



## Bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança: revisão de escopo\*

Conceptual frameworks for programs addressing violence against children: a scoping review  
Bases conceptuales orientadoras de programas de enfrentamiento de violencia contra el niño: revisión de alcance

### Como citar este artigo:

Macedo CM, Egly EY. Conceptual frameworks for programs addressing violence against children: a scoping review. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200182. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0182>

 Cibele Monteiro Macedo<sup>1</sup>

 Emiko Yoshikawa Egly<sup>2</sup>

\* Extraído da dissertação “Bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária: revisão de escopo”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Map the conceptual frameworks for programs addressing violence against children developed in primary health care. **Method:** This is a scoping review that followed the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute. A reference manager and qualitative analysis software were used for data management and analysis. **Results:** 1,346 studies were pre-selected and analyzed. The final sample consisted of 24 studies, mostly published in the 2000s. Three strategic actions were identified in programs: Home Visitation, Children Exposed to Violence, and Parenting Development, most of them focused on the level of intervention. No study explained the conceptual frameworks guiding the programs. **Conclusion:** Mapped programs were well structured and essential for addressing domestic violence against children. They mainly adopted the multi-causal concept to understand the health-disease process, which was restricted to overcoming the contradictions of violence.

### DESCRIPTORS

Domestic Violence; Child Abuse; Primary Health Care; Public Health; Review; Nursing.

### Autor correspondente:

Cibele Monteiro Macedo  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar  
419, Cerqueira César  
05403-000 – São Paulo, SP, Brasil  
[cibelemonteiramacedo@gmail.com](mailto:cibelemonteiramacedo@gmail.com)

Recebido: 19/05/2020  
Aprovado: 08/01/2021

## INTRODUÇÃO

A violência, como fenômeno histórico, social, dialético e dinâmico, manifesta-se de diferentes maneiras nos distintos grupos sociais. A violência é um fenômeno intimamente ligado à desigualdade social, entre gênero e geração<sup>(1)</sup>.

Nas últimas décadas, diversos organismos internacionais vêm destacando o grande impacto da violência para as economias globais e suas graves consequências para os indivíduos, as famílias e a sociedade, principalmente quando cometida contra as crianças. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência que envolve crianças e adolescentes diz respeito a todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, negligência, abuso sexual ou outras formas de exploração que possam resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças e adolescentes<sup>(2)</sup>.

A *United Nations International Children's Emergency Fund* (Unicef) mostrou que, em 2015, ocorreram 82 mil mortes de meninos e meninas na faixa etária entre dez e dezenove anos em alguma parte do mundo. Dentre essas mortes, 51,3 mil não tinham relação com conflitos armados<sup>(3-4)</sup>.

Dados publicados em 2015 revelam que seis em cada dez crianças (cerca de 250 milhões) entre 12 e 23 meses de idade são submetidas a uma disciplina violenta. “Quase metade sofre castigo físico e uma proporção similar está exposta ao abuso verbal<sup>(4)</sup>”. De acordo com dados da Unicef, 300 milhões de crianças (três em cada quatro) entre dois e quatro anos de idade, em todo o mundo, sofrem, de forma regular, disciplina violenta (física ou verbal) por parte de seus cuidadores<sup>(3-4)</sup>.

Segundo a Unicef, “crianças e adolescentes vivenciam a violência em todas as fases da infância e da adolescência, em diversas configurações, e, frequentemente, pelas mãos de pessoas em quem confiam e com quem interagem diariamente”<sup>(3)</sup>.

A invisibilidade e subnotificação dos casos de violência contra as crianças são evidenciadas em relatório publicado, em 2016, pela OMS, o qual mostra que uma proporção significativa das mortes geradas pela violência contra a criança é atribuída de forma enganosa a quedas, queimaduras, afogamentos e outras causas<sup>(5)</sup>.

O enfrentamento da violência mostra a necessidade de reestruturação dos serviços, a mudança na atuação dos profissionais e a importância do desenvolvimento de ações interdisciplinares e multiprofissionais que não se limitem apenas à dimensão biológica ou singular do fenômeno<sup>(6-7)</sup>. Essa reestruturação deve agregar uma rede de apoio social em parceria com a comunidade e basear-se em estudos operacionais e locais<sup>(7)</sup>.

Estudos apontam a potencialidade da Atenção Primária Saúde (APS) para o desenvolvimento de ações que visem ao enfrentamento da violência, pela proximidade com as famílias e pelo espaço geopolítico em que estão inseridas<sup>(8-10)</sup>. No entanto, alguns limites para o enfrentamento da violência são apontados na literatura científica mundial, dentre eles, destacam-se: ações desprovidas de suporte teórico e conceitual, medicalização do fenômeno pela dificuldade em se lidar com os aspectos sociais que o permeiam, forma de

organização e estruturação do trabalho baseadas em metas numéricas e políticas e estratégias pautadas em uma lógica de mercado que não proporciona condições e governabilidade sobre todas as determinações sociais do fenômeno da violência<sup>(8,11-13)</sup>.

Vive-se atualmente um momento em que as ações de saúde “responderão aos projetos políticos hegemônicos do Estado capitalista travestido de respostas às demandas sociais<sup>(14)</sup>”. Por isso, fenômenos de determinações sociais, como a violência, que precisam de ações voltadas para a modificação nos modos de produção e reprodução social estão na contramão do Estado capitalista e, portanto, nunca serão vistos em sua totalidade/parte.

Autoras da *Enfermagem em Saúde Coletiva* revelam que, para a efetividade das ações de enfrentamento da violência contra a criança, é necessário elucidar o fenômeno por meio de bases teóricas e categorias conceituais potentes, como gênero e geração, para detectar grupos sociais mais vulneráveis que necessitam urgentemente das políticas públicas de enfrentamento da violência<sup>(15)</sup>. Isso evidencia a necessidade de explicitação das bases teóricas e conceituais dos programas de enfrentamento da violência, pois abre caminho para enxergar horizontes de superação<sup>(16)</sup>.

Diante da potencialidade da APS para o desenvolvimento de ações de enfrentamento da violência e da necessidade de explicitação das bases teóricas e conceituais dos programas, este estudo objetiva mapear as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança desenvolvidos no âmbito da APS.

## MÉTODO

### TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão de Escopo a qual seguiu as recomendações metodológicas sugeridas pelo Instituto Joanna Briggs e contou com a contribuição do Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil). As revisões de escopo são usadas para mapear conceitos-chave, examinar a evidência existente antes de se conduzir uma revisão sistemática, esclarecer e definir limites conceituais<sup>(17)</sup>.

O presente estudo inspira-se nas bases teóricas e filosóficas da Saúde Coletiva e em suas categorias analíticas, dando especial destaque às categorias gênero e geração, que são as que emergem diante do fenômeno da violência contra a criança<sup>(18)</sup>.

A questão norteadora do presente estudo foi elaborada de acordo com a estratégia PCC (P: População, C: Conceito e C: Contexto), recomendada para revisões de Escopo, em que P referiu-se a Crianças, C a Bases Conceituais Orientadoras e C a Atenção Primária à Saúde. Desse modo, a questão norteadora da revisão foi: “*Quais são as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança na Atenção Primária à Saúde?*”. É importante destacar que houve uma busca preliminar nas bases de PROSPERO, MEDLINE, *Cochrane Database of Systematic Reviews* and the *Joanna Briggs Institute Database of Systematic*

*Reviews and Implementation Reports e Campbell* e não foram encontradas revisões com a mesma questão norteadora do presente estudo.

## CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A estratégia de busca bibliográfica visou ser abrangente e encontrar estudos publicados e não publicados e se baseou nas seguintes palavras-chave, Descritores em Ciências da Saúde e MeSH (*Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine*) e/ou descritores sinônimos combinados entre si de acordo com cada base de dados em inglês, português e espanhol: violência, violência doméstica, violência intrafamiliar, maus-tratos infantis, crianças OR criança, infância, práticas em saúde, prática profissional, ações, programas, intervenção, programas de intervenção, estratégia, programa governamental, equipe multiprofissional, enfrentamento, estratégia de enfrentamento, atenção primária, atenção básica, saúde preventiva. Foram incluídos na revisão estudos publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa, sem restrição de tempo, que descreveram programas de enfrentamento da violência doméstica contra crianças de zero a dozes anos de idade e desenvolvidos na APS.

## COLETA DE DADOS

A busca por estudos ocorreu de maio a outubro de 2018, em treze bases de dados de diversas áreas do conhecimento, são elas: *MedLine* (PubMed), *ERIC* (*Educational Resources Information Center*), *PsycINFO* (*American Psychological*

*Association*), *CINAHL* (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), *Web of Science*, *SciELO*, *LILACS*, *IPSCAN* (*International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*), *SCOPUS* e *IBSS*. A busca pela literatura cinzenta foi realizada nas bases: *Google Scholar*, *OpenGrey*, *NYAM Grey Literature*.

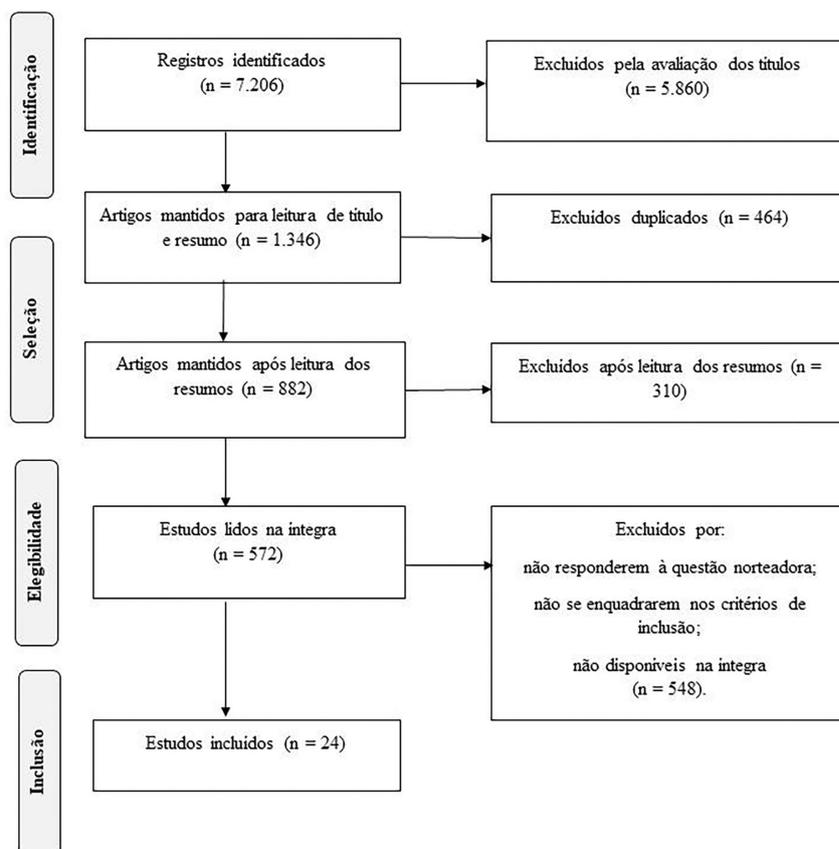
## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os títulos e resumos dos estudos, quando disponíveis, foram lidos na íntegra, buscando-se as palavras atenção primária, violência e criança, e analisados pelo revisor com o objetivo de identificar possíveis estudos elegíveis para a revisão. Nas situações em que surgiram dúvidas quanto à elegibilidade do estudo, este foi mantido para a próxima etapa. Posteriormente, a leitura completa dos estudos pré-selecionados foi realizada; se o estudo fosse pertinente para a pergunta de revisão, os dados de interesse eram extraídos.

Foi utilizado o *software* de análise qualitativa *webQDA*<sup>®</sup> e o gerenciador de referências *Mendeley*<sup>®</sup> para o melhor gerenciamento, organização e codificação dos estudos. Os achados quantitativos foram analisados por meio da ferramenta *Excel*<sup>®</sup> 2016, e os qualitativos tiveram seu conteúdo analisado por Análise de Conteúdo<sup>(19)</sup>.

## RESULTADOS

A estratégia de busca identificou, nas bases de dados, um total de 7.206 estudos; em seguida, estes foram pré-selecionados de acordo com o título e resumo e exportados



**Figura 1** – Diagrama do fluxo sobre o processo de seleção dos estudos para revisões de escopo PRISMA<sup>(20)</sup>.

para o programa *Mendeley*<sup>®</sup>. Foram excluídos os documentos que não estavam disponíveis *on-line* na íntegra e os duplicados. 572 estudos foram lidos na íntegra, destes, 548 estudos foram excluídos por trazerem discussões teóricas acerca dos programas de enfrentamento da violência contra a criança (n = 189), não terem sido desenvolvidos no âmbito da APS (n = 30), relatarem programas de enfrentamento contra a criança desenvolvidos com os profissionais, e não com as crianças, população alvo do presente estudo (n = 320), não abrangerem a faixa etária estabelecida nos critérios de inclusão (n = 9). Ao fim, 24 foram incluídos na revisão, sendo a maioria oriunda da base de dados PubMed (MedLine). O processo de seleção e exclusão dos estudos está ilustrado no diagrama inspirado em PRISMA<sup>(20)</sup> e na Tabela 1.

Todos os estudos incluídos na revisão foram publicados em língua inglesa; doze foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), um no Canadá, dois na Escócia, dois na Inglaterra, dois no Japão, dois na Austrália, um na Holanda, um na Nova Zelândia e um na Rússia. A maioria (n = 16) foi publicada entre os anos 2000 e 2010, sete estudos foram publicados de 2011 a 2019 e um estudo de 1980 a 1999.

Não foram incluídos estudos realizados na América Latina. Especula-se que isso pode estar relacionado à falta de registro dos programas de enfrentamento da violência doméstica contra crianças desenvolvidos na APS em periódicos ou a não realização dessas ações.

Para responder à questão de revisão, primeiramente foi necessário mapear os programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde e compreender os objetivos, as estratégias utilizadas e os principais limites e as potencialidades. Para isso, os programas de enfrentamento da violência contra a criança incorporados à revisão foram classificados de acordo com o objetivo a que se propõe o programa e a estratégia utilizada para cumprir os objetivos.

Foram identificados como objetivos dos programas a prevenção da violência contra crianças, a identificação das situações de violência e a intervenção nas situações de violência contra a criança. As principais estratégias utilizadas para alcançar os objetivos foram: a Visita Domiciliar, são programas que geralmente englobam o núcleo familiar como um todo; Desenvolvimento da Parentalidade, programas que procuram desenvolver relações saudáveis entre a família e os Programas com Crianças Expostas à Violência, com foco na criança vítima de violência e na superação das consequências

da violência, como a depressão e o comportamento violento. É importante salientar que alguns programas foram classificados em mais de um objetivo e estratégia.

A maioria dos programas encontrados tinha como objetivo a prevenção (n = 15) e intervenção (n = 15) na situação de violência, com foco na criança ou família, seja no período pré-natal, com o intuito de evitar que as crianças vivenciem futuramente situações de violência, seja na intervenção direta com as crianças (para intervir no ciclo da violência), para que não se tornem futuros perpetradores de violência.

O Quadro 1 descreve detalhadamente os estudos incluídos na revisão, os programas, o objetivo e a estratégia utilizada.

Os programas de Visita Domiciliar destacaram-se como programas de identificação e prevenção da violência e têm como foco a família, principalmente mães e filhos, enquanto os programas com Crianças Expostas à Violência e Desenvolvimento da Parentalidade, em sua maioria, são programas de intervenção e têm como foco apenas a crianças ou apenas os cuidadores. O Quadro 2 descreve os principais limites e potencialidades de acordo com cada estratégia utilizada.

## BASES CONCEITUAIS ORIENTADORAS

Nenhum estudo expôs explicitamente as bases conceituais orientadoras que alicerçam os programas de enfrentamento da violência. Na tentativa de fazer essa identificação, buscou-se compreender a concepção de saúde-doença, violência e infância (apresentada nos trechos grifados a seguir) presente nos estudos considerados conceitos essenciais para a elucidação do fenômeno da violência doméstica contra a criança, e correlacioná-los às principais correntes de interpretação do processo saúde-doença<sup>(45)</sup>. Ressalta-se que os trechos apresentados entre aspas fazem parte dos artigos que compuseram a amostra e foram traduzidos pelas autoras.

Embora não exposto de forma evidente, foi possível identificar a predominância da teoria da multicausalidade nos programas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança. Os programas baseiam-se nos perfis de morbimortalidade das crianças e famílias para identificar as famílias mais vulneráveis, sob uma perspectiva fundamentada no risco e numa concepção linear do processo saúde-doença. O reconhecimento dos grupos sociais mais vulneráveis foi feito por meio da identificação de fatores de risco e de instrumentos padronizados. Isso evidencia a compreensão do processo saúde-doença a partir de aspectos multicausais e centrado na doença e sintomatologia:

“Acreditamos que esta intervenção oferece uma oportunidade para evitar as vulnerabilidades neurológicas e psicológicas reconhecidas das crianças quando expostas à violência em curso”<sup>(44)</sup>.

“Numerosos fatores de risco estão associados a maus-tratos na infância, incluindo, mas não se limitando, a pais jovens, solteiros ou não biológicos; falta de compreensão dos pais em relação às necessidades das crianças e ao desenvolvimento infantil ou de habilidades parentais; relacionamentos abusivos entre pais e filhos ou interações

**Tabela 1** – Estudos incluídos na revisão, de acordo com a base de dados. São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Base de dados	N estudos
PubMed	11
Scopus	6
Literatura cinzenta	5
PsyINFO	1
IBSS	1
<b>Total</b>	<b>24</b>

**Quadro 1** – Caracterização dos estudos, descrição do programa, objetivo e estratégia utilizada. São Paulo, SP, Brasil, 2018.

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Desenho</b>	<b>Programa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População alvo</b>	<b>Estratégia utilizada</b>
Bunston W <sup>(21)</sup>	2006	Austrália	Estudo sobre antes e depois da intervenção	<i>Peek-a-boo Club</i>	Prevenção e Intervenção	Mães e crianças (0a3 anos) expostas à violência doméstica	Programas de Desenvolvimento da Parentalidade
Finkelstein et al. <sup>(22)</sup>	2005	EUA	Mix métodos (Transversal e qualitativo)	–	Intervenção	Crianças (5a10 anos) e mães em uso/abuso de álcool e drogas	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade Programa de Crianças Expostas à Violência
Puccia E et al. <sup>(23)</sup>	2012	EUA	Estudo sobre antes e depois da intervenção	Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma	Resposta	Crianças expostas à violência doméstica	Programa de Crianças Expostas à Violência
Sharp J <sup>(24)</sup>	2011	Escócia	Pesquisa-ação	Programa Cedar	Intervenção e resposta	Crianças e mães expostas à violência doméstica	Programa de Crianças Expostas à Violência Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Crusto et al. <sup>(25)</sup>	2008	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Child and Family Interagency Resource, Support, and Training Program – Child FIRST</i>	Intervenção	Crianças etnicamente diversas (1a6 anos)	Programa de Crianças Expostas à Violência Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Child Trends <sup>(26)</sup>	2016	Rússia	Ensaio clínico randomizado	Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT)	Intervenção	Crianças (3a11 anos) e mães	Programas de Crianças Expostas à Violência
Becker, Mathis et al. <sup>(27)</sup>	2008	Inglaterra	Estudo sobre antes e depois da intervenção	Programa <i>Haupo</i>	Intervenção	Crianças (3a11 anos) de origem asiática e americanas da Ilha do Pacífico e pais	Programa de Crianças Expostas à Violência Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare <sup>(28)</sup>	2016	EUA		<i>Kids' Club and Moms' Empowerment</i>	Intervenção	Crianças (6a12 anos) e mães	Programa de Crianças Expostas à Violência
Mejdoubi J et al. <sup>(29)</sup>	2015	Holanda	Ensaio clínico randomizado	<i>VoorZorg</i>	Prevenção e Intervenção	Crianças (0a2 anos) e mães grávidas	Programa de Visita Domiciliar Programas de Desenvolvimento da Parentalidade
Kendall S et al. <sup>(30)</sup>	2013	Japão	Exploratório, quase-experimental	<i>123Magic</i>	Intervenção	Crianças (2a12 anos) e pais	Programa de Visita Domiciliar Programas de Desenvolvimento da Parentalidade
Crisp BR et al. <sup>(31)</sup>	2004	Escócia	Qualitativo, análise temática das entrevistas	–	Identificação e Prevenção	Crianças e mães	Programas de Desenvolvimento da Parentalidade
MacMillan HL et al. <sup>(32)</sup>	2005	Canadá	Ensaio clínico randomizado	<i>Programme of home visitation by nurses</i>	Prevenção	Famílias com histórico de violência doméstica contra crianças	Programas de Desenvolvimento da Parentalidade
Kayama M et al. <sup>(33)</sup>	2004	Japão	Qualitativo (Grupo Focal)	–	Prevenção	Mães e crianças (abaixo de 6 anos)	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Kelleher L et al. <sup>(34)</sup>	2004	Austrália	Quantitativo-descriptivo comparativo	<i>Cottage Community Care Pilot Project</i>		25 famílias	Programa de Desenvolvimento da Parentalidade

continua...

...continuação

Autores	Ano	País	Desenho	Programa	Objetivo	População alvo	Estratégia utilizada
Bugental DB et al. <sup>(35)</sup>	2009	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Healthy Start home visitation</i>	Intervenção	Famílias com crianças recém-nascidas	Programa de Visita Domiciliar Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Olds DL et al. <sup>(36)</sup>	2007	EUA	Ensaio clínico randomizado	–	Prevenção	Crianças (0a9 anos)	Programa de Visita Domiciliar
Olds DL et al. <sup>(37)</sup>	1986	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Program of prenatal and infancy home visitation by nurses</i>	Prevenção	Crianças (0a2 anos) filhos de mães adolescentes, primíparas ou baixo status socioeconômico	Programa de Visita Domiciliar
Duggan A et al. <sup>(38)</sup>	2004	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Hawaii Healthy Start Program (HSP)</i>	Prevenção	Famílias identificadas com risco para violência contra a criança segundo o <i>Kempe's Family Stress Checklist</i>	Programa de Visita Domiciliar
DuMont K et al. <sup>(39)</sup>	2008	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Healthy Families New York (HFNY)</i>	Prevenção	Crianças (0a2 anos) e famílias com mães adolescentes	Programa de Visita Domiciliar Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Bugental DB et al. <sup>(40)</sup>	2002	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Healthy Start Program</i>	Prevenção	Famílias com risco aumentado para maus-tratos infantis segundo <i>Family Stress Checklist</i> (FSC)	Programa de Visita Domiciliar Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Barlow J et al. <sup>(41)</sup>	2007	Inglaterra	Ensaio clínico randomizado multicêntrico com avaliação econômica	–	Identificação e Prevenção	Crianças (0a1 ano), filhos de mães adolescentes que entraram no programa a partir do sexto mês de gestação	Programa de Visita Domiciliar Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Fergusson DM et al. <sup>(42)</sup>	2005	Nova Zelândia	Ensaio clínico randomizado	<i>Early Start</i>	Identificação e Prevenção	Famílias a que os enfermeiros da atenção primária referissem ter qualquer problema em cuidar da criança. Também foi utilizada uma escala para fator de risco para a violência	Programa de Visita Domiciliar Programa Voltado ao Desenvolvimento da Parentalidade
Duggan A et al. <sup>(43)</sup>	2007	EUA	Ensaio clínico randomizado	<i>Healthy Families Alaska (HFAK)</i>	Prevenção	Famílias com crianças (0a2 anos)	Programa de Visita Domiciliar Programa de Desenvolvimento da Parentalidade
Lowell DI et al. <sup>(44)</sup>	2011	EUA	Ensaio clínico randomizado	Teste de eficácia do <i>Child First</i> (uma intervenção psicoterapêutica domiciliar baseada em um sistema de cuidado)	Prevenção	Crianças (6a36 meses)	Programa de Visita Domiciliar

negativas; pensamentos ou emoções dos pais que apoiam disciplina violenta; disfunção familiar ou violência; história parental de abuso ou negligência na família de origem; abuso de substâncias dentro da família; isolamento social, pobreza ou outras desvantagens socioeconômicas; e estresse e angústia dos pais<sup>(44)</sup>.

“A Ferramenta para Medir a Autoeficácia Parental (TOP-SE) é uma ferramenta de avaliação de programas para pais

que levam em conta as opiniões e experiências de pais de diversas origens culturais e sociais<sup>(30)</sup>.

O aspecto social do fenômeno da violência é compreendido como a soma de fatores dos quesitos baixa renda, baixa escolaridade e baixo acesso aos serviços de saúde:

“alto risco para abuso infantil (...) famílias com baixa escolaridade, baixa renda, apoio social limitado (...) referidos a serviços de assistência social<sup>(43)</sup>”.

**Quadro 2** – Tipos de programas, descrição e os principais limites e potencialidades encontrados. São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Estratégia utilizada	Descrição	Potencialidades	Limites
Programas de Visita Domiciliar	Geralmente começam no período pré-natal; as famílias que têm um alto risco para a violência recebem em casa a visita da enfermeira da Atenção Primária ou de outro profissional treinado.	Conseguem englobar e compreender toda a dinâmica familiar. Têm sido apontados como um programa de identificação e prevenção da violência doméstica, principalmente quando iniciados no período pré-natal.	Famílias que se recusam a receber visitas. São desconhecidos ainda os efeitos para a redução da violência doméstica em longo prazo para a criança.
Programas de Desenvolvimento da Parentalidade	Geralmente são programas baseados em grupo e fornecem ferramentas para os pais proporcionarem o desenvolvimento saudável das crianças e das habilidades parentais específicas.	Capaz de permear a dinâmica familiar. Educação perinatal.	Existem poucos estudos sobre a efetividade desses programas para a redução da violência doméstica em longo prazo.
Programas com Crianças Expostas à Violência	Intervenções desenvolvidas com crianças vítimas de violência ou que a presenciaram. Baseiam-se em intervenções terapêuticas individuais, em grupo ou com a família.	Área de sólida literatura. Mostram-se efetivos em curto e potencialmente efetivos em longo prazo.	Ignoram se os efeitos positivos que aparecem em curto prazo permanecerão, de fato, até a vida adulta, pois só há estudos sobre o curto prazo.

“Os maus-tratos infantis são um grande problema de saúde pública que tem consequências em longo prazo para a saúde mental e física e pode resultar em morte. Estudamos o efeito de um programa de visitas domiciliares de enfermeiros sobre maus-tratos infantis entre jovens famílias desfavorecidas na Holanda”<sup>(29)</sup>.

“Esta intervenção pode ter o potencial de melhorar a parentalidade e aumentar a identificação de crianças em risco de abuso e negligência, em famílias vulneráveis (...) baixa renda, escolaridade, mães adolescentes (...)”<sup>(41)</sup>.

Foi possível identificar a concepção de infância e elementos das questões de gênero permeados pela perspectiva da multicausalidade. A infância é compreendida como um marco cronológico a-histórico e universal na abordagem em saúde. Percebe-se também que as ações de saúde descritas nos programas são direcionadas à dimensão singular e numa perspectiva de responsabilização da mãe, o que reforça as normas e símbolos culturais e sociais que demarcam os papéis sociais atribuídos aos sexos:

“(...) crianças entre as idades de 2 e 12”<sup>(30)</sup>.

“se a criança preenchesse os seguintes critérios: idade 6 a 36 meses (...)”<sup>(44)</sup>.

“oportunidade para evitar as vulnerabilidades neurológicas e psicológicas reconhecidas das crianças quando expostas à violência em curso”<sup>(21)</sup>.

“(...) famílias rastreadas quando as crianças tinham 8 e 16 meses (...)”<sup>(43)</sup>.

“A violência doméstica tem um grande impacto nas crianças, uma vez que as crianças expostas à violência doméstica tendem a ter altos níveis de sintomas da síndrome pós-traumática (SPT), bem como outras dificuldades psicossociais. Violência Doméstica (VD) tem implicações para as crianças, os sistemas familiares e a sociedade como um todo, portanto, tratar os sintomas como resultado da VD é de suma importância”<sup>(23)</sup>.

“Foi desenvolvido para prevenir ou diminuir graves perturbações emocionais, deficiências de desenvolvimento e aprendizagem, e abuso e negligência”<sup>(44)</sup>.

“Diferenças de tratamento para abuso infantil e negligência e atendimentos de emergência foram mais significativos entre as mulheres que tinham um menor controle (*lower sense*) sobre suas vidas”<sup>(37)</sup>.

## DISCUSSÃO

Estudos apontam que crianças vítimas de violência doméstica durante a infância apresentam repercussões negativas em sua sua saúde física e mental, as quais impactam na vida adulta<sup>(46)</sup>, e têm maiores chances de tornarem-se vítimas ou perpetradores da violência quando adultos<sup>(47)</sup>. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido observado entre as crianças que testemunharam episódio único de violência, como também nas crianças que são expostas à violência cotidianamente<sup>(48)</sup>. Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América com 2.798 crianças e mulheres constatou que 25% das crianças expostas à violência relataram sintomas clínicos de TEPT, 12% relataram níveis subclínicos e 47% das mães relataram níveis clínicos de estresse relacionados à maternidade após abuso, o que leva a crer que intervenções envolvendo o binômio mãe-filho são necessárias<sup>(49)</sup>.

Esses achados corroboram os do presente estudo, pois a maioria dos programas encontrados que tiveram como objetivo prevenir, intervir ou responder à violência focou na criança e na família, principalmente no binômio mãe-filho, seja no período pré-natal, com o objetivo de evitar que as crianças vivenciem as situações de violência, seja na intervenção direta com as crianças.

Os programas que procuravam atuar no âmbito da intervenção e resposta foram desenvolvidos em países considerados de alta renda e com foco na criança, no entanto, seus efeitos em longo prazo ainda são pouco estudados. Uma revisão que pesquisou intervenções realizadas com mulheres em situação de violência também chegou aos mesmos achados, após analisar a qualidade metodológica de 84 estudos realizados em países de alta, média e baixa renda. Nesta, constatou-se uma grande diferença no foco das intervenções encontradas em países de baixa e média renda em comparação com os países de alta renda. Os estudos desenvolvidos em

países de alta renda focam na resposta à violência, ou seja, nos cuidados às vítimas. Nesses países, desenvolvem-se intervenções centradas na mulher sobrevivente da violência: a vítima recebe suporte psicossocial e jurídico, aconselhamento e visita domiciliária. Essas intervenções têm mostrado grande êxito na melhoria da saúde física e mental das vítimas e no aumento da utilização dos serviços de saúde. Entretanto, esse tipo de estratégia mostra pouca efetividade na redução do número de vítimas, segundo os autores da revisão<sup>(50)</sup>.

Um estudo aponta que as abordagens mais promissoras são aquelas centradas na criança, que reconhecem e constroem formas de enfrentamento naturais ou inatas à criança. Os mesmos autores apontam que a terapia familiar, baseada nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental, pode ser a abordagem mais propícia para ensinar estratégias de enfrentamento às crianças<sup>(51)</sup>. A maior parte dos “Programas Voltados às Crianças Expostas à Violência” e “Programas Voltados ao Desenvolvimento da Parentalidade” utiliza os princípios e/ou ferramentas da terapia comportamental e é centrada nas crianças.

Os Programas Voltados às Famílias, em sua maioria, foram aqueles que tinham como objetivo a identificação e prevenção da violência, apresentando como foco a família e o binômio mãe-filho. Todos os programas usaram a mesma estratégia para identificar as famílias que poderiam se beneficiar com o programa, por meio de instrumentos padronizados e fatores de risco, apenas diferindo na duração do programa, critérios de inclusão e acompanhamento<sup>(35-39,41-44,51-53)</sup>. A maioria dos programas iniciava no período pré-natal e terminava no pós-parto, ou começava no período pré-natal e encerrava quando a criança completava 36 meses de idade.

Ser mãe pela primeira vez e engravidar durante a adolescência, sem um relacionamento estável, é considerado fator de risco para a violência contra a criança nos programas; por isso, a maior parte deles envolve as crianças e suas mães. Questões culturais presentes nas famílias japonesas, como serem mais fechadas e responsabilizarem mais as mães, por vezes dificultam a atuação dos enfermeiros de Saúde Pública<sup>(33)</sup>. No entanto, o estudo não problematizou questões de gênero que permeiam o fenômeno da violência. As estruturas familiares patriarcais que estabelecem as mulheres como únicas responsáveis pela criação e pelo comportamento dos filhos, enquanto os homens se isentam dessa responsabilidade, podem levar aos abusos cometidos pelas mães.

Um estudo que explorou os dados das notificações da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município de Curitiba, Brasil, mostrou que as mulheres (mães ou cuidadoras) são as mais responsáveis pela negligência com a criança. Entretanto, ao abordar esses dados sob a perspectiva de gênero, as autoras discutem os papéis sociais atribuídos às mulheres como cuidadoras da família e do lar; quando estas falham nessa tarefa, são sempre consideradas as únicas responsáveis pela negligência com a criança<sup>(15)</sup>.

Dentre os profissionais que constituem a linha de cuidado à criança vítima de violência doméstica, o enfermeiro se destaca em todos os estudos incluídos na revisão e é considerado o elo com outros trabalhadores, a família e a rede de

atenção. Estudos apontaram algumas condições que limitam a atuação dos enfermeiros no enfrentamento da violência contra a criança, como a sobrecarga de trabalho, falta de suporte de outros serviços e a falta de clareza na atuação e na definição conceitual de maltrato<sup>(54-57)</sup>.

Os programas também destacam a importância do trabalho integrado dos profissionais da saúde com trabalhadores de diversas áreas, como da educação, assistência social e jurídica e psicológica. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é apontado como ferramenta que potencializa o enfrentamento da violência contra a criança.

A maioria dos programas apontou como limitação o desconhecimento dos efeitos das intervenções a longo prazo, o que pode ser relacionado à incorporação de referenciais teóricos que não proporcionam a superação da realidade para fenômenos socialmente determinados, como a violência.

Diante dos achados da revisão, foi possível identificar potencialidades nos programas de enfrentamento da violência contra a criança na Atenção Primária à Saúde. No entanto, esses programas possuem limitações na captação das necessidades dos grupos sociais, uma vez que pautar-se em fatores de risco e instrumentos padronizados de forma homogênea não considera a realidade heterogênea existente, tampouco consegue identificar, de forma efetiva, os grupos mais expostos a potenciais de desgaste, e não proporciona ferramentas para a superação da realidade. Um estudo mostrou que os instrumentos de gestão municipal somente conseguirão efetivar ações de saúde que diminuam a desigualdade quando a perspectiva da Determinação Social do Processo Saúde-Doença for incorporada para compreender a saúde<sup>(58)</sup>.

Outro estudo que, assim como este trabalho, abordou o fenômeno da violência contra a criança mostrou que a incorporação de outros referenciais teóricos para compreender a saúde, não pautados em ações universais e fatores de risco, tem real impacto na transformação dos fenômenos sociais e nas respostas às necessidades de saúde das crianças e suas famílias<sup>(59)</sup>.

Autoras da Enfermagem em Saúde Coletiva defendem o uso e a alquimização de categorias analíticas potentes para elucidar fenômenos ligados aos modos de produção e reprodução social, para que as ações de saúde realmente se efetivem em longo prazo. As discussões acerca de gênero, geração e relações de poder e subalternidade, apesar de pouco exploradas na literatura científica mundial, podem contribuir com outras perspectivas para o enfrentamento do fenômeno da violência doméstica contra a criança. No Brasil, estudos têm abordado, de forma mais consistente, tanto a perspectiva de gênero quanto a de geração quando se trata do fenômeno da violência doméstica infantil<sup>(15,18,55,60-61)</sup>.

Diante da limitação de outros referenciais teórico-metodológicos para captar todas as determinações do fenômeno da violência contra crianças, agregar a compreensão do processo saúde-doença de forma socialmente determinada na elaboração dos programas de enfrentamento da violência contra a criança torna-se fundamental<sup>(45,58,59)</sup>.

Aponta-se como limites desta revisão a necessidade de atualização de busca nas bases de dado que ocorreu em 2018,

a não utilização do termo “*health promotion*” na estratégia de busca e o fato de não serem captados estudos desenvolvidos na América Latina e Caribe por meio das estratégias de busca.

## CONCLUSÃO

Os programas de enfrentamento mostraram-se bem estruturados e fundamentais para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança. Utilizaram a mesma abordagem para identificar as situações de violência e as crianças e famílias vulneráveis e adotaram a concepção

multicausal para a compreensão do processo saúde-doença. Os profissionais de enfermagem destacaram-se como os trabalhadores com maior potencial para identificar as situações de violência e intervir, bem como as intervenções que articulavam diferentes redes de apoio.

Incorporar referenciais teóricos que levam em consideração os modos de produção e reprodução socialmente determinados e revelam as condições de subalternidade, de geração e de gênero elucidam o fenômeno da violência contra a criança e pode apoiar o desenvolvimento de programas capazes de transformar e superar a realidade objetiva.

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear as bases conceituais orientadoras dos programas de enfrentamento da violência contra a criança desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão de escopo que seguiu as recomendações metodológicas do Instituto Joanna Briggs. Para gerenciamento e análise dos dados, foi utilizado um *software* de análise qualitativa e um gerenciador de referências. **Resultados:** 1.346 estudos foram pré-selecionados e analisados. A amostra final foi composta por 24 estudos publicados majoritariamente na década de 2000. Foram identificadas três estratégias de atuação dos programas: “Visita Domiciliária”, “Crianças Expostas à Violência” e “Desenvolvimento da Parentalidade”, a maioria com foco no nível da Intervenção. Nenhum estudo explicitou as bases conceituais orientadoras dos programas. **Conclusão:** Os programas de enfrentamento mostraram-se bem estruturados e fundamentais para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança. Adotaram, sobretudo, a concepção multicausal para a compreensão do processo saúde-doença, restritiva para a superação das contradições do fenômeno da violência.

## DESCRITORES

Violência Doméstica; Maus-tratos Infantis; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Revisão; Enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivo:** Mapear las bases conceptuales orientadoras de programas de enfrentamiento de violencia contra el niño desarrollados en Atención Primaria de Salud. **Método:** Revisión de alcance conforme recomendaciones metodológicas del Instituto Joanna Briggs. Para gestión y análisis de los datos se utilizó software de análisis cuantitativo y un gestor de referencias. **Resultados:** Fueron preseleccionados y analizados 1.346 estudios. La muestra final estuvo integrada por 24 trabajos, publicados mayoritariamente en la década de 2000. Fueron identificadas tres estrategias de actuación de los programas “Visita Domiciliaria”, “Niños Expuestos a la Violencia” y “Desarrollo de la Parentalidad”, la mayoría con fono en el nivel de Intervención. Ningún estudio explicó las bases conceptuales orientadoras de los programas. **Conclusión:** Los programas de enfrentamiento se mostraron bien estructurados y fundamentados para enfrentar la violencia doméstica contra el niño. Adoptaron la concepción multicausal para comprender el proceso salud-enfermedad, restrictiva para superar las contradicciones del fenómeno de la violencia.

## DESCRIPTORES

Violencia Domestica; Maltrato a los Niños; Atención Primaria de Salud; Salud Pública; Revisión; Enfermería.

## REFERÊNCIAS

- Odalía N. O que é violência. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. p.3-21.
- Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Criança – Brasil. A cada 7 minutos, uma criança ou um adolescente morre vítima da violência [Internet]. 2017 [citado 2018 Nov 15]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_37371.html](https://www.unicef.org/brazil/pt/media_37371.html)
- Unicef – United Nations Children’s Fund. A familiar face: violence in the lives of children and adolescents. [Internet]. New York; 2017 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: [https://www.unicef.org/publications/index\\_101397.html](https://www.unicef.org/publications/index_101397.html).
- OMS – Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 2016 [citado 2018 nov. 01]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
- Minayo MCS. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.17-30.
- Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta Paul Enferm. 2009;22(n. esp):903-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>
- Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(2):299-306. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3455.2555>
- Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an ethnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil. Cad Saude Publica [Internet]. 2013 [citado 2020 Jan 10];29(6):1230-40. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n6/1230-1240/pt>
- d’Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care. Cienc Saude Colet. 2009;14(4):1037-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400011>
- Apostólico MR, Hino P, Egrý EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):320-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>

12. Egly EY, Apostólico MR, Moraes TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(1):83-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
13. Souza HS. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado. In: Souza HS, Mendes A, organizadores. *Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco*. Rio de Janeiro: DOC Content; 2016. p. 87-111.
14. Breilh J. Entrevista: Jaime Breilh. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 dez. 18];13(2):533-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/es\\_1981-7746-tes-1302-0533.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/es_1981-7746-tes-1302-0533.pdf)
15. Egly EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):556-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400004>
16. Egly EY, Nichiata LYI. 30 anos de Enfermagem em Saúde Coletiva. [Editorial]. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):463-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup101>
17. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
18. Egly EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(n. esp):119-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
21. Bunston W. The Peek A Boo Club: Group work for Infants and Mothers Affected by Family Violence. *DVIRC Quarterly*; [Internet]. 2006 [citado 2020 Jan 10];1:3-8. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.576.4444&rep=rep1&type=pdf>
22. Finkelstein N, Rechberger E, Russell LA, VanDeMark NR, Noether CD, O'Keefe M, et al. Building resilience in children of mothers who have Co-occurring Disorders and histories of Violence. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2005;32(2):141-154. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02287263>
23. Puccia E, Redding TM, Brown RS, Gwynne PA, Hirsh AB, Frances RJH, et al. Using Community Outreach and Evidenced-Based Treatment to Address Domestic Violence Issues. *Soc Work Ment Health*. 2012;10(2):104-26. DOI: <https://doi.org/10.1080/15332985.2011.601704>
24. Sharp C, Jones J, Netto G, Humphreys C. We Thought They Didn't See: Cedar in Scotland-Children and Mothers Experiencing Domestic Abuse Recovery evaluation report, 2011. Disponível em: <https://www.cedarnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Evaluation-Report-DOWNLOAD1.pdf>
25. Crusto CA, Lowell DI, Paulicin B, Reynolds J, Feinn R, Friedman SR, et al. Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence. *Best Pract Ment Health*. 2008;4(1):1-18
26. Child Trends. Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT) [Internet]. 2016 [citado 2017 Dez 18]. Disponível em: <https://www.childtrends.org/?programs=trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy-tf-cbt>
27. Becker KD, Mathis G, Mueller CW, Issari J, Atta SS. Community-Based Treatment Outcomes for Parents and children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Emotional Abuse*. 2008;8(1-2):187-204.
28. CEBC – California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Kids' Club and Moms' Empowerment [Internet]. 2015. [citado 2017 Dez 18]. Disponível em: <http://www.cebc4cw.org/program/kids-club-moms-empowerment/detailed>
29. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasings RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PloS One*. 2015;10(4):e0120182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0120182>
30. Kendall S, Bloomfield L, Appleton J, Kitaoka K. Efficacy of a group-based parenting program on stress and self-efficacy among Japanese mothers: a quasi-experimental study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(4):454-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12054>
31. Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *J Adv Nurs*. 2004;47(6):656-63.
32. MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;365(9473):1786-93.
33. Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M. Child abuse prevention in Japan: an approach to screening and intervention with mothers. *Public Health Nurs*. 2004;21(6):513-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21602.x>
34. Kelleher L, Johnson M. An evaluation of a volunteer-support program for families at risk. *Public Health Nurs*. 2004;21(4):297-305.
35. Bugental DB, Schwartz A. A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants. *Dev Psychol*. 2009;45(1):284-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0014031>
36. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):e832-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-2111>
37. Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* [Internet]. 1986 [citado 2020 Jan 10];78(1):65-78. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/78/1/65.full.pdf>
38. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2004;28(6):597-622. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.007>
39. DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, et al. Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2008;32(3):295-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.007>
40. Bugental DB, Ellerson PC, Lin EK, Rainey B, Kokotovic A, O'Hara N. A cognitive approach to child abuse prevention. *J Fam Psychol*. 2002;16(3):243-58.

41. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child*. 2007;92(3):229-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.095117>
42. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*. 2005;116(6):e803-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-0948>
43. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse Negl*. 2007;31(8):801-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.011>
44. Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ. A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Dev*. 2011;82(1):193-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01550.x>
45. Fonseca RMGS, Egly EY, Bertolozzi MR. O Materialismo Histórico e Dialético como Teoria da Cognição e Método para a compreensão do Processo Saúde-Doença. In: Egly EY, Cubas MR, organizadoras. *O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC: guia para pesquisadores*. Curitiba: ABEn-PR; 2006. p. 19-61.
46. Wells L, Claussen C, Cooper M. Domestic & sexual violence: A background paper on primary prevention programs and frameworks. Calgary, AB: The University of Calgary, Shift: The Project to End Domestic Violence [Internet]. 2012 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: [https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/handle/1880/51943/R3\\_Shift\\_2012\\_DV\\_SV\\_Prevention\\_Programs\\_and\\_Frameworks.pdf;jsessionid=DFAD4280698162BF1629DBA228B1F66C?sequence=3](https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/handle/1880/51943/R3_Shift_2012_DV_SV_Prevention_Programs_and_Frameworks.pdf;jsessionid=DFAD4280698162BF1629DBA228B1F66C?sequence=3)
47. Stanley N. Children experiencing domestic violence: a research review. Dartington: Research in Practice [Internet]. 2011 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b87f/ba324bd96d83fe1dc892ace1eede3822b92e.pdf>
48. Guille L. Men who batter and their children: An integrated review. *Aggress Violent Behav*. 2004;9(2):129-63. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(02\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(02)00119-2)
49. Kaufman JS, Ortega S, Schewe PA, Kracke K, Safe Start. Demonstration Project Communities. Characteristics of young children exposed to violence: The safe start demonstration project. *J Interpers Violence*. 2011;26(10):2042-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510372942>
50. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015;385(9977):1555-66. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
51. Koniak-Griffin D, Verzemnieks IL, Anderson NL, Brecht ML, Lesser J, Kim S, et al. Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. *Nurs Res*. 2003;52(2):127-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200303000-00009>
52. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health*. 1999;35(3):237-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1754.1999.00348.x>
53. Siegel E, Bauman KE, Schaefer ES, Saunders MM, Ingram DD. Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics* [Internet]. 1980 [citado 2020 Jan 10];66(2):183-90. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/66/2/183.full.pdf>
54. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):511-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>
55. Carlos DM, Ferriani MGC. Family violence against children and adolescents in context: how the territories of care are imbricated in the picture. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2018 Out 19];24:e2735. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0593.2735>
56. Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC. Violence against children: the routine of the professionals in the primary health care. *Rev Rene*. 2016;17(5):593-601. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500003>
57. Hooker L, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Taft A. Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mix method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implement Sci*. 2015;10:39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0230-4>
58. Nascimento AB, Egly EY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saude soc*. [Internet]. 2017 [citado 2019 Aug 05];26(4):861-871. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000400861&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400861&lng=en)
59. Sakata-So KN, Silva MG, Egly EY, Cubas MR, Albuquerque LM. Subconjunto terminológico para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança: um estudo de validação [internet]. In: *Atas – Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud*, 2019 [citado 2020 Jan 10];2:1000-09. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2174/2102>
60. Lourenço RG, Fornari LF, Santos DLA, Fonseca RMGS. Community interventions related to intimate partner violence among adolescents: scope review. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2019 Feb [citado 2019 Maio 04];72(1):277-286. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100277&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100277&lng=en). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0586>
61. Fornari LF, Lourenço RG, Fonseca RMGS, Santos DLA, Egly EY. gender perspective in reports on women athletes in rio 2016 olympic games. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2019 [citado 2019 Maio 04];28:e20180170. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100348&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100348&lng=en)

