



## RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA: REFLEXÕES SOBRE A PANDEMIA POR CAUSA DA CONTAMINAÇÃO PELA COVID-19

REPORT ON THE EXPERIENCE OF MONITORING CASES OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN: THOUGHTS ABOUT THE PANDEMIC DUE TO COVID-19 CONTAMINATION

Beatriz Pereira de Souza de Moraes <sup>1</sup>

**Manuscrito recebido em:** 14 de novembro de 2021.

**Aprovado em:** 27 de novembro de 2021.

**Publicado em:** 09 de dezembro de 2021.

### Resumo

Este trabalho tem por objetivo relatar como a questão da violência foi trabalhada pela equipe multiprofissional de saúde do serviço de Pediatria, durante o ano de 2009. A metodologia adotada foi a observação de todo o processo de acompanhamento e a análise dos registros realizados pela equipe de saúde referentes a oito casos identificados como suspeita ou confirmação de violência contra criança. É um estudo qualitativo de caráter descritivo na modalidade relato de experiência, a partir do atendimento às famílias no ambulatório e nas enfermarias, por meio do projeto de intervenção “Serviço Social na atenção à saúde da vítima de maus tratos e violência”, durante a residência em Serviço Social e Saúde. Os resultados obtidos apontam para a necessidade de aprofundar a discussão e a construção de práticas em equipe, considerando a complexidade em manejar as situações de violência na infância e o acompanhamento dessas famílias, com vistas a redução dos agravos à saúde das crianças. Além disso, construir fluxos institucionais para organização da intervenção sobre a violência na infância. Conclui-se que é pertinente retomarmos essa discussão devido ao aumento dos casos de violência contra criança durante o período de pandemia por causa do novo Coronavírus, o SARS-CoV-2.

**Palavras-chave:** Violência; Saúde; Infância; Coronavírus.

### Abstract

This research searches for reporting how the violence matter had been handled by the multidisciplinary Pediatrics health staff, throughout 2009. The adopted methodology was based on the observation of the entire follow-up process and the analysis of the records conducted by the health team referred to eight cases identified as suspected or confirmed violence against children. It is a qualitative study descriptive in an experience report modality, based on the care provided to families in the outpatient clinic and in the wards through the intervention Project “Social Service in the health care of victims of mistreatment and violence” during the residency in Social and Health Services. The obtained results point to the necessity to enhancing the discussion and the development of team practices, considering the complexity in managing situations of violence in childhood and the accompaniment of these families

<sup>1</sup> Residência em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Assistente Social no Hospital Universitário Pedro Ernesto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5530-9070>

E-mail: [beatrizmorais1981@gmail.com](mailto:beatrizmorais1981@gmail.com)



aiming at the reduction of children health problems. Besides that, build institutional flows for the organization of intervention on childhood violence. It's concluded is pertinent to retake this discussion due to the increase of the violent cases against children during the pandemic period because of the new Corona virus SARS-CoV-2.

**Key words:** Stress; Work process; Penitentiary; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo geral apresentar algumas considerações sobre a atuação da equipe de saúde no acompanhamento das situações de violência na infância no ano de 2009, relacionando-as ao atual contexto pandêmico. Esta experiência ocorreu durante o período de residência no ambulatório e nas enfermarias de pediatria em um hospital estadual da rede pública no município do Rio de Janeiro.

Podemos questionar se esta vivência seria apropriada para pensarmos as intervenções nas instituições de saúde durante a pandemia, uma vez que já se passaram doze anos. Entretanto, cabe ressaltar que, do mesmo modo que o estado de calamidade pública evidenciou a violência estrutural do país, também trouxe à luz as lacunas presentes na intervenção das equipes de saúde. A respeito dessa violência estrutural, Minayo<sup>1</sup> faz contribuições importantes, ao trazê-la como uma referência para a análise dos comportamentos violentos. A autora a define como consequência das decisões históricas-econômicas e sociais e afirma que a violência é originalmente um fenômeno sócio-histórico, pois sempre existiu na história.

Aqui a proposta é nos determos à questão da violência na infância, com o intuito de apresentarmos uma experiência em particular. Todavia, a literatura e as pesquisas já evidenciam o seu aumento sobre grupos distintos da população. Cabe explicitar que não há a pretensão de esgotarmos a discussão neste relato, mas sim, iniciarmos algumas reflexões realizadas durante este período de formação.

Apesar do acúmulo teórico sobre a temática violência, observamos que ainda é uma questão nova a ser tratada pelos profissionais de saúde. Ademais, não houve ainda a efetivação do enfrentamento a esta questão por parte de todos os profissionais da instituição. Isto traz impactos no processo de trabalho da equipe multiprofissional, tendo em vista que as situações de violência são cada vez mais uma parcela significativa das demandas absorvidas pelo campo da saúde desde o início da pandemia por causa da contaminação pelo novo Coronavírus, o SARS-CoV-2. Além disso, porque o campo da saúde permanece com o desafio de formar



profissionais capacitados para o enfrentamento da questão da violência no âmbito da saúde.

## RELATO

O estudo teve como objetivos específicos analisar se a equipe multiprofissional de saúde conseguia identificar e acompanhar as situações de violência na infância e propor intervenções para estas. A experiência foi realizada durante a participação nos atendimentos dos casos e teve como fonte de exploração a observação do processo de intervenção e a análise dos documentos institucionais referentes a oito casos atendidos pelo Serviço Social de Atenção à Saúde da Criança. Nesse período, 36 casos foram acompanhados pelo Serviço Social, sendo estes classificados como: Risco Social; Violência Psicológica; Negligência; Violência Física e Abuso Sexual. Cabe ressaltar que este número de atendimentos pode não representar a realidade na sua totalidade, visto que, para se chegar a este resultado inicial, foram utilizadas somente as fichas de atendimento social. Optou-se pela análise qualitativa de documentos, tais como, fichas de atendimento social; relatórios e informações dos livros de registro do Serviço Social; prontuários gerais e relatórios dos demais profissionais que se encontravam anexos. É importante informar que a sistematização dos dados obtidos a partir dos atendimentos era parte do processo de intervenção do Serviço Social. Assim sendo, a opção metodológica escolhida fundamentou-se na análise do acompanhamento dos casos classificados como confirmação ou suspeita de violência pela equipe multiprofissional.

É pertinente um destaque sobre a existência de um ambulatório especializado no atendimento às famílias que vivem situações de violência neste serviço. No entanto, o propósito deste texto é relatar a experiência junto aos profissionais que não possuem a atenção do seu trabalho voltada especificamente para a questão de maus-tratos contra criança.



## REVISÃO

É certo que no Brasil foram fomentados dispositivos de implementação de garantia de direitos à infância e que sucederam avanços na legislação que configuram a concepção de proteção integral à criança e ao adolescente, por meio da Constituição de 1988<sup>2</sup> e do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>3</sup> (ECA). Apesar deste progresso, de acordo com Barbiani<sup>4</sup>, as violações de direito à infância se mantiveram na sociedade.

Segundo Barros<sup>5</sup>, na atual conjuntura brasileira, a política de proteção à infância ainda apresenta muitas precariedades que interferem de maneira significativa nas intervenções para enfrentamento do fenômeno da violência. Esta realidade resulta em uma rede de proteção social com muitas deficiências e lacunas, o que obscurece a atuação dos profissionais de saúde. Durante o acompanhamento dos casos, observamos que, se a lei não vier acompanhada de medidas eficazes, ela facilmente pode se tornar um instrumento de culpabilização e não de proteção às famílias que vivem situação de violência, pois, de acordo com Barbiani<sup>4</sup>, enquanto as desigualdades sociais perdurarem, veremos a sociedade cometer perversidades em suas inscrições de classe social, geracionais, de gênero e raça. E em especial nos grupos de maior vulnerabilidade, tais como crianças e adolescentes.

Minayo<sup>1</sup> diz que, embora a violência faça parte da relação de problemas de saúde do Brasil e do mundo, a inserção desta questão no setor saúde ocorreu tardiamente. Segundo a mesma, a violência contra criança trouxe à tona a importância da inserção do tema na pauta deste setor. Contudo, conclui que as maiores barreiras para que este assuma a questão da violência como uma demanda está na racionalidade biomédica, pois este modelo teria que passar por mudanças que dessem conta de questões complexas também relacionadas à vida social. Além disso, que a racionalidade do setor saúde também precisaria passar por alterações para que os direitos conquistados fossem efetivados e as ações em saúde seguissem norteadas pela concepção ampla de saúde prevista na Constituição de 1988<sup>2</sup>. Concordamos com Barbiani<sup>4</sup>, quando ela afirma que o modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil tem o foco nas intervenções sobre as lesões e os traumas resultantes das situações de violência e que a precarização nas ações referentes à prevenção e às notificações do fenômeno são graves hiatos.



Barros<sup>3</sup> apontou o isolamento como uma das complexidades existentes nas ações de prevenção e atendimento para o combate à violência doméstica. O que a autora não poderia prever naquele momento é que, a partir de 2020, o isolamento social seria uma estratégia mundial e a mais eficaz para frear a contaminação por causa da covid-19. E que esta nova forma de viver em sociedade resultaria na intensificação do fenômeno no Brasil durante a pandemia. O aumento no número de casos não é resultante dos aspectos clínicos da pandemia e sim das desigualdades sociais que já existiam e produzem grandes efeitos sobre as condições de vida das crianças e suas famílias.

Segundo Cabral, Ciuffo, Santos, Nunes, Lombas<sup>6</sup>, a política de educação no Brasil também tem a atribuição de proteger as crianças em situações de vulnerabilidade, no entanto, durante a pandemia, este papel não pôde ser cumprido por causa da necessidade de interrupção das aulas presenciais. Não há dúvidas de que a estratégia de isolamento social foi fundamental para controlar a disseminação da covid-19. Entretanto, os autores explicam que o crescimento das dificuldades econômicas, em conjunto com as medidas de distanciamento social, resultou no aumento da violência doméstica e na diminuição das denúncias e das notificações. Os autores concluem, portanto, que essa conjuntura teria reverberado no aprofundamento da invisibilidade da questão. Eles informam, ainda, que foram disponibilizadas várias ferramentas em espaço remoto e canais de comunicação para denúncias com a finalidade de proteção à infância. No entanto, apontam para a relevância do fortalecimento de ações integradas, da identificação e da intervenção precoce sobre as violações de direitos para garantir a integralidade na proteção às crianças e adolescentes. Este processo de intervenção é exposto pelos autores como um caminho necessário na atual conjuntura pandêmica. As ponderações que apresentaremos a seguir estarão apoiadas nesta perspectiva.



## RESULTADOS ALCANÇADOS

O fluxo de atendimento no ambulatório e nas enfermarias inicia-se através da porta de entrada, a qual é dividida em duas possibilidades: atendimentos previamente agendados com profissionais de equipes de diferentes áreas; ou, consultas de SPA – Serviço de Pronto Atendimento -, cujo objetivo é acolher as demandas das crianças com doenças crônicas em acompanhamento na pediatria que surgem no intervalo das consultas agendadas. Antes dos atendimentos médicos, as crianças são atendidas pela equipe de enfermagem, que tem a função de colher dados referentes ao desenvolvimento. Neste contato inicial, por vezes, estes profissionais presenciam situações de abuso físico, psicológico e negligência. Quando a equipe de enfermagem percebe questões que sugerem violência, é comum solicitar a intervenção do Serviço Social.

Quando ocorre a identificação da suspeita ou da confirmação da violência nos atendimentos de saúde, na maioria das vezes, os profissionais encaminham a situação ao Serviço Social, por meio de um pedido de parecer ou encaminhamento, sinalizando a questão de maus tratos. Em algumas situações, os profissionais de saúde procuram o Serviço Social para solicitar assessoria e colaboração quanto ao processo de notificação, visto que muitos profissionais afirmam desconhecer este procedimento.

Durante a análise dos documentos institucionais, verificamos alguns dados importantes. Em primeiro lugar, o número reduzido de laudos e de relatórios que façam relação entre o estado clínico da criança e a situação de violência. Na maioria das vezes, os pareceres se resumem a esclarecer o estado de saúde, relacionando somente ao adoecimento.

Em segundo lugar, a ausência de relatos em prontuários gerais sobre as situações de suspeita ou confirmação da violência. Essa postura é comum a toda a equipe, que, apesar de registrar cuidadosamente as avaliações e as condutas realizadas no que concerne ao adoecimento, não expressa suas impressões e avaliações sobre a questão da violência em documentos institucionais. Esta lacuna nos registros resulta na falta de elementos técnicos para embasar a avaliação e a intervenção da equipe multiprofissional. No decorrer das articulações com a rede de proteção, observamos a demanda por documentos que apontem quando há indícios de que o adoecimento é consequência da violação de direitos.



A sistematização dos atendimentos de alta complexidade social é de suma importância, ainda que seja resguardado o sigilo, no que tange a alguns dados colhidos, pois este procedimento tem a capacidade de promover a socialização de cada avaliação e intervenção realizadas pela equipe multiprofissional. Além disso, auxilia na reflexão do exercício profissional e, como Almeida<sup>7</sup> mostra, para que a equipe se retire de um processo de trabalho alienante. Isto é, repensar posturas conservadoras e de senso comum que podem estar presentes durante os acompanhamentos. Este método de avaliação é fundamental no atendimento às situações de violações de direitos, pois, segundo Minayo<sup>1</sup>, em muitos casos, estas são vivenciadas como um elemento cultural naturalizado e parte das interações sociais. Desse modo, consideramos que os profissionais de saúde não estão descolados dessa realidade.

No cotidiano, durante os diálogos realizados com as equipes de saúde a respeito dos casos, foi possível levantar a hipótese de que os profissionais não estariam registrando as questões referentes a estas situações por ainda terem uma compreensão reduzida, no que concerne à concepção de saúde. No entanto, também podemos interrogar que tal postura possa ser reflexo da insegurança gerada pelas dificuldades encontradas na rede de proteção.

De todo modo, é importante compreendermos os impactos que a falta dos registros profissionais pode trazer para a condução dos casos e, conseqüentemente, na realidade dessas crianças. Algumas ocorrências atendidas pelo Serviço de Saúde podem estar deixando de ser notificadas e acompanhadas por não haver registro dos fatos que sugerem situação de violência.

Analisar as lacunas dos documentos institucionais no que diz respeito à questão da violência é indispensável, pois estas podem ser expressão das deficiências existentes no processo de intervenção. Cabe evidenciar que esta análise é substancial para a qualificação dos atendimentos e dos profissionais que se encontram em formação na unidade de saúde.

Em terceiro lugar, quando um profissional percebe a necessidade de investigação ou intervenção clínica por conta de uma suspeita de violência, a criança pode ser encaminhada à internação. Este procedimento é considerado pela equipe de saúde como internação social. E, por isso, o Serviço Social é acionado para acompanhamento da criança e da sua família. Dependendo do caso, profissionais de outras áreas são acionados para contribuir na avaliação das condições de saúde da criança e da suspeita da violência.



Nestes casos, ainda que outros profissionais de saúde tenham avaliado a necessidade de internação social, pois a partir dos seus saberes técnicos foi identificada uma situação de suspeita ou confirmação de violência, o Serviço Social é compreendido como o responsável direto pela internação, tendo em vista que a criança não deu entrada na enfermaria prioritariamente por causas clínicas e sim por questões sociais. Diante do exposto, percebemos que a concepção da violência como uma questão de saúde pública, assim como está definido pela Organização Mundial da Saúde<sup>8</sup>, ainda se apresenta como um desafio para as ações em serviço.

Em outros casos, a violência pode ser identificada durante o período de internação hospitalar, mediante alguns indicadores: a ausência dos responsáveis pela criança durante a internação; relações violentas no cotidiano da criança e do seu acompanhante; ou mesmo a conclusão de que o diagnóstico clínico é resultado da ausência de cuidado ou de um ato violento. Em todas essas situações, a postura da equipe de saúde é semelhante. A partir do momento em que a questão dos maus tratos é identificada, a equipe multiprofissional não se percebe como responsável pelo acompanhamento, pela notificação e pelas intervenções possíveis para o enfrentamento da violência.

Em quarto lugar, identificamos que um dos aspectos que gera tensão na prática da notificação e no acompanhamento dos casos assenta-se nas diferentes lógicas de organização presentes na instituição. O serviço de pediatria está organizado da seguinte forma: a equipe do ambulatório não é a mesma das enfermarias. Além disso, cada enfermaria tem a seu próprio quadro de funcionários, sendo que as crianças que passam pelo atendimento nesses diferentes serviços podem ser as mesmas. Este sistema pode dar oportunidade para diferentes avaliações e intervenções desarticuladas sobre a realidade de uma mesma família, se não houver uma gestão que coordene as intervenções dentro de uma lógica de continuidade.

Assim, uma criança que é internada pela equipe do ambulatório por suspeita de violência pode ser avaliada pela equipe da enfermaria sob um outro aspecto, o que resultará em alta sem nenhuma intervenção no que tange à suspeita inicial. Isso pode ocorrer sem que as equipes de saúde responsáveis pelo atendimento à criança e sua família discutam sobre a condução proposta.



Neste sentido, observamos uma lacuna importante no processo de acompanhamento das situações de violência: ausência de espaços multiprofissionais para discussão de casos. Existem reuniões em que são tratadas as questões clínicas dos pacientes internados pela equipe de saúde. Esta é aberta a todos os profissionais. Entretanto, não se trata de uma oportunidade para refletir assuntos que extrapolem os aspectos clínicos dos casos. A falta de reuniões que promovam diálogo e avaliação de diferentes profissionais tem resultado em contatos pontuais para elaborar os encaminhamentos possíveis; ausência de espaços para se pensar a violência em uma perspectiva mais ampla e a impossibilidade de discussões que promovam a construção de uma intervenção sólida e articulada pela equipe de saúde.

O Serviço Social que atua no serviço de pediatria possui uma mesma equipe que atende tanto ambulatório quanto enfermarias, com o objetivo de realizar atendimento integral às crianças e suas famílias. Quando os assistentes sociais se organizam como uma única equipe para atuar nos diferentes setores deste serviço, o objetivo é trazer uma proposta que saia dessa lógica fragmentada, embasada na concepção de cura da doença. Além disso, desloca-se o fazer profissional para a lógica da integralidade das ações, a fim de efetivar o proposto na Reforma Sanitária, em que a saúde é compreendida a partir de diferentes determinantes, conforme está posto na Constituição de 1988<sup>4</sup>. Dessa forma, os sujeitos são compreendidos em sua totalidade para que seja visível a situação social das crianças e suas famílias, bem como as situações de violência que podem estar presentes nessas relações.

O atendimento realizado por este serviço tem grandes possibilidades para avançar na qualificação do atendimento às situações de violência se houver articulação entre as equipes no cotidiano do trabalho. Estas são altamente preparadas para a assistência e o ensino em suas especialidades, não obstante, atuam independentes umas das outras, sem um fluxo que promova articulação entre elas.

Peduzzi<sup>9</sup> nos atenta para a diferença entre “equipe como agrupamento de agentes e equipe como interação de trabalhos”. A primeira estaria caracterizada pela “justaposição das ações e o agrupamento dos agentes” e a segunda pela “integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes”. A autora entende por articulação “as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”<sup>9</sup>.



Observamos que as intervenções das equipes são expressões da sua formação, visão de mundo e concepção do que é saúde, infância, família, cuidado e violência. Portanto, diante dessa realidade, a organização de um fluxo de trabalho que promova o que Peduzzi<sup>9</sup> chama de articulação é um desafio permanente para os gestores no campo da saúde.

Por último, ao analisar a intervenção da equipe de Serviço Social, constatamos que o acompanhamento dos casos de violência é desenvolvido a partir de um conjunto de ações que consiste: no acolhimento e no acompanhamento da família; na identificação, na análise e na classificação da violência; no planejamento acerca das estratégias de intervenção; na elaboração de uma documentação específica; na comunicação e na articulação com outros serviços, instâncias competentes e diferentes políticas.

No entanto, avaliamos que esta atenção oferecida à população pode se tornar mais complexa e qualificada se as equipes de saúde fizerem parte de todo esse processo. Afinal, de acordo com Deslandes<sup>10</sup>, o fenômeno da violência é um processo complexo. Portanto, podemos inferir que as intervenções devam ter o mesmo nível.

Cabe dizer que foi possível identificar profissionais de diferentes áreas da saúde que se permitiram atuar e propor caminhos de intervenção, durante o acompanhamento das situações sociais de alta complexidade. Infelizmente, outros avaliaram as mesmas questões como problemas que obstaculizavam o seu exercício profissional. Esta diferença de percepção sobre os casos de violência ocorreu entre diferentes equipes e, até mesmo, entre profissionais de uma mesma área profissional.

É certo que existe uma hierarquia posta em relação ao conhecimento dentro da instituição de saúde. O saber médico é concebido como preponderante aos demais. O conhecimento social tem representado historicamente um saber subalternizado e isso se traduz na desvalorização da avaliação social da criança e da sua família para compreensão do processo de adoecimento e, conseqüentemente, na direção dada à intervenção.

O significado que é dado ao adoecimento ainda está atrelado à cura da doença em muitas práticas profissionais. Deste modo, quando a doença é identificada como resultado de uma situação de violência, a equipe pode se sentir limitada na sua intervenção, pois a questão exige intervenções que extrapolem a “solução de um diagnóstico”. Quando a violência é um dos determinantes da patologia, a prescrição



de exames e medicamentos em si perde o sentido, pois logo haverá novos episódios de adoecimentos e internações. Além disso, desafia a equipe, independente da área profissional, a olhar para a situação social da criança e sua família.

## CONCLUSÃO

A pandemia por causa da contaminação pelo novo Coronavírus, o SARS-CoV2 nos desafia a refletir sobre as questões que já estavam presentes historicamente no cenário econômico, político e social. Assim como também já existiam no modo como as instituições de saúde vinham se preparando para intervir na questão da violência. Identificamos algumas lacunas na intervenção da equipe multiprofissional, durante a experiência relatada, porém, estas estão longe de oferecer explicações definitivas para o tema abordado.

Este trabalho mostra que as capacitações podem ser um caminho para qualificar a intervenção da equipe, a fim de que esta atue sobre as questões de violência. Ao mesmo tempo, é de suma importância uma organização institucional que viabilize a articulação entre diferentes saberes para pensar propostas de intervenção. Ademais, é fundamental refletir acerca das concepções de saúde, infância, família e violência presentes para que haja avanços no ensino, na pesquisa e na assistência. No contexto epidêmico, a questão da violência e os atendimentos a essas situações se complexificaram diante da possibilidade de contaminação. Pesquisas apontam que inúmeros obstáculos dificultaram a chegada dessas demandas nas instituições e nos órgãos competentes. Portanto, é imprescindível que os profissionais estejam preparados para a identificação e o acompanhamento dos casos de violência que conseguem chegar nos serviços de saúde, seja por meio de uma denúncia, de uma dor, física ou emocional, ou até mesmo do silêncio.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo, MCS. Violência contra criança e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev. Bras. Saúde matern. Infant. Recife, PE; 1(2):91-102, maio-ago;



2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. [Acesso em: 25 out. 2021.] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 25 out. 2021.
3. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Presidência da República. [Acesso em: 25 out. 2021.] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).
4. Barbiani, R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. Rio de Janeiro, Saúde Debate, v. 40, n. 109, p. 200-211; ABR-JUN 2016
5. Barros, NV. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica: políticas sociais, práticas e proteção social. Tese de doutorado – Departamento de Psicologia. Puc Rio. Rio de Janeiro; 2005
6. Cabral, IE., Ciuffo LL., Santos MP., Nunes YR., Lomba ML. Diretrizes brasileiras e portuguesas de proteção à criança vulnerável à violência na pandemia de COVID-19. Brasil e Portugal. Escola Anna Nery Rev. Enferm; 25(spe):e2021004; 2021
7. Almeida, NLT. de. Retomando a temática da “sistematização da prática” em serviço social. São Paulo. MOTA, A.E. et al (orgs) In: Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2006
8. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002
9. Peduzzi, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Rev Saúde Pública, 2001.9. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002
10. Deslandes, SF. A violência como realidade e desafio aos serviços de saúde. In: Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida [online]. Antropologia & saúde collection, pp. 11-25. ISBN: 978-85-7541-528-3 Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001