

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA RELACIONADA À ATENÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

BRAZILIAN LEGISLATION RELATED TO PUBLIC HEALTH CARE FOR CHILDREN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

Taciano Luiz Coimbra Domingues¹
Marianne Ramos Feijó²

Como citar: DOMINGUES, Taciano Luiz Coimbra; FEIJÓ, Marianne Ramos. Legislação brasileira relacionada à atenção da saúde pública de crianças vítimas de violência doméstica. **Revista do Instituto de Direito Constitucional e Cidadania – IDCC**, Londrina, v. 9, n. 1, e112, jan./jun., 2024. DOI: 10.48159/revistadoidcc.v9n1.e112.

Resumo: Muitos países têm legislação de saúde voltada ao enfrentamento da violência doméstica contra a criança por ela estar associada a vários agravos no desenvolvimento infantil. Portanto, é crucial conhecer e analisar a legislação brasileira relacionada à atenção da saúde pública de crianças vítimas dessa problemática. Com esses objetivos, foi realizada uma pesquisa documental dessa legislação do período de 1988 à 2022. Foram selecionados 27 documentos legais, agrupados e analisados em seis categorias, de acordo com seu teor. Como resultado por evidenciado que a legislação foi constatado que a divulgação de informações sobre a violência contra a criança faz parte da prevenção. O aparato legal prevê a formação continuada dos servidores públicos de saúde que atuam com essa problemática. A legislação determina que profissionais de saúde notifiquem a suspeita e/ou confirmação de violência contra criança. O aparato legal preceitua que todos os estabelecimentos do Sistema Único de Saúde, de acordo com suas especificidades e serviços, devem atender as vítimas de violência. A legislação estabelece que a saúde pública desenvolva ações de forma conjunta, articulada e sistematizada com outras instâncias do governo e da sociedade civil no enfrentamento da violência doméstica contra criança e doméstica. O aparato legal especifica que os órgãos de saúde pública devem incentivar, estimular a realização de estudos e pesquisas sobre a violência contra criança e doméstica. No entanto, fica a indagação se o que foi determinado, foi implementado de forma eficiente. Posto isto, recomenda-se estudos que respondam a essa questão.

Palavras-chave: Legislação Brasileira; Saúde pública; Violência Doméstica Contra a Criança.

Abstract: Many countries have health legislation focused on addressing domestic violence against children, as it is associated with various developmental issues during childhood. Therefore, it is crucial to understand and analyze Brazilian legislation related to public health care for children who are victims of this issue. With these objectives in mind, a documentary analysis was conducted on legislation from the period of 1988 to 2022. A total of 27 legal documents were selected, grouped, and analyzed into six categories according to their content. As a result, it was found that the legislation recognizes the dissemination of information about violence against children as part of prevention efforts. The legal framework mandates ongoing training for public health professionals who work with this issue. The legislation requires health professionals to report suspected and/or confirmed cases of violence against children. The legal framework also stipulates that all health facilities within the Unified Health System (SUS), according to their specific characteristics and services, must provide care for victims of violence. Furthermore, the legislation establishes that public health actions should be carried out in a joint, coordinated, and systematic manner with other government bodies and civil society organizations in addressing domestic violence against children. Additionally, the legal framework specifies that public health institutions should encourage and promote studies and research on violence against children and domestic violence. However, the question remains whether what has been determined by law has been effectively implemented. Therefore, studies are recommended to address this issue.

Keywords: Brazilian Legislation; Public Health; Domestic Violence Against Children.

1 Doutorando em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem na Unesp de Bauru/SP. Mestre em Psicologia e Sociedade pela Unesp de Assis/SP. Pós-graduação em: Terapia de Casal e Família; Sexualidade Humana - Educação e Terapia Sexual; e Educação Especial. Graduação em Psicologia pela UEL/PR. Atua como psicólogo Judiciário no Tribunal de Justiça no Estado de São Paulo.
E-mail: tacianod@tjstj.jus.br

2 Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (1994), Mestre em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002) e Doutora em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007), com Pós-Doutorado pela UNIFESP (Psicobiologia).
E-mail: marianne.r.feijo@unesp.br

Nota de financiamento:

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica é aquela que ocorre no domicílio e é perpetrada por um parente, alguém próximo ou conhecido da família. Tem impacto negativo na população infantil por estar relacionada a efeitos nocivos sobre a autonomia, intimidade, segurança, aprendizado, saúde física e mental da criança (Brasil, 2022b; ChildFund Brasil, 2023), o que pode promover psicopatologias, transtornos de comportamento, atos infracionais etc. São modalidades frequentes de violência doméstica contra a criança (Brasil, 2022b; Oliveira; Feitosa, 2023): violência física (lesão corporal), violência sexual (abuso, estupro, incesto etc.), violência psicológica (humilhação, constrangimento, indiferença etc.) e a negligência (abandono material e/ou intelectual).

A classificação dos tipos de violência é relevante, o que não significa que atos violentos contra crianças não ocorram de forma concomitante. Pelo contrário: é necessário considerar que quando há violência física, há violência psicológica e quando há violência sexual, a violência física está presente.

De acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (WHO, 2020), anualmente, metade da população mundial infantil é vítima de algum tipo de violência, principalmente dentro do ambiente doméstico. No Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2021) realizou um levantamento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), no período de 2009 a 2019. Constatou que em 29% dos registros as vítimas de violência sexual eram crianças menores de 11 anos e 45% dos perpetradores eram familiares. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2022) expõe que, em pesquisa com dados nacionais de 2021 de Boletins de Ocorrência Policial, o domicílio da vítima era o local de abuso sexual em 70% dos casos.

Por se tratar de um fenômeno de grandes proporções e que causa vários danos ao desenvolvimento físico, emocional e social ao infante, o United Nations Children's Fund (UNICEF, 2022), explana que muitos países têm legislações voltadas ao combate da violência doméstica contra a criança. Na área de saúde, a formulação de leis, decretos, portarias é importante porque lança diretrizes para a criação de políticas públicas de proteção à infância, as quais são concretizadas por meio de programas, serviços e ações operacionalizadas nas instituições públicas de saúde e secundariamente nas privadas (Conselho Nacional dos Direitos da criança e adolescente, 2006; UNICEF, 2022).

A violência doméstica contra a criança é um fenômeno multifacetado, que implica e é implicado por diversos fatores, portanto, demanda um olhar para relações, processos e contextos que o mantêm. De acordo com o pensamento sistêmico é necessário que teorias e métodos de investigação científica, produzam conhecimento e possibilidades de enfrentamento que levem em conta a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade (Morin, 2015) de problemáticas humanas e sociais como a violência.

O referencial teórico sistêmico, mais especificamente da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 2002, 2011; Cruz; Reis, 2022), em seu modelo Pessoa-Processo-Contexto-Tempo (PPCT) e os estudos das vulnerabilidades em seus aspectos individual, social e programática (Ayres; Paiva; França Junior, 2012; Ayres, 2022) auxiliam na compreensão da violência doméstica contra a criança em sua complexidade (Morin, 2015).

Diante do exposto, tendo como objetivo conhecer e analisar a abrangência da legislação nacional de saúde relacionada à violência doméstica contra a criança, e, portanto, se contém dispositivos necessários à atenção aos infantes acometidos por essa problemática, foi realizada uma pesquisa qualitativa documental e exploratória de suas Leis (conjunto de normas jurídicas), Decretos (ordem de cumprimento de uma autoridade) e Portarias (ato administrativo de instrução e normatização) do período de 05 de outubro de 1988 (Promulgação da atual Constituição) até 31 de dezembro de 2022.

A análise dos dados foi realizada após definição de categorias e a discussão teve como base de reflexão a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 2002, 2011; Cruz; Reis, 2022) e os estudos das vulnerabilidades (Ayres; Paiva; França Junior, 2012; Ayres, 2022). A escolha desses referenciais assegurou analisar se o aparato legal pesquisado propõe o emprego de ações de atenção à violência doméstica contra a criança pautadas na sua complexidade (Morin, 2015).

2. MÉTODO

Fontana e Pereira (2023) explicam que a investigação de documentos (leis, cartas, diários jornais, revistas filmes, relatórios institucionais etc.) permite coletar informações sobre contextos sociais, políticos e culturais de uma sociedade em determinado momento histórico. Portanto, a pesquisa documental possibilita extrair conteúdos, por meio da exploração e sistematização dos documentos escolhidos. Por utilizar fontes que não sofreram um tratamento

de análise e investigativo anterior (fonte primária), a pesquisa documental enseja a produção de novos saberes sobre determinada temática.

Quanto a execução da pesquisa documental, não existe uma homogeneidade na literatura sobre as etapas que devem ser seguidas (Salge; Oliveira; Silva, 2021), mas pontos convergentes e norteadores, que estão a seguir. Após o planejamento e definição dos objetivos da pesquisa, o primeiro passo é a identificação das fontes de onde os documentos serão retirados e sua obtenção. Os documentos devem ter procedência confiável, autenticidade assegurada e representatividade à pesquisa. O segundo passo é a organização dos documentos coletados em unidades de análise (categorias, tópicos ou eixos temáticos) por meio de um exame crítico e aprofundado do seu conteúdo. O último passo é Análise e Interpretação com discussão das categorias, de acordo com o referencial teórico e bibliográfico do pesquisador (Salge; Oliveira; Silva, 2021; Lima Junior *et al.*, 2021).

No primeiro momento, de forma *online*, no dia 31 de março de 2023, foi realizado o levantamento de leis e decretos no site do governo federal (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>), utilizando os descritores *leis* e *violência*, *decretos* e *violência*, foi alistado 413 ocorrências (Tabela 1); e de portarias no site Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br>), com os descritores *portarias* e *violência*, tendo como resultado 61 ocorrências (Tabela 1). Foram escolhidos descritores abrangentes para apreender quaisquer leis, decretos e portarias sobre a temática de estudo nos sites indicados.

Em seguida, com a utilização dos critérios de inclusão ter em seu bojo artigo ou artigos de atenção da saúde pública de crianças vítimas de violência doméstica e estar vigente (não revogada), realizou-se a leitura do preâmbulo das leis, decretos e portarias (parágrafo inicial introdutório ou explicativo do documento), o que resultou na seleção prévia de 49 leis, 28 decretos e 26 portarias. E por fim, com o exame do conteúdo dessa legislação, foram selecionadas 11 leis, 06 decretos e 10 portarias. A Tabela 1 descreve o levantamento quantitativo dos 27 documentos legais atribuídos como fonte primária deste estudo.

Tabela 1. Quantitativo do levantamento e da seleção da Legislação.

Legislação	Levantamento (sites)	Pré-seleção (preâmbulo)	Seleção (conteúdo)
Leis e Decretos	413 ocorrências	49 Leis 28 Decretos	11 Leis 06 Decretos
Portarias	61 ocorrências	26 Portarias	10 Portarias
Total			27

Fonte: elaboração do autor.

No segundo momento, as leis, decretos e portarias foram agrupadas em categorias de acordo com seu conteúdo. Foram formuladas 06 categorias, podendo os documentos estarem inseridos em mais de uma categoria: Prevenção, Capacitação, Notificação, Atendimento, Intersetorialidade e Pesquisa (Quadro 1).

No último momento, mediante a leitura das leis, decretos e portarias contida em cada categoria, foi discutido se o aparato legal pesquisado propõe o emprego de ações abrangentes de atenção da saúde pública à violência doméstica contra a criança. Para uma análise congruente com a complexidade que esse fenômeno envolve (Morin, 2015), foram utilizados a teoria sistêmica Bioecológica do Desenvolvimento Humano em seu modelo PPCT (Bronfenbrenner, 2002, 2011) e das vulnerabilidades em seus aspectos individual, social e programático (Silva; Moura; Zugman, 2015; Ayres, 2022).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo permitiu observar que a legislação aqui especificada, contém em seu bojo princípios amplos em relação a violência doméstica contra a criança, principalmente no que diz respeito a serviços e ações inseridos em políticas públicas voltadas às vítimas, familiares, perpetradores e sociedade de forma geral. As categorias descritas nos resultados não devem ser vistas de forma isolada, em razão delas aparecem de forma mesclada no enfrentamento do fenômeno aqui pesquisado. No Quadro 1, consta os documentos legais selecionados e as categorias que foram inseridos segundo o seu conteúdo.

Quadro 1. Legislação selecionada e categoria inserida.

Documento	Categoria
Lei nº 8.069 de 13/07/1990.	Prevenção; Notificação; Atendimento; Intersetorialidade; Pesquisa.
Lei nº 8.080 de 19/09/1990.	Atendimento; Intersetorialidade.
Decreto nº 99.710 de 21/11/1990.	Capacitação; Notificação; Atendimento.
Portaria nº 737 de 16/05/2001.	Intersetorialidade; Pesquisa.
Portaria nº 1.968 de 25/10/2001.	Notificação.
Portaria nº 936 de 19/05/2004.	Prevenção; Capacitação; Intersetorialidade; Pesquisa.
Portaria nº 687 de 30/03/2006.	Prevenção; Pesquisa.
Portaria nº 1.356 de 23/06/2006.	Prevenção; Pesquisa.
Lei nº 11.340 de 07/08/2006.	Prevenção.
Decreto nº 6.117 de 22/05/2007.	Prevenção.
Lei nº 11.523 de 18/09/2007.	Prevenção.
Lei nº 12.010 de 03/08/2009.	Atendimento.
Portaria nº 2.488 de 21/10/2011	Atendimento; Intersetorialidade
Decreto nº 7.958 de 13/03/2013.	Prevenção; Capacitação; Atendimento; Intersetorialidade.
Lei nº 12.845 de 01/08/2013.	Intersetorialidade.
Portaria nº 485 de 01/04/2014.	Capacitação; Notificação; Atendimento; Intersetorialidade.
Lei nº 13.010 de 26/06/2014.	Capacitação; Prevenção; Notificação; Atendimento; Intersetorialidade.
Portaria nº 288 de 25/03/2015.	Prevenção; Capacitação; Intersetorialidade.
Lei nº 13.257 de 08/03/2016.	Prevenção; Capacitação; Atendimento; Pesquisa.
Lei nº 13.427 de 30/03/2017.	Atendimento.
Lei nº 13.431 de 04/04/2017.	Notificação; Atendimento; Intersetorialidade.
Portaria nº 04 de 28/09/2017.	Pesquisa.
Portaria nº 05 de 28/09/2017.	Prevenção; Capacitação; Atendimento; Intersetorialidade; Pesquisa.
Decreto nº 9.603 de 10/12/2018.	Prevenção; Capacitação; Notificação; Atendimento; Intersetorialidade.
Decreto nº 10.770 de 17/08/2021.	Prevenção; Notificação; Intersetorialidade.
Decreto nº 11.074 de 18/05/2022.	Capacitação; Intersetorialidade; Pesquisa.
Lei nº 14.344 de 24/05/2022.	Capacitação; Atendimento; Intersetorialidade; Pesquisa.

Fonte: elaboração do autor.

3.1 PREVENÇÃO

Vários artigos da legislação da selecionada (Quadro 1), determinam e ressaltam que o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) devem operar na prevenção da violência contra a criança de forma setorial (Brasil, 2013a, 2014a; 2014b; 2017d; 2020) ou intersetorial (Brasil, 1990b, 2004, 2007b, 2021). A legislação coloca que a prevenção deve ocorrer por meio de divulgação de informações a toda sociedade sobre: dados estatísticos, resultados de pesquisas sobre a violência contra a criança e a violência doméstica (Brasil, 2004, 2006a, 2007a, 2013a, 2016). O Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013 acrescenta que devem ser divulgadas informações sobre Direitos Humanos, Cultura de Paz e medidas judiciais de proteção às vítimas e de punição dos perpetradores.

O Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007 destaca que a prevenção deve utilizar as mídias físicas, digitais e televisivas na divulgação das informações. Atualmente os meios digitais (*sites*, redes sociais, plataformas de vídeos *online*, jogos eletrônicos, plataforma de

jogos *online* etc.), são utilizados pela população infantil e adulta com maior frequência do que a radiodifusão (televisão aberta, rádios FM), o que discerne a *internet* como ferramenta central de prevenção. Para alcançar os resultados desejados de alterações nas vulnerabilidades pessoais e sociais, essas atividades devem oportunizar o envolvimento, a interação e a valorização dos conhecimentos prévios que as crianças e suas famílias possuem acerca da violência doméstica.

A legislação destaca a família como um elemento crucial de práticas de prevenção, isso é notório porque é nesse microssistema que ocorrem os episódios de violência doméstica (Brasil, 2006a, 2022a). Informações que conscientizem os seus membros e membros agressores sobre o desenvolvimento infantil, as consequências físicas, psicológicas e legais da violência impõem mudanças na dinâmica familiar e resultem na diminuição de vulnerabilidades nas vertentes individuais e sociais, já que as relações familiares podem ser predominantemente resilientes, acolhedoras e protetoras ou violentas e vulneráveis (Miotto, 2015; Sousa *et al.*, 2021; Oliveira; Dias, 2023).

Além das famílias, a Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, salienta que as escolas também devem ser locais prioritários na prevenção. É coerente práticas preventivas nesses locais porque depois da família, a escola é o microssistema em que o infante estabelece interações de longa permanência, promovendo o seu desenvolvimento e socialização, suscitando fatores protetivos, como ser assistido por um adulto externo ao núcleo familiar, ou ser vítima de violência escolar, como no *Bullying*.

As leis, decretos e portarias definem os servidores públicos que trabalham na atenção à violência contra a criança e doméstica como os agentes das ações de prevenção (Brasil, 2013a, 2014a, 2014b). A Portaria GM/MS nº 936 de 19 de maio de 2004, explana que esses profissionais devem se organizar em núcleos de trabalho estaduais e municipais para o planejamento das ações de prevenção. O acesso aos estabelecimentos públicos de saúde pela população infantil (vacinação, puericultura, pediatria etc.), promove o contato e o diálogo desses profissionais com os membros do microssistema familiar, favorecendo a prevenção de práticas parentais agressivas, abusivas e tóxicas.

A leis, portarias e decretos (Brasil, 2013a, 2014a; 2014b; 2017d; 2020) que tratam da prevenção da violência doméstica são elaborados no exossistema da criança, entretanto, a sua operacionalização ocorre no seu mesossistema, microssistema e tem efeitos também no macrossistema, uma vez que os sistemas são conectados e guardam mutualidade (Bronfenbrenner, 2002, 2011; Cruz; Reis, 2022). As ações preventivas preconizadas pela legislação, e implantadas nos serviços sociais e de saúde, devem promover a redução de

aspectos sociais e programáticos de vulnerabilidade, ou seja, aumento de fatores protetivos e diminuição de fatores de risco de violência doméstica contra a criança na pessoa, grupo familiar e sociedade (Silva; Moura; Zugman, 2015; Ayres, 2022). Portanto, para uma prevenção efetiva, é essencial que as ações estejam consoantes as diferentes realidades sociais que os infantes estão inseridos (classe social, idade, gênero, cor da pele etc.).

No mesossistema, o aparato legal preceitua que a prevenção deve ser planejada e operacionalizada pelos servidores públicos que atuam nos órgãos de saúde (Brasil, 2014, 2013a, 2014a, 2014b). Essa designação é relevante porque as vítimas e seus familiares se dirigem, muitas vezes, primeiramente, para esses estabelecimentos devido aos efeitos deletérios da violência doméstica.

O contato frequente com esse público, o conhecimento do território, dos seus moradores e da sua cultura, contribui para apreender mais profundamente as vulnerabilidades sociais e individuais que devem ser focadas na prevenção (Rovinski; Pelisoli, 2019; Oliveira; Dias, 2023). A proximidade dos profissionais de saúde com as redes comunitárias, com os quais os atendidos possuem vínculos afetivos e de solidariedade, também são recursos que contribuem a prevenção, cuidado e proteção de agravos de forma geral (Lazzaretti; Koller, 2013).

3.2 CAPACITAÇÃO

A legislação prevê a capacitação e formação continuada dos servidores públicos de saúde que atuam na problemática da violência contra criança e doméstica (Brasil, 2001a, 2004, 2013a, 2014b, 2015, 2018, 2022a, 2022b). A Portaria GM/MS nº 936, de 19 de maio de 2004 coloca que essa capacitação deve ocorrer através de parceiras com centros educativos regionais (faculdades, universidades etc.) por meio de cursos de atualização, especialização e formação oferecidos de forma gratuita e permanente pelo governo. Os temas das capacitações devem ser: atendimento humanizado, direitos da criança, informação, prevenção, identificação de crianças vítimas de violência, intersetorialidade etc. (Brasil, 2013a, 2014a, 2015, 2018, 2022b). A capacitação é fundamental no enfrentamento da violência contra a criança, o que legitima artigos direcionados a esse procedimento. No entanto, além de exigir a capacitação dos servidores públicos, o Estado deve oferecer remuneração justa, espaços laborais adequados e salubres e número suficiente de profissionais nos estabelecimentos.

As Portarias GM/MS nº 485 de 1º abril de 2014 e de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017 destacam que a capacitação continuada dos profissionais que atuam no

enfrentamento da violência por meio de supervisão, orientação técnica e uso de novas tecnologias fomenta a qualidade no atendimento. Existem várias ferramentas digitais de texto, áudio e vídeo que podem ser utilizadas, facilitando o acesso, a rapidez e um fluxo maior de profissionais aos cursos de capacitação. A capacitação, especializações e formação continuada para agentes da saúde pública sobre a atenção às vítimas de violência doméstica é fundamental para a operacionalização eficiente do que foi estabelecido pelo aparato legal (Brasil, 2013a, 2014a, 2015, 2018, 2022), implicando assim na diminuição das vulnerabilidades programáticas (Sodelli, 2015; Hino *et al.*, 2019).

A ampliação do conhecimento desses profissionais sobre a violência como um fenômeno complexo, multifacetado e multideterminado (Morin, 2015), desperta um olhar crítico a disseminação de falácias que encerram a violência doméstica como um problema criminal ou de família negligentes e desestruturadas.

Um exercício técnico embasado cientificamente na teoria da complexidade, é mais seguro, adequado e abrangente das repercussões dessa problemática (Bonaccorsi, 2019; Rovinski; Pelisoli, 2019). Também suscita o atendimento humanizado e acolhedor, o que acarreta maior confiabilidade e adesão das vítimas, de seus familiares e de perpetradores às orientações, ocasionando impacto no microssistema familiar mediante a diminuição de vulnerabilidades individuais e sociais (Schaefer; Miele, Rios, 2022).

3.3 NOTIFICAÇÃO

Como signatário da Convenção dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) realizada em 20 de novembro de 1989, o decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990 estabeleceu que o Brasil deve adotar medidas legais, ações e serviços para a notificação da ocorrência da violência contra a criança. Foram promulgadas leis, decretos e portarias relativas a obrigatoriedade dos profissionais que atuam na rede pública e/ou privada de saúde, de notificar a suspeita e/ou confirmação de violência contra a criança. (Brasil, 1990b, 2001b, 2014b, 2017b, 2018). A notificação é o procedimento que expõe oficialmente a ocorrência da violência, desencadeando a investigação e afastamento do perpetrador da vítima ou mesmo sua prisão, mas também medidas de atenção e assistência à criança e sua família. Isso explicita a relevância desse ato no combate a esse fenômeno (Besutti *et al.*, 2019; Murta, 2022).

A notificação, que é compulsória, deve ocorrer através do formulário *Violência doméstica, sexual e outras violências* disponibilizada no Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (Brasil, 2001b, 2014b). A ficha contém os seguintes campos para preenchimento: dados gerais da unidade de saúde em que a vítima foi atendida, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência (local da violência, tipo de violência, danos à vítima), dados do possível agressor, ações de saúde realizada com a vítima, encaminhamentos aos demais serviços de proteção e/ou atenção (conselho tutelar, delegacia, sistema judiciário, CREAS, CRAS etc.).

Esse detalhamento dos campos do formulário *Violência doméstica, sexual e outras violências*, garante o registro de informações abrangentes sobre a violência contra a criança, fomentando ações contra o perpetrador e no atendimento das vítimas no micro e mesossistema. O preenchimento do formulário também tem impacto no exo e macrosistema porque a uniformização dos dados coletados promove levantamentos estáticos mais fundamentados, os quais auxiliam na elaboração de políticas públicas efetivas.

Por pertencerem ao mesossistema da criança e não estarem submetidos aos preceitos do seu microsistema familiar, a notificação dos profissionais de saúde é um caminho provável para a exteriorização da violência doméstica e, subsequentemente, atendimento, tratamento e encaminhamentos para rede intersetorial de proteção da criança e sua família; e de responsabilização do agressor (Oliveira; Dias, 2023). Como posto antes, eles são obrigados por lei a notificar (comunicar, denunciar) a ocorrência de violência contra a criança (Brasil, 1990b, 2001b, 2014b, 2017b, 2018), inclusive podem sofrer infração administrativa com “multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (Brasil, 1990b, Art. 245), caso não notifiquem.

No entanto, aparentemente, as denúncias ocorrem ou não, mais por motivos de foro íntimo do que receio de ser punido. Muitos servidores públicos, mesmo com a constatação da violência, preferem se omitir por receio de represálias da família e do perpetrador, ou por cogitar a impunidade no sistema de justiça (Bianco, 2021). Portanto, a notificação não se deve resumir ao preenchimento de um formulário, ela deve envolver a proteção do profissional que faz a denúncia e não apenas de punição.

3.4 ATENDIMENTO

A legislação preceitua que todos os estabelecimentos pertencentes ou credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com sua especificidade, devem atender as vítimas de violência (Brasil, 1990b, 1990c, 2009, 2011, 2013b, 2014b, 2017d). A Portaria GM/MS nº

485 de 1º abril de 2014 recomenda que o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, seja acessível todos os dias e horários. As vítimas devem ser assistidas emergencialmente por meio do atendimento humanizado (Brasil, 2017b), ou seja, de forma receptiva, cordial e ética, respeitando as singularidades, particularidades e dignidade humana, fomentando assim uma relação de confiança e privacidade. Também propicia a criação de vínculos positivos entre os estabelecimentos de saúde e as vítimas e seus familiares, contribuindo para a cooperação e adesão aos recursos terapêuticos.

De forma geral, o atendimento às vítimas de violência consiste em tratamento médico (ginecológico, infectológico, laboratorial, psiquiátrico, medicamentoso etc.), atendimento psicológico, informações sobre direitos das vítimas de violência, encaminhamento intersetorial e acompanhamento dos danos/consequências da violência (Brasil, 2013a, 2013b, 2014b, 2017d). O Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013 e a Portaria GM/MS nº 485 de 1º abril de 2014 estipulam que o atendimento deve possuir o seguinte ordenamento: acolhimento (onde ocorre a explicação dos procedimentos e encaminhamentos que serão realizados, além de informações sobre os direitos e serviços socioassistenciais, de segurança e jurídicos oferecidos a vítimas de violência), anamnese, consulta médica, exames clínicos e laboratoriais, tratamento medicamentoso, atendimento psicológico.

A Lei nº 13.010 de 26 de junho 2014 sublinha que os pais, responsáveis e perpetradores da violência também devem ser atendidos, encaminhados para tratamento e acompanhamento psicológico e psiquiátrico. A Lei nº 14.344 de 24 de maio de 2022 acrescenta que os familiares das crianças vitimadas devem ser orientados e aconselhados nas questões que envolvem a violência infantil, além de serem encaminhadas para os demais serviços da rede proteção da infância. As atividades previstas por essa lei são válidas porque a detenção dos agressores e/ou seu afastamento do ambiente familiar das vítimas (medidas protetivas) cessam os episódios de violência doméstica naquele momento, mas não asseguram que futuramente, o agressor ou outro membro desse microsistema, cometa novos atos.

As ações mencionadas pela legislação proporcionam que as crianças vítimas de violência e seus familiares, sejam assistidos de forma ampla pela saúde pública. No entanto, percebe-se uma quantidade expressiva de práticas biomédicas, o que pode colocar o atendido no lugar de paciente, submetendo-o de forma passiva aos procedimentos, omitindo assim, o seu direito a compreensão dos desdobramentos das intervenções, e possíveis escolhas e decisões como sujeito de direitos.

Por ser um fenômeno complexo, as implicações da violência doméstica circulam, interagem e se aglutinam em vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nos contextos macro, exo, meso e microsistema (Silva; Moura; Zugman, 2015; Bianco, 2021; Ayres, 2022; Conceição; Penso, 2022). Todavia, são nas repercussões físicas, cognitivas, psicológicas e relacionais da criança que os efeitos dessa problemática ficam mais evidentes, justificando assim, os serviços e ações estabelecidos pela legislação de acolhimento, tratamento, encaminhamentos e acompanhamento das vítimas pelas unidades de saúde pública (Brasil, 1990b, 1990c, 2009, 2011, 2013b, 2014b, 2017d). Os atendimentos iniciais, “porta de entrada”, nesses estabelecimentos são de urgência e emergência no tratamento médico e medicamentoso de lesões, danos, fraturas, deformações, contaminações e infecções produzidas pela violência doméstica. A posteriori, a criança é dirigida para atendimentos e encaminhamentos multidisciplinares de forma concomitante, bem como, os familiares e o agressor (Brasil, 2013a, 2013b, 2014b, 2017d).

3.5 INTERSETORIALIDADE

Diversas leis, decretos e portarias estabelecem que a saúde pública deve desenvolver ações e serviços de forma conjunta, articulada e sistematizada com outras instâncias do governo e da sociedade civil no enfrentamento da violência contra criança e doméstica. Essa Intersetorialidade toma corpo na inserção do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde na composição de políticas públicas que tem como um dos escopos, o enfrentamento da violência doméstica infantil.

É acertada a determinação da participação dos operadores da saúde nas políticas de atenção à infância devido aos efeitos da violência doméstica à saúde da criança, como apontados anteriormente. Por outro lado, provoca estarrecimento a constatação de um número expressivo de políticas públicas com metas similares à população infantil (e adolescente). Aparentemente, os governos instauram políticas públicas sem a preocupação de conhecer e avaliar as estabelecidas anteriormente, o que provoca uma sobreposição de políticas com os mesmos objetivos.

A articulação intersetorial é imprescindível para viabilizar ações coordenadas entre a saúde, educação, justiça, segurança pública e assistência. Os setores públicos responsáveis pela proteção da criança devem permutar conhecimentos e experiências na execução das políticas públicas (Brasil, 2004, 2011, 2014a). Como uma das possibilidades dessa inter-relação, o

Decreto nº 9.603 de 10 de dezembro de 2018 especifica que os profissionais da saúde devem participar dos conselhos: federal, estaduais e municipais de Direitos das Crianças e dos Adolescentes. No atendimento cotidiano, os profissionais dos estabelecimentos públicos devem encaminhar as vítimas de violência entre si para os serviços disponíveis (Brasil, 2013b, 2013a, 2015, 2017b), trocar informações de forma ética e sigilosa sobre a violência ocorrida por meio de notificação e/ou denúncia (Brasil, 2015, 2018).

Além de integrantes do setor público, os membros da sociedade civil (usuários dos serviços públicos, movimentos e organizações sociais, sindicatos, ONGs, universidades etc.), dispõem de presença garantida nos espaços de intersectorialidade (Brasil, 1988, 1990b, 1990c, 2001a, 2004, 2017d, 2021).

A Participação Social fomenta o protagonismo da sociedade na elaboração das políticas públicas, valorizando a sua opinião, conhecimento, práticas e comprometimento no enfrentamento da violência contra a criança (ChildFund Brasil, 2023). Os usuários dos serviços públicos, os membros dos movimentos e organizações sociais, também possuem encargo importante no controle e vigilância dos estabelecimentos de saúde de atenção às vítimas e seus familiares, colhendo informações relevantes sobre seu funcionamento e repercussões de suas atividades.

3.6 PESQUISA

Os órgãos de saúde pública devem incentivar, estimular a realização de estudos e pesquisas sobre a violência doméstica contra a criança (Brasil, 1990b, 2001a, 2004, 2006b, 2017c, 2017d, 2022b). Os resultados das pesquisas devem fundamentar a construção de leis, o planejamento de políticas públicas, embasar a execução de ações, procedimentos, intervenções, práticas e estratégias no enfrentamento dessa problemática em âmbito federal, estadual e municipal (Brasil, 2006b, 2006c, 2016, 2022a).

Para abarcar a violência doméstica contra a criança em sua complexidade, é necessário investigar as diversas realidades em que esse fenômeno se manifesta, em que contingências há maior incidência. À vista disso, a Bioecologia do Desenvolvimento Humano é promissora nos estudos dessa problemática, dado que diferente de referenciais teóricos enraizados no paradigma tradicional de clivagem e linearidade do fenômeno (Morin, 2015; Vasconcellos, 2018; Takassi; Smaniotto; Blood, 2022), essa teoria emprega um exame plural da violência doméstica, mediante as interconexões entre a ontogenia, microssistema, mesossistema,

exossistema, macrossistema e cronossistema (Bronfenbrenner, 2011; Sousa *et al.*, 2021). Ressalta-se que fatores pessoais, familiares, sociais, econômicos, políticos e culturais não agem de forma isolada, mas numa relação dinâmica, mútua e temporal, podendo influenciar vulnerabilidades e fatores de proteção (Silvia, 2013; Rovinski; Pelisoli, 2019; Cruz; Reis, 2022).

A avaliação das políticas públicas de atenção à criança vítima de violência doméstica também é uma temática mencionada na legislação (Brasil, 2022a, 2022b). Esses decretos determinam que as políticas públicas voltadas à violência contra criança, devem ser analisadas em sua efetividade, ou seja, se cumprem os seus objetivos.

Dessarte, a avaliação do aparato legal e seus desdobramentos em políticas públicas é significativo porque endossa a implementação, continuação, aperfeiçoamento e ampliação de estratégias e intervenções exitosas, viáveis, sustentáveis e compatíveis com o contexto do público-alvo (Carozzo; Luz; Alves, 2022; Murta, 2022), o que propicia um enfrentamento mais eficiente (ações e serviços), eficaz (resolutivo) e efetivo (mudanças permanentes) da violência doméstica contra a criança (Brito, 2020; Barletta, 2022).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a teoria Bioecológica, o desenvolvimento da criança está imerso e dependente dos processos relacionais que ocorrem nos sistemas micro (família, escola), meso (interação entre microssistemas), exo (trabalho dos pais, administração pública), macro (sociedade, legislação, judiciário, políticas públicas, econômicas) e crono (dimensão temporal dos processos). Portanto, a proteção da infância e o enfrentamento da violência doméstica contra a criança necessitam de intervenções que reduzam fatores de vulnerabilidades (individual, social e programática) contidas nessas diferenças instâncias.

Partindo do olhar sobre o macrossistema e a vulnerabilidade programática, esse estudo constatou que a Legislação Brasileira relacionada à atenção da saúde pública de crianças vítimas de violência doméstica, instituiu de forma abrangente, a implantação de meios necessários ao enfrentamento desse fenômeno complexo. Durante a pesquisa, foi verificado que o aparato legal estabeleceu uma extensa série de empreendimentos concernentes a violência doméstica, os quais podem ser agrupados nas seguintes categorias: prevenção, capacitação, notificação, atendimento, intersetorialidade e pesquisa (Quadro 1). Apesar da legislação instaurar ações e serviços específicos de cada categoria, eles devem ser empregados de forma

conjunta e intersetorial nas políticas públicas de proteção à infância, operacionalizados de forma eficiente para a redução dos aspectos programáticas de vulnerabilidade.

A legislação tem correspondência ao macrossistema e a vulnerabilidade programática porque se materializa nas políticas públicas que foram ou não: planejadas, instituídas, implementadas para a garantia dos direitos da criança vítima de violência. Foi constatado a promulgação e atualização de novas leis, decretos e portarias durante o período estudado, atestando avanços na redução da vulnerabilidade programática.

Quanto ao cronossistema é importante destacar que à medida que a cultura vai se modificando o aparato legal deve ser atualizado e adequado as novas demandas da sociedade. Entretanto, a legislação pode sofrer retrocessos, ocasionados por interesses de grupos sociais, econômicos e políticos, e fomentar a vulnerabilidade programática no macrossistema.

Essas leis, decretos e portarias também tratam da infância na família, na escola, nos estabelecimentos de saúde do SUS, na intersetorialidade (Conselho Tutelar, Polícia, Judiciário), portanto abarcam a rede de proteção cujo apoio e cuidado favorecem o desenvolvimento da criança.

Além das punições previstas na legislação penal, o perpetrador deve ser encaminhado para psicoterapia e grupos reflexivos para compreender os efeitos deletérios de suas ações no desenvolvimento infantil, e potencializar condutas apropriadas no educar sem recorrer a injúria, e na satisfação sexual.

Referente as escolas, aulas de educação sexual expositivas, reflexivas e dialógicas, sem caráter moralista e normativo, são instrumentos de diminuição de vulnerabilidade individual porque a criança assimila conhecimentos para a identificação e condutas diante da agressão e abuso. Ademais, o acesso das vítimas de violência doméstica à adultos de confiança, fora do microssistema familiar (professores), é inestimável à denúncia.

Os fatores de vulnerabilidades sociais tais como: pobreza material, falta de acesso a direitos, desemprego, insegurança alimentar, hospitalar e financeira fragilizam as relações no domicílio, propiciam contingências favoráveis à aparição e manutenção da violência doméstica, o que impossibilita que os adultos cuidem bem das crianças.

O número suficiente de estabelecimentos públicos de auxílio, atendimento e acompanhamento das famílias, além da de capacitação e aperfeiçoamento técnico dos profissionais que atuam nesses locais, tem implicação na redução das vulnerabilidades sociais porque as necessidades do microssistema familiar são atendidas. Na pandemia houve a subnotificação de episódios de violência, o que tem relação com o fechamento ou

funcionamento parcial dos estabelecimentos de proteção à criança e, após a reabertura desses locais, foi apurado o aumento das notificações.

Diante do exposto, é conclusivo que a legislação tem papel fundamental na prevenção, redução, tratamento e recorrência da violência doméstica contra a criança. No entanto, fica a indagação se os serviços e ações (prevenção, capacitação, notificação, atendimento, intersetorialidade e pesquisa) estabelecidos pelo aparato legal estão sendo implementados de forma criteriosa, contínua e integral pelo Estado.

Para responder essa questão, recomenda-se a realização de estudos direcionados à avaliação da viabilidade, implantação e resultados das políticas públicas de atenção ao infante vítima de violência doméstica, para desse modo, verificar se a legislação nacional contempla os meios necessários ao enfretamento e a minimização da violência doméstica contra a criança.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial, p. 196-206, dez. 2022.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde: Livro 1 - da Doença à Cidadania**. São Paulo: Juruá. 2012. p. 71-94.

BARLETTA, J. B. Intervenções em prevenção e promoção de saúde: contextualizando estratégias, programas, sistemas e políticas públicas. *In*: CAROZZO, N. P. P.; LUZ, J. M. O.; ALVES, C. O. (org.). **Como avaliar programas e intervenções: um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos/organização**. São Luiz: EDUFMA, 2022. p. 15 – 47.

BESUTTI, J.; ANJOS, L. S. S.; KRINDGES, C. A.; HOHENDORFF, J. V. Avaliação psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco. *In*: BORSA, J. C. (org.) **Avaliação psicológica aplicada a contextos de vulnerabilidade psicossocial**. São Paulo: Vetor, 2019. p.07-27.

BIANCO, M. M. **Impacto psicoemocional de uma investigação criminal sobre violência sexual na criança promovida por seus familiares**. 2021. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

BONACCORSI, C. **Crianças vítimas de abuso sexual: um estudo de caracterização a partir do relato de mães**. 2019, 154 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Seção 1, p. 1.

_____. Decreto-Lei nº 3.689 de 03 de outubro de 1941. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 13 de out. 1941. Seção 1, p. 19699.

_____. Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mai. 2007a. Seção 1, p. 5.

_____. Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mar. 2013a. Seção 1, p. 1.

_____. Decreto nº 9.603 de 10 de dezembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 dez. 2018. Seção 1, p. 24.

_____. Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019 (revogado). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Seção 1, p. 5.

_____. Decreto nº 10.770 de 17 de agosto de 2021. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2021. Seção 1, p. 1.

_____. Decreto nº 11.074 de 18 de maio de 2022. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 mai. 2022a. Seção 1, p. 2.

_____. Decreto nº 11.371 de 1º de janeiro de 2023. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jan. 2023. Seção 1, p. 4.

_____. Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1990a. Seção 1, p. 2.

_____. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990b. Seção 1, p. 13563.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990c. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 08 ago. 2006a. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 11.523 de 18 de setembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 set. 2007b. Seção 1, p. 2.

_____. Lei nº 12.010 de 03 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 ago. 2009. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 02 ago. 2013b. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 13.010 de 26 de junho 2014. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2014a. Seção 1, p. 2.

_____. Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 mar. 2016. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 13.427 de 30 de março de 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 30 mar. 2017a. Seção 1, p. 3.

_____. Lei nº 13.431 de 04 de abril de 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 abr. 2017b. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 14.344 de 24 de maio de 2022. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 mai. 2022b. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 218 de 06 de março de 1997. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 de março de 1997. Seção 1, p. 8932-8933.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 04 de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 de outubro de 2017c. Seção 1, p. 288.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 05 de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 de outubro de 2017d. Seção 1, p. 50.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 485 de 1º de abril de 2014. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 02 de abril de 2014b. Seção 1, p. 41.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 687 de 30 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 de março de 2006b. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 de maio de 2001a. Seção 1e, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936 de 19 de maio de 2004. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 de maio de 2004. Seção 1, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.356 de 23 de junho de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 de junho de 2006c. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968 de 25 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de outubro de 2001b. Seção 1, p. 86.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 288 de 25 de março de 2015. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de março de 2015. Seção 1, p. 50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010. 104p.

BRITO, A. E. R. M. **A incompletude institucional e a intersectorialidade na política de atenção à criança e ao adolescente no município de Recife**. 2020. 96f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CAROZZO, N. P. P.; LUZ, J. M. O.; ALVES, C. O. (org.). **Como avaliar programas e intervenções: um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos/organização**. São Luiz: EDUFMA, 2022.

CHILDFUND BRASIL. **Pesquisa Nacional da Situação de Violência Contra as Crianças no Ambiente Doméstico**. Belo Horizonte: ChildFund Brasil, 2023. 202p.

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da criança e adolescente. Resolução nº 113, 19 de abril de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; PENSO, M. A. Intervenções complexas: o exemplo do tratamento comunitário. In: CAROZZO, N. P. P.; LUZ, J. M. O.; ALVES, C. O. (org.). **Como avaliar programas e intervenções: um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos/organização**. São Luiz: EDUFMA, 2022. p. 48-86.

CRUZ, D. A.; REIS, D. C. Vulnerabilidade social: reflexão conceitual na perspectiva da bioecologia do desenvolvimento humano. In: SILVA, S. S. C.; SILVA, J. C. (org.). **Contextos de vulnerabilidade e resiliência no desenvolvimento humano**. Curitiba: Appris, 2022.

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. São Paulo: Seepix, 2022. 516p.

FONTANA, F.; PEREIRA, A. C. T. Pesquisa Documental. In: MAGALHÃES JUNIOR, C. A. O.; BATISTA, M. C. **Metodologia da Pesquisa em Educação e Ensino de Ciências**. 2. ed. Ponta Grossa: Atena Editora, 2023. p. 42-58.

HINO, P.; TAKAHASHI, R. F.; NICHITA, L. Y. I.; APOSTÓLICO, M. R.; TAMINATO, M.; FERNANDES, H. As interfaces das dimensões da vulnerabilidade face a violência contra a criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 357-362, 2019.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2021**. Brasília: IPEA, 2021. 108 p.

LIMA JUNIOR, E. B.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, A. C. O.; SCHNEKENBERG. Análise Documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n. 44, p. 36-51, 2021.

MIOTO, R. C. T. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 8, n. 1, p. 133-142, jul. 2015.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MURTA, S. G. Prefácio. In: CAROZZO, N. P. P.; LUZ, J. M. O.; ALVES, C. O. (org.). **Como avaliar programas e intervenções: um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos/organização**. São Luiz: EDUFMA, 2022.

OLIVEIRA, C. M.; FEITOSA, N. M. Violência abuso infantil: marcas deixadas ao longo do tempo. **Revista Mato-grossense de Direito**. Sinop, v.1, n. 1, p. 117-132, 2023.

OLIVEIRA, H. M.; DIAS, P. C. O combate e enfrentamento à violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes: comentários à lei n. 14.344/2022. **Revista de Direito Civil**, Jundiaí, v. 5, n. 1, p. 55-74, jan./jul. 2023.

ROVINSKI, S. L. R.; PELISOLI, C. L. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: testemunho e avaliação psicológica**. São Paulo: Vetor, 2019.

SALGE, E. H.C. N.; OLIVEIRA, G. S.; SILVA, L. S. Saberes para construção de uma pesquisa documental. **Revista Prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 123-139, 2021.

SCHAEFER, L. S.; MIELE, A.; RIOS, A. A entrevista forense com crianças vítimas de violência sexual no contexto da perícia criminal oficial. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 23, n. 63, p. 11-22, jul./set. 2022.

SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. (org.). **Vulnerabilidades, Resiliência e Redes: Uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

SODELLI, M. Vulnerabilidades, resiliência e redes sociais: uso, abuso e dependência de drogas. In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. (org.). **Vulnerabilidades, Resiliência e Redes: Uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 03-21.

SOUSA, R. C. R.; MONTEIRO, E. M. L. M.; ALBUQUERQUE, A.; PAULA, W. K. A.; CORIOLANO-MARINUS, W. L. Intervenções de enfermagem para promoção do desenvolvimento infantil a partir da teoria bioecológica de Bronfenbrenner. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 30. 2021.

TAKASSI, G. A. R.; SMANIOTTO, M. A. Transversalidades entre a teoria da complexidade e os estudos da paz: um diálogo possível entre Edgar Morin e Johan Galtung. In: SALLES FILHO, N. A.; MENDES, D. C. B.; SALLES, V. O. (org.). **Estudos sobre a paz: olhares interdisciplinares**, Ponta Grossa: Texto e Contexto, 2022, p. 20-38.

UNICEF - United Nations Children's Fund. **Violence against children**. 2022.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 11. ed. Campinas: Papirus, 2018.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 01-05, 2020.

WHO - World Health Organization. **Global Status Report on Preventing Violence Against Children**. Genebra: WHO, 2020. 352p

Data de submissão: 16/09/2024

Data de aprovação: 27/09/2024

Data de publicação: 13/09/2025

Este trabalho é publicado sob uma licença
Creative Commons Attribution 4.0 International License.