, guidelines and norms that guide the conduct of professionals in the reception, care, registration and referral of cases; fostering intersectoral practices for the comprehensive care of children and families in situations of violence; permanent training and education for the professional teams that work in the hospital service; IV) Child Protection Program - the institutional experience of Hospital das Clínicas de Porto Alegre in dealing with violence against children; and V) Network for the Protection of Children and Adolescents at Risk for Violence - protocol of the city of Curitiba. CONCLUSION: The Care Networks are works concept that places the challenges of integration, connectivity, reorganization of work regulations, the creation of shared management spaces and the direction towards a single objective for all the services.

Keywords: Comprehensive Child Health Care. Violence. Intersectoral Network. Health Care Networks. Hospital Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
FESF	Fundação Estatal em Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VIVA	Vigilância das Violências e dos Acidentes
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 OBJETIVOS	19
1.1 <u>Objetivo geral</u>	19
1.2 <u>Objetivos específicos</u>	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Violências, Violência contra criança e dados epidemiológicos de violência contra criança (2009 – 2019)	20
2.1.1 <u>Violências</u>	20
2.1.2 <u>Violência contra criança</u>	22
2.1.3 <u>Dados epidemiológicos de violência contra criança (2000-2019)</u>	23
2.1.4 <u>Violência sexual (2009-2019)</u>	24
2.1.5 <u>Violência física (2009-2019)</u>	25
2.1.6 <u>Negligência/Abandono (2009-2019)</u>	25
2.1.7 <u>Lesão Autoprovocada (2009-2019)</u>	26
2.2 Rede de Atenção à Saúde, Definições, as políticas - decretos e normativas sobre Rede e Atenção Hospitalar	26
2.3 Rede de Enfrentamento à violência contra criança na interface da Atenção Hospitalar	33
3 PERCURSO METODOLÓGICO	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
ANEXO 01 - Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências	89
ANEXO 02 - Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências – serviços que compõem a rede intrasetorial e intersetorial	90
ANEXO 03 - Ficha de Notificação Individual da Violência Interpessoal/Autoprovocada	91
ANEXO 04 - Portaria de Notificação de Agravos de Notificação Compulsória	93
ANEXO 05 - Protocolo Municipal da Rede de Enfrentamento às Violências da cidade de Curitiba	94

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência caracteriza-se como um problema a ser enfrentado de forma intersetorial e intrasetorial. Historicamente, o enfrentamento das violências competia a esfera da segurança pública, que tinha o caráter de punição aqueles que infringiam à lei. Os traumas, as lesões e as mortes físicas e emocionais causadas pela violência fazem com o que tema seja tratado também pelo setor da saúde, muito embora não seja restrito do setor (MINAYO, 2006, p. 8). Ao assumir que as violências e os acidentes são situações evitáveis, a saúde entra com a responsabilidade em elaborar estratégias que visem o cuidado com as vítimas em todos os níveis do sistema de saúde

Ao incorporar os temas (acidentes e violências) como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2001, p. 2).

Como um problema social, a violência provoca impactos negativos na saúde individual e coletiva, por meio dos danos, das lesões, dos traumas e das mortes causadas por acidentes e violências correspondendo a altos e incalculáveis custos emocionais e sociais, afetando a “[...] qualidade de vida dos sujeitos, causando prejuízos econômicos como dias de ausência do trabalho, anos de produtividade e anos de vida perdidos, além dos danos mentais e emocionais incalculáveis” (MINAYO, 2006, p. 37).

Para o sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, “infligem elevados gastos com estruturas pré-hospitalares, emergências, assistência e a reabilitação, processos muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais” (MINAYO, 2006, p. 37). Para isso, é fundamental a “formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços particulares ao setor” (BRASIL, 2005, p. 10), especialmente no que tange a atuação da prevenção dos agravos e da promoção da saúde, noções advindas do campo da saúde coletiva (MINAYO, 1999, p. 8).

A década de 2000 foi marcada por medidas institucionais brasileiras tomadas no sentido de estabelecer e consolidar a pauta da violência dentro do setor da saúde. Em 2001, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, instituindo a

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)¹, resultado de um Grupo de Trabalho criado em 1998 pelo Ministério da Saúde. A PNRMAV situa a violência “como um problema sociohistórico e aborda o tema nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida” (MINAYO, 2006, p. 56).

A PNRMAV é considerado uma instrumento orientador do setor saúde, por apresentar o enfrentamento da redução da morbidade e mortalidade dos acidentes e violências sob uma perspectiva articulada e sistematizada com outros setores que atendem as vítimas de violências e suas famílias. A Portaria apresenta as seguintes diretrizes: Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; Capacitação de recursos humanos e o Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001). Dentre suas as diretrizes, entende-se que a *assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências* configura-se dentro de uma rede de enfrentamento às violências que deve ser articulada e composta por serviços de vários setores para além da saúde, com o objetivo de garantir o cuidado integral às vítimas.

A PNRMAV coloca um desafio para as esferas de governo na organização da lógica dos serviços, com equipe interdisciplinar, articulada em rede, com unidades do setor e com os serviços de outros setores da sociedade que atendam às vítimas (MINAYO et al., 2007). Ao pensar na organização e disposição dos serviços sob a forma de Rede é preciso compreender que esta lógica organizativa englobe o cuidado às vítimas e precisa ser protetiva e promotora do cuidado. Além da parte assistencial e de encaminhamentos, o setor saúde precisa se debruçar sobre as formas de prevenção deste fenômeno.

A atuação dos serviços de saúde na problemática da violência é um tema ainda muito pouco discutido na literatura. Isso reflete, de alguma forma, a própria pouca atuação do segmento nessa questão. A atuação desses serviços está quase sempre associada ao atendimento das vítimas de violências (desconsiderando o universo da prevenção) ou, ao combate a doenças biológicas passíveis de controle com medicalização. (CAMARGO JUNIOR apud AMARO, 2007, p. 178).

Tendo em vista o caráter de prevenção e intersetorialidade das ações de enfrentamento às violências na saúde, a portaria nº 936 publicada em 2005 também ganhou destaque ao propor a Estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde,

¹ A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) instituída pela portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001 institucionaliza o papel do setor saúde no enfrentamento dos acidentes e violências no país.

um plano de ação intersetorial que foi implementado com a criação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. Dentre os objetivos da Rede Nacional de Prevenção estão:

I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais; III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão (BRASIL, 2004).

Embora as portarias mencionadas anteriormente já tratassem da organização dos serviços sob a forma de rede para o enfrentamento das violências, as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde somente foram institucionalizadas no ano de 2010 com a portaria nº 4.279, cujos elementos são: população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2009). A perspectiva da articulação dos serviços em Rede tem como objetivo.

[...] a superação da tradicional “fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) **com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência e garantir o atendimento integral**” (BRASIL, 2010).

Uma das características da rede de atenção é ter organização poliárquica, ou seja todos os componentes desta rede tem valor igual e estão no mesmo nível no cuidado – horizontalidade- e atenção ao usuário, se contrapondo a organização hierárquica dos serviços. Neste sentido, os serviços da Atenção Primária Saúde (APS) e da atenção hospitalar têm o seu valor igual dentro de uma rede de cuidados ao usuário, sendo a diferença estabelecida pela forma de comunicação e articulação desta rede, pois a APS dentro dessa lógica, tem como uma de suas características ser o nível de atenção responsável pelo centro de comunicação com toda a rede de serviços de saúde, além de ordenar esta Rede (MENDES, 2009).

Embora o Ministério da Saúde tenha institucionalizado as Redes de Atenção à Saúde em 2010, o relatório Dawson aborda a questão dos serviços dispostos de forma unificada em integração como rede desde 1920, sendo uma referência para sistemas de saúde nacionais. A autora Cristina Kushnir, menciona que “o relatório Dawson apresentou pela primeira vez os conceitos de territorialização e populações adscritas, porta de entrada, vínculo, níveis de

complexidade, referência, a atenção primária como coordenadora do cuidado, apoio de sistemas de informação e de transportes” (KUSHNIR, 2016).

O Relatório Dawson (1920) trouxe a estruturação do sistema de saúde dividido em três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais –escola, com a integração entre os níveis do sistema e a descrição das funções de cada um, formando uma base para o que seria conhecido como regionalização (STARFIELD, 2002, p. 30).

A Atenção Primária à Saúde é o nível do sistema de saúde responsável pela coordenação do cuidado do usuário por toda a rede de cuidados. Dentre os atributos da Atenção Primária Saúde está a longitudinalidade, “que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo” (STARFIELD, 2002, p. 62), com uma relação de corresponsabilização do cuidado. Além disso, os serviços que compõem a Atenção Primária também necessitam focar na prevenção dos agravos das violências e dos acidentes, pois a PNRMAV trata da prevenção em sentido amplo, tendo a promoção da saúde como um dos propósitos para o desenvolvimento de ações de fortalecimento de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária e reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2001) e como o nível de capilaridade da APS consegue atingir a vida das pessoas no território, é capaz de fortalecer redes locais para a prevenção e promoção da saúde.

A violência por ser um fenômeno multifatorial, necessita de enfrentamento intersetorial e interdisciplinar baseado na cooperação e solidariedade das instituições (BRASIL, 2010, p. 77). A Rede de Enfrentamento à Violência Contra Criança no âmbito da saúde é composta pela Atenção Básica (materializada nas Unidades de Saúde da Família), Unidades Pré-hospitalares (Unidade de Pronto Atendimento – UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Hospitais e demais serviços da rede de urgência e emergência, mantendo articulação com a rede de proteção que inclui os Conselhos Tutelares, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2010, p. 79). A disposição das Redes de Atenção em Saúde (RAS) colocou para os serviços a necessidade da integração destes com vistas a integralidade do cuidado do usuário/sujeito, sendo de suma importância a integração destes nas práticas dos serviços e dos profissionais de saúde.

Este estudo deu ênfase a Atenção Hospitalar, pois configura-se como ponto de atenção que integra a rede de saúde ou pretende-se ser integrado com a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, apresentando ainda uma literatura escassa que aborde o papel da Atenção Hospitalar na atuação do enfrentamento à violência contra criança, sua forma de organização

e comunicação, os caminhos para a horizontalidade do cuidado e a prevenção e promoção nos da saúde como pontes para a integralidade do cuidado.

Os ambientes hospitalares como emergências consistem em portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde, se tornam locus privilegiado onde a violência se torna visível e declarada (THOMAZINE; VIEIRA, 2009) ou por vezes está velada por algum sinal e sintoma que os profissionais de saúde não identificam como violência na hora do atendimento. Deslandes discute os obstáculos concernentes a ações de prevenção da violência nas emergências hospitalares e aponta que as dificuldades podem se apresentar de vários modos como as “características dos serviços que acabam por atuar na imediatividade das demandas até o receio e a recusa de se envolver com um problema que não é identificado como do raio da ação do profissional de saúde. Além disso, podem-se registrar ainda entre estes obstáculos a falta de articulação com uma rede de suporte de serviços de referência e a ausência de rotinas que apoiem a ação dos profissionais no dia a dia do atendimento” (DESLANDES, 2001).

Com a criação do Sistema Único de Saúde em 1990, houve necessidade de readequação do modelo da Atenção Hospitalar que o direcionava a nível mais sistêmico, visto que historicamente a centralidade do cuidado apoiado na assistência médica hospitalar mostrou-se insuficiente para lidar com as condições de saúde da população.

Na década de 1960, o hospital tinha um importante papel na assistência médico hospitalar para trabalhadores formais vinculados à Previdência Social, atravessada por um viés econômico e de manutenção da força de trabalho (SANTOS; PINTO, 2021). Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), “houve uma expansão dos hospitais públicos por categorias profissionais e o governo militar promoveu uma grande expansão do setor privado na rede hospitalar” (SANTOS; PINTO, 2021) e o Estado assumiu a gestão deste sistema.

No ano de 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) surgiu como uma tentativa de desenho institucional que fizesse a gestão do sistema previdenciário com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), como a autarquia responsável pela prestação e gestão da assistência médica previdenciária (BRASIL, 1977). O desenho mostrou-se insuficiente:

[...] pela profunda crise financeira, com origem nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvios de verbas da previdência para megaprojetos do governo – como a Transamazônica, Itaipu e Ponte Rio-Niterói, por exemplo –, acordos espúrios com o sistema financeiro, aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado etc.

Nos anos 80, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), foi criado como uma instância reguladora para repensar a forma da prestação da assistência à saúde no plano previdenciário. Dentre as medidas, o Conasp fez a proposição de de Reorientação da Assistência à Saúde com um modelo mais regionalizado e hierarquizado em parceria “entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS) e secretarias estaduais de saúde” (SANTOS; PINTO, 2021).

O Movimento da Reforma Sanitária, como um plano de reformas não só no setor saúde cresceu no período da redemocratização do país com forte mobilização dos movimentos sociais, acadêmicos, pesquisadores que lutavam pela ideia que a saúde era um direito e direito do Estado que materializava-se com um sistema nacional de saúde, universal, integral, equânime, público e gratuito, que deixaria de ser excludente para atender toda a parcela da população brasileira.

A reestruturação da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde passou a ser discutida com mais robustez pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, sendo lançados dois documentos que buscaram uma reforma da atenção hospitalar no SUS: em 2004 o Plano de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira e a Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP) lançada em 2013.

O Plano da Reforma da Atenção Hospitalar assumia que existia uma crise de “várias dimensões, estreitamente vinculadas, formando um todo: aspectos financeiros (custeio e investimento); aspectos políticos; aspectos organizacionais (internos e externos); assistenciais; de formação profissional; e sociais” (BRASIL, 2004). Já a PNHOSP continha o enfoque da Atenção Hospitalar estruturada na regionalização, com metas pactuadas e contratualizadas, trazendo ainda dispositivos da Política Nacional de Humanização como a Gestão da Clínica e a Clínica Ampliada.

No campo das políticas públicas referente ao cuidado da criança, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (2010) e a portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde como normativas que direcionaram as discussões deste estudo voltados para o tema da proteção integral e cuidado integral para este público em questão. Tais políticas tem como objetivo garantir o cuidado e o direito da criança e do adolescente como um ser em desenvolvimento que necessita de cuidado integral,

preconizando também o cuidado às famílias em situação de violência com a integração de outro setores para o enfrentamento das violências, seja no âmbito familiar e extrafamiliar.

Vale ressaltar que existem outras políticas públicas e agendas governamentais criadas com o foco na saúde da criança e com o compromisso de estabelecer a criança como sujeito de direito no setor saúde e com prioridade no cuidado a este público. Tal exemplo é a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, lançada no ano de 2004 que abarca a questão da prevenção de acidentes, maus tratos/violências e trabalho infantil como um tema a ser tratado dentro das equipes de saúde, além de apontar como uma estratégia de ação para a organização dos serviços a criação de Linhas de Cuidado (BRASIL, 2004).

Outras políticas públicas articularam-se para o delineamento deste projeto, como as políticas públicas que versam sobre a Atenção Hospitalar no SUS, incluindo a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Além disso, inclui-se a Política Nacional de Humanização (PNH), contribuindo com os conceitos de acolhimento e responsabilização do cuidado que perpassa todas as outras políticas públicas existentes e a Política Nacional de Promoção da Saúde, como dito anteriormente foi a base da política setorial de redução da morbimortalidade dos acidentes e violências. Estas interfaces evidenciam a importância de pensar políticas públicas em formato de unidade e não isoladas.

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou A Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias vítimas de violências mencionando a importância da disposição dos equipamentos de saúde com equipes multidisciplinares para os serviços de primeiro contato ou portas de entrada, a instituição/criação/construção de protocolos e fluxos que estejam dispostos as responsabilidades de cada setor e a Linha de Cuidado abordando o Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento com vistas a uma atenção integral do cuidado prestado (BRASIL, 2010, p. 79).

No âmbito da Notificação, em 2011 houve a universalização da notificação compulsória das violências para todos os serviços de saúde iniciarem o processo de notificação, para além dos serviços que estavam no componente sentinela. Atualmente, a portaria sobre notificação compulsória nº 1.061, de 18 de maio de 2020 continua a instituir a notificação das violências doméstica e/ou outras violências e a violência sexual e tentativa de suicídio como agravos que necessitam ser notificados pelos profissionais de saúde semanalmente e no caso de violência sexual em até 24 horas. O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais no artigo 13 ao mencionar que “[...] os casos de de suspeita e confirmação de maus-tratos contra

crianças e adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho tutelar da respectiva localidade sem prejuízos de outras providências” (BRASIL, 1990).

A violência contra criança configura-se como um desafio para o setor saúde diante das especificidades de condução e abordagem dos casos, que exige uma leitura abrangente do caso por parte do profissional, com atuação intersetorial e interinstitucional sob a forma de Rede. Esta rede de enfrentamento tem a necessidade de articular-se com outras instituições e sistemas como Justiça, Educação, Assistência, Saúde com o objetivo de também ser protetora e cuidadora destes indivíduos em situação de vulnerabilidade, além de encaminhar as famílias e os agressores dentro da Rede de Atenção à Saúde e da Rede de Proteção.

A intrasetorialidade e a intersetorialidade são princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida pela portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A intrasetorialidade refere-se “ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas” (BRASIL, 2014). Neste caso, pode-se dizer que os serviços da saúde são intrasetoriais – Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Atenção Especializada e afins.

A intersetorialidade diz respeito ao “[...] processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2014). Este princípio materializa-se na prática por meio da interlocução da rede de saúde com outros sistemas envolvidos no tema de violência contra criança, como setores da sociedade como o sistema de Proteção Social; sistema de Justiça e Direitos Humanos; sistema de Segurança Pública; Assistência Social e a Educação, com corresponsabilização e mobilização de formulação das intervenções para o bem comum – cuidado da família e da criança (BRASIL, 2010, p. 13).

A Lei Federal nº 8.069/1990 traz em seu escopo a intervenção sob a forma de rede para os casos de violência contra criança, mencionando as portas de entrada dos serviços de saúde e os especializados da Assistência Social, além de outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz em seu escopo garantias para o pleno desenvolvimento físico e social da criança não admitindo em nenhuma hipótese que este grupo seja “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).

Apesar do ECA estabelecer a notificação obrigatória dos casos suspeitos e confirmados de violência contra criança, no âmbito da saúde a notificação das violências contra criança no sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) aponta que:

[...] desde 2006, a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, é contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pelas Leis nº 8.069, de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso), e nº 10.778, de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher) (VIVA, 2010, p. 117).

A criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Violências (VIVA) teve o objetivo de padronizar e sistematizar informações a respeito da situação das violências nos níveis de atenção do SUS. O instrumento de coleta é a Ficha de Notificação Individual que pode ser preenchida por qualquer estabelecimento que receba alguma vítima de violência, o campo nº 6 da ficha permite que outras unidades notificadoras para além do setor saúde também realize o preenchimento, dessa forma além da notificação configurar-se como um instrumento de proteção às vítimas e visibilidade do problema, também pode ser considerado um instrumento que permite o trabalho intersetorial da Rede de Atenção à Saúde e da própria Rede de Proteção.

Diante do exposto, o estudo buscou entender a atuação da Atenção Hospitalar e as possibilidades de caminhos de articulação da rede com outros pontos de atenção. É importante destacar que este ponto de atenção vai além da retaguarda assistencial e leva em consideração que as portas hospitalares podem ser protetoras, quando articulam-se em rede acionando outros dispositivos de cuidado do território ao ser porta de entrada para casos de violência contra criança.

Foram analisadas as normativas brasileiras existentes sobre violência e a busca da atuação da atenção hospitalar dentro da Rede de enfrentamento à violência contra criança, além da compreensão de que forma a atenção hospitalar foi/está colocada dentro do contexto brasileiro, na dimensão organizacional, que segundo o Plano da Reforma da Atenção Hospitalar constitui o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços e na dimensão assistencial que consiste na “organização tecnológica do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar à saúde, com vistas a resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo e da humanização da assistência” (BRASIL, 2004, pág.14 e 15). **Diante disso, o estudo teve como pergunta: Como é a atuação da Atenção Hospitalar dentro da Rede de Enfrentamento à Violência contra crianças?**

A dissertação foi organizada na seguinte estrutura para melhor entendimento: Introdução, Objetivos, Referencial Teórico estruturados em três capítulos, Percorso Metodológico, Resultados/Discussão e Considerações Finais.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Identificar e compreender as estratégias de intervenção e atuação das instituições hospitalares como ponto de atenção da Rede de enfrentamento à violência contra criança nas últimas duas décadas no Brasil.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar as normativas implementadas pelo governo brasileiro no período de 2000 até 2020 sobre a caracterização dos serviços que compõem a rede de enfrentamento às violências intrafamiliar contra criança;
- Analisar as estratégias de intervenção e atuação das instituições hospitalares como ponto de atenção da Rede de enfrentamento à violência contra criança;
- Identificar o perfil das unidades hospitalares no manejo dos casos de violência contra crianças.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico estruturou-se em três capítulos, com a finalidade de produzir o entendimento sobre os conceitos abordados: Capítulo I - Violências, Violência contra Criança, Dados Epidemiológicos de violência contra criança no Brasil (2009 – 2019); Capítulo II - Rede de Atenção à saúde, Definições, as políticas – decretos normativas Rede e Atenção Hospitalar e Capítulo III - Rede de enfrentamento às violências contra criança na interface da Atenção Hospitalar.

2.1 Violências, Violência contra criança e dados epidemiológicos de violência contra criança (2009 – 2019)

2.1.1 Violências

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem a definição de violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

A violência em si, não é somente um problema a ser enfrentado pelo setor saúde, configurando segundo a autora Minayo como um problema/fenômeno social, por isso exige intervenções para além do setor saúde. Segundo o documento Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros, existem duas vertentes de explicação para o fenômeno das violências, uma explicativa que explana a violência em uma origem filosófica e outra vertente operacional que argumenta os danos físicos, emocionais, biológicos que a violência causa na vida das pessoas. (BRASIL, 2005, p. 19).

Não é uma tarefa fácil conceituar o fenômeno da violência. De forma nenhuma pretende-se neste trabalho reduzi-la a uma definição, dado que suas manifestações envolvem intencionalidades, relações de poder, cultura, questões econômicas e existe um lugar das relações sociais em que elas se manifestam que não é o foco deste trabalho, porém reconhece-se que dependendo das relações que são estabelecidas esse fenômeno diminui ou aumenta e a

saúde tem a responsabilidade de atuar na prevenção e promoção para diminuir os efeitos nocivos deste fenômeno. A violência coloca-se como um desafio por:

Em primeiro lugar, porque a violência "desaloja", ou melhor dizendo, "desafia" os saberes hegemônicos no campo da Saúde. Não é uma doença embora cause lesões, dor, sofrimento e morte. Não tem sua origem em ação invasiva de microorganismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica - campos de notório saber da atuação médica e pesquisa biológica. Não se restringe aos "traumas" e às "lesões" que, invariavelmente, constituem suas consequências. A própria designação de "causas externas" revela, ironicamente, o paradoxo que a violência representa para o campo da Saúde. "Externas" a quê, *aolocus* da atuação médica (as causas "orgânicas" e os "traumas", a lógica do tratamento das doenças?). "Externas" porque sempre foram um "problema do social" e não da área de Saúde? (DESLANDES, 1999, p.82).

A Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, instituída pela portaria nº 737 de 2001, foi o início da institucionalização do tema das violências no setor da saúde com diretrizes e responsabilidades para cada esfera de governo. Dentre as diretrizes colocam-se 1) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; 2) monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; 3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; 5) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; 6) capacitação de recursos humanos; 7) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001, p. 25), estas diretrizes reorganizaram a construção de planos, projetos e programas e atividades sobre a redução da morbidade e mortalidade das violências e acidentes no Brasil, tendo como o eixo a promoção da saúde que embasava todos os planos de redução dos acidentes e violências.

A PNRMAV também traz em seu escopo uma definição de violência social que:

[...] resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros" (BRASIL, 2001, p. 7).

Em 2004, foi publicada a portaria nº 936 de 19 de maio que dispôs sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção das Violências em cada esfera de governo. Um dos objetivos da Rede é "implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas inter e intrassetoriais". A violência exige a atuação intersetorial com a articulação das redes de saúde, educação, jurídica, assistência social entre outras redes, e cada tipo e natureza da violência demanda a construção de uma rede de atenção voltada para a proteção e cuidado da vítima.

Em 2006, foi criado o Sistema de Vigilância dos Acidentes e Violências (VIVA) com o objetivo de coletar e sistematizar dados de violências e acidentes para subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas para a temática. Inicialmente, pensado em dois componentes: o VIVA Contínuo (serviços de referência para as vítimas de violências) e o VIVA Sentinela (unidades de urgência e emergência). Em 2011, foi universalizada a notificação para todos os serviços de saúde, onde o componente do VIVA Contínuo foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A violência é um agravo de notificação compulsória prevista na portaria nº 264, 17 de fevereiro de 2020 e no Estatuto da Criança e do Adolescente – lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Toda a rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e serviços privados são regidos pela portaria da notificação compulsória.

2.1.2 Violência contra criança

O reconhecimento da criança como detentora de direitos e não como um objeto de intervenção, chamada antes de “menor”, foi o divisor de águas para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Lei Federal nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança como a pessoa com doze anos incompletos e adolescentes até dezoito anos incompletos e regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal que versa sobre o Direito da Proteção Integral da criança como um sujeito detentor de direitos civis, humanos e sociais com garantia do exercício de cidadania, além de assegurar o pleno desenvolvimento e aprendizagem. Para o Ministério da Saúde, a faixa etária considerada criança compreende do zero aos nove anos e adolescente dos dez aos dezoito anos de idade.

O ECA ainda traz o Conselho Tutelar como um órgão responsável por zelar pelos direitos das crianças e dos adolescentes, por meio da obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência por parte dos profissionais de saúde e educação, como um dos serviços que compõem a Rede de Proteção Integral.

Segundo o Guia de Maus-tratos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2001), “[...] os maus-tratos a crianças [e adolescentes], são, entre as formas de expressão de violência, as mais frequentes e mais passíveis de prevenção pelo setor saúde” (SBP, 2001, p. 8). De acordo com o documento ministerial Impactos da Violência na Saúde, o tipo mais frequente de maus-tratos contra criança é a negligência, associado a altos índices de morbidade (AZAMBUJA; FERREIRA, 2011, p. 189).

A nível de compreensão, as formas das violências podem ser classificadas/tipificadas: violência criminal; violência institucional; violência estrutural; violência interpessoal; violência doméstica e intrafamiliar; violência auto infligida; e violência cultural (MINAYO, 2007, p.31). O Caderno de Atenção Básica nº 8 (2002) que trata da Orientação aos profissionais de saúde sobre a Violência Intrafamiliar, a conceitua como não apenas vinculada ao espaço físico, mas como ocorre a violência dentro das relações que são estabelecidas no âmbito familiar. A violência intrafamiliar é:

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consaguinidade, e em relação de poder à outra (BRASIL, 2002, p. 16).

A violência intrafamiliar pode manifestar-se através da violência física, sexual, psicológica, negligência e abusos. A classificação das tipologias das violências não é consenso, sendo adotados os tipos abordados no Livro Impactos da Violência na Saúde das organizadoras KathieNjaine, Simone Gonçalves de Assis e Patrícia Constantino. As violências também podem ser identificadas na perspectiva de sua natureza e ocorrência nos aspectos físicos, psicológicos, sexuais, e envolver negligência, abandono ou privação de cuidados (MINAYO, 2007, p. 38). Tal tipologia é semelhante ao que é trazido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (2002).

As equipes de saúde da família tem uma grande responsabilidade de conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população adstrita a fim de prevenir casos de violência intrafamiliar (BRASIL, 2002) e os serviços hospitalares em detectar, registrar e encaminhar de forma segura e protetiva para a rede de atenção e proteção os casos que chegam até a porta de entrada dos serviços de atenção hospitalar.

2.1.3 Dados epidemiológicos de violência contra criança (2000-2019)

Faleiros (2007) aponta que a violência contra criança é “uma relação de poder na qual estão presentes e se confrontam atores/forças com pesos/poderes desiguais, de conhecimento, de força de autoridade, experiência, maturidade, estratégias e recursos” (FALEIROS; FALEIROS, 2007, p. 31).

No caso das crianças, a literatura aponta que a negligência é a forma mais frequente de maus-tratos contra criança e o local de ocorrência desta violência ocorre no interior dos domicílios. A violência intrafamiliar pode manifestar-se de diversas formas como através da

violência sexual, física, psicológica, negligência e abusos, no caso do enfrentamento às violências é importante mencionar que geralmente, a violência nunca ocorre de forma isolada, sempre existe a comorbidade, ou seja duas ou mais violências podem ser identificadas/associadas na mesma criança/mulher/idoso/indivíduo (CUNHA, 1998; CUNHA, 2007).

Com a finalidade de revelar a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas para este público, principalmente no tocante à intersectoralidade, algumas informações foram extraídas do portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tais informações foram consolidadas através das fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) dos municípios.

Com o objetivo de evidenciar a magnitude da temática da violência contra criança a nível nacional serão apresentadas informações descritivas sobre alguns tipos de violências. A Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde consideram crianças os indivíduos com idade entre zero e nove anos e como adolescentes aqueles entre dez e dezenove anos (BRASIL, 2010). As faixas etárias selecionadas para extrair as informações foram: menor de 1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos, conforme a faixa etária que compreende a criança, e a nível de comparação com as faixas etárias dos adolescentes de 10-14 anos e 15- 19 anos. Os tipos de violências selecionados foram: Violência Sexual, Violência Física, Violência Negligência/Abandono e Lesão Autoprovocada.

2.1.4 Violência Sexual - 2009 a 2019

Durante os 10 anos foram registrados 299.004 mil notificações compreendendo todas as faixas etárias. Desse total, 227.540 mil foram referentes a crianças e adolescentes, com as faixas etárias: menor de 1 ano (3.730), 1-4 anos (37.710), 5-9 anos (53.226), 10-14 anos (90.032) e 15-19 anos (132.874) em ambos os sexos. Para o sexo feminino, as notificações para as faixas etárias menores de um ano, 1-4 anos e 5-9 anos foram 3.123, 29.150 e 38.473, respectivamente. Para o sexo masculino, nas mesmas faixas etárias as notificações foram 607, 8.560 e 14.753.

Crianças e adolescentes representaram 76% das notificações de violência sexual em relação ao total de notificações do período em comparação com as outras faixas etárias, enquanto crianças representaram 32% (menor de 1 ano, 1-4 e 5-9 anos).

2.1.5 Violência Física - 2009 a 2019

Foram registradas 1.440.272 notificações compreendendo todas as faixas etárias do sexo feminino e masculino. Desse total, 411.498 mil foram referentes a crianças e adolescentes, com as faixas etárias: menor de 1 ano (18.466), 1-4 anos (33.383), 5-9 anos (43.894), 10-14 anos (103.698) e 15-19 anos (245.440) em ambos os sexos. Para o sexo feminino, as notificações para as faixas etárias menores de um ano, 1-4 anos e 5-9 anos foram 10.098, 16.938 e 20.849, respectivamente. Para o sexo masculino, nas mesmas faixas etárias as notificações foram 8.368, 16.445 e 23.045. Um estudo realizado no Hospital João XIII, das autoras Martins & Romagnoli (2017) apontaram que as crianças e adolescentes do sexo masculino foram os que mais utilizaram o hospital, sendo vítimas de maus-tratos, espancamentos e negligência, se comparados com o sexo feminino.

Crianças e adolescentes representaram 31% das notificações de violência física em relação ao total de notificações do período em comparação com as outras faixas etárias, enquanto crianças 7% representaram (menor de 1 ano, 1-4 e 5-9 anos). A faixa etária com expressiva notificação para violência física foi 20-29 anos com 363.014 notificações no período.

2.1.6 Negligência/Abandono - 2009 a 2019

Foram registradas 286.729 mil notificações compreendendo todas as faixas etárias. Desse total, 234.672 foram referentes a crianças e adolescentes, com as faixas etárias: menor de 1 ano (50.274), 1-4 anos (81.434), 5-9 anos (41.571), 10-14 anos (36.844) e 15-19 anos (24.549) em ambos os sexos. Para o sexo feminino, as notificações para as faixas etárias menores de um ano, 1-4 anos e 5-9 anos foram 23.803, 37.519 e 18.562, respectivamente. Para o sexo masculino, nas mesmas faixas etárias as notificações foram 26.471, 43.915 e 23.009.

Crianças e adolescentes representaram 81% das notificações de violência negligência e abandono em relação ao total de notificações do período em comparação com as outras faixas etárias, enquanto crianças representaram 60% (menor de 1 ano, 1-4 e 5-9 anos). Este achado converge com os estudos que apontam a negligência com a primeira causa de violência que acomete a população infantil.

É importante mencionar a cautela que deve –se ter com a identificação da negligência como uma violência cometida contra criança relacionada tanto com “a privação sofrida pela

criança como algo que ela necessite para a sua integridade biopsicossocial que pode ser provocada pelos pais ou responsáveis” (CUNHA, 2007, p. 28) como a não disposição da família de condições materiais para o cuidado da criança, configurando-se como uma violência do próprio Estado quando os pais não estão submetidos a esta situação (DESLANDES, 2004).

2.1.7 Lesão Autoprovocada - 2009 a 2019

Foram registrados 471.248 notificações compreendendo todas as faixas etárias. Desse total, 137.091 foram referentes a crianças e adolescentes, com as faixas etárias: menor de 1 ano (1.414), 1-4 anos (2.077), 5-9 anos (1.884), 10-14 anos (37.216) e 15-19 anos (94.500) em ambos os sexos. Para o sexo feminino, as notificações para as faixas etárias menores de um ano, 1-4 anos e 5-9 anos foram 923, 970 e 30.502, respectivamente. Para o sexo masculino, nas mesmas faixas etárias as notificações foram 491, 1.107 e 915.

Adolescentes representaram 28% das notificações de lesão autoprovocada em relação ao total de notificações do período em comparação com as outras faixas etárias. A faixa etária mais expressiva foi 20-29 anos com 128.312 notificações. Um estudo de Deslandes (1999) que sugeriu ações de prevenção das violências nos ambientes das emergências de dois hospitais públicos, apontou que das 21 pessoas que haviam tentado suicídio e que foram atendidas no Hospital Municipal Salgado Filho 11 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino e destes 8 eram adolescentes (sendo 3 rapazes e 5 moças). Os dados apresentados revelam a necessidade de construção e o fortalecimento de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra criança e adolescente, considerando-os como sujeitos em desenvolvimento psíquico, emocional e físico.

2.2 Rede de Atenção à saúde , Definições, as políticas – decretos normativas Rede e atenção Hospitalar

A construção das Redes de Atenção à Saúde é um processo recente dentro das políticas de saúde, muito embora a noção das redes já estivesse presente desde o início do

SUS, na portaria nº 8080/90. O artigo 7º da Lei Orgânica menciona que, as ações e serviços de saúde, públicos ou privados que fazem integração com o SUS devem obedecer o princípio da regionalização e da hierarquização da rede de serviços de saúde. Sendo assim, os hospitais como parte integrante dos serviços do SUS, “[...] deveriam funcionar integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviço” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.856).

O decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei nº8080 evidenciou e também reafirmou a questão das Redes de Atenção à Saúde e os serviços que compõem esta rede. Além disso, apresentou o objetivo da RAS, que é a integralidade da assistência à saúde, iniciando-se e completando-se nela, com a referência do usuário na rede regional e interestadual. A regionalização é o princípio que está relacionado com a definição de Região de Saúde que é apresentada no decreto como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para ser instituída uma Região de Saúde, o território deve conter no mínimo serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). A materialização da RAS acontece nas Regiões de Saúde, ou em várias delas, segundo pactuações das Comissões Intergestores.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS foram institucionalizadas pela portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, e sua definição estabelece o pensamento sistêmico das ações e serviços de saúde como arranjos organizativos, de diferentes densidades tecnológicas, que interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, tem a integralidade do cuidado como objetivo dessa construção da Rede de Atenção. (BRASIL, 2010; MENDES, 2009). Para operacionalização das RAS, seus elementos constitutivos são: população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2009).

A perspectiva da atuação em rede das ações e serviços de saúde tem como finalidade a a integração sistêmica com vistas a superação da tradicional “fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema

Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência e garantir o atendimento integral” (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção à saúde que compõem a Rede são entendidos como serviços de saúde de nível primário, secundário e terciário atuando de forma inter-relacionadas e interdependentes, ou seja espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde com escopo de ações singulares daquele serviço (BRASIL, 2010; MENDES, 2009). Os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros são considerados pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2009).

O hospital como parte da atenção especializada, “[...] pode abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros” (BRASIL, 2010, p. 1).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu redes temáticas prioritárias como resposta aos agravos e doenças que acometem a população por meio da reorganização dos serviços de saúde. Dentre as redes prioritárias, foi reformulada a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pela portaria nº 1600 de 07 de julho de 2011 com a “finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2011). Segundo o decreto nº 7.508, a atenção de urgência e de emergência configuram-se como portas de entrada às ações e serviços da rede de atenção, juntamente com a atenção primária, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

O pensamento sistêmico de integração da Atenção Hospitalar com os demais níveis de atenção à saúde já estava presente no decreto nº 7508 ao apontar que “[...] os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada” (art.10) e a “[...] continuidade do cuidado em saúde nos serviços, hospitais e outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região de saúde” (art.11).

A prática dos serviços nos moldes das Redes de Atenção ainda busca consolidação dentro do setor público de saúde, vista a fragmentação histórica dos serviços fruto de um modelo assistencial biomédico que ainda permanece delineando as ações e serviços nos dias de hoje, sendo assim:

[...] o modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde

dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010, p. 1).

A lógica das redes, por meio da articulação dos serviços e a identificação dos pontos de atenção com a finalidade do cuidado ao usuário do sistema único de saúde, permite a superação de cenários como:

[...] lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010, p. 1).

A reestruturação da atenção hospitalar no SUS iniciou-se com a publicação de dois documentos: em 2004 o Plano de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira e a Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP) lançada em 2013. Dentre os pontos discutidos no Plano da Reforma, estava a reorganização das redes assistenciais hospitalares e a comunicação dessas redes pelos sistemas de referência e contra-referência não só de informações, mas dos usuários (BRASIL, 2004, p. 14). Este documento foi um marco que apresentou um diagnóstico do sistema hospitalar brasileiro apontando os redirecionamentos necessários para mudança de cenário da atenção hospitalar.

Com o objetivo de reorganizar e qualificar o componente hospitalar dentro do Sistema Único de Saúde, foi publicada a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela portaria nº 3.390, de 30 de dezembro, abrangendo os hospitais públicos e privados que prestam ações e serviços ao SUS. A PNHOSP foi estruturada em 6 eixos: 1) Assistência Hospitalar; 2) Gestão Hospitalar; 3) Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; 4) Financiamento; 5) Contratualização e; 6) Responsabilidades das esferas de gestão (BRASIL, 2013). O principal ponto foi a definição do lugar da Atenção Hospitalar no contexto do sistema de saúde, nas redes temáticas, na articulação deste nível de atenção com os demais serviços integrados a rede e os hospitais como locais que devem promover ações de prevenção e promoção da saúde. Para a PNHOSP os hospitais são

Art. 3º (...) instituição **complexas**, com densidade tecnológica específica, de **caráter multiprofissional e interdisciplinar**, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de

internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

A PNHOSP trouxe fortemente conceitos da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH) como: Clínica Ampliada e Gestão da Clínica, com diretrizes voltadas para o modelo de cuidado centrado no usuário. A PNHOSP menciona que:

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais (BRASIL, 2013).

A PNH tem como um dos princípios a transversalidade, ou seja os elementos de sua política devem estar presentes nas outras políticas públicas de saúde, atravessando fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder dentro da produção de saúde (HUMANIZASUS, 2004). A política do HumanizaSUS foi criada com o objetivo de por em prática os princípios do SUS por meio da conformação de novas ferramentas na gestão da clínica nos serviços de saúde e estabelecer a produção de um novo modo de gestão e cuidado em saúde centrado nas necessidades do usuário, além do desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos profissionais no ambiente de trabalho.

A gestão da clínica de acordo com Mendes “expressa um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS” (MENDES, 2011, p. 364), a reorganização da prática clínica baseada na clínica ampliada e gestão da clínica tensiona mudanças nos modos de prover atenção à saúde nos ambientes hospitalares e nos demais níveis de atenção, por meio um processo contínuo de comunicação e interação com base nas necessidades do usuário e no contexto, incluindo a co-responsabilização das equipes e a avaliação de indicadores assistenciais.

Na Clínica Ampliada a atenção à saúde é centrada no usuário, no seu contexto e singularidade, ampliando o escopo de intervenção sobre o processo saúde-doença, extrapolando o ambiente do serviço de saúde e conformando “[...] práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença” (BRASIL, 2013).

Dentre os eixos da PNHOSP, a Assistência Hospitalar trouxe em seus elementos aproximações com os objetivos desse trabalho como as questões da articulação da rede e da “organização da assistência hospitalar no SUS a partir das necessidades da população, com a

finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso” (BRASIL, 2013, art.8º).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências está apoiada em oito componentes que devem ser integrados e articulados entre si: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de estabilização; Força Nacional do SUS; Unidades Pronto-Atendimento (UPA 24h) e os serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. A antiga Política Nacional de Urgência e Emergência, portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, abordava os componentes pelos níveis Pré-hospitalar fixo e móvel, Hospitalar e Pós-hospitalar, com a reformulação desta portaria a nomenclatura destes mudaram, permanecendo somente o componente Hospitalar, no entanto os serviços são os mesmos que estavam presentes na antiga portaria. Além disso, foram incorporados outros componentes na RUE como a Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde.

Todos os componentes da atenção às urgências e emergências precisam compor um planejamento integrado para a qualificação e a organização da rede como um todo, não sendo efetivo, qualificar e organizar um componente e os demais não receberem a organização devida. O Componente Hospitalar da RUE busca a “qualificação das Portas de Entradas Hospitalares de Urgência e Emergência, das enfermarias de retaguarda clínica, dos leitos de Cuidados Prolongados, dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva e pela organização e qualificação das linhas de cuidado prioritárias - traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular” (BRASIL, 2020). Tratando-se do enfrentamento das violências, é de suma importância o olhar sensível para os serviços que são portas de entrada para atendimento dos casos de violência, sejam por demanda espontânea ou por referência.

As diretrizes da RUE são universalidade, equidade, integralidade no atendimento às urgências, Humanização da atenção, centrado no cuidado integral do usuário; Atendimento priorizado, mediante a Classificação de Risco segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção no território e acesso regulado aos serviços de saúde; Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada em gestão de linhas de cuidados; Centralidade nas necessidades de saúde da população; Qualificação da assistência por meio de educação permanente em saúde para gestores e profissionais; articulação interfederativa e participação e controle social (BRASIL, 2013).

O enfoque deste estudo foi as Portas de entrada hospitalares de Urgência e Emergência que são compostas por “[...] serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental” (BRASIL, 2013, p. 86).

Segundo o Manual Instrutivo da RUE no SUS, para serem portas de entrada hospitalares dentro do desenho da RUE, as unidades hospitalares precisam atender os seguintes critérios: I) Pertencer à unidade hospitalar estratégica para a RUE que seja referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios; II) Contar com, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; III) Possuir habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatismo-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria (BRASIL, 2013).

Além disso, outro componente importante dentro da temática da violência é o da Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, que recebe o destaque ao trazer a questão dos acidentes e violências, pois aborda a necessidade de “ações de educação permanente, prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e doenças não transmissíveis, desenvolvimento de ações intersetoriais, de participação e mobilização da comunidade com vistas a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011).

Dentro do sistema de saúde, os serviços trabalham no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças. Os níveis de prevenção podem ser primária, secundária, terciária e quaternária (BRASIL, 2010b, p.14). A prevenção primária é voltada para a saúde individual e coletiva com objetivo de impedir o desenvolvimento de uma condição clínica, no caso das violências implica na orientação de famílias no sentido de evitar episódios de violências contra crianças. A prevenção secundária é ação/atividade realizada com objetivo de detectar um problema de saúde no estágio inicial, no indivíduo ou população, podendo ser detectados por rotinas supervisão de saúde e no caso das violências a proximidade da Estratégia de Saúde da Família com o território permite a detecção precoce dos casos de violência contra criança. A prevenção terciária é a ação realizada com o fim de reduzir os prejuízos funcionais à população ou indivíduos de um problema agudo ou crônico, incluindo a reabilitação, trazendo para o campo das violências significa o desenvolvimento de ações após a ocorrência do abuso ou da violência contra a criança. A prevenção quaternária tem como objetivo evitar intervenções médicas desnecessárias nos indivíduos. Os hospitais, comumente,

trabalham especificamente no nível da prevenção terciária nos casos de violência contra crianças (BARBOSA; PEGORARO, 2008).

Além das mudanças estruturais e operacionais, a Atenção Hospitalar inserida no Sistema Único de Saúde necessita trabalhar a transformação das práticas de saúde dos profissionais, com vistas a produção de saúde voltadas para a necessidade do usuário, “deslocando- a da ótica privilegiada da doença, centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo com enfoque nas efetivas necessidades de saúde do usuário e preocupado com suas relações e espaços de vida” (BRASIL, 2013).

No nível macrossistêmico há a necessidade de construir uma Atenção Hospitalar que respeite as diretrizes da regionalização, respeitando as necessidades da população, perfil epidemiológico e da integração em rede com os demais níveis de atenção; além de reformular modos de fazer saúde na perspectiva da gestão da clínica com cuidado compartilhado, o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para dentro do ambiente hospitalar.

2.3 Rede de enfrentamento às violências contra criança na interface da Atenção Hospitalar

As instituições hospitalares necessitam ampliar o olhar para os casos de crianças violentadas/maltratadas que chegam até os serviços de saúde e se reconhecerem como um ponto de atenção da rede de enfrentamento com articulação intra e intersetorial, visando o cuidado integral da criança atendida na porta de entrada hospitalar.

Os serviços hospitalares configuram-se como uma das portas de entrada do sistema público de saúde, Deslandes (1999) afirma que “[...] em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência e que a maioria dos casos reincidirá (com igual ou superior gravidade), se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica” (DESLANDES, 1999, p. 83).

Para a promoção do cuidado integral/integralidade do cuidado, são necessárias mudanças nas práticas institucionais e mudanças na prática profissional dos ambientes hospitalares. O primeiro ponto a destacar é a articulação intersetorial na condução dos casos de violência contra crianças, sendo necessária a comunicação para além do Conselho Tutelar (obrigatória pelo artº.13 da Lei nº8069), mas construir uma comunicação e integração com o nível primário que está mais próximo da vida das pessoas para se tornar uma rede que tenha

direcionamento, conhecimento, e acompanhamento dos casos que chegam até esta porta de entrada. Dentro da Rede de Proteção da criança, isso significa a co-responsabilidade pela garantia de proteção da criança junto aos serviços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGDCA), sendo da saúde ou não.

O SGDCA envolve a participação do Estado, sociedade civil e famílias, e é composta por três eixos: Defesa, Promoção e Controle e Efetivação de Direitos. A saúde está inserida no eixo da Promoção de Direitos, com a perspectiva de um trabalho intersetorial para transformação das práticas que tenham como foco os direitos fundamentais das crianças e a Efetivação de direitos na formulação de políticas públicas, normas que levem em consideração a proteção integral da criança, prevendo o monitoramento das ações (TASSELLI, 2016).

O Estatuto da Criança e do Adolescente menciona que os órgãos ou serviços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente são os:

[...] serviços de saúde nas suas diferentes portas de entrada, o componente especializado da Assistência Social e outros, devendo priorizar o atendimento de crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, **formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede** e, se necessário, acompanhamento domiciliar (BRASIL, 1990).

Para o enfrentamento da violência contra criança na perspectiva da integralidade do cuidado, mudanças fazem-se necessárias na estrutura do ponto de atenção dos serviços, neste estudo, abordando a perspectiva da Atenção Hospitalar. As dimensões/ações da condução do caso, atendimento e encaminhamento das crianças e das famílias em situação de violência também precisam ser amparadas no nível institucional e não somente do profissional. A responsabilidade institucional neste sentido é voltada ao amparo da prática profissional com a construção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para direcionamento e atuação diante dos casos, configurando uma responsabilidade para com os casos de violência que chegam até esta porta de entrada. Vale ressaltar que, a sistematização e padronização da conduta necessita de uma certa flexibilização que permita o profissional atuar caso o protocolo não abarque a singularidade do caso de violência que está sendo atendido na porta hospitalar.

Para isso, ferramentas de co-gestão e gestão participativa, constituição de equipes de referência, apoio matricial, dispositivos como a clínica ampliada e compartilhada e a educação permanente são ferramentas para gestão do cuidado descritas na Política Nacional de Humanização e na Política Nacional de Promoção da Saúde e que estão colocadas na

Política Nacional de Atenção Hospitalar. Tais ferramentas permitem o redirecionamento das práticas de atenção hospitalar com o fortalecimento de processos que visem a humanização, integralidade do cuidado e da atenção, com olhar ampliado para o conceito de saúde.

É necessária a compreensão que o modelo biomédico não é suficiente para o enfrentamento das violências no campo da saúde, sendo o olhar para o indivíduo para além da questão biológica. Deslandes (2001) afirma que a violência desafia os saberes hegemônicos no campo da saúde, pois não é possível ser explicada de lógica causal linear, não é uma doença, embora cause dor, lesões, sofrimento e morte, e suas causas não tem origem na ação de microorganismos (salvo exceções) fugindo do campo da pesquisa biológica e atuação médica (DESLANDES, 2001, p. 152).

A violência como um problema social induz a compreensão do contexto social, das relações estabelecidas dentro do contexto da violência, da família que encontra-se em situação de violência e por este motivo a perspectiva do sistema de saúde também envolve uma mudança de direção para o modelo de atenção da Vigilância em Saúde.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde instituída pela portaria nº 518/2018 é orientadora dos modelos de atenção à saúde nos territórios. Atua nos condicionantes e determinantes de saúde da população, contribuindo com a integralidade da atenção nos pontos de atenção das RAS, priorizando territórios, pessoas e grupos com maior risco e vulnerabilidade, com objetivo de superar desigualdades sociais e buscar a equidade em saúde, com inclusão de intervenções intersetoriais.

A Vigilância em Saúde é o modelo de atenção que propõe o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados a saúde, visando planejamento e implementação de medidas de saúde pública (BRASIL, 2018). Além disso, em um processo articulado deve auxiliar a construção de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, assim como definir estratégias e dispositivos e organização e fluxos da rede de atenção (BRASIL, 2018).

Neste sentido, foram destacados neste capítulo a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ambos considerados marcos para a Saúde Integral da criança, reafirmando o compromisso do SUS com direito à vida e da criança, incentivando o desenvolvimento de ações de prevenção das violências, promoção da saúde e cultura da paz (BRASIL, 2010).

As Linhas de Cuidado são padronizações técnicas que preconizam um processo de comunicação entre os serviços, indicando a trajetória/percurso do usuário dentro da Rede de Atenção à Saúde e o papel da referência regional dos serviços de saúde organizados para a população de determinado território com vistas ao alcance do cuidado integral (MINSAUDE, Linhas de Cuidado). Na Política Nacional de Vigilância em Saúde as Linhas de Cuidado são:

[...] uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (BRASIL, 2018).

A produção do cuidado demanda a articulação da Atenção Primária à Saúde com os outros níveis de atenção, como a de Média e Alta complexidade e vice-versa, sendo integradas com os outros sistemas para além da saúde, na garantia dos direitos e defesa da criança.

Ressalta-se que a Linha de Cuidado pode se iniciar em qualquer ponto de atenção da RAS, independentemente do nível de atenção, dessa forma as instituições hospitalares como serviços que constituem-se portas de entrada para o sistema de saúde devem possuir uma Linha de Cuidado para as situações de violência, principalmente quando observa-se “[...] que um grande percentual de crianças pequenas passa pelo atendimento no Hospital, sendo 36,7% com faixa etária de 0 a 6 anos e muitas vezes não são identificadas como violências, mas são atendidas em diversas situações” (MARTINS; ROMAGNOLI, 2017, p. 151). Sendo assim, este serviço precisa estar preparado para identificar e assistir de forma qualificada a criança que é atendida no âmbito hospitalar com “a responsabilidade de prestar a atenção integral conforme protocolos e fluxos estabelecidos, em todas as dimensões da linha de cuidado e de proteção social constituídos no território” (BRASIL, 2010, p. 81).

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde estabelece os momentos do fluxo dentro dos serviços de saúde: Acolhimento, Atendimento (dos Cuidados e tratamento), da Notificação e do Seguimento na Rede de Saúde e de Proteção (ANEXO 01). Na Linha de Cuidado, não necessariamente estes momentos acontecem em sequência, inclusive podem acontecer de forma conjunta, de acordo com o atendimento à criança vítima de violência. O documento traz fortemente a importância da interlocução da rede de serviços de saúde com outras redes, como as intersetoriais para a proteção da criança (ANEXO 02).

O acolhimento consiste em um posicionamento ético do profissional de saúde, um processo de construção de vínculo entre o usuário e o profissional, desde a chegada do usuário no serviço de saúde até a saída (BRASIL, 2017). Esta relação implica o compartilhamento de

saberes, preocupações e angústias, além de garantir uma resolatividade integral e responsabilidade de cada caso ou situação que chega até o serviço de saúde. (BRASIL, 2010a). O acolhimento não está restrito ao nível primário do sistema de saúde, devendo ser realizado em outros níveis de atenção, dessa forma os hospitais também precisam ser acolhedores, no sentido de humanizar o atendimento às famílias e crianças vítimas de violências e promover uma boa ambiência. O acolhimento é transversal às outras dimensões da linha de cuidado e sempre vale lembrar que nas situações de violência contra criança, deve-se ter o cuidado, a cautela e a responsabilidade com a escuta para não haver revitimização.

O Atendimento deve garantir o encaminhamento seguro para os outros pontos da rede de atenção com o objetivo do cuidado integral da saúde da criança, portanto não deve ser uma “ação solitária do profissional” (BRASIL, 2010a, p.55), sendo recomendada uma equipe multiprofissional no atendimento do caso e uma série de atitudes que estabeleçam sigilo e privacidade. No atendimento deve ser garantido um bom preenchimento dos instrumentos de informação com ampla informação sobre família e vítima, traçar um plano de atenção da situação no âmbito do serviço com abordagem multiprofissional, bons cuidados clínicos e o encaminhamento de forma segura e integrada.

A Notificação como registro não deve ser reduzida a apenas um instrumento de preenchimento obrigatório, mas como uma medida de proteção para a criança podendo ser realizada de forma estratégica cabendo “a equipe de saúde avaliar qual o melhor momento para o registro na ficha de notificação, bem como o encaminhamento ao Conselho Tutelar” (BRASIL, 2012, p. 72). Atualmente, a ficha de notificação é preenchida em três vias: uma encaminhada ao serviço de vigilância epidemiológica do município; segunda via encaminhada ao Conselho Tutelar; e a terceira via fica na Unidade de Saúde onde foi notificado o caso (BRASIL, 2010a, p. 73).

O momento do Seguimento na rede de cuidado e de Proteção social é de suma importância para o acompanhamento do caso de violência dentro das redes de serviços existentes no cuidado da criança, onde é necessária a articulação e integração dos fluxos internos e externos, forma de encaminhamentos, frequência de retornos, prognóstico clínico e social entre outras ações de promoção e proteção que envolve a criança, família e o próprio agressor (BRASIL, 2010a).

O ponto fundamental do eixo Seguimento é o acompanhamento dos casos com a integração do sistema de saúde com outros sistemas que envolvam serviços como a Assistência Social, Justiça, Educação que trabalham com intervenções sobre as violações de

direitos das crianças, fazendo-se necessária a articulação dos serviços de saúde com o território dos CRAS, CREAS, escolas, Conselho Tutelar entre outros, estabelecendo contato com estes serviços e enviando informações sobre o caso.

A Linha de Cuidado é um documento que recomenda, orienta e aponta direções e diretrizes para essa integração dos serviços. No entanto, a construção de planos, a criação de programas e eixos de ação que sejam efetivos na prática são papéis definidos pelo gestor do sistema dentro da RAS, ou seja a definição dos serviços de referência da Atenção Hospitalar para atendimento dos casos de violências deve ser realizada pelo gestor do sistema de saúde com critérios previstos na regionalização.

A nível local, essa pactuação e articulação intersetorial é realizada pelo gestor local (BRASIL, 2010a, p. 76). Para evitar a descontinuidade do cuidado, recomenda-se que “nos municípios onde os serviços de saúde de média e alta complexidade estão organizados regionalmente, a Secretaria Municipal de Saúde deverá pactuar ações de corresponsabilização para evitar a descontinuidade da atenção” (BRASIL, 2010a, p. 74), a noção de rede ganha outras dimensões quando as tramas entrelaçam-se entre os serviços estaduais e municipais.

Um dos serviços de apoio a gestão que pode ser um espaço de articulação de estratégias intersetoriais de enfrentamento à violência são os Núcleos de Prevenção das Violências presentes na portaria nº 936 de 19 de maio de 2004 que fazem parte da estruturação da Rede de Violências dos estados e municípios.

Cada gestor é responsável por construir essa rede de serviços integrando-se com outras redes, com objetivo de cuidado as vítimas e famílias que enfrentam a situação de violência, não se restringindo a um tipo de violência, tampouco a um ciclo de vida, mas lidar com a complexidade do fenômeno dentro da rede de saúde e de outras redes intersetoriais. O Núcleo de Prevenção das Violências, como um exemplo de espaço da gestão, deve contar com atores intrassetoriais e intersetoriais para pensar intervenções e estratégias para a rede de serviços que lidam com as violências dentro e fora do sistema de saúde. Além disso, pode ser estratégico para o fortalecimento e criação de protocolos, fluxos, linhas de cuidado, qualificação da rede de serviços, fomento à espaços de educação permanente, entre outros.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015 é um marco para a proteção da saúde das crianças do território brasileiro, pois ordena as ações de saúde da criança em âmbito nacional, com foco para a primeira infância. É orientada pelos princípios da prioridade absoluta na criança, acesso

universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção e gestão participativa (BRASIL, 2015).

Dentre suas diretrizes incluem-se a gestão interfederativa das ações de saúde da criança, a organização das ações e serviços na rede de atenção, promoção da saúde, fomento a autonomia do cuidado e co-responsabilização da família, qualificação da força de trabalho, monitoramento e avaliação e a intersetorialidade (BRASIL, 2015). Tanto os princípios como as diretrizes precisam estar delineadas em planos, programas e projetos e ações de saúde que envolvem o ciclo de vida da criança, incluindo o eixo das violências.

A PNAISC possui sete eixos estratégicos que devem direcionar as ações e serviços de saúde com o objetivo de garantir o desenvolvimento pleno da criança, com vistas a reduzir vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e prevenção de doenças crônicas na vida adulta. (BRASIL, 2015). Dentre os eixos apresentados na PNAISC, o quinto eixo define a atenção integral à criança em situação de violências, com prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz:

[...] consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território (BRASIL, 2015).

E as ações estratégicas previstas na PNAISC para o eixo das violências incluem a qualificação dos serviços especializados; a implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência; articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de violências; e o apoio a implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre às violações dos direitos das crianças pactuados com as instituições governamentais e não governamentais que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2015).

Em ambos os documentos que versam sobre a Saúde Integral da criança, a Atenção Hospitalar é vista no conjunto dos serviços de atenção integral à crianças e suas famílias em situação de violência, cabendo a gestão dos sistemas de saúde estabelecerem os contornos e escopo de atuação deste ponto de atenção dentro da Linha de Cuidado nas Redes de Atenção. O principal objetivo das redes de proteção é o rompimento do ciclo de violência contra criança e a promoção do cuidado não somente para ela, mas para a família onde ela está inserida. A lógica da Linha de Cuidado integral é para a criança, para a família e para o

agressor, tornando muito mais complexa pensar o escopo dos serviços para atender toda a situação de violência que envolve a criança.

Não existe uma receita de como iniciar a construção de uma rede de enfrentamento às violências, no entanto o setor saúde tem um papel fundamental na formação dela. O artigo de Njaine et.al que discorreu sobre as potencialidades e dificuldade de duas iniciativas de redes de proteção/prevenção de violências aponta que foram várias as necessidades que motivaram a formação delas:

[...] a complexidade do problema, que exige a abordagem multiprofissional e interinstitucional; consciência sobre a alta incidência de maus-tratos contra crianças (e adolescentes); necessidade de articulação dos recursos e serviços existentes para o enfrentamento do problema; priorização absoluta da criança e do adolescente nas distintas gestões municipais, cumprindo, assim, as metas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); urgência de produção de informações e indicadores que permitissem o conhecimento do problema e o monitoramento das ações; necessidade de elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento à violência (NJAINÉ et al., 2007).

A constituição de uma rede de enfrentamento às violências adquire “complexidade ao exigir, um movimento mais intenso, mais contínuo para integrar diferentes atores e equipamentos sociais” (NJAINÉ et al., 2007). Esta rede precisa assumir objetivos comuns, ao “compartilharem um mesmo código de comunicação, o que significa ter a mesma compreensão das diferentes formas de violência, suas causas e consequências, é preciso que os participantes dela ajam em sincronia frente à urgente demanda de intervenção” (NJAINÉ et. al, 2007). Ainda segundo as autoras, é difícil formular um conceito único de rede de prevenção ou de proteção, já que as formas de violência variam, com dinâmicas específicas, no entanto sabe-se que seu objetivo maior deve ser rompimento dos casos de violência, superar traumas, medos, tabus e formas de opressão (NJAINÉ et.al, 2007).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O método do estudo foi exploratório e descritivo realizado através de revisão bibliográfica do tipo integrativa. Segundo Castro (2006), os estudos de revisão bibliográfica obedecem um rigor metodológico e planejados com métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, além de responder uma pergunta específica.

Para a realização de um estudo de revisão integrativa, é necessário seguir etapas bem definidas, para os autores Botelho e Cunha (2011) o processo de revisão integrativa consiste em seis etapas: 1º *Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa*; 2º *Estabelecimentos de critérios de inclusão e exclusão*; 3º *Identificação dos estudos pré selecionados e selecionados*; 4º *Categorização dos estudos selecionados*; 5º *Análise e interpretação dos resultados*; 6º *Apresentação da Revisão e síntese do conhecimento* (BOTELHO; CUNHA, 2011).

Para a coleta dos dados foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)/Portal Bireme e *Scientific Eletronic Library Online(Scielo)* com os descritores em saúde e seus similares escritos em português. Os principais descritores utilizados para a busca foram “violência contra criança”, “violência infantil”, “maus-tratos”, “rede de violências”, “rede de serviços hospitalares”, “hospital”, “emergência” e “serviços de saúde”. Embora este estudo trate da Atenção Hospitalar, o mesmo não encontra-se na base como um Descritor de Saúde.

Para a garantia de uma maior busca de artigos, os termos de pesquisa na base de dados foram utilizados com o conector AND, além dos descritores em português, que incluíram o maior número de pesquisas referentes ao tema - ano, tipo de língua e publicação (artigos e teses). O critério de seleção das fontes (artigos, teses, dissertações, manuais e portarias) foi a disponibilidade via *web*, na base de dados da área, dentro do período de tempo delimitado do estudo (2000 - 2020). A coleta dos dados aconteceu no período de 4 (quatro) meses, entre os meses de julho/2021 e dezembro/2021.

Os artigos foram selecionados com base na leitura do título e dos resumos identificados considerando a abordagem da atuação do hospital/organização hospitalar/atenção hospitalar/serviços hospitalares diante dos casos de violência contra criança dentro da rede de enfrentamento às violências, podendo abordar as redes de serviços de saúde e/ou a rede de proteção publicados no período de 2000 a 2020. Alguns artigos foram

selecionados com a temática da violência contra criança e adolescente, pois foram estudos considerados relevantes para este estudo dentro do ambiente hospitalar. Tal fato pode ser explicado pela construção das políticas públicas e do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente abarcar os dois grupos populacionais. Com a temática da violência contra criança e adolescente foram selecionados 06 artigos e 01 tese de mestrado, o restante do material envolveu somente violência contra criança.

A delimitação temporal deu-se neste período, pois muitos artigos foram escritos antes de 2020 e somente foram publicados no referido ano. Além da busca por artigos que referiram a atuação da atenção hospitalar no contexto da violência contra criança, foi realizada a coleta por artigos que tratavam da Atenção Hospitalar no Brasil, antes e após a criação do Sistema Único de Saúde, a fim de entender como a atenção hospitalar foi inserida dentro do moldes das Redes de Atenção à Saúde.

A seleção de teses, livros e sítios eletrônicos obedeceram ao mesmo critério de inclusão. Não foram considerados para o estudo artigos que tratavam da atuação da violência contra crianças nos serviços de Estratégia de Saúde da Família, nível da Atenção Básica, visto que já existe uma vasta literatura a respeito deste nível de atenção e uma lacuna no entendimento da atuação hospitalar diante destes casos no contexto da rede de enfrentamento, tanto no atendimento inicial e no acompanhamento do caso fora da atuação hospitalar.

A justificativa temporal do estudo deu-se pela institucionalização do tema das violências no cenário brasileiro a partir do ano de 2001 com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e ao longo da década de 2000 com a criação de políticas públicas que buscavam consolidar o tema dentro da saúde, como por exemplo, a criação em 2006 da Vigilância das Violências (VIVA) e a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro do SUS em 2010. No tocante à Saúde Integral da Criança receberam destaque a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências lançada em 2010 e a Política de Saúde Integral da Criança publicada em 2015, que aborda na diretriz V a atenção integral à criança em situação de violência. Vale mencionar que, embora tenha instituído a lógica das RAS dentro do SUS em 2010, a literatura já trazia a importância da integração dos serviços para o enfrentamento das violências, seja contra mulher, criança ou idoso antes do ano de 2010.

Após a coleta de dados, foi realizada uma análise dos documentos nacionais (legislação, decreto, ofício, portarias) existentes que norteiam a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de enfrentamento à violência contra criança no Brasil, também chamada de Rede de Proteção e/ou rede de prevenção. Essa análise documental das políticas de saúde sobre as

redes teve a finalidade de conhecer a operacionalização ou a disposição dos serviços hospitalares nessa perspectiva: Política das Redes de Atenção à Saúde (RAS), Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Plano de Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro, Política de Urgência e Emergência e a Rede de Urgência e Emergência (RUE), Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Portaria nº 737 - Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e Portaria nº 936 - Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, além de outras políticas que agregaram a temática do projeto que foram mencionadas na fase da pré-qualificação do estudo.

As normativas brasileiras que trataram da temática da violência contra criança passaram por uma análise documental. Segundo Bardin, esta análise tem a finalidade de representar de forma condensada as informações para consulta e armazenagem e apresentam critérios de organização: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (SANTOS, 2012). Para a construção das categorias algumas regras foram observadas como: a exaustividade, a representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (SANTOS, 2012).

A análise do material (artigos, teses, publicações) teve como base a intervenção da organização hospitalar no enfrentamento da violência contra criança, incluindo as práticas dos profissionais de saúde que possibilitaram responder a pergunta do estudo, no entanto esta análise sempre esteve voltada ao pensamento para a conformação de redes. Foram construídas categorias de análises conforme o tratamento do material que expressaram os objetivos da pesquisa, voltados para o olhar sistêmico da Atenção Hospitalar no eixo do enfrentamento da violência contra crianças.

Como o foco deste estudo é a conformação e a prática da Atenção Hospitalar/Instituições Hospitalares nas redes municipais de proteção e atenção à violência contra criança, compreendeu-se que as redes possuem seus níveis de abrangência e uma complexa trama de interação, podendo ser municipais (locais), estaduais e federais. Devido a importância de entender a operacionalização de uma rede de proteção e atenção no nível prático dos serviços municipais, questão discutida durante o período da qualificação do estudo, optou-se pela seleção do protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de risco para a violência do município de Curitiba.

O protocolo da cidade de Curitiba foi selecionado após a leitura do artigo “Análise da Implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde” (MINAYO; DESLANDES, 2009) que investigou a implantação da PNRMAV em cinco capitais brasileiras, sendo Curitiba considerada pela avaliação dos critérios do estudo a capital com melhor nível de implementação da PNRMAV.

Diante da análise do material que subsidiou este estudo, foram definidas cinco categorias de análises para o estudo: I) Políticas Públicas Brasileiras e o enfrentamento da Violência contra Criança na Atenção Hospitalar; II) Percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento da criança violentada/maltratada no serviços hospitalares que tratou dos significados e sentimentos desencadeados nos profissionais de saúde no cuidado de crianças violentadas/maltratadas; III) Elementos da Rede de Proteção/Prevenção à violência contra criança na perspectiva dos profissionais (ou elementos que apontem para isso) como a formação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais na discussão dos casos suspeitos ou confirmados de violência; criação de protocolos, diretrizes e normatizações que orientem a conduta dos profissionais no acolhimento, atendimento, registro e encaminhamento dos casos; fomento de práticas intersetoriais/intersetorialidade para o cuidado integral de crianças e famílias em situação de violências; capacitação e educação permanente para as equipes profissionais que atuam no serviço hospitalar; IV) Programa de Proteção à Criança (PPC) a experiência institucional do Hospital das Clínicas de Porto Alegre no enfrentamento da violência contra criança; e V) Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência - protocolo da Rede de Proteção da cidade de Curitiba.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a busca inicial nas bases de dados (Scielo e BVS Bireme), foram pré-selecionados 42 artigos e 05 teses e 02 capítulos de livro. Após a leitura do título ou resumo que abordaram o enfrentamento da violência contra criança nos serviços hospitalares e as redes de proteção/prevenção às violências, foram selecionados para o estudo 17 artigos, 03 teses, 01 capítulo de livro e 01 protocolo de rede de proteção municipal, totalizando 22.

Para melhor compreensão acerca do material utilizado foi criada uma tabela com Nome do Artigo, Autores, Revista que o material foi publicado, Ano, Objeto do Estudo, Serviço hospitalar onde o estudo aconteceu e Metodologia do estudo.

ARTIGO	AUTORES	REVISTA	ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	TIPO DE SERVIÇO	TIPO DO ESTUDO
Estamos realmente detectando violência familiar contra criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro	MOURA & REICHENHEIM	Caderno de Saúde Pública	2005	Discutir a questão das oportunidades perdidas de detecção e do subdimensionamento da violência familiar nos serviços de saúde	Ambulatório de Pediatria – Hospital Universitário Pedro Ernesto	Qualitativo
Redes de Prevenção à violência: da utopia à ação	NJAINE et. al	Ciência & Saúde Coletiva	2007	Discutir a experiência de redes de proteção a pessoas em situação de violência ou redes de prevenção	Duas redes de promoção e proteção às vítimas de violência foram estudadas	Qualitativo
(TESE DE DOUTORADO) Atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar	JANICE MACHADO DA CUNHA	Doutorado em Saúde da Mulher e Criança – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)	2007	Analisar como se configura a atuação da equipe de enfermagem no processo de atendimento à criança vítima de violência familiar	Hospitais Pediátricos do município do Rio de Janeiro (três)	Quantitativa
Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro	ALGERI et. al	Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre - HCPA	2007	Refletir sobre a violência intrafamiliar contra criança, discutir as possibilidades de assistência, relatar aspectos da legislação e descrever a atuação do enfermeiro, principalmente no contexto hospitalar	Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Programa de Proteção à Criança	Qualitativo
Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência	LIMA & FARIAS	Revista Eletrônica de Enfermagem	2008	Conhecer os tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde nos casos confirmados ou suspeitos de crianças hospitalizadas; identificar as condutas adotadas pelo profissional de saúde; identificar os profissionais que mais ajudaram a tomar as decisões das condutas adotadas.	Hospital da Criança Santo Antônio – Boa Vista - Roraima	Quantitativo

Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil	Suely Ferreira DESLANDES; Maria Cecília de Souza MINAYO; Maria Luiza Carvalho de LIMA.	Revista Panamericana Salud Publica	2008	Analisar os êxitos, lacunas, problemas e potencialidades da aplicação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) no Brasil quanto à atenção hospitalar de emergência e urgência	Quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – Rio de Janeiro, Recife, Manaus e Curitiba	Quanti-qualitativo
Deteção de maus tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergências na cidade do Rio de Janeiro, Brasil	Anna Tereza Miranda Soares de MOURA, Claudia Leite MORAES, Michael Eduardo REICHENHEIM	Caderno Saúde Pública,	2008	Estimou a magnitude da violência contra crianças atendidas em dois hospitais de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Também avaliou o grau de sub-registro de casos, comparando a casuística notificada pelas equipes com aquela estimada pelo estudo	Dois Hospitais de Emergência do Rio de Janeiro	Quantitativo
Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência	Prefeitura Municipal de Curitiba	Prefeitura Municipal de Curitiba - Comissão Executiva da Rede de Proteção	2008	Protocolo da/ para a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência	Curitiba	Protocolo para a rede de proteção
A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde	SILVA et. al	Ciência e Cuidado Saúde	2009	Conhecer a percepção dos profissionais de um hospital universitário, quanto a importância da notificação na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	Hospital Universitário no extremo Sul do país	Qualitativa
Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde	Maria Cecília de Souza MINAYO & Suely Ferreira DESLANDES	Ciência e Saúde Coletiva	2009	Debate sobre a implantação da PNRMAV no estudo de análise diagnóstica realizado em 05 capitais brasileiras	Quatro capitais brasileiras e Distrito Federal – Rio de Janeiro, Recife, Manaus e Curitiba	Quanti-qualitativo
Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em uma unidade de emergência hospitalar	WOISKI & ROCHA	Revista de Enfermagem Escola Anna Nery	2010	Conhecer como a equipe de enfermagem percebe o cuidado efetivado à criança que sofreu violência sexual ao ser atendida na emergência hospitalar e especificar as características deste cuidado.	Setor de emergência de um hospital infantil de grande porte, referência na cidade por serviços de alta complexidade	Qualitativo

Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência	COCCO & JAHN	Revista Eletrônica de Enfermagem	2010	Analisar o fluxo da assistência em instituições hospitalares a crianças e adolescentes, vítimas desse agravo, e o sentimento despertado nos profissionais diante do fenômeno	Pronto Socorro e Unidade Pediátrica de Instituições Hospitalares da cidade de Cruz Alta - RS	Quantitativo
Capítulo de livro – 27: O Programa de Proteção à Criança: uma proposta interdisciplinar de assistência à criança em situação de violência – experiência do HCPA	MARQUES et.al	Livro: Violência Sexual contra crianças e adolescentes – Maria Regina Fay AZAMBUJA & Maria Helena Mariante FERREIRA e colaboradores	2011	Tratar a temática da violência sexual contra crianças e adolescentes na perspectiva da integração da linguagem, da avaliação, do atendimento e do cuidado às crianças, famílias e quipe	Livro	Qualitativo
Violência intrafamiliar contra criança e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde*** (hospital está inserido neste serviço)	ACIOLI et. al	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2011	Descrever o perfil e a conduta dos fonoaudiólogos das redes pública, filantrópica e conveniada com o SUS - Recife	Serviços públicos de saúde	Quantitativo
Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde	AMARAL et. al	Revista Gaúcha de Enfermagem	2013	Descrever os significados do cuidado atribuídos por profissionais na atenção a crianças vítimas de maus tratos	Serviço de emergência pediátrica de uma instituição hospitalar da rede pública municipal de Fortaleza	Qualitativo
Rede de Proteção: o olhar de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos	Suane Pastoriza FARAJ, Aline Cardoso SIQUEIRA & Dorian Monica ARPINI	Temas em Psicologia	2016	Conhecer e compreender o funcionamento da rede de proteção às crianças e aos adolescentes em situação de violência	Serviços que integram Sistema de Garantia de Direitos no eixo da Defesa	Qualitativo
A violência contra crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XIII: Uma análise quantitativa	MARTINS & ROMAGNOLI	Revista Interinstitucional de Psicologia	2017	Analisar quantitativamente o perfil do paciente internado – crianças, adolescentes e suas famílias	Hospital público geral estadual – Hospital João XIII	Quantitativo

Violência contra crianças na perspectiva de profissionais de saúde: reconhecimento e proteção em suas atividades hospitalares	SCHUMACHER et. al	Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas * (encontrada indexada no Scielo)	2018	Verificar a percepção e a compreensão de profissionais de saúde sobre violência e proteção de crianças atendidas em um hospital geral universitário	Hospital das Clínicas de Porto Alegre - HCPA	Qualitativo
Crianças hospitalizadas por maus tratos em UTI de serviços públicos de saúde	SANTOMÉ et. al	Revista Brasileira de Enfermagem	2018	Caracteriza as crianças hospitalizadas por violência, em uma UTI pediátrica	UTI Pediátrica de um Hospital de Pronto Socorro referência para trauma – Porto Alegre	Quantitativo
(TESE DE MESTRADO) Criança e Adolescente em situação de violência: o desafio da atenção integral e da intersetorialidade	MARIANA RAMOS GUIMARÃES	Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense (UFF)	2018	Conhecer as ações e estratégias que definem a atenção integral à criança e ao adolescente em situação de violência no município de Niterói.	Município de Niterói – Região Norte I	Quanti-qualitativo
(TESE DE DOUTORADO) A construção da intersetorialidade o caso da Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que protege	MARIA CRISTINA TROUSDELL FRANCES	Programa de Pós graduação em Saúde e Sustentabilidade – área: Políticas, sistemas e instituições de saúde global e ambiente sustentável	2019	A construção da intersetorialidade: o caso da Rede Intersetorial Guarulhos a Cidade que protege	Realizou um estudo de caso sobre como as práticas intersetoriais e o trabalho em rede estão sendo incorporadas na Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que Protege, implementada na cidade de Guarulhos – São Paulo desde 2010, para enfrentar a violência que afeta crianças e adolescentes	Qualitativo
Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência	MELO et. al	Revista Gaúcha de Enfermagem	2020	Compreender a atuação da rede de proteção às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência intrafamiliar, na ótica dos profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	Serviço do Centro de Assistência de Referência Social (CRAS)	Qualitativo

Dos 17 artigos, 13 abordaram a questão hospitalar no enfrentamento da violência contra criança, sejam nos aspectos da conduta profissional, notificação da violência intrafamiliar, atendimento/atenção à criança violentada, sentimentos dos profissionais no cuidado de crianças violentadas/maltratadas e o perfil epidemiológico da violência nas crianças atendidas no ambiente hospitalar.

O período do material selecionado compreendeu entre 2005-2020. Em relação a publicação do material utilizado no estudo, dos 22 artigos/teses/capítulo de livro, 06 artigos e 01 tese foram publicados em revistas e pós graduação de enfermagem que versavam sobre o cuidado/atenção da criança vítima de violência e o sentimento despertado nos profissionais acerca deste cuidado; 06 artigos foram publicados em cadernos de saúde pública/coletiva; 02 artigos/teses publicados em revista/ pós graduação em rede de saúde materno infantil; 02 artigos publicados em revistas de psicologia; 01 artigo publicado em revista própria do HCPA; 01 tese do programa de pós graduação de Saúde e Sustentabilidade; 01 artigo publicado na revista da Universidade de Barcelona (Bioética y Derecho); 01 capítulo de livro na temática da violência sexual e 01 protocolo da rede de proteção municipal.

A seguir foram desenvolvidas as categorias construídas para o estudo conforme a análise do material mencionado anteriormente.

I) Políticas Públicas Brasileiras e o enfrentamento da Violência contra Criança na Atenção Hospitalar

As políticas públicas brasileiras que versam sobre o cuidado integral de crianças em situação de violências são experienciadas desde a década de 1990, como a introdução no ordenamento jurídico do Estatuto da Criança do Adolescente, expressa na lei federal nº 8069/1990, que representa um marco na Proteção Integral e no estabelecimento da garantia de direitos das crianças e dos adolescentes. O ECA definiu juridicamente este grupo populacional como sujeitos detentores de direitos, com prioridade absoluta para os serviços e o respeito a condição de desenvolvimento da criança e adolescente. A resolução do CONANDA nº113 trouxe a criação do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) com a composição de instituições e serviços na esfera da Promoção, Defesa e Proteção de crianças e adolescentes com a finalidade de fortalecer o ECA e a garantia dos direitos da criança e adolescente.

Dentro do SGDCA, a rede de saúde integra o eixo da efetivação de direitos por meio da formulação e operacionalização de políticas públicas. Sendo assim, temos no campo da

prevenção da violência contra criança a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências (2001); a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (2010); e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências é considerado o instrumento orientador do setor saúde para o enfrentamento das violências (BRASIL, 2001). Neste momento a intersetorialidade era colocada como fundamental para operacionalização dos eixos da política, além das diretrizes e responsabilidades institucionais para com o cumprimento da política.

Dentro da PNRMAV, a Atenção Hospitalar foi abordada com o eixo da sistematização, ampliação e consolidação do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), para que os municípios investissem na organização deste serviço no atendimento de transporte às vítimas de acidentes. Lembrando que o ano era 2001, então a Política de Atenção às Urgências, instituída pela antiga portaria nº 1.863/2003, estava estruturada em componentes Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar.

Na antiga portaria de urgências o componente Pré-Hospitalar fixo compreendia as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências” (BRASIL, 2003) e o Pré-Hospitalar móvel “o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192” (BRASIL, 2003).

Na atual portaria da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Rede de Urgência e Emergência, os serviços que outrora estavam divididos em componentes pré hospitalar fixo e móvel, hospitalar e pós hospitalar, hoje estão conformados nos componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011). A atual portaria reitera que os equipamentos de saúde precisam estar integrados para ampliação e qualificação do acesso, com o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos da população (BRASIL, n.d.).

Dentro da rede de atenção, uma instituição hospitalar pode ter mais de uma porta de entrada, evidenciando a necessidade desta articulação e integração dos serviços para a atenção

integral de crianças e famílias que chegam com suspeita de violência até estes serviços. São portas de entrada o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010a). Para Souza et al. (2018), há “[...] importância da adequação do perfil assistencial dos hospitais às necessidades de saúde da população adstrita e seu alinhamento com a concepção de rede”.

Estudos de Schumacher et al. (2018) e Martins e Romagnoli (2017) apontaram que as violências podem estar associadas com outras queixas ou até “acidentes” que chegam até as portas hospitalares de emergência e urgência, sendo atendidas por outras situações de quedas, queimaduras ou outra patologia que não se mostre no momento como situação de violência. Para as autoras Cocco, Silva e Janh (2010) que analisaram o fluxo da assistência hospitalar no cuidado de crianças vítimas de violências, a atenção prestada nas instituições hospitalares são focadas nos sinais graves das violências e invisibilizam outras formas que não deixam necessariamente sinais e sintomas na criança e destacam a importância do enfrentamento da violência extrahospitalar com encaminhamentos na rede de proteção/prevenção não somente para a criança, mas para a família. Para Deslandes (2001), a prevenção das violências deveria atuar na trama das relações sociais, visto que são nelas que materializam-se a violência intrafamiliar, neste caso há a necessidade de investir nas ações de prevenção das violências nas famílias que encontram-se ou são identificadas nesta situação.

Um ponto de destaque da Rede de Urgência é o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde que tem como definição “o estímulo e fomento ao desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde” (BRASIL, 2011), ou seja os serviços de urgências/hospitalares que recebem casos de violência contra crianças precisam estar atentos para promover ações de prevenção e de promoção à saúde, com o objetivo de qualificar a assistência prestada ao público infantil.

Para Silva et. al (2011) é possível desenvolver práticas de promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar, marcando um espaço de formação, promoção da cidadania e de defesa da vida. As autoras destacaram “a criação de espaços coletivos nas unidades de trabalhos que garantam a discussão do processo de trabalho no ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. As equipes assistenciais são considerados pelas autoras como atores importantes que podem desempenhar um papel de significativo na vida das crianças e das famílias durante

a internação destes. Além disso, também é abordada a necessidade de mudança de práticas institucionais, com reorganização dos sistemas de valores que sejam voltados para as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade atendida (SILVA et al., 2011, p. 598). O hospital é considerado um local estratégico de intervenção, na perspectiva da reforma do sistema de saúde (SILVA et al., 2011, p. 597).

Com a institucionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) uma nova lógica de gestão foi colocada para o SUS, com vistas a superar a fragmentação dos serviços. As redes têm a finalidade de garantir a integralidade do sujeito por meio da reorganização de “ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a). Como estratégia de reorganização, integrar a Atenção Hospitalar como ponto da rede de atenção pertencente ao sistema de saúde foi importante para definir este lugar de forma horizontalizada e articulada com a Atenção Básica e demais níveis de atenção (SOUZA et al., 2018, p. 47).

A estratégia da Linha de Cuidado precisa estar em todos os serviços que se constituem como porta de entrada para casos de violência com Acolhimento, Atendimento (tratamento e reabilitação), Notificação e Seguimento dos casos, sendo assim nos serviços hospitalares que são portas de entrada do SUS seria necessário o fomento à construção da Linha de cuidado para crianças e famílias em situação de violência.

A Política de Atenção às Urgências tem nas suas diretrizes a humanização do cuidado, o caráter multiprofissional do atendimento, compartilhado por trabalho em equipe com práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão das linhas de cuidado, atuação territorial com integração e articulação dos serviços (BRASIL, 2011) e a PNHOSP tem nas diretrizes o modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário de forma multidisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2013). Em suma, as políticas expressam a necessidade da qualificação da assistência prestada ao usuário atendido na rede de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS tem a prioridade das ações e serviços de saúde nos ciclos de vida da primeira infância (0 a 5 anos) e da criança (0 a 9 anos) com a finalidade de garantir um pleno desenvolvimento e condições dignas de existência (BRASIL, 2015). Um dos eixos estratégicos da PNAISC é a atenção integral à crianças em situação de violência, tendo como escopo a organização de metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança vítima de violência, além disso visa a implementação de linhas de cuidado nas RAS e na rede de proteção social no território.

Neste sentido a PNAISC também é responsável por induzir a implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (2010) nos serviços de saúde, tendo como ações estratégicas a qualificação dos serviços, a articulação de ações intra e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não- governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2015).

No campo da saúde, as políticas públicas configuram-se como direcionamentos por meio dos princípios e das diretrizes para a construção das redes de atenção estadual e municipal de saúde. Sendo assim, não apontam a atuação da Atenção hospitalar dentro das redes, cabendo aos gerentes e aos gestores a responsabilidade de construir a organização deste serviço/ponto de atenção de acordo com o perfil demográfico, perfil epidemiológico e assistencial conforme os territórios onde localizam-se estes serviços.

Os princípios destacados na leitura das políticas de saúde referidas anteriormente foram a intersectorialidade e a intrasectorialidade apontadas na Linha de Cuidado como fundamentais para a construção das Redes de Proteção/Prevenção, além de ser a essência do Sistema de Garantia de Direitos expresso no ECA. Todas as políticas de saúde deste estudo abordaram estes princípios de forma implícita ou explícita, seja na intersectorialidade ou na necessidade do desenvolvimento de ações intersectoriais.

Embora tenha sido tratada como um princípio, a intersectorialidade expressa um modo de gestão das redes, especialmente a de violências. As redes intersectoriais indicam um modo de compartilhamento dos serviços, com vistas ao atendimento integral das demandas sociais, entendendo que somente um setor não dá conta de solucionar as necessidades do indivíduo em situação de violência. No estudo de Trousdell (2019), a autora encontrou poucas experiências de práticas intersectoriais, limitando-se somente a contextos locais ou em secretarias municipais. Para ela, quase não há experiências que relatem os esforços para reformular a estrutura da gestão municipal a partir de uma proposta de atuação intersectorial e descentralizada. A autora ainda menciona que a intersectorialidade precisa ser levada para o nível central da decisão e ser pensada como nova forma de organização das cidades, sendo necessário compreender a operacionalização da intersectorialidade no cotidiano dos serviços e a compreensão dos atores nas ações intersectoriais (TROUSDELL, 2019, p.67).

Algumas limitações em relação a prática intersectorial foram encontradas no estudo da autora, como relações de poder, questões institucionais e processos de trabalho, corroborando

com o estudo de Guimarães (2018) que também encontrou dificuldades com a sustentação dos serviços e atores na prática intersectorial do projeto Vigilância das Violências que consistiam em reuniões intersectoriais em uma regional de saúde para a discussão dos casos notificados de violências em que eram colocados em pauta as possíveis dificuldades de abordagem, as estratégias de ação e cuidado na atenção dos casos de violência do município, porém a falta de engajamento de alguns atores nas regionais dificultava o acompanhamento de casos complexos de violências.

Nos artigos que trataram da violência intrafamiliar contra criança mencionaram o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Vigilância das Violências caracterizado pelo instrumento da ficha de notificação como políticas disparadoras das ações e condutas dos profissionais para a notificação e encaminhamento dos casos de violência para a rede de proteção/prevenção. Tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente como a portaria de agravos de notificação compulsória, atualmente atualizada pela portaria nº 420 de 02 de março de 2022, preveem a obrigatoriedade da notificação e comunicação de violência contra criança e adolescente por parte do profissional de saúde.

No ECA, é obrigatória a comunicação das violências para o Conselho Tutelar e na portaria de agravos de notificação compulsória o preenchimento e envio da ficha de notificação das violências (ANEXO 03) doméstica e outras violências deve ser encaminhada semanalmente e para os casos de tentativa de suicídio e violência sexual essa notificação deve ser encaminhada em até 24 horas para o sistema de vigilância municipal (ANEXO 04).

II) Percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento da criança violentada/maltratada no serviços hospitalares

A rede de enfrentamento às violências é formada por vários atores, dentre eles os profissionais de saúde. Tratando-se do fenômeno das violências temos nos profissionais de saúde a expectativa de boas práticas de cuidado que sejam humanizadoras, além de terem foco na prevenção e promoção. No entanto, quando abordado o cuidado às crianças e famílias em situação de violência, nem sempre os protocolos e fluxos instituídos com o objetivo de auxiliar a prática profissional deram conta do cuidado técnico. Por este motivo os profissionais de saúde mencionaram o “cuidado subjetivo” ou “cuidado humanizado”. A dimensão subjetiva da rede é formada pelo componente humano que cria, modifica e extingue seus processos (AMARAL; BOSI, 2017, p. 432), neste sentido, precisamos ter o olhar que antes de ser profissional de saúde, ele (a) é um ser humano (COCCO; SILVA; JAHN, 2010).

Ao prover atenção a criança em situação de violência, os profissionais de saúde tem sentimentos e significados despertados que em certos momentos podem refletir em atitudes de omissão e insegurança, gerando uma paralisia diante do fenômeno da violência (COCCO; SILVA; JAHN, 2010). Nesta categoria de análise, destacaram-se os estudos de Woiski e Rocha (2010), Cocco, Silva e Jahn (2010), Amaral et al. (2013) e a tese de doutorado de Cunha (2007) que trouxeram os sentimentos e significados dos profissionais de saúde na atenção de crianças e famílias em situação de violência.

Os artigos apresentam a necessidade da equipe estar preparada para atender crianças e famílias em situação de violência nos serviços hospitalares. Amaral et. al relataram que as equipes precisam estar capacitadas para o atendimento no aspecto técnico, emocional e das condições estruturais, porém essa capacidade ultrapassaria o saber técnico, alcançando muitas vezes vivências e experiências de situações de violências enfrentadas por estes profissionais em mais diversos âmbitos da vida.

Para Cunha (2007), “as vivências pessoais de violência na infância e na vida adulta, e a possibilidade de que elas interfiram na atenção (de enfermagem) à criança vítima de violência na família, estão permeadas pelas formas culturais de aceitação e enfrentamento das diferentes formas de vitimização” (CUNHA, 2007, p.153). De acordo com o estudo da autora, que entrevistou a equipe de enfermagem de três hospitais pediátricos, os profissionais de enfermagem já vivenciaram violência física, abuso sexual e violência conjugal, além de já terem experienciado violência no ambiente de trabalho.

Dentre os sentimentos relatados no atendimento e cuidado de crianças vítimas de violência estão a tristeza, angústia, sofrimento, dor, indignação pela situação, raiva do agressor e da família agressora, compaixão pela criança violentada/maltratada. O cuidado subjetivo expressa-se no sentido de considerar a individualidade e singularidade de cada caso de violência que chega até a porta de entrada hospitalar, sendo importante desenvolver a capacidade de analisar o contexto familiar que essa criança e família em situação de violência vivem.

Existem casos de violência, como a sexual em que é possível observar sinais e sintomas visíveis no corpo da criança, porém existem casos de violência que passam despercebidos dos profissionais, pois não deixam sinais na criança que está sendo atendida, chegando ao serviço com queixa de outra patologia. Sendo assim, “as propostas de cuidado em saúde envolvem aspectos ideológicos e éticos, e, portanto, ultrapassam a dimensão técnica, fazendo que critérios informais de entrada e encaminhamento sejam marcados por tais disposições particulares” (AMARAL; BOSI, 2017, p. 432) e os profissionais precisam

estar atentos para identificar esses casos em que a violência não surge como “queixa” principal do atendimento.

Para Cocco, Silva e Jahn (2010) esses sentimentos podem estar associados ao despreparo dos profissionais em lidar com os próprios sentimentos, como preconceitos, tabus ou até mesmo atitudes de fuga que podem emergir da própria subjetividade, à vítima e da família. No cuidado de crianças em situação de violência pode ser bem difícil controlar as emoções e sentimentos que o caso desencadeia nos profissionais de saúde. Neste sentido, o suporte institucional para os profissionais é fundamental para fortalecer a equipe em abordagens que necessitem do cuidado emocional a criança e a família em situação de violência.

Entendendo a Atenção Hospitalar como um ponto de atenção integrado com outros pontos do sistema público de saúde no enfrentamento das violências, é mencionada a questão da responsabilidade institucional que os serviços hospitalares precisam ter com os profissionais que estão no atendimento ao público em situação de violência. Cocco, Silva e Jahn (2010), apontam que “os sentimentos e comportamentos dos profissionais de saúde do estudo revelam a falta de estrutura das instituições com suporte psicológico e falta de capacitação que habilitem os profissionais a enfrentar essas situações adequadamente” (COCCO; SILVA; JAHN, 2010, p. 496). É necessário que o suporte institucional seja considerado como a base para o desenvolvimento dos profissionais do que é dito nos estudos como “cuidado subjetivo”, prover uma segurança na atuação profissional diante dos casos de violência contra criança.

Silva et al. (2011) ressaltam a importância do desenvolvimento de ações de promoção à saúde dentro do ambiente hospitalar, com produção de entendimento nos profissionais sobre novas formas de produzir relações entre sujeitos – cidadãos, no apoio emocional para os profissionais e no desenvolvimento do protagonismos destes no enfrentamento da violência contra criança. Nas diferentes intervenções que ocorrem nas redes de saúde, encontram-se profissionais que não se disponibilizam apenas enquanto operadores de um saber técnico, mas também se relacionam com os usuários, com a equipe e com o seu fazer profissional de forma afetiva. Assim, a produção de sentidos que ocorre dentro do trabalho modifica as atividades desenvolvidas, os vínculos estabelecidos não se resumem a condutas impessoais e o resultado das intervenções afeta não apenas os usuários dos serviços (AMARAL; BOSI, 2017, p. 432).

No estudo de Schumacher et al. (2018) o relato dos profissionais dos três serviços hospitalares que foram campo do estudo - Ambulatório, Internação e na Emergência. indicavam envolvimento até descaso com as situações de violências, Segundo os autores, essa

postura poderia ser explicada pelo receio/medo das consequências do envolvimento com o caso, pois alguns já teriam sofrido ameaça por parte dos agressores, pais e de outros familiares.

Um ponto interessante no mesmo artigo de Schumacher et al. (2018) é o relato da internação/"abrigamento" de crianças em situação de violência como atitude mencionada pelos profissionais como fator de proteção para guardá-la da exposição ao agressor e do ambiente de risco. Essa "proteção" em forma de internação é realizada mediante ao sentimento de raiva dos agressores e da família. No setor do ambulatório, ainda foi mencionado o medo dos profissionais em relatar a situação de violência por receio da interrupção do tratamento da criança em situação de violência por parte da família, como por exemplo, continuá-la levando às consultas e ser dificultador do acompanhamento desta criança e família.

Para as redes intersetoriais a capacitação deve acontecer em todos os serviços que fazem parte da rede e que se relacionam com ela, no sentido de todos terem o entendimento do que é o fenômeno da violência, quais serviços a compõem e suas manifestações, bem como as estratégias de atendimento e cuidado, encaminhamento e seguimento na rede, pois segundo Cocco, Silva e Janh (2010) apud Leal e Lopes (2005), sentimentos de frustração e impotência podem ser desencadeados nos profissionais de saúde pelo fato da situação de violência gerar encaminhamento ou não, havendo ainda uma descrença nos serviços externos do hospital, com a consciência moral dos profissionais gerando tensão acompanhada de angústia, indignação, revolta e culpa" (COCCO; SILVA; JAHN, 2010, p. 496).

Esse aspecto subjetivo da rede de enfrentamento às violências é transversal a toda a rede e permeia não somente a Atenção Hospitalar, mas outros pontos de cuidado para a atenção à criança e família em situação de violência. Estes sentimentos afetam a produção do cuidado às crianças e famílias que chegam até aos serviços hospitalares, e infelizmente sequer é mencionado no campo das políticas públicas. O investimento no "cuidado subjetivo" é tão importante quanto o investimento no "cuidado técnico".

Pensar na subjetividade da rede é entender que a mesma é um dos pilares para a qualificação do cuidado a crianças que chegam até as portas de entrada hospitalares, como um sujeito em desenvolvimento e que deve ser tratada com prioridade absoluta nos serviços de saúde. Cocco, Silva e Jahn (2010) retratam que "superar as limitações próprias e impostas pelas condições de trabalho tem sido tema de diversos estudos que apontam para a oferta de serviços de suporte psicológico para os trabalhadores e de qualificação como proposta para

um atendimento integral, equânime e humanizado para a criança e sua família” (COCCO, SILVA; JAHN, 2010, p. 496).

III) Elementos da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência presentes (ou não) na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam nos serviços hospitalares

Nos estudos que abordaram a atuação dos profissionais de saúde na atenção à criança e famílias em situação de violência nas portas de entrada hospitalares emergiram elementos que seriam caminhos para a implantação da Linha de Cuidado na Atenção Integral das violências ou fortalecimento da mesma dentro dos serviços hospitalares seja nas emergências, nos prontos-socorro, nos ambulatórios, nas unidades pediátricas, entre outros.

Os componentes da Linha de Cuidado que surgiram relacionam-se com a implicação institucional e profissional em construir /(re)organizar processos de trabalhos que tenham um olhar ampliado para os casos de violência contra criança atendidos nos ambientes hospitalares: formação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais na discussão dos casos suspeitos ou confirmados de violência; criação de protocolos, diretrizes e normatizações que orientem a conduta dos profissionais no acolhimento, atendimento, registro e encaminhamento dos casos; fomento de práticas intersetoriais/intersectorialidade para o cuidado integral de crianças e famílias em situação de violências; e capacitação para as equipes profissionais que atuam no serviço hospitalar.

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violências é um documento ministerial que direciona os gestores e profissionais de saúde nos três níveis de atenção, com vistas a garantir a continuidade do atendimento e promover a articulação das ações de enfrentamento às violências que são desenvolvidas pela rede de proteção e cuidado no nível local. A materialização da Linha de Cuidado acontece dentro das Redes de Atenção à Saúde e/ou das redes intersetoriais, que tem por objetivo a integralidade do cuidado na sua essência. Esta atenção integral à saúde de crianças, de adolescentes e suas famílias em situações de violência em linha de cuidado fortalece a responsabilização dos serviços, o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social no território (BRASIL, 2015, p. 50).

Para a implantação da Linha de Cuidado, uma série de ações precisam ser desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde como:

a) organização e articulação dos recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção, entende-se aqui o sentido da integração dos pontos de atenção na perspectiva das redes de saúde; b) estabelecimento do “percurso da atenção” a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas; c) definição das funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social; d) estabelecimento de normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção; e) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social; f) desenvolvimento de ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2015, p. 50).

Nesta categoria destacam-se os estudos de Cunha (2007), Silva et. al (2009), Cocco, Silva e Jahn (2010), Schumacher et. al (2018), Guimarães (2018), Santomé et. al (2017), pois abordaram como entraves da qualificação da atenção prestada à criança e família em situação de violência a falta de capacitação dos profissionais dos serviços de atenção hospitalar e a ausência de normas e protocolos que normatizassem a prática profissional no enfrentamento da violência contra criança dentro do ambiente hospitalar.

A ausência de normas, protocolos e fluxos no atendimentos dos casos de violência foram apontados nos artigos de Silva et al. (2009) e de Cocco, Silva e Jahn (2010) como uma responsabilidade e organização institucional no atendimento dos casos de violência contra criança, pois a falta de um protocolo específico que oriente essas situações “concorre para a dispersão de decisões, o que tem contribuído para manifestações de insegurança e de medo dos profissionais quanto às possíveis consequências para o denunciante, tanto pelas implicações legais associadas quanto pelas manifestações dos agressores” (SILVA et al., 2009).

Essa ausência de protocolos, normas, fluxos, manuais de orientação é vista como uma “falta de amparo profissional” no enfrentamento à violência somados ao desconhecimentos da rede externa de serviços de atenção à criança vítima de violência causando dúvidas a respeito dos encaminhamentos necessários quando os profissionais se deparam com alguma situação que não sabem lidar e/ou tem pouco domínio se sentindo despreparados na conduta que devem realizar.

O estudo de Silva et al. (2009) indicou que nas situações de suspeita de violência nos serviços hospitalares onde não há protocolo institucional e nem equipe multiprofissional para a discussão dos casos os profissionais trocam sobre o caso entre si, “mas de maneira desarticulada e pontual, dificultando ainda mais a notificação, pois não parece haver um consenso na sua prática, nem discussão desta problemática na equipe. Dependendo da categoria profissional, ainda, a responsabilidade parece ser transferida para o nível hierárquico

superior e não fica mais sob sua responsabilidade acionar outros órgãos de enfrentamento” (SILVA et al., 2009, p. 59-60).

A criação/implantação de um protocolo indicaria as etapas e os momentos da Linha de Cuidado, apresentando a melhor abordagem a se realizar com a criança e família em situação de violência, o modo de acolher, a oportunidade de realizar os registros para a proteção da criança vítima de violência, levantamento de suspeita diante da queixa apresentada, rede de suporte multiprofissional existente para a discussão e encaminhamento dos casos, suporte com a lista dos serviços que essa criança e família deveriam ser atendidas no ambiente extra hospitalar, órgãos de defesa da criança e órgãos de Justiça para apoio do caso. Neste sentido, a criação do protocolo, normas, fluxos são “estratégias que possibilitam condições seguras aos profissionais na identificação de situações de violência, pois é necessário um olhar ampliado no atendimento, baseado no reconhecimento do ser cuidado como um cidadão que, naquele momento, encontra-se fragilizado, reconhecendo esse agravo como real problema de saúde” (COCCO; SILVA; JAHN, 2010, apud DESLANDES et al., 2007).

A construção de um protocolo institucional precisa levar em conta o perfil dos serviços hospitalares que possuem formas de entrada e fluxos de assistência diferenciados em uma mesma instituição hospitalar, como os prontos atendimentos, ambulatorios e emergências. Ainda assim, precisam convergir para a integralidade do cuidado e ser “comprometidos com a defesa e a segurança da criança e do adolescente, poderá fomentar e dar sustentação ao processo como um todo e ao envolvimento dos profissionais, bem como propiciar a estes o preparo adequado” (COCCO; SILVA; JAHN, 2010), além da qualificação da assistência prestadas a crianças vítimas de violências, entendendo a violência para além da marcas físicas e compreendê-la como uma questão social.

Dos protocolos existentes, o de violência sexual é o mais estruturado e segue um fluxo de atendimento por conta da prevenção de doenças transmissíveis decorrentes da violência. O mesmo está presente na Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência nos cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual – DST/não virais, HIV/Aids, Hepatite B e gravidez.

O investimento na capacitação profissional e nos espaços de educação permanente são componentes da Linha de Cuidado de Atenção Integral que estão intimamente ligadas a maior identificação e registro dos casos de violências por parte dos profissionais que estão nos serviços hospitalares, além de ser um processo de reparação na formação dos trabalhadores que não tiveram contato com a temática da violência no nível das graduações em saúde, nos achados de Schumacher et al. (2018) a maioria dos profissionais que foram entrevistados não

tiveram contato com a temática da violência durante a formação profissional. Entretanto, estes espaços não podem ser realizados de forma pontual, mas ser uma prática institucionalizada dos serviços, com implicação e mobilização de toda a equipe.

Esta associação é corroborada no estudo de Cunha (2007, p. 83) que “[...] constatou nos hospitais e/ou setores em que havia uma prática institucionalizada de trabalho e reflexão em equipe, o processo de capacitação se deu de forma mais sistemática e efetiva”. A busca pela qualificação profissional partiu dos próprios profissionais que recorreram a pessoas de referência no campo temático ou/e se organizaram para leituras e discussão sobre os atendimentos (CUNHA, 2007, p. 83). O estudo ainda aponta que ao indagar os profissionais da enfermagem:

[...] se já haviam recebido alguma informação, instrução ou treinamento para identificar e notificar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, a maioria afirmou que nunca recebeu informação acerca dessa temática (52,7%), sinalizando que ainda se faz necessário um investimento maior na capacitação da equipe de enfermagem para atender crianças em situação de violência (CUNHA, 2007, p. 83).

Para Cocco, Silva e Jahn (2010), o profissional de enfermagem é aquele que pode promover capacitações para a equipe com vistas ao aperfeiçoamento do cuidado prestado com objetivo de instrumentalizar os profissionais para o atendimento dos casos de violência que exigem a coragem e o olhar atento, pois um problema que chamou atenção nos estudos e que necessita ser superado é a dificuldade dos profissionais de saúde em identificar/detectar a violência quando os sinais não estão visíveis na vítima.

Nos achados de Woiski e Rocha (2010), a equipe de enfermagem relata a necessidade de receber treinamentos específicos para proporcionar um cuidado individualizado à criança, e os próprios profissionais dizem não se sentir preparados para este atendimento à vítima de violência. A equipe percebe que precisam de um preparo psicológico, pois durante o atendimento dos casos há o envolvimento emocional com a criança que está sendo cuidada/atendida.

Diante disso, as capacitações e as qualificações visam ampliar o olhar dos trabalhadores que estão envolvidos no cuidado de crianças vítimas de violências, ao reconhecer que as crianças devem ser vistas como sujeitos do sistema público de saúde e não objetos de intervenções, levando em consideração o contexto social e os fatores que a levaram estar e ser um sujeito em situação de violência. O estudo de Acioli et al. (2011) que realizou entrevistas com fonoaudiólogos da rede pública de saúde, os profissionais da rede “relataram a dificuldade de perceber e abordar tais situações, influenciada pela falta de formação

adequada. Destacaram que o volume de trabalho assistencial também torna complicado acolher a criança e a família” (ACIOLI et al., 2011, p. 6).

A nível de rede de atenção e intersetorial, a autora Guimarães (2018) entrevistou profissionais da rede e mencionou a importância da capacitação dos profissionais como uma potencialidade da atenção integral de crianças e adolescentes em situação de violência. Além disso, ressaltou a interação entre os serviços e os profissionais como facilitadores para atenção integral às vítimas. É interessante destacar, que a capacitação precisa estar voltada para todos os serviços integrantes da rede de proteção, não somente os serviços de saúde, mas a assistência social, educação, cultura entre outros, não sendo efetivo qualificar uma parte da rede e a outra não, pois toda a rede com suas portas de entrada precisam estar qualificadas para acolher, atender, registrar, encaminhar e acompanhar os casos de violência.

A violência contra criança é um fenômeno complexo e o atendimento dos casos exige a visão de uma equipe multiprofissional. A formação da equipe pode contar com diversos profissionais para auxiliar na abordagem e condução dos casos de violência contra crianças e adolescentes, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos e psiquiatras (BRASIL, 2015, p. 60).

É essencial uma equipe presente desde o início do atendimento, pois por meio da avaliação multidisciplinar é possível diagnosticar o nível de gravidade da situação, determinado pela análise de vários fatores, pois a ausência de lesão física não afasta a possibilidade de violência (BRASIL, 2015, p. 60).

No geral, os profissionais apontaram a necessidade de ter a equipe multiprofissional para a discussão, atendimento e encaminhamento dos casos de violência e autores como Cocco, Silva e Jahn (2010) mencionaram que a abordagem multiprofissional aumenta a confiança da equipe para seguir os fluxos e recomendações do Ministério da Saúde. Nos achados dos mesmos autores, nas três instituições hospitalares (Pronto- Atendimento e Unidade Pediátrica) houve a constatação que a equipe multiprofissional precisava agregar outras categorias profissionais, pois a conformação da equipe varia de acordo com as características do local e o contexto dos atendimentos, além de formas de integração da equipe da assistência com a equipe multiprofissional. Para Schumacher et al. (2018), quando algum caso de violência era identificado no ambiente hospitalar, seja por suspeita ou confirmação, a equipe participante do estudo informou solicitar um profissional capaz de encaminhar a situação como médicos, assistentes sociais e as enfermeiras (SCHUMACHER, 2018, p. 154).

Na perspectiva dos profissionais que participaram do estudo realizado por Schumacher et al. (2018), deveria haver uma integração mais efetiva entre os diferentes setores, equipes e recursos do hospital envolvidos no enfrentamento dos casos de violência contra crianças. A falta de retorno dos casos de violências encaminhadas foram destaque nas falas dos profissionais. Ainda no mesmo estudo, “alguns profissionais consideram que a relação do hospital com os demais recursos, como o Conselho Tutelar e a Rede de Proteção, é mais um encargo, pois poderá demandar uma sequência de acontecimentos, aos quais não querem se envolver” (SCHUMACHER et al., 2018, p. 159).

Com a formação da equipe multiprofissional, espera-se que os casos sejam discutidos, encaminhados e acompanhados pela rede de cuidados e proteção. Infelizmente, as práticas intersetoriais apareceram nos artigos de uma forma sugestiva, refletindo pouco nos processos de trabalho das instituições hospitalares. É preciso muita cautela para não reduzir a intersetorialidade somente ao encaminhamento dos casos para outros setores além da saúde, é preciso acompanhar para evitar reincidência dos casos e garantir a proteção da criança fora do contexto hospitalar com a atuação da rede de proteção. No âmbito hospitalar, é comum o encaminhamento dos casos de violência para o setor de Psicologia ou Assistência Social, no entanto não significa o desenvolvimento de prática intersetorial. Diante disso, é imprescindível o fomento da promoção da saúde nos serviços hospitalares que levem em consideração a participação dos usuários e o protagonismo dos profissionais que atuam nos casos de violências.

IV) Programa de Proteção à Criança (PPC) – experiência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Nos artigos de Algeri et al. (2007) e Schumacher et al. (2018) foi possível identificar uma experiência institucional de organização hospitalar como estratégia para o enfrentamento da violência contra criança – O Programa de Proteção à Criança.

O primeiro artigo “*Violência Intrafamiliar contra criança no contexto hospitalar e as possibilidades do enfermeiro*” (ALGERI et al., 2007) mencionou o Programa de Proteção à Criança do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral público universitário de alta complexidade. Além desse, o artigo *Violência contra criança na perspectiva de profissionais de saúde: reconhecimento e proteção em suas atividades hospitalares* (SCHUMACHER et al., 2018) também teve como local de estudo o HCPA. Com o objetivo de buscar mais detalhes a respeito do Programa de Proteção à Criança, foi

escolhido o capítulo de livro que versa a experiência de integração das ações da equipe hospitalar no enfrentamento da violência contra criança - *O Programa de Proteção à Criança: uma proposta interdisciplinar de assistência à criança em situação de violência – experiência do HCPA* (MARQUES et al., 2011).

O Programa de Proteção à Criança (PPC) é um programa voltado para o enfrentamento da violência intrafamiliar contra criança e também para a família que encontra-se nesta situação. O início do programa foi em 1986 quando a Unidade Pediátrica do HCPA identificava poucos casos de violência infantil. Diante da situação, o serviço social investigou tal fato e chegou a conclusão que o fenômeno não era identificado no serviço hospitalar “[...] por falta de apoio de estrutura institucional e da própria rede social e legal extra- hospitalar e por dificuldades dos profissionais da rede hospitalar se envolverem na intervenção de natureza sociolegal” (MARQUES et al. *apud* QUAGLIA; MARQUES, 2004, p. 214).

Com o apoio institucional foi formado um grupo composto por profissionais do serviço social, psicologia e psiquiatria para que fossem o centro de apoio de encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados de violências para que recebessem o devido acompanhamento. Aos poucos, outros profissionais foram compondo a equipe, como a enfermagem e a pediatria e posteriormente transformou-se no Programa de Proteção à Criança, sob coordenação do Serviço Social (MARQUES, 2011, p. 368-369). Hoje, o PPC é constituído por equipe multiprofissional das áreas de serviços social, psicologia, psiquiatria, pediatria, enfermagem, recreação e direito (ALGERI et al., 2007) e conta com o voluntariado de uma procuradora de Justiça que auxilia nos encaminhamentos e nas questões legais dos casos (MARQUES, 2011, p. 369).

A equipe do PPC apresenta uma proposta de trabalho multiprofissional e interdisciplinar onde a:

[...] a equipe avalia os casos de suspeita e/ou confirmação de maus-tratos praticados contra as crianças (até doze anos de idade) que se encontram em atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, quer em nível ambulatorial quer em nível de internação, permitindo que as notificações enviadas ao Conselho Tutelar se façam acompanhar de laudo firmado pelos profissionais que realizaram a avaliação, evitando a demora no diagnóstico e tratamento (AZAMBUJA, 2009, p. 160).

O trabalho da equipe do programa é orientado a avaliação, atendimento e acompanhamento dos casos de violências, sendo a criança e a família acompanhada por no mínimo 1 ano e as medidas de proteção legais são adotadas imediatamente (ALGERI et. al, 2007), e tem como metodologias de trabalho reunião semanal para discussão dos casos, planejamento dos atendimentos e da abordagem realizada, além da definição dos profissionais

que que assumirão os casos e o momento adequado para os encaminhamentos legais. Embora tenha um profissional de referência para o caso, na abordagem inicial qualquer membro da equipe do PPC pode realizar esse primeiro contato (MARQUES et al., 2011, p. 369).

Além da proposta de trabalho do PPC compreender ações que vão além do cuidado da criança e da família em situação de violência, aborda um componente que é sempre mencionado pelos profissionais de saúde no enfrentamento da violência contra criança, que é o eixo da formação profissional. Por ser um hospital universitário, o Programa de Proteção à Criança constitui-se como campo de estágio. São ações da proposta do PPC:

[...] o diagnóstico e atendimento das crianças em situação de violência que são identificadas no HCPA; proporcionar atendimento clínico, psicológico e/ou psiquiátrico à criança; comunicação ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou confirmação de violência contra criança, conforme rege o ECA, artigo 13; trabalho em parceria com recursos da comunidade externa ao hospital, formando uma rede de apoio para que as medidas de proteção à criança sejam efetivadas, como conselhos tutelares, promotorias da infância, juizados da infância, escolas, creches, centros comunitários e postos de saúde; realização de oficinas voltadas às famílias das crianças para evitar recidiva de violência; documentação dos casos atendidos para fins de estatísticas, estudo e pesquisa; proporcionar espaço para campo de estágio nas áreas de psicologia, serviço social, enfermagem e medicina (ALGERI et al., 2007).

A experiência do PPC é um exemplo de cuidado integral da criança e da família em situação de violência, pois existe a implicação do trabalho em rede, a intersectorialidade e a estruturação do programa dentro da organização hospitalar. O estudo de SILVA et. al (2009) que retratou a notificação da violência intrafamiliar de crianças e adolescentes sob a percepção dos profissionais de saúde, teve como um dos seus resultados a falta da organização institucional/hospitalar como um possível entrave para a notificação da violência intrafamiliar. Infelizmente, não foi possível encontrar nos artigos como o PPC atua dentro do ambiente hospitalar, os fluxos de encaminhamento e de comunicação com os profissionais dos serviços hospitalares.

Segundo os autores, a organização deveria promover a proteção e suporte às vítimas, pois o cuidado institucional e profissional é direito da criança, sendo a notificação obrigatória por parte dos profissionais e serviços que lidam com a violência neste público, previstos em legislação brasileira, tanto no Estatuto da Criança e do Adolescente, como na Lei de notificação compulsória da saúde.

As autoras ainda apontam que a “organização institucional pode constituir-se no grande diferencial para o enfrentamento da violência, pois, se adequadamente comprometida com a defesa e a segurança da criança e do adolescente, poderá fomentar e dar sustentação ao

processo como um todo e ao envolvimento dos profissionais, bem como propiciar a estes o preparo adequado” (SILVA et al., 2009, p. 59).

Ainda que o PPC tivesse sido criado em 1986, seu modo de atuação convergem com os princípios e diretrizes apresentados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), na medida que estabelece o direito da criança, a prioridade absoluta da criança nas ações de saúde, a integralidade do cuidado e a humanização da atenção como princípios do trabalho (BRASIL, 2015), além das diretrizes fundamentadas na organização das ações e serviços de saúde da criança, corresponsabilidade da família, qualificação da força de trabalho do SUS, planejamento e desenvolvimento de ações, incentivo à pesquisa e produção de conhecimento, monitoramento e avaliação e a intersectorialidade (BRASIL, 2015).

Outro ponto a ser destacado é que o PPC desempenha uma parte do eixo estratégico V da PNAISC com a atenção integral à criança em situação de violência, articulando um conjunto de ações e estratégias para o enfrentamento da violência contra criança e a organização de metodologias de apoio aos serviços especializados com processos formativos para a qualificação da atenção à criança (BRASIL, 2015), pois o PPC busca intercambiar a filosofia deste serviço com outras instituições hospitalares da rede pública e privada do município (MARQUES et al., 2011, p. 369).

O artigo de Schumacher et. al (2018) que teve como campo o HCPA, aponta o PPC como uma importante estratégia de comunicação dos profissionais sobre as situações de violência contra criança que chegam nos serviços do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e a interlocução do programa com outros órgãos de defesa da criança como Conselho Tutelar e a Justiça nos encaminhamentos dos casos. No entanto, os profissionais do ambulatório, internação e emergência abordam algumas barreiras associadas a esta comunicação com o PPC como o distanciamento do programa das áreas assistenciais do hospital e o seu relacionamento com as famílias atendidas, mas no geral é uma estratégia que qualifica a atenção a criança no âmbito hospitalar no momento que dispõe de equipe multiprofissional na abordagem e discussão dos casos, contato com a rede de proteção e encaminhamento visando a segurança da criança.

V) Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência
(protocolo) – *discussão de redes na experiência de Curitiba*

Para compreensão da atuação da Rede de Proteção a nível municipal, buscou-se o exemplo da Rede de Proteção da cidade de Curitiba, pois de acordo com o estudo “Análise da Implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo as diretrizes da PNRMAV sobre Violência e Saúde” das autoras Minayo e Deslandes (2009) a referida cidade alcançou o melhor nível de implementação da Política Nacional, que levava em consideração o atendimento do eixo pré-hospitalar e hospitalar, atendimento a reabilitação, ações de prevenção e promoção, estudos e pesquisas na área, monitoramento e avaliação das ações e formação dos profissionais de saúde. O protocolo da cidade é de 2008, sendo que já haviam outros documentos e manuais que normatizavam as práticas da atenção às crianças vítimas de violências antes mesmo de 2008 (ANEXO 05).

Segundo AMARAL & BOSI (2017) é escassa a literatura que trata da temática das redes de Atenção como objeto de estudo. As RAS desafia as análises de sistemas de saúde, sendo necessário operacionalizá-las adequadamente para conhecer os processos gestados nas redes e reconhecer evidências de seus efeitos, inclusive no sistema e práticas de estudo (AMARA; BOSI, 2017, p. 426).

A cidade de Curitiba implantou a sua rede de proteção nos anos 2000 com o projeto piloto em uma regional de saúde, expandindo-se posteriormente para outras regionais. O objetivo da rede era prestar atendimento integral às crianças, aos adolescentes e as famílias vítimas de violência (NJAINÉ et al., 2007, p. 1315). A motivação para a construção desta rede, foi o aumento dos casos de violência contra crianças e adolescentes que eram identificados nos serviços do Instituto Médico Legal, Conselhos Tutelares e o serviço do SOS Criança (CURITIBA, 2008), a implantação ocorreu de forma gradativa por meio da capacitação dos atores que seriam envolvidos nesta rede, Secretaria Municipal de Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Fundação Cultural, Fundação de Ação Social, Administração Pública Municipal, Regional, Conselho Tutelar, Ministério Público, Segurança Pública entre outras. A temática das capacitações abordaram *O que é a Rede de Proteção, Sinais de Alerta para a Violência e Sistema de Notificação Obrigatória* (CURITIBA, 2008, p. 13).

O artigo de Njaine et al. (2007) relatou a experiência da rede de proteção da cidade de Curitiba que tem como foco a saúde, educação e assistência social. Segundo as autoras foram várias as motivações para a formação da rede como a:

[...] complexidade do problema; necessidade da abordagem interinstitucional e multiprofissional; consciência da alta incidência de maus tratos; necessidade da articulação dos recursos e serviços existentes para o enfrentamento do problema; priorização absoluta da criança e do adolescente nas gestões municipais; cumprindo as metas do ECA; urgência de produção de informações e indicadores que

permitissem o conhecimento do problema e o monitoramento das ações; necessidade de elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento à violência” (NJAINÉ et al., 2007, p. 1315).

Para ilustrar que o trabalho em rede foi um processo de construção, a tipologia de rede adotada pelo município foi o modelo intersetorial. Em 2001, houve a organização das Coordenações que iriam compor a rede de proteção: coordenação municipal, coordenação regional e redes locais. Em 2002, houve a implantação do Programa Mulher de Verdade, pela Secretaria Municipal de Saúde para o atendimento das vítimas de violência sexual nos hospitais de referência de Curitiba: Hospital Pequeno Príncipe, Hospital das Clínicas e Hospital Evangélico, ambos passaram a utilizar a ficha de notificação obrigatória para registro dos casos (CURITIBA, 2008).

Em 2003, a Rede de Proteção foi oficializada pela Gestão Municipal, pois em setembro de 2002 a implantação da rede de proteção já havia sido concluída nas 08 regionais administrativas (NJAINÉ et al., 2007). Em 2004, houve a elaboração do Manual de Gestão em rede por profissionais das coordenações do nível municipal, regional e local, considerada uma ação do fortalecimento do trabalho em rede. Além disso, a rede ampliou os serviços hospitalares notificadores com a aderência dos setores de internação dos Hospitais – Pequeno Príncipe, Hospital de Clínicas, Hospital Cajuru, Hospital Evangélico, Maternidade Vitor Ferreira do Amaral e Hospital do Trabalhador e ambulatórios de pronto atendimento (CURITIBA, 2008)

Em 2005, a Rede de Proteção foi incluída no Plano de Governo Municipal. No ano de 2006, a organização do I Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual: Conquistas, Desafios e Proposições e a formulação da carta de Curitiba. E em 2007, fortaleceu-se o sistema de notificação obrigatório e implantou-se um sistema formal de monitoramento e acompanhamento das crianças e dos adolescentes notificados e suas famílias com especial atenção aos casos de reincidências (CURITIBA, 2008, p. 13).

A rede de proteção tem como objetivo geral prevenir a violência, especialmente a doméstica e intrafamiliar e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência. Nos objetivos específicos da rede estão:

visibilizar a violência praticada contra crianças e adolescentes, por meio do estímulo ao registro da notificação; capacitação dos profissionais que fazem parte da rede e para o trabalho integrado e intersetorial; atendimento às vítimas das violências, assim como suas famílias e os autores da violência com vistas a superar estas situações geradoras de violências; diminuição das reincidências das violências, com o monitoramento e acompanhamento dos casos; e ações para envolver a comunidade na prevenção das violências – envolver a comunidade para que ela também torne-se protagonista deste processo (CURITIBA, 2002).

O protocolo aborda a importância da metodologia da gestão em rede, com vistas a superar a gestão setorializada e tradicional para a gestão intersetorial das ações e serviços de saúde com cuidado integral de crianças vítimas de violências. Dentre os vários aspectos da rede, o protocolo menciona que o “conceito da rede permite o compartilhamento dos objetivos e procedimentos que visam à obtenção das interações necessárias com outras instâncias institucionais e a construção de vínculos horizontais de interdependência e complementariedade, que possam trabalhar de maneira flexível estabelecendo caminhos para a participação social (CURITIBA, 2008, p. 25).

A metodologia do trabalho da gestão em rede abordada no protocolo implica na mudança de olhar sobre os processos de trabalho dos profissionais e das instituições, além de ter um projeto político transformador da realidade apresentada e que se deseja transformar, além de fomentar o planejamento participativo, de base regional e o compromisso social (CURITIBA, 2008, p. 25). Além disso, caracteriza o como deve ser essa rede: horizontal, com multiliderança, co-responsável, compartilhada, autônoma, com diversidade, sustentabilidade e flexibilidade (CURITIBA, 2008, p. 29).

Segundo Franceschini (2019), o fenômeno da violência contra criança é complexo e multicausal e a intersectorialidade, essência do trabalho das redes de proteção, apresenta-se como eixo central na articulação de ações para o seu enfrentamento em conjunto com a atuação em redes integradas de políticas, ações e serviços para os territórios (FRANCESCHINI, 2019, p. 49).

A autora Maria Trousdell Franceschini na tese de doutorado “A construção da intersectorialidade: o caso da Rede Intersectorialidade Guarulhos Cidade que Protege” (2019), apresenta uma revisão de literatura a respeito das várias perspectivas da intersectorialidade segundo as dimensões disciplinares, relacionando-as com os campos da Administração Pública, da Saúde, da Educação, da Assistência Social e das Redes. Para a administração pública, a intersectorialidade significa romper com a lógica de gestão tradicional, focalizada e setorializada para uma gestão social mais democrática, com vistas a superação de problemas sociais e com a participação social. Trabalhar com a intersectorialidade seria estabelecer uma nova forma de gestão, sendo questionada pela autora se as práticas intersectoriais não estariam sendo realizadas em estruturas fragmentadas, setorializadas e hierarquizadas.

A lógicas das redes e da intersectorialidade coloca para as políticas públicas “uma nova concepção de gestão no campo do planejamento, execução e controle social dos serviços sociais públicos, que, por sua vez implica inovar a forma de articular os diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses” (FRANCESCHINI, 2019).

A intersectorialidade não deve ser reduzida a mera união e integração de diversos setores em prol da resolução de um problema, pois algumas vezes a intersectorialidade esbarra nas questões técnica e administrativa das políticas públicas e na maneira com que é operacionalizada. A autora cita Junqueira (2004) onde o mesmo autor aponta a “necessidade de mudar práticas institucionais para que gestores e profissionais tenham mais apropriação das políticas e possam integrar novos conhecimentos”(JUNQUEIRA, 2004). Outro aspecto levantado por outros autores para a dificuldade de estabelecer a intersectorialidade dentro da administração pública é a questão de balizar interesses e vontades políticas dentro das arenas de disputas e conflitos (TROUSDELL apud SPOSATI, 2006; PEREIRA, 2014; VAZBEK, 2014, p. 41).

Trousdell (2019) estudou a Rede da Cidade de Guarulhos denominada Rede Cidade Protege (RCP), também estruturada com o modelo de rede intersectorial. Para a RCP, o Grupo Gestor Intersectorial, coordenador da rede, foi arranjo institucional para a definição das estratégias de enfrentamento à violência contra criança e adolescente, como um elo entre o nível central e o nível local das ações. Para a autora, mesmo sendo um arranjo de gestão potente, esbarra nas questões técnicas e de capacidade de gestão limitada, pois o mesmo grupo não possui poder de decisão, precisando ser levadas em consideração o aval dos gestores das secretarias que fazem parte do Grupo Gestor Intersectorial.

De acordo com os autores Andrade (2010) e Nascimento (2010) a intersectorialidade está intimamente complementar a descentralização, na esfera da Administração Pública. Com a descentralização, há uma transferência de poder para os níveis locais, mais próximo da população onde as ações intersectoriais ganham sentido sobre as demandas e necessidades de saúde, com a integração das políticas públicas e a efetivação dos serviços.

No campo da saúde, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (2014) que enfatiza a intersectorialidade como um princípio e como diretriz aponta a “organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersectoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais” (BRASIL, 2014). Segundo Nascimento (2010) as políticas públicas deveriam trazer os desenhos institucionais na perspectiva da intersectorialidade e que refletisse na produção dos instrumentos administrativos locais e planos municipais.

A Rede de proteção da cidade de Curitiba organiza-se em Coordenação Municipal, Coordenação Regional e Redes Locais, esta característica corresponde a horizontalidade, onde

a rede possui poucos níveis hierárquicos. As estratégias de ação são as mesmas para as três coordenações que atuam de forma descentralizada do nível municipal para a rede local. Um dos direcionamentos da rede é o fortalecimento das ações no nível local, com engajamento de pequenos grupos e comunidades (NJAINÉ et al., 2007, p. 1317). A composição da Rede é dividida em órgãos executivos, órgãos de atuação integrada e órgãos de atuação em parceria, dentro dessa divisão os hospitais encontram-se nos órgão de parceria, facultada a participação nas reuniões intersetoriais.

Embora essa horizontalidade represente a tomada de decisão de forma coletiva com poucos níveis hierárquicos, no estudo de Njaine et. al (2007) apontou que “ em relação apoio mútuo entre os órgãos, à divisão de responsabilidades e ao fluxo de informações, as redes regionais e locais mostram-se mais incipientes e a rede local, essencial para a execução das ações, mostra-se mais fragilizada e a mais sobrecarregada” (NJAINÉ et al., 2007, p. 1317).

Além disso, a rede deve ser coordenadora de diversas ações que ocorrem nos serviços/ pontos de atenção que a compõe, o que implica o desafio de harmonizar tais ações. Esse controle e esse planificação pode existir a partir de uma gestão centralizada (ministério, secretarias e respectivas áreas técnicas) ou em nível local, quando a gestão do cuidado é realizada pelas equipes (AMARAL; BOSI, 2017, p. 431)

No âmbito da rede local, o protocolo menciona que os hospitais constituem –se como serviços notificadores de violências juntamente com outros serviços da Saúde, da Educação e da Fundação de Ação Social (Assistência Social) que articulado com outras redes locais de enfrentamento à violência segue os fluxos e os procedimentos estabelecidos no que concerne aos procedimentos em casos de suspeita de violência, avaliação global do nível de gravidade, orientações complementares para a abordagem; normas para preenchimento da Notificação Obrigatória; fluxos de encaminhamento e o sistema de monitoramento e acompanhamento. Estas orientações constam no protocolo municipal (CURITIBA, 2008).

A Rede possui o processo de trabalho organizado em reuniões ampliadas com toda a rede municipal, coordenada pelo nível municipal; a nível regional que tem a finalidade de ser a ligação entre o nível municipal e a rede local; e a rede local que define a organização de reuniões mensais para a discussão de casos que devem ser acompanhados pelo nível em questão com os serviços envolvidos nos casos.

O Sistema de monitoramento e acompanhamento da rede de proteção de Curitiba configura o eixo do Seguimento explicitado na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências que é o acompanhamento da criança e da família com planejamento individualizado para cada caso

(BRASIL, 2015, p. 51) sendo monitorado pela rede de proteção. Somado a isso, o Sistema de Monitoramento ainda foi criado com a finalidade de traçar indicadores de acompanhamento para crianças e famílias em situação de risco para a violência, atentando para a avaliação da rede de proteção, se os indicadores estão em consonância com os objetivos definidos pela Rede.

O Sistema de Monitoramento materializa-se na planilha de monitoramento e acompanhamento que é enviada mensalmente para as coordenações, preenchida tanto pelas coordenações regionais e pelas redes locais com os casos advindos dos territórios. Aqueles casos em que a criança ou família não residem nas regionais ou no município são transferidas para a referida localidade/regional do município. Todos os fluxos de comunicação e envio de planilhas estão apresentadas no protocolo municipal.

Além disso, a planilha de monitoramento possui campos para o preenchimento de ações de prevenção realizadas com as crianças e as famílias em situação de violência, além de constar campos para sinalizar a reincidência de casos que já foram notificados. Por meio deste instrumento, é possível visualizar os casos notificados e acompanhados nos diferentes equipamentos da saúde, educação, assistência social e a situação deles dentro da Rede de Proteção (CURITIBA, 2008, p. 99). O Seguimento dos casos de violências dentro da rede de proteção tensiona a “organização do serviço com definição de fluxos internos e externos de atendimento, formas de encaminhamento, agendamento de interconsultas, frequência dos retornos, realização de exames complementares, reuniões intersetoriais para avaliar a evolução do caso (clínico e social), entre outras ações de cuidado, proteção e prevenção” (BRASIL, 2015, p. 73).

O estudo de Guimarães que avaliou uma estratégia intersetorial da rede municipal de enfrentamento às violências, revelou que mais de 80% das notificações de violências recebidas pela Coordenação de Vigilância do município eram provenientes das unidades de urgência e emergência, no entanto esses casos notificados sequer chegavam ao conhecimento da Atenção Básica, havendo uma descontinuidade das ações de cuidado integral às vítimas, fragilidade nas ações de vigilância e falta de interação dos equipamentos da rede intersetorial na atenção integral às pessoas em situação de violência (GUIMARÃES, 2018).

Dentro da perspectiva da rede, cada serviço/ponto de atenção possui um escopo de responsabilidade, que inclui alguns quadros clínicos a seu encargo, enquanto exclui os demais (AMARAL; BOSI, 2017). Com vistas ao alcance da integralidade da atenção, é necessária a existência de outros serviços que tenham como responsabilidade os quadros excluídos. Para os mesmos autores, no contexto de rede, um serviço que considera determinada demanda

inadequada para si, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente em direção a outro serviço apropriado. Cria-se, com isso, um objeto do trabalho que vai além da responsabilidade individual de um serviço, tornando-se um objeto da rede (AMARAL; BOSI, 2017, p.430). Os pontos de atenção são interligados por relações intencionais, mesmo que em alguns momentos sejam consensuais ou não, mas tem em sua proposta de trabalho objetivos em comum de cuidado (AMARAL; BOSI, 2017, p.431).

Neste sentido é fundamental a reunião de equipe/setores da saúde e intersetorial como uma estratégia de acompanhamento dos casos, pois permite a discussão dos casos e definir quais situações estão estabilizadas ou não, além de:

[...] avaliação da adesão/aceitação da família aos atendimentos feitos pelos diferentes serviços e profissionais; análise das necessidades específicas de cada caso e elaborar as estratégias indicadas; favorecer a capacitação da equipe de saúde para abordagens e intervenções; definição das responsabilidades na divisão de tarefas entre os profissionais; contribuição para o processo de análise dos dados das entrevistas compartilhando impressões; promover a articulação com profissionais de outros setores ou instituições engajados na defesa dos direitos da criança e do adolescente e planejar a alta do acompanhamento; planejamento da organização de grupos de acolhimento e de orientação aos pais e responsáveis, contribuindo para otimizar a atenção; fortalecimento dos vínculos dos serviços com as famílias, possibilitando que os retornos possam coincidir com outras atividades e ações programadas para as crianças, os adolescentes e suas famílias, evitando o abandono do tratamento e a descontinuidade dos cuidados (BRASIL, 2015, p. 74).

No protocolo de Curitiba existe o espaço garantido de reuniões nos três níveis da rede (municipal, regional e local), incluindo a periodicidade que as mesmas devem ocorrer. A coordenação municipal da rede promove uma reunião trimestral com todos os parceiros municipais, enquanto a rede local organiza-se em reuniões mensais sendo apoiada pela coordenação regional. Embora sejam espaços garantidos, não existe uma definição de quais ou quantos órgãos deveriam participar, sendo mencionado quais atuam de forma executiva ou em forma de parceria. Os hospitais, Conselhos Tutelares e os órgãos de Justiça são órgãos de parceria da rede. Diante disso, Njaine et al. (2007) aponta que “[...] o grau de inserção das instituições é frequentemente desigual, levando ao comprometimento da articulação entre elas. A coordenação municipal e a regional apresentam uma melhor avaliação da rede local, especialmente em relação a assiduidade dos responsáveis pelas organizações nos encontros” (NJAINE et al., 2007, p. 1316).

Garantir a integração dos eixos da Linha de Cuidado Integral dentro da rede de saúde/proteção e práticas cuidadoras que não revitimizem as crianças e suas famílias são caminhos para o cuidado integral de crianças em situação de violência, pois a falha da rede

impacta diretamente na garantia da proteção integral às crianças e aos adolescentes (MELO et al., 2020).

Em um estudo realizado por Guimarães (2018) onde avaliou a estratégia intersetorial de vigilância das violências em uma regional – Projeto de Vigilância às Violências, com espaço de discussão e acompanhamento dos casos notificados, a mesma relatou algumas dificuldades para a implementação do projeto como: a ausência dos representantes da rede intersetorial, a ilegibilidade e a incompletude de algumas fichas de notificação, ausência dos representantes da saúde mental, a recusa de acompanhamento por parte das vítimas, a existência de famílias inteiras em situação de vulnerabilidade, os casos recorrentes de violência autoprovocada, o desconhecimento por parte das equipes das unidades sobre os limites dos seus territórios de adscrição (GUIMARÃES, 2018, p. 88). O mesmo resultado em relação a ausência de parceiros intersetoriais foi encontrado no estudo de Troudell (2019), em que os níveis de participação dos atores da rede eram diferenciados, sobressaindo os órgãos da saúde, educação e da assistência social em relação aos outros componentes da rede, sendo apontado pelos profissionais do estudo a necessidade de uma atuação mais efetiva dos participantes da rede.

Podemos dizer que as redes de proteção são o tipo de rede intersetorial, pois apontam para um novo modo de gestão do cuidado em saúde com vistas a integralidade do cuidado. A rede de proteção é entendida como um espaço de formação de parcerias, cooperações e articulações dos sujeitos institucionais, funcionando como um mecanismo de interrupção da violência e da mitigação de danos às crianças e famílias, contribuindo para uma visão ampliada da situação permitindo o planejamento das ações integradas (MELO et al., 2020, p. 2).

Na rede estão envolvidas outros sistemas para além da saúde, que sozinha não dá conta de compreender e superar o fenômeno da violência. No caso das violências, o artigo de Njaine et al. (2007) menciona que o município de Curitiba pretendia formalizar legalmente a rede sob a forma de lei municipal. Essa formalização tensionaria para a incorporação da intersectorialidade dentro da estrutura da gestão desde o nível central, capilarizando-se para os níveis regional e local, no entanto na experiência da Rede Cidade Protege do município de Guarulhos, o Grupo Gestor Intersectorial foi instituído pelo decreto nº 32979/2015, mas mesmo assim esbarra na baixa capacidade de gestão que ainda é bastante setorial no processo de tomada de decisão. O mesmo estudo da RCP, de Trousdell (2019) observou que algumas decisões setoriais já chegavam "prontas" para o Grupo de Gestor Intersectorial, que o grupo

precisava mover esforços para implementar o que já estava decidido, ou seja, uma estrutura intersetorial com modos de trabalho tradicional setorializado.

Reconhece-se a limitação do estudo em trabalhar a noção de rede a partir de um documento técnico municipal, porém há a necessidade de conhecer caminhos que apontem para o trabalho intersetorial que seja efetivo no direito das crianças em situação de violência e como a intersectorialidade é operacionalizada no cotidiano dos sistemas que fazem parte do enfrentamento das violências, como Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer entre outros. Não há na literatura somente um modelo de rede intersetorial, mas a análise de diferentes arranjos permite conhecer as potências e os gargalos que ainda existem para a concretização da gestão em redes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de gestão do cuidado em saúde sob a estrutura das Redes de Atenção à Saúde é uma concepção de trabalho recente que coloca para os pontos de atenção os desafios da integração, da conectividade, da reorganização das normativas de trabalho, da criação de espaços de gestão compartilhada e o direcionamento para um único objetivo transversal a todos os serviços que compõem esta rede de atenção que é o cuidado do usuário do sistema público de saúde, incluindo a atenção hospitalar.

No enfrentamento às violências, as redes de atenção à saúde estão intimamente relacionadas com o trabalho da rede intersetorial, que precisam ser efetivas para garantir a proteção da criança, assim como garantir encaminhamentos seguros e o seguimento do caso com vistas a evitar a reincidência do caso e revitimização das crianças, além do cuidado dos danos causados por uma vivência dolorosa que é a violência, seja ela de qual natureza for.

O setor saúde como componente do Sistema de Garantia de Direitos precisa direcionar a rede de atenção para o cuidado integral de crianças e adolescentes vítimas de violências, fortalecendo as dimensões do acolhimento, atendimento, registro e notificação dos casos e o seguimento por toda a rede de saúde e proteção, como um direito e defesa destas crianças que encontram-se em situação de violência, sem excluir o cuidado com as famílias e os agressores. Diante da situação, não é tarefa fácil desenvolver/construir uma rede que abarque tantas intervenções para um mesmo problema, a saúde é uma parte do todo.

Neste sentido, dentro do Sistema Único de Saúde têm-se as recomendações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) e a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (2010) que versam sobre a prioridade absoluta na criança com ações para a integralidade do cuidado na situação de violência por meio de uma abordagem com equipe multiprofissional para gestão dos casos de violências; capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde; criação de protocolos, fluxos e normativas referentes ao atendimento dos casos; articulação e conhecimento dos serviços que fazem parte das redes de proteção e prevenção, e a gestão do trabalho em forma de rede. Esses pontos importantes além de estarem presentes nos documentos ministeriais, também emergiram das pesquisas selecionadas para este estudo, trazendo a preocupação dos profissionais a respeito da qualificação da atenção prestada a este público nos serviços das instituições hospitalares.

E para além do cuidado técnico trazido nas políticas públicas, tem-se o cuidado subjetivo, este que não é notado no cotidiano dos serviços hospitalares, mas está presente no campo dos afetos fazendo a diferença na prática profissional em relação ao atendimento e acolhimento dos casos de violência contra criança nos serviços hospitalares.

As políticas públicas referentes a Atenção Hospitalar, objeto deste estudo, vem tensionando para uma prática hospitalar mais humanizada e uma gestão hospitalar que integre-se às redes de atenção preconizadas pelo Sistema Único de Saúde com articulação e integração com a Atenção Básica, Vigilância em Saúde e outros componentes das RAS. Para isso, é preciso novas práticas institucionais que corroborem as diretrizes para a organização da atenção hospitalar com as redes, em ser horizontal e poliárquica junto com outros serviços e instituições de saúde. E nos níveis de gestão, construir relações que tensionem para que as instituições hospitalares/atenção hospitalar assumam esta responsabilidade do cuidado e organização da atenção, na atenção às violências integrar-se com a rede de proteção/prevenção.

Neste caminho, pode-se mencionar a experiência do Programa de Proteção à Criança do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que embora anteceda as políticas públicas de rede, já trabalhava sob esta noção desde a década de 1990, com uma equipe multiprofissional e articulação com a rede de proteção à criança. Mesmo com as dificuldades apontadas nos estudos, o PPC é um programa que serve de apoio para os profissionais que lidam com casos de violência e estratégica na qualificação do cuidado às crianças em situação de violência na atenção hospitalar.

O desafio ainda é maior ao pensar que uma mesma instituição hospitalar pode ter mais de uma porta de entrada para o sistema de saúde, ou seja um mesmo hospital tem a emergência, o ambulatório, a internação, a unidade pediátrica entre outros e como pensar a questão das violências dentro do ambiente hospitalar levando em consideração o perfil da unidade hospitalar e a estrutura da rede assistencial em que o hospital está inserido.

No campo da saúde coletiva, compreender a atuação da atenção hospitalar nos moldes da rede de atenção ou das redes intersetoriais faz-se relevante na medida que correlacionam-se com a história da Atenção Hospitalar no Brasil, e a indução da reestruturação por meio das políticas públicas com objetivo de reorganizar esta atenção e entender o momento que encontra-se essa reforma. Foi importante o resgate histórico, para descobrir que as lacunas existentes vêm da própria construção do Sistema Único de Saúde como um sistema fragmentado e tem nas Redes de Atenção, Linhas de Cuidado e outros instrumentos que norteiam o cuidado integral a tentativa de reparar essa fragmentação da atenção.

Nos planos da reforma hospitalar podem ter sido reestruturados práticas administrativas, mas será que as práticas de saúde foram reestruturadas também? Sendo assim, este estudo é inicial para entender que a atenção hospitalar ainda não reconhece-se como um ponto de atenção da rede de enfrentamento às violências, mas acompanhar esta tendência ao longo do tempo pode ser interessante para analisar possíveis mudanças, sejam elas estruturais, profissionais, organizacionais entre outros. Mesmo porque, outros campos do SUS também passaram por um processo de reorganização, como o modelo de atenção em Vigilância em Saúde que converge para uma atuação em rede, na integração das vigilâncias.

Existem outros pontos que poderiam ser abarcados neste estudo em relação a Atenção Hospitalar, mas pela complexidade da temática não foram aprofundados. Por isso, como sugestão que outros estudos sejam realizados envolvendo a questão da Atenção Hospitalar e a rede assistencial, a Atenção Hospitalar e a regionalização; a atuação da Atenção Hospitalar e as necessidades da população adstrita e a Atenção Hospitalar e o trabalho participativo com a população e o fortalecimento da Atenção Hospitalar na concepção de rede de atenção à saúde e/ou redes intersetoriais.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, R. M. L. *et al.* Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 21-28, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100003>. Acesso em: 05 mar. 2022.
- ALGERI, S.; ALMOARQUEG, S. R. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. *Clin Biomed Res*, [S.l.], v. 27, n. 2, out. 200. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2043>. Acesso em: 05 mar. 2022.
- MARAL, L. V. O. Q. *et al.* Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 146-152, 003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400019>. Acesso em: 05 mar. 2022.
- AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). **Saúdesoc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 171-180, Set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300017&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 maio 2021.
- AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. (Orgs.). **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Viol%C3%A4ncia_Sexual_contra_Crian%C3%A7as_e_Adolescentes/hgSWYl6waIkC?hl=pt-BR&gbpv=1&dq=O+programa+de+prote%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+crian%C3%A7as:+uma+proposta+interdisciplinar+na+assist%C3%A4ncia+a+crian%C3%A7as+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+viol%C3%A4ncia&printsec=frontcover. Acesso em: 05 mar. 2022.
- BARBOSA, P. Z.; PEGORARO, R. F. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 77-89, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2021.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão E Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Educa / crianças, jovens e professores: **Matérias Especiais: Perfil das crianças do Brasil**. On-line. Site: IBGE, 2021. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2697-ie-ibge-educa/jovens/materias-especiais/20786-perfil-das-criancas-brasileiras.html#:~:text=A%20Pesquisa%20Nacional%20por%20Amostra,de%20cerca%20de%20207%20milh%C3%B5es>. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD); Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO). Autores: FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. **Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes: Coleção Educação Para Todos.** Brasília, DF: Ministério da educação, 2007. Disponível em: http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/bib_volume31_escola_que_protege_enfrentando_a_violencia_contra_crianças_e_adolescentes.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (CLAVES). **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência:** Orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes, Rio de Janeiro: Ministério da justiça, 2001. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf. Acesso em: 16 maiO 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.** Brasília, DF: Ministério da saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/componente-hospitalar-da-rede-de-atencao-as-urgencias>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022.** Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução das Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936 de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.061 de 18 de maio de 2020**. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061_29_05_2020.html. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 13 mai0 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora**. Brasília, DF: Ministério da saúde, n.d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sistema_atencao_hospitalar_brasileiro.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**, Site Eletrônico, 1 dez. 2017. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao>. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento, volume II. **Cadernos de atenção primária, nº 29**. Série A – Normas e Manuais Técnicos, 1º edição, 1º reimpressão. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de atenção básica, nº 8**. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes**. 2008 e 2009. Série G: Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977**. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 17 maio 2021.

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil**. O mito da eficiência privada no Estado do Mato Grosso em 1998. 2002. 222f. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l], v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CASTRO, A. A. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP, 2006. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>. Acesso em: 21 fev. 2008.

COCCO, M.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 491-497, set. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7939>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CRIANÇA LIVRE DE TRABALHO INFANTIL. **Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente**. 2016. (On-line). Disponível em: <https://livredetrabalho infantil.org.br/trabalho-infantil/como-enfrentar/sgdca/>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CUNHA, J. M. **A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar**. 190f. 2007. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2007.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde **Protocolo da Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência**. 3. ed. rev. E atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2008. Disponível em: <https://fas.curitiba.pr.gov.br/baixarMultimedia.aspx?id=391>. Acesso em: 31 maio 2022.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24,

p. 430-440, 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n6/430-440/>. Acesso em: 05 mar. 2022.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 4, n. 1, pp. 81-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123199900010000>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 727-741, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2022.

FRANCESCHINI, M. C. T. **A construção da intersectorialidade: o caso da Rede Intersectorial Garulho Cidade que Projete**. 2019. 297f. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Universidade de São Paulo, 2019.

FRANZIN, L. C. D. S. *et al.* Violência e maus-tratos na infância e adolescência. **Revista Uningáreview**, [S.l.], v. 16, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/148>. Acesso em: 16 maio 2021.

GUIMARÃES, M. R. Criança e adolescente em situação de violência: o desafio da atenção integral e da intersectorialidade. 2018. 141f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2018.

GUZZO, A. C. A. **Protocolo de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na saúde**. Brasília, DF: TJDF, n.d. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes-textos-e-artigos/publicacoes/publicacoes-1/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolescentesVítimasViol.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.

KUSCHNIR, R. **Desafios da Regionalização e Conformação das Redes de Atenção em contexto de Crise e Desigualdades Territoriais**. Apresentação em programa powerpoint. [S.l.], dez. 2016. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/arquivos/anexos/88Rosana%20Kushnir.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

LIMA, P. D.; FARIAS, G. M. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enferm.**, [S.l.], v. 10, n. 3, maio 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46596>. Acesso em: 05 mar. 2022.

MARTINS, F. F. S.; ROMAGNOLI, R. C. A violência contra as crianças e adolescentes admitidos no Hospital João XXIII: uma análise quantitativa. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 148-161, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2022.

MELO, R. A. *et al.* Rede de Proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>. Acesso em: 05 mar. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção**. Brasília, DF: OPAS, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vM4c5NGrjxPFj8Phv4Mghjw/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. *In*: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 9, p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. Iniciativas do setor saúde. *In*: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 6, p. 53-64.

MINAYO, M. C. S. O contexto da violência social no Brasil. *In*: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 2, p. 25-36.

MINAYO, M. C. S. Prejuízos, Lucros e Interesses. *In*: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 4, p. 37-42.

MINAYO, M. C. S. Um fenômeno de causalidade complexa. *In*: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 1, p. 13-23.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7127.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

MINAYO, M. C.S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 14, n. 5, p. 1641-1649, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>. Acesso em: 05 mar. 2022.

MOURA, A. T. M. S.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 24, p. 2926-2936, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200022>. Acesso em: 05 mar. 2022.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400014>. Acesso em: 05 mar. 2022.

NJAINE, K. *et al.* Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 11, n. suppl, p. 1313-1322 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500020>. Acesso em: 05 mar. 2022.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine9788575415887.epu>. Acesso em: 12 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

SANTOME, L. M. *et al.* Crianças hospitalizadas por maus-tratos em UTI de serviço público de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1420-1427, 2018. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901420&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2022.

SANTOS, F. M. Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.]. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 6, n. 1, p. 383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>. Acesso em: 09 out. 2021.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 9, p. 3597-3609, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 99-113, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S308>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. (Orgs.). **Gestão hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021.

SILVA, P. A. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. 1, p. 56-62, 2009. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7774/4409>. Acesso em: 05 mar. 2022.

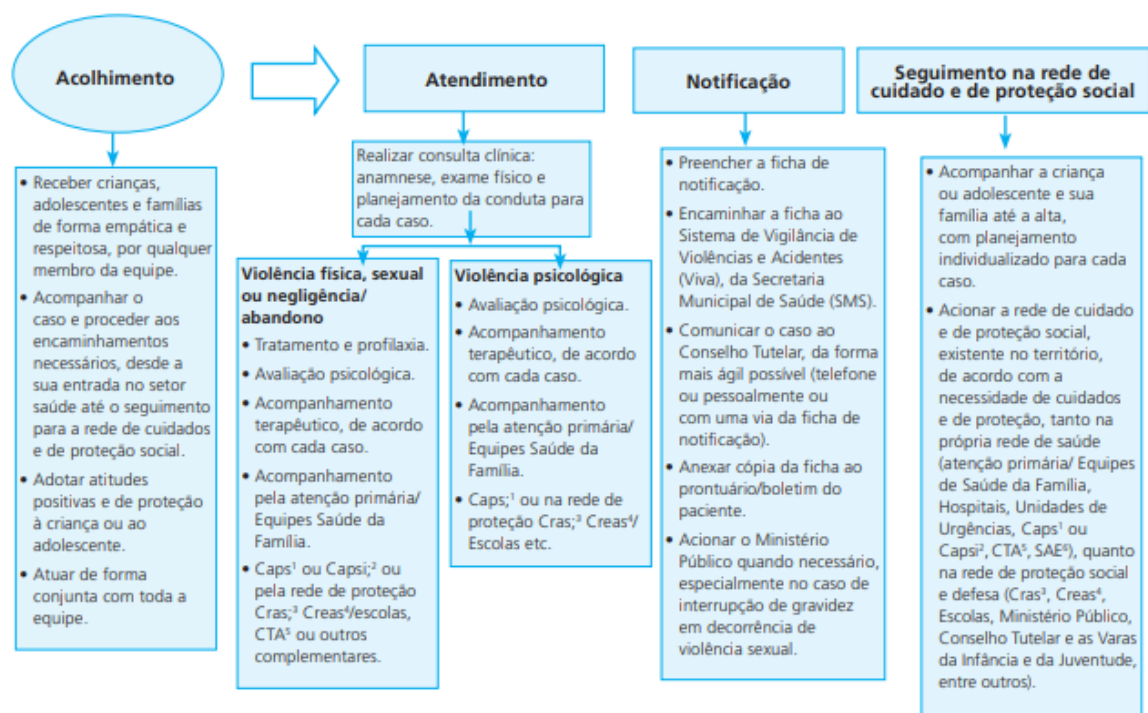
SOUZA-SCHUMACHER, G. *et al.* Violência contra crianças na perspectiva de profissionais de saúde: reconhecimento e proteção em suas atividades hospitalares. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 44, p. 149-162, 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000300011&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

THOMAZINE, A. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Rev. Eletr. Enferm.**, [S.l.], V. 11, N. 4, P. 830-840, dez. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33237>. Acesso em: 05 mar. 2022.

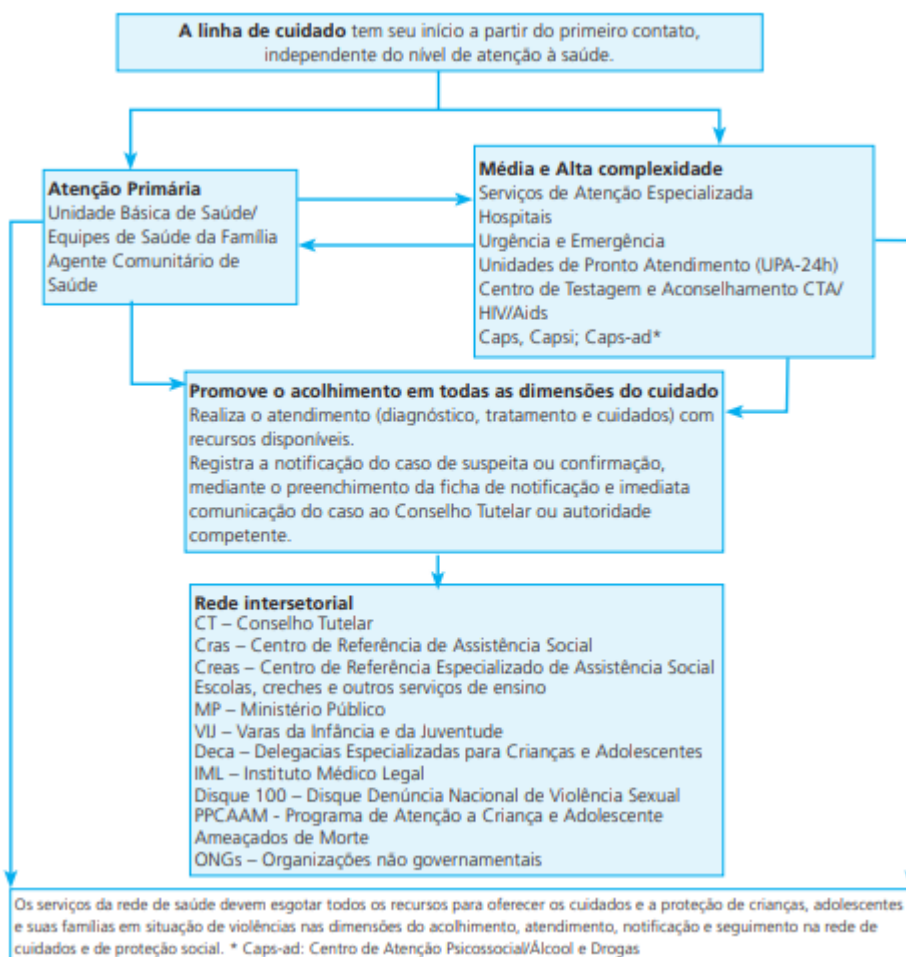
WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 14, n. 1, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100021>. Acesso em: 05 mar. 2022.

ANEXO 01 - Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências



¹Caps: Centros de Atenção Psicossocial; ²Capsi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; ³Cras: Centro de Referência de Assistência Social; ⁴Creas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; ⁵CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento; ⁶SAE: Serviço de Atenção Especializada.

ANEXO 02 - Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências – serviços que compõem a rede intrassetorial e intersetorial



ANEXO 03 – Ficha de Notificação Individual da Violência Interpessoal/Autoprovocada (2015)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº _____

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/interpessoal (física, psicológica/emocional, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho análogo à escravidão, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravamento VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	8 Unidade de Saúde	Código (CNES)
	9 Data de ocorrência da violência	10 Data de nascimento			
Notificação Individual	11 Nome se não parecer de	12 (ou) Idade 1 - Menor de 1 ano 2 - De 1 a 4 anos 3 - De 5 a 9 anos 4 - De 10 a 14 anos 5 - De 15 a 19 anos 6 - De 20 a 24 anos 7 - De 25 a 29 anos 8 - De 30 a 34 anos 9 - De 35 a 39 anos 10 - De 40 a 44 anos 11 - De 45 a 49 anos 12 - De 50 a 54 anos 13 - De 55 a 59 anos 14 - De 60 a 64 anos 15 - De 65 a 69 anos 16 - De 70 a 74 anos 17 - De 75 a 79 anos 18 - De 80 a 84 anos 19 - De 85 a 89 anos 20 - De 90 a 94 anos 21 - De 95 a 99 anos 22 - Não se aplica	13 Sexo M - Masculino F - Feminino	14 Gestante 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica	15 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Não se aplica
	16 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1ª grau) 2 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 2ª grau) 3 - 9ª a 11ª série incompleta do EF (antigo secundário ou 3ª grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 4ª grau) 5 - Ensino médio completo (antigo secundário ou 5ª grau) 6 - Ensino superior incompleto (antigo superior ou 6ª grau) 7 - Ensino superior completo (antigo superior ou 7ª grau) 8 - Não se aplica	17 Número do Cartão SUS	18 Nome de mãe		
	19 UF	20 Município de residência	Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)
Dados de Residência	26 Geo campo 1	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (COD) Telefone	31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada	32 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
	33 Nome Social	34 Ocupação			
Dados da Pessoa Afetada	35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 9 - Não se aplica 9 - Ignorado	36 Orientação Sexual 1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	37 Identidade de gênero 1 - Transmulher 2 - Mulher Transsexual 3 - Homem Transsexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno? 1 - Deficiência Física 2 - Deficiência Intelectual 3 - Deficiência visual 4 - Deficiência auditiva 5 - Transtorno mental 6 - Transtorno de comportamento	40 UF	41 Município de ocorrência	
	42 Distrito	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4	
Dados da Ocorrência	49 Ponto de Referência	50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada	51 Hora da ocorrência (HH:MM - 24:00 horas)		
	52 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústria/construção 09 - Outro 90 - Ignorado	53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

5/5 03.06.2015

Validação	00	Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 10-Não se aplica 11-Igorado	07	Meio de agressão: a) Força corporal/espalhamento b) Enforcamento c) Obj. contundente d) Outros _____	08	Tipo de violência: a) Física b) Psicológica/Moral c) Tática d) Sexual	09	Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? a) Assédio sexual b) Estupro	10	Procedimento realizado: a) Profixação DST b) Profixação HIV	11	Número de envolvidos: 1- Um 2- Dois ou mais 3- Ignorado	12	Sexo do provável autor da agressão: 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 4- Ignorado	13	Suspeito de uso de álcool: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado
	01	Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 6-Igorado	02	Encontro realizado: a) Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde/hospital/outras) b) Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) c) Rede de Educação (Creche, escola, outras) d) Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) e) Conselho Tutelar	03	Condição de atendimento: a) Conselho do Idoso b) Delegacia de Atendimento ao Idoso c) Centro de Referência dos Direitos Humanos d) Ministério Público e) Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	04	Delegacia de Atendimento à Mulher: a) Outras delegacias b) Justiça da Infância e da Juventude c) Defensoria Pública								
Validação Sexual	05	Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? a) Assédio sexual b) Estupro	06	Procedimento realizado: a) Profixação DST b) Profixação HIV	07	Número de envolvidos: 1- Um 2- Dois ou mais 3- Ignorado	08	Sexo do provável autor da agressão: 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 4- Ignorado	09	Suspeito de uso de álcool: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado						
	10	Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 6-Igorado	11	Encontro realizado: a) Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde/hospital/outras) b) Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) c) Rede de Educação (Creche, escola, outras) d) Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) e) Conselho Tutelar	12	Condição de atendimento: a) Conselho do Idoso b) Delegacia de Atendimento ao Idoso c) Centro de Referência dos Direitos Humanos d) Ministério Público e) Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	13	Delegacia de Atendimento à Mulher: a) Outras delegacias b) Justiça da Infância e da Juventude c) Defensoria Pública								
Dado Base	06	Violência Relacionada: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado	07	Se sim, foi em âmbito de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado	08	Circunstância de lesão: CID 10 - Cap XX										
	09	Data de encerramento: _____	10	Se sim, foi em âmbito de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado	11	Circunstância de lesão: CID 10 - Cap XX										
Informações complementares e observações																
Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____																
Observações Adicionais: _____ _____ _____																
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100																
Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. da Unit. de Saúde/CNES: _____																
Nome: _____ Função: _____ Assinatura: _____																
Violência interpessoal/autorprovocada _____ Sim _____ Não _____																

ANEXO 04 – Portaria de Notificação de Agravos de Notificação Compulsória

PORTARIA GM/MS Nº 420, DE 2 DE MARÇO DE 2022

[< Voltar](#) Compartilhe: [f](#) [t](#) [in](#) [v](#) [e](#)

[VERSÃO CERTIFICADA](#) [DIÁRIO COMPLETO](#) [IMPRESSÃO](#)



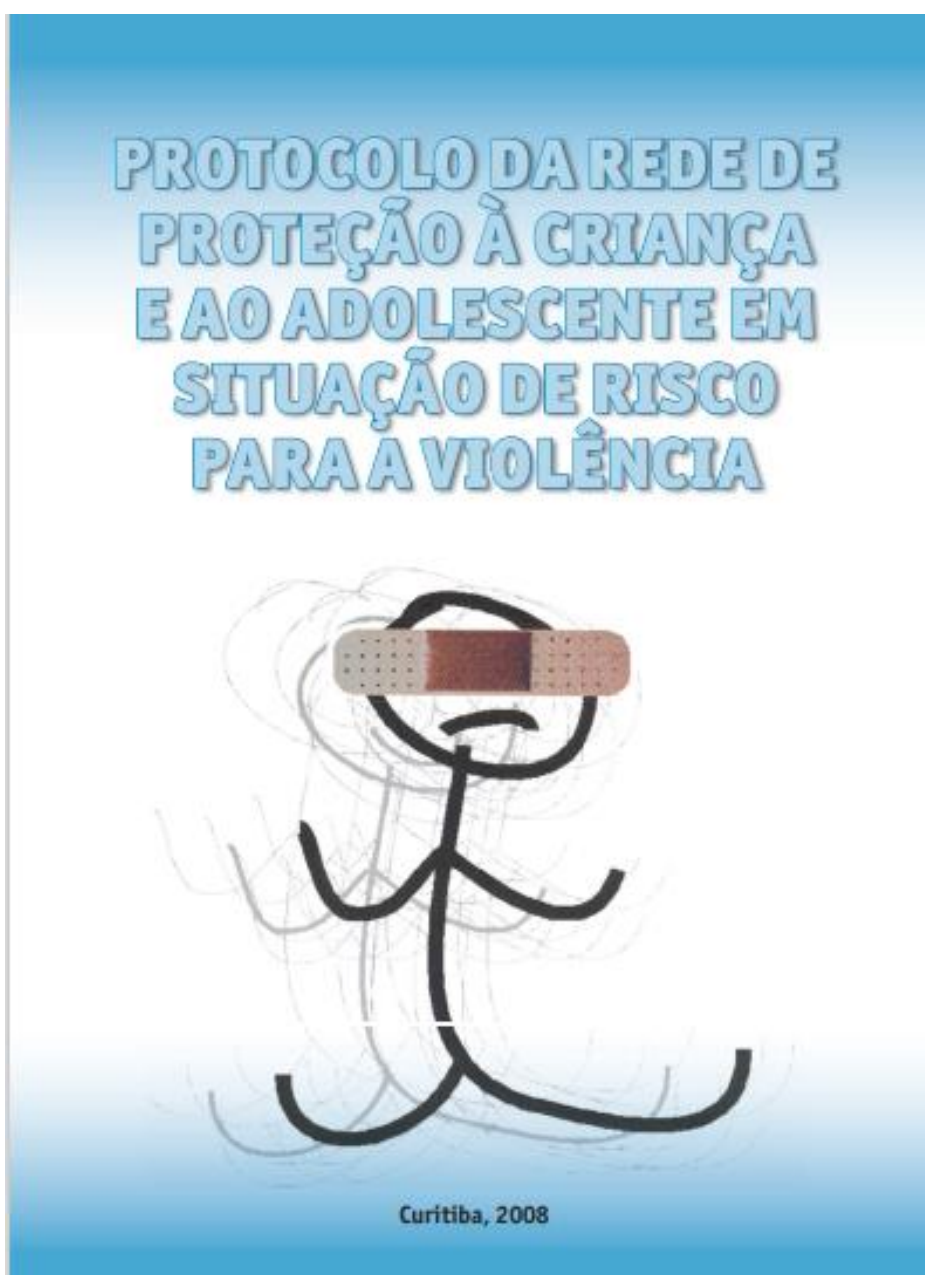
DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
Publicado em: 04/03/2022 | Edição: 43 | Seção: 1 | Página: 56
Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA GM/MS Nº 420, DE 2 DE MARÇO DE 2022

Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, resolve:

ANEXO 05 – Protocolo Municipal da Rede de Enfrentamento às Violências da Cidade de Curitiba



Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. ORIENTAÇÕES PARA AS DÚVIDAS MAIS FREQUENTES	15
3. DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DA REDE DE PROTEÇÃO	17
4. DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL	19
5. GESTÃO EM REDE	23
6. CONCEITOS	31
7. ESTRUTURA DA REDE DE PROTEÇÃO	37
8. SINAIS DE ALERTA PARA A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	47
9. EVIDÊNCIAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS	53
10. FLUXO DE ATENÇÃO EM CASO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	71
10.1. Procedimentos em casos de suspeita de violência	71
10.2. Avaliação global do nível de gravidade	74
10.3. Orientações complementares para abordagem	77
10.4. Normas para preenchimento da Notificação Obrigatória	81
10.5. Fluxos de encaminhamento	89
10.6. Sistema de monitoramento e acompanhamento	98
10.7. Gestão do banco de dados	101
11. SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS	103
12. POSTURA PROFISSIONAL: ÉTICA E SIGILO	107
13. AÇÕES PREVENTIVAS À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	115
13.1. Família, a base de tudo	116
13.2. Ações preventivas na comunidade	122
13.3. Ações preventivas à violência no Ensino Fundamental e na Educação Infantil	124
14. CONSTRUINDO RESILIÊNCIA	127
15. REFERÊNCIAS	133
16. ANEXOS	139
1. FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	139
2. PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO MENSAL	140
3. PLANILHA SÍNTESE DESCRITIVA MENSAL	141
4. ROTEIRO DE ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	142