

IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE TRABALHO INFANTIL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Emerson Víctor Hugo Costa de Sá¹
Nathália França de Oliveira²

RESUMO

Analisa os fatores relacionados à identificação, à notificação e ao reconhecimento do trabalho infantil como violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus, Amazonas. A pesquisa utilizou o método de estudo transversal e abrangeu 611 profissionais (52,5% dos elegíveis) de unidades básicas de saúde. Os dados foram coletados por meio do autoperenchimento de questionário, constituído dos seguintes módulos: características sociodemográficas; formação e atuação profissional; e grau de conhecimento em relação aos aspectos da violência contra crianças e adolescentes. Para a análise bivariada, foram utilizados os testes do qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher ($p < 0,05$). Os resultados indicam que apenas 4,8% dos profissionais identificaram situações de trabalho infantil durante a atuação na Estratégia Saúde da Família e somente 13,1% reconheceram a modalidade doméstica. Mostraram-se estatisticamente relevantes para a identificação de trabalho infantil a participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes ($p = 0,018$) e o autorrelato de violência na infância ($p = 0,024$). Quanto ao reconhecimento de trabalho infantil doméstico, destacam-se o nível de escolaridade ($p = 0,013$), o tempo de formação ($p = 0,049$), a participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes ($p = 0,004$) e o grau de conhecimento ($p = 0,003$). A categoria profissional ($p < 0,001$) foi relevante quanto à intenção de notificar. Conclui-se que a redução do trabalho infantil demanda a visibilidade do problema e o entendimento da gravidade das repercussões para o desenvolvimento do indivíduo. A pesquisa demonstrou a importância da educação continuada, por meio da participação em treinamento sobre violência contra a população infantojuvenil com enfoque nas estratégias de identificação, notificação e sensibilização dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Trabalho infantil; Notificação; Estratégia Saúde da Família.

¹ UFAM/ [ORCID](#)

² UFAM/ [ORCID](#)

IDENTIFICATION AND MANDATORY REPORTING OF CHILD LABOR IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Emerson Costa

ABSTRACT

It analyzes the factors related to the identification, notification, and recognition of child labor as child and youth violence by professionals from the Family Health Strategy in Manaus, Amazonas. The research used a cross-sectional study method and covered 611 professionals (52.5% of those eligible) from basic health units. Data were collected through self-completion of a questionnaire, consisting of the following modules: sociodemographic characteristics; professional training and performance; and level of knowledge regarding aspects of child and youth violence. For bivariate analysis, Pearson's chi-square, and Fisher's exact tests ($p < 0.05$) were used. The results indicate that only 4.8% of professionals identified situations of child labor during their work in the Family Health Strategy and only 13.1% recognized the domestic modality. Participation in training on child and youth violence ($p = 0.018$) and self-report of violence in childhood ($p = 0.024$) were statistically relevant for identifying child labor. Regarding the recognition of domestic child labor, the highlights are the level of education ($p = 0.013$), the length of training ($p = 0.049$), participation in training on child and adolescent violence ($p = 0.004$) and the level of knowledge ($p = 0.003$). The professional category ($p < 0.001$) was relevant regarding the intention to notify. It is concluded that reducing child labor requires visibility of the problem and an understanding of the severity of the repercussions for the individual's development. The research demonstrated the importance of continuing education, through participation in training on violence against children and adolescents with a focus on identification, notification, and awareness strategies for health professionals.

KEYWORDS: Violence; Child labor; Notification; Family Health Strategy.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes constitui um problema de saúde pública. Metade das crianças do mundo, ou aproximadamente 1 bilhão de crianças a cada ano, são afetadas por violência física, sexual ou psicológica, e sofrem ferimento, incapacidade e morte, porque os países não seguiram estratégias para protegê-las (WHO, 2020). Esse grupo vulnerável sofre repercussões físicas, psicológicas e de outras ordens (Minayo, 2005).

Em 2019, o Brasil registrou cerca de 156 mil casos de violência contra pessoas com idade inferior a dezoito anos. No Amazonas, foram mais de 3 mil notificações. Manaus apresenta uma taxa de aproximadamente 195 casos por 100 mil crianças e adolescentes (SINAN, 2019). Dentre as formas mais comuns, tem-se a violência intrafamiliar, especialmente violência sexual, maus-tratos e negligência (Oliveira et al., 2020).

O reconhecimento dessa questão como problema de saúde é relativamente recente no Brasil (UN, 2019), sobretudo quanto ao trabalho infantil (TI). Trata-se de uma questão complexa, que demanda a atuação em rede e a articulação entre as diferentes esferas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu 2021 como o Ano Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (Brasil, 2008) e ressaltou a importância das Convenções n. 138 e n. 182, ambas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que tratam sobre a idade mínima para o trabalho e as piores formas de trabalho infantil. O item 8.7 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 prevê o compromisso de eliminar o trabalho infantil em todas as formas até 2025, e imediatamente as piores (Brasil, 2019).

A definição de trabalho infantil adotada neste estudo corresponde àquela indicada pela OIT, que assim considera toda atividade laboral realizada por crianças e adolescentes abaixo da idade mínima estabelecida no país. No Brasil, o não trabalho antes da idade adequada é um direito fundamental, conforme a Constituição da República (artigo 7º, XXXIII), o Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 60) e a Consolidação das Leis do Trabalho (artigo 403).

A compreensão sobre o que pode ser considerado como trabalho infantil decorre da leitura conjugada dos instrumentos normativos acima indicados. Em nosso país, veda-se o trabalho abaixo dos dezesseis anos de idade. Como exceção, admite-se o contrato de aprendizagem a partir dos quatorze anos. Porém, até

completar dezoito anos de idade, há limitações. As restrições compreendem a vedação ao labor noturno, em atividades penosas, insalubres, perigosas ou que, por sua natureza ou circunstâncias de realização, gere prejuízos ao desenvolvimento físico, psicológico, social, moral ou educacional. Independe se é atividade econômica ou de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remunerada ou não (Egry, Apostólico & Morais, 2016).

Por se encontrarem geograficamente mais próximas às famílias, entende-se que as equipes de saúde da atenção básica têm maior possibilidade de identificar situações de violências contra crianças e adolescentes. Outro facilitador são as ações de promoção de saúde, que envolvem visitas domiciliares e demais atividades de cuidado (Brasil, 2010).

O enfrentamento da violência exige atuação em rede, conjugada, articulada, solidária e cooperativa entre organizações que negociam e partilham recursos (Meirelles & Silva, 2007). Assim, permite-se o diálogo institucional e a formulação de políticas públicas, o que resulta na integralidade de atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, adolescentes e famílias em situação de violência (Garbin et al., 2016). Porém, a maioria dos profissionais que atuam neste nível de atenção encontra-se despreparada para o reconhecimento e a notificação dos casos de violência (Luna, Ferreira, & Vieira, 2010).

Há literatura internacional sobre os fatores promotores e dificultadores da notificação, mas as evidências sobre o tema ainda são escassas no Brasil. Pesquisas nacionais anteriores tiveram recortes restritos, pois abarcaram apenas profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de nível superior (Barbosa et al., 2009), tiveram um tamanho amostral reduzido (Lobato, Moraes, & Nascimento, 2012) ou foram restritas a poucas unidades de saúde (Veloso et al., 2013). Além disso, não houve enfoque no trabalho infantil.

Diante dos aspectos referidos, da necessidade de redirecionamento dos serviços de saúde a respeito do problema, e com o fim de buscar a sensibilização e instrumentação de gestores e profissionais de saúde quanto à prática cotidiana, o presente estudo analisa os fatores relacionados à identificação, à notificação e ao reconhecimento do trabalho infantil como violência contra a população infantojuvenil por profissionais da Estratégia Saúde da Família. Por questões logísticas, o recorte territorial abrange as unidades básicas de saúde localizadas em Manaus, capital do estado do Amazonas.

2 MÉTODOS

A metodologia empregada neste estudo consiste em estudo transversal, que analisou os fatores relacionados à identificação, à notificação e ao reconhecimento do trabalho infantil, realizado nas unidades básicas de saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) em Manaus, Amazonas, entre outubro de 2017 e abril de 2018. O município tem população de cerca de 2,2 milhões de habitantes, produto interno bruto de R\$ 78 bilhões, e índice de desenvolvimento humano de 0,737. A cobertura da ESF é de 45,52%.

A quantidade de profissionais alcançados pela pesquisa provém dos dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). À época, havia 177 equipes de ESF, totalizando 2.229 trabalhadores. Eram 123 médicos, 183 enfermeiros, 150 cirurgiões-dentistas, 311 técnicos de enfermagem, 134 técnicos em saúde bucal e 1.328 agentes comunitários de saúde (ACS). Adotou-se o critério de participação e sorteio de apenas dois ACS por equipe.

Do público-alvo de 1.255 profissionais, excluíram-se 91, que não atendiam ao critério de pelo menos um ano de atuação na ESF; estavam afastados; ou participaram do estudo piloto. As visitas às UBS ocorriam próximo ao término dos turnos de trabalho, com o intuito de não prejudicar o funcionamento. Os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo. O autopreenchimento do questionário acontecia no setor de trabalho, reservadamente. Todos os pesquisadores receberam treinamento sobre a abordagem dos participantes e orientações quanto ao instrumento.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário multitemático padronizado, pré-codificado, previamente testado e autoaplicável. O estudo piloto abrangeu três UBS. O instrumento compreendeu módulos relativos às características sociodemográficas; formação profissional e atuação na ESF; organização e fluxo do processo de notificação, identificação e atenção às violências; conhecimentos e atitudes em relação ao manejo e à notificação dos casos; e autorrelato de violência na infância.

Ao todo, foram 611 participantes (52,5% dos 1.164 elegíveis). As recusas de participação abrangeram como principais motivos: não ter presenciado violência contra crianças e adolescentes; receio de assumir a falta de notificação, em razão de possíveis represálias na região atendida pela UBS; ausência de tempo disponível; falta de interesse; e negativa de fornecimento de informações pessoais.

Os desfechos analisados foram: identificou trabalho infantil durante o período de atuação na ESF; notificou trabalho infantil durante o período de atuação na ESF; reconheceu situação de trabalho infantil doméstico; e teve intenção de notificar a situação de trabalho infantil doméstico.

Quanto ao trabalho infantil doméstico, foi considerada a postura indicada pelo profissional diante do seguinte caso:

Glória, 10 anos, foi acolhida na unidade básica de saúde, para realização de curativo de pós-operatório de uma fratura de um dos membros inferiores, sendo indicado cuidados domiciliares devido ao tamanho da ferida pós-operatória. Na primeira visita, a equipe verificou que Glória tinha duas irmãs Franci (5 anos) e Renata (3 anos), cuidadas pela avó materna, Dona Angélica, de 43 anos. Ao ser examinada, Glória apresentou cicatrizes, marcas de queimadura e sinais de outras fraturas mais antigas. Durante atendimento, a menina pediu para voltar ao hospital, pois não queria mais apanhar da avó e ser obrigada a trabalhar.

As variáveis sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1.1 (identificação de trabalho infantil), na Tabela 1.2 (notificação de trabalho infantil) e Tabela 1.3 (reconhecimento de trabalho infantil doméstico).

A formação e a atuação profissional dos participantes são objeto da Tabela 2.1 (identificação de trabalho infantil), da Tabela 2.2 (notificação de trabalho infantil) e da Tabela 2.3 (reconhecimento de trabalho infantil doméstico).

Na classificação do grau de conhecimento do profissional a respeito das manifestações da violência, do perfil dos casos, da linha de cuidado nos serviços de saúde e do sistema de vigilância das violências, foram utilizados os itens expostos na Tabela 3.1 (identificação de trabalho infantil), na Tabela 3.2 (notificação de trabalho infantil) e na Tabela 3.3 (reconhecimento de trabalho infantil doméstico).

As questões corresponderam a vinhetas, cujas opções de resposta foram do tipo likert (1 – discordo plenamente, 2 – discordo, 3 – sem opinião, 4 – concordo e 5 – concordo plenamente) e questões de múltipla escolha (com uma única opção correta), adaptadas de estudos anteriores. O grau de conhecimento foi classificado de acordo com a pontuação final alcançada em cada um dos blocos: deficiente (até 5 pontos), satisfatório (6 a 7 pontos) e bom (8 a 10 pontos).

O autorrelato de violência na infância foi identificado por meio do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), instrumento utilizado para detectar vivências de violência nesse período (até os 10 anos de idade). A escala é composta por 28 questões, com subdimensões (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física, negligência emocional) e opções de resposta do tipo likert: (1 – nunca, 2 – poucas vezes, 3 – às vezes, 4 – muitas vezes e 5 – sempre). Os pontos de corte adotados na classificação da ocorrência de violência na infância foram estabelecidos de acordo com o escore: não (≤ 7 pontos) e sim (≥ 8 pontos) (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006).

Os dados foram analisados no programa estatístico JAMOVI (versão 1.8.4). Para a análise bivariada, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, considerando $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), e faz parte de uma pesquisa mais ampla. Todos os profissionais participantes do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

3 RESULTADOS

A maioria dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino (82,3%), com média de idade de 46,4 anos (DP=9,2), casados ou em união estável (53,2%), autodeclarados pardos (72,0%), com filhos (77,1%), renda mensal média de R\$4.514,00 (DP=4.331,00) e católicos (51,6%). Uma parcela reduzida de profissionais relatou a identificação (menos de 5,0%) e notificação (menos de 1,0%) de trabalho infantil; ou reconheceram a situação de trabalho infantil doméstico (cerca de 13,0%). Na análise bivariada, nenhuma característica sociodemográfica apresentou associação com os desfechos de identificação (Tabela 1.1), notificação (Tabela 1.2) ou reconhecimento (Tabela 1.3) do trabalho infantil.

Tabela 1.1

Características sociodemográficas dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associadas à identificação de trabalho infantil.

Variável	Identificou trabalho infantil na ESF			Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	p ^a	
Sexo				
Feminino	21(4,2)	482 (95,8)	0,298	503 (82,3)
Masculino	7(6,5)	101 (93,5)		108 (17,7)
Faixa etária (anos)				
< 45	16 (5,4)	278 (94,6)	0,328	294 (48,1)
45 e mais	12 (3,8)	305 (96,2)		317 (51,9)
Média (DP)	44,4 (7,7)	46,5 (9,2)		46,4 (9,2)
Situação conjugal				
Solteiro(a)	6 (3,1)	185 (96,9)	0,639	191 (31,3)
Casado(a)/união estável	18 (5,5)	307 (94,5)		325 (53,2)
Separado(a)/divorciado(a)	4 (4,6)	83 (95,4)		87 (14,2)
Viúvo(a)	- (-)	8 (100,0)		8 (1,3)
Raça/cor				
Pardos	23 (5,2)	417 (94,8)	0,222	440 (72,0)
Não-pardos	5 (2,9)	166 (97,1)		171 (28,0)
Possui filhos				
Sim	24 (5,1)	447 (94,9)	0,359	471 (77,1)
Não	4 (2,9)	136 (97,1)		140 (22,9)
Renda mensal^b (n=452)				
Abaixo da média	15 (5,0)	287 (95,0)	0,646	302 (66,8)
Acima da média	6 (4,0)	144 (96,0)		150 (33,2)
Média (DP)	3.792,00 (3.816,00)	4.549,00 (4.355,00)		4.514,00 (4.331,00)
Religião				
Católicos	11 (3,5)	304 (96,5)	0,184	315 (51,6)
Outras	17 (5,7)	279 (94,3)		296 (48,4)
Total n (%)	28 (4,6)	583 (95,4)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

^b Com base no salário-mínimo de R\$ 954,00 (vigente em 01/01/2018).

Tabela 1.2

Características sociodemográficas dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associadas à notificação de trabalho infantil.

Variável	Notificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Feminino	- (-)	503 (100,0)	0,177	503 (82,3)
Masculino	1 (0,9)	107 (99,1)		108 (17,7)
Faixa etária (anos)				
< 45	- (-)	294 (100,0)	1,000	294 (48,1)
45 e mais	1 (0,3)	316 (99,7)		317 (51,9)
Média (DP)	47,0 (-)	46,4 (9,2)		46,4 (9,2)
Situação conjugal				
Solteiro(a)	- (-)	191 (100,0)	1,000	191 (31,3)
Casado(a)/união estável	1 (0,3)	324 (99,7)		325 (53,2)
Separado(a)/divorciado(a)	- (-)	87 (100,0)		87 (14,2)
Viúvo(a)	- (-)	8 (100,0)		8 (1,3)
Raça/cor				
Pardos	- (-)	145 (100,0)	1,000	440 (72,0)
Não-pardos	1 (0,2)	465 (99,8)		171 (28,0)
Possui filhos				
Sim	1 (0,2)	470 (99,8)	1,000	471 (77,1)
Não	- (-)	140 (100,0)		140 (22,9)
Renda mensal^b (n=452)				
Abaixo da média	- (-)	27 (100,0)	1,000	302 (66,8)
Acima da média	1 (0,2)	424 (99,8)		150 (33,2)
Média (DP)	6.000,00 (-)	4.511,00 (4.335,00)		4.514,00 (4.331,00)
Religião				
Católicos	1 (0,3)	314 (99,7)	1,000	315 (51,6)
Outras	- (-)	296 (100,0)		296 (48,4)
Total n (%)	1 (0,2)	610 (99,8)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

^b Com base no salário-mínimo de R\$ 954,00 (vigente em 01/01/2018).

Tabela 1.3

Características sociodemográficas dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associadas ao reconhecimento de trabalho infantil doméstico.

Variável	Reconheceu trabalho infantil doméstico			Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	p ^a	
Sexo				
Feminino	62 (12,3)	441 (87,7)	0,225	503 (82,3)
Masculino	18 (16,7)	90 (83,3)		108 (17,7)
Faixa etária (anos)				
< 45	44 (15,0)	250 (85,0)	0,186	294 (48,1)
45 e mais	36 (11,4)	281 (88,6)		317 (51,9)
Média (DP)	45,0 (8,6)	46,6 (9,2)		46,4 (9,2)
Situação conjugal				
Solteiro(a)	26 (13,6)	165 (86,4)	0,541	191 (31,3)
Casado(a)/união estável	46 (14,2)	279 (85,8)		325 (53,2)
Separado(a)/divorciado(a)	8 (9,2)	79 (90,8)		87 (14,2)
Viúvo(a)	- (-)	8 (100,0)		8 (1,3)
Raça/cor				
Pardos	59 (13,4)	381 (86,6)	0,710	440 (72,0)
Não-pardos	21 (12,3)	150 (87,7)		171 (28,0)
Possui filhos				
Sim	60 (12,7)	411 (87,3)	0,634	471 (77,1)
Não	20 (14,3)	120 (85,7)		140 (22,9)
Renda mensal^b (n=452)				
Abaixo da média	39 (12,9)	263 (87,1)	0,372	302 (66,8)
Acima da média	24 (16,0)	126 (84,0)		150 (33,2)
Média (DP)	4.953,00 (4.961,00)	4.443,00 (4.223,00)		4.514,00 (4.331,00)
Religião				
Católicos	41 (13,0)	274 (87,0)	0,953	315 (51,6)
Outras	39 (13,2)	257 (86,8)		296 (48,4)
Total n (%)	80 (13,1)	531 (86,9)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher.

^b Com base no salário-mínimo de R\$ 954,00 (vigente em 01/01/2018).

Os aspectos relacionados à formação e à atuação dos profissionais da ESF constam na Tabela 2.1 (identificação de trabalho infantil), na Tabela 2.2 (notificação de trabalho infantil) e na Tabela 2.3 (reconhecimento de trabalho infantil doméstico). Predominou o nível escolar fundamental ou médio (52,9%), com média

de 16,7 anos (DP=9,0) de tempo decorrido desde a última formação e de 11,3 anos (DP=5,9) de tempo médio de atuação dos profissionais na ESF. Os agentes comunitários de saúde representam 40,9% dos participantes.

Tabela 2.1

Características de formação e atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associadas à identificação de trabalho infantil.

Variável	Identificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Nível de escolaridade				
Ensino fund./médio	11 (3,4)	312 (96,6)	0,141	323 (52,9)
Ensino superior	17 (5,9)	271 (94,1)		288 (47,1)
Tempo de formação (anos) (n=402)				
<15	12 (6,4)	176 (93,6)	0,224	188 (46,8)
15 e mais	8 (3,7)	206 (96,3)		214 (53,2)
Média (DP)	14,1 (8,9)	16,9 (9,0)		16,7 (9,0)
Categoria profissional				
Médico(a)	4 (5,6)	67 (94,4)	0,924	71 (11,6)
Enfermeiro(a)	4 (4,2)	91 (95,8)		95 (15,6)
Cirurgião(ã)-dentista	2 (5,9)	32 (94,1)		34 (5,6)
Técnico(a) em enfermagem	4 (3,3)	116 (96,7)		120 (19,6)
Técnico(a) em saúde bucal	1 (2,4)	40 (97,6)		41 (6,7)
Agente comunitário de saúde	13 (5,2)	237 (94,8)		250 (40,9)
Tempo de atuação na ESF (anos)				
<10	9 (3,8)	226 (96,2)	0,482	235 (38,5)
10 e mais	19 (5,1)	357 (94,9)		376 (61,5)
Média (DP)	11,4 (5,7)	11,3 (5,9)		11,3 (5,9)
Treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes				
Sim	18 (6,9)	243 (93,1)	0,018	261 (42,7)
Não	10 (2,9)	340 (97,1)		350 (57,3)
Total n (%)	28 (4,6)	583 (95,4)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Tabela 2.2

Características de formação e atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associadas à notificação de trabalho infantil.

Variável	Notificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Nível de escolaridade				
Ensino fund./médio	- (-)	323 (100,0)	0,471	323 (52,9)
Ensino superior	1 (0,3)	287 (99,7)		288 (47,1)
Tempo de formação (anos) (n=402)				
<15	1 (0,5)	187 (99,5)		188 (46,8)
15 e mais	- (-)	214 (100,0)	0,468	214 (53,2)
Média (DP)	11,0 (-)	16,7 (9,0)		16,7 (9,0)
Categoria profissional				
Médico(a)	- (-)	71 (100,0)		71 (11,6)
Enfermeiro(a)	1 (1,1)	94 (98,9)		95 (15,6)
Cirurgião(ã)-dentista	- (-)	34 (100,0)	0,394	34 (5,6)
Técnico(a) em enfermagem	- (-)	120 (100,0)		120 (19,6)
Técnico(a) em saúde bucal	- (-)	41 (100,0)		41 (6,7)
Agente comunitário de saúde	- (-)	250 (100,0)		250 (40,9)
Tempo de atuação na ESF (anos)				
<10	- (-)	235 (100,0)		235 (38,5)
10 e mais	1 (0,3)	375 (99,7)	1,000	376 (61,5)
Média (DP)	15,0 (-)	11,3 (5,9)		11,3 (5,9)
Treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes				
Sim	1 (0,4)	260 (99,6)	0,427	261 (42,7)
Não	- (-)	350 (100,0)		350 (57,3)
Total n (%)	1 (0,2)	610 (99,8)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Tabela 2.3

Características de formação e atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associadas ao reconhecimento de trabalho infantil doméstico.

Variável	Reconheceu trabalho infantil doméstico		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Nível de escolaridade				
Ensino fund./médio	32 (9,9)	291 (90,1)	0,013	323 (52,9)
Ensino superior	48 (16,7)	240 (83,3)		288 (47,1)
Tempo de formação (anos) (n=402)				
<15	33 (17,6)	155 (82,4)	0,049	188 (46,8)
15 e mais	23 (10,7)	191 (89,3)		214 (53,2)
Média (DP)	15,6 (9,8)	16,9 (8,9)		16,7 (9,0)
Categoria profissional				
Médico(a)	12 (16,9)	59 (83,1)	0,333	71 (11,6)
Enfermeiro(a)	18 (18,9)	77 (81,1)		95 (15,6)
Cirurgião(ã)-dentista	3 (8,8)	31 (91,2)		34 (5,6)
Técnico(a) em enfermagem	13 (10,8)	107 (89,2)		120 (19,6)
Técnico(a) em saúde bucal	3 (7,3)	38 (92,7)		41 (6,7)
Agente comunitário de saúde	31 (12,4)	219 (87,6)		250 (40,9)
Tempo de atuação na ESF (anos)				
<10	32 (13,6)	203 (86,4)	0,762	235 (38,5)
10 e mais	48 (12,8)	328 (87,2)		376 (61,5)
Média (DP)	11,6 (5,9)	11,2 (5,9)		11,3 (5,9)
Treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes				
Sim	46 (17,6)	215 (82,4)	0,004	261 (42,7)
Não	34 (9,7)	316 (90,3)		350 (57,3)
Total n (%)	80 (13,1)	531 (86,9)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

A maior parte dos profissionais nunca participou de treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes (57,3%). Apresentaram associação com o reconhecimento da situação de trabalho infantil doméstico as seguintes variáveis: nível de escolaridade (p=0,013), tempo de formação (p=0,049) e participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes (p=0,004). Também houve relação desta última variável de exposição com a identificação do trabalho infantil pelos profissionais da ESF (p=0,018).

Tabela 3.1

Grau de conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associado à identificação de trabalho infantil.

Grau de conhecimento	Identificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Deficiente (até 5 pontos)	9 (3,4)	258 (96,6)		267 (43,7)
Satisfatório (6 a 7 pontos)	15 (5,5)	257 (94,5)	0,409	272 (44,5)
Bom (8 a 10 pontos)	4 (5,6)	68 (94,4)		72 (11,8)
Total n (%)	28 (4,6)	583 (95,4)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Tabela 3.2

Grau de conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associado à notificação de trabalho infantil.

Grau de conhecimento	Notificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Deficiente (até 5 pontos)	- (-)	267 (100,0)		267 (43,7)
Satisfatório (6 a 7 pontos)	- (-)	272 (100,0)	0,118	272 (44,5)
Bom (8 a 10 pontos)	1 (1,4)	71 (98,6)		72 (11,8)
Total n (%)	1 (0,2)	610 (99,8)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Tabela 3.3

Grau de conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associado ao reconhecimento de trabalho infantil doméstico.

Grau de conhecimento	Reconheceu trabalho infantil doméstico		p ^a	Total n (%)
	Sim	Não		

	n (%)	n (%)		
Deficiente (até 5 pontos)	26 (9,7)	241 (90,3)		267 (43,7)
Satisfatório (6 a 7 pontos)	36 (13,2)	236 (86,8)	0,003	272 (44,5)
Bom (8 a 10 pontos)	18 (25,0)	54 (75,0)		72 (11,8)
Total n (%)	80 (13,1)	531 (86,9)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Na avaliação do grau de conhecimento dos profissionais sobre aspectos relativos à violência contra crianças e adolescentes, prevaleceu o nível de conhecimento satisfatório (44,5%). Além disso, houve associação entre o nível de conhecimento e o desfecho referente ao reconhecimento do trabalho infantil doméstico ($p=0,003$) (Tabela 3.3).

A ocorrência de violência na infância foi autorrelatada por mais de 57,0% dos participantes da pesquisa (Tabela 4.1, Tabela 4.2 e Tabela 4.3). Essa ocorrência apresenta associação estatisticamente significativa com a identificação de situações de trabalho infantil durante a atuação profissional na ESF ($p=0,024$) (Tabela 4.1).

Tabela 4.1

Ocorrência de violência na infância entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associada à identificação de trabalho infantil.

Violência na infância	Identificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sim	22 (6,2)	332 (93,8)	0,024	354 (57,3)
Não	6 (2,3)	251 (97,7)		257 (42,7)
Total n (%)	28 (4,6)	583 (95,4)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Tabela 4.2

Ocorrência de violência na infância entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associada à notificação de trabalho infantil.

Violência na infância	Notificou trabalho infantil na ESF		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sim	- (-)	354 (100,0)	0,421	354 (57,3)
Não	1 (0,4)	256 (99,6)		257 (42,7)
Total n (%)	1 (0,2)	610 (99,8)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

Tabela 4.3

Ocorrência de violência na infância entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família associada ao reconhecimento de trabalho infantil doméstico.

Violência na infância	Reconheceu trabalho infantil doméstico		p ^a	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sim	43 (12,1)	311 (87,9)	0,416	354 (57,3)
Não	37 (14,4)	220 (85,6)		257 (42,7)
Total n (%)	80 (13,1)	531 (86,9)		611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

A Tabela 5 expõe a análise da associação das categorias profissionais dos participantes da pesquisa com o desfecho referente à intenção de notificar a situação de trabalho infantil doméstico apresentada no questionário. Essa intenção foi relatada por mais de 28,0% dos profissionais, com destaque para os profissionais de Enfermagem (50,9%). De acordo com a análise bivariada, a categoria profissional do participante na equipe de saúde associou-se significativamente com a intenção de notificar o caso ($p < 0,001$).

Tabela 5

Categoria de atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e associação com a intenção de notificar situação de trabalho infantil doméstico.

Categoria profissional	Intenção de notificar trabalho infantil doméstico		pa	Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Médico(a)	34 (47,9)	37 (52,1)		71 (11,6)
Enfermeiro(a)	46 (48,4)	49 (51,6)		95 (15,6)
Cirurgião(ã)-dentista	10 (29,4)	24 (70,6)		34 (5,6)
Técnico(a) em enfermagem	42 (35,3)	78 (56,0)	<0,001	120 (19,6)
Técnico(a) em saúde bucal	11 (26,8)	30 (73,2)		41 (6,7)
Agente comunitário de saúde	30 (12,0)	220 (88,0)		250 (40,9)
Total n (%)	173 (28,3)	438 (71,7)	-	611 (100,0)

^a Teste do χ^2 e Exato de Fisher

4 DISCUSSÃO

As equipes mostraram perfil semelhante ao identificado em outros estudos com profissionais da ESF (Garbin et al., 2016; Luna, Ferreira, & Vieira, 2010; Barbosa et al., 2009; Rolim et al., 2014), com variabilidade do tempo de atuação e do tamanho da equipe.

A violência aumenta a chance de problemas de saúde mental e constitui um agravante a ocorrência no ambiente domiciliar (Hildebrand et al., 2019). Por essa razão, considera-se preocupante o baixo percentual de identificação e notificação de casos e reconhecimento de trabalho infantil.

A notificação compulsória compete aos profissionais de saúde do serviço público ou privado, mas possui especial importância na atenção básica, em virtude da proximidade com o indivíduo e a comunidade. Em Manaus, de 2009 a 2019, as unidades de saúde notificaram apenas 46 casos de trabalho infantil. Esse volume destoa da expressiva quantidade de crianças e adolescentes nessa condição, que em 2019 atingia 1,8 milhões de crianças e adolescentes de cinco a dezessete anos

de idade no país, sendo mais de 56 mil no estado do Amazonas (FNPETI, 2021). Esse indicativo reforça a importância da notificação.

Com relação à formação e à atuação profissional das equipes, os resultados mostraram que menos da metade dos profissionais da ESF em Manaus possuem nível superior ou pós-graduação. Considerando as altas prevalências e as graves consequências das violências à saúde no cenário brasileiro, seria interessante que o tema estivesse presente nos currículos dos profissionais da saúde, independentemente do nível educacional.

Essa indicação decorre da necessidade de os profissionais da ESF serem capacitados sobre o assunto (Lima et al., 2011). Tais grupos constituem importantes agentes de garantia de direitos fundamentais reconhecidos pelo texto constitucional, a exemplo da proteção contra a exposição precoce a situações inadequadas de trabalho (art. 7º, XXXIII, e 227 da Constituição) e da garantia da saúde integral (art. 6º e 196).

Houve relação entre o nível de escolaridade, o tempo de formação e a participação em treinamento sobre violência contra a população infantojuvenil com a identificação de trabalho infantil e o reconhecimento de trabalho infantil doméstico. Esse achado reafirma a literatura que aponta relação entre os construtos de forma indireta (Villela et al., 2009; Maia et al., 2020), já que não foram encontrados estudos com enfoque no labor precoce.

Constatou-se a predominância do desempenho insatisfatório dos profissionais quanto ao conhecimento sobre aspectos relacionados à violência contra crianças e adolescentes. Esse resultado denota a convergência com os estudos indicativos de que os profissionais de saúde não se sentiam responsáveis ou capacitados para lidar com a identificação e a notificação de situações de violência contra a população infantojuvenil, devido ao déficit de conhecimento e ao não reconhecimento da situação de violência (Borimnejad & Fomani, 2015; Vieira Netto, Deslandes, & Gomes Júnior, 2021).

Diante dos achados que apontam a relação do nível de conhecimento com o reconhecimento de trabalho infantil, a pesquisa demonstrou a essencialidade da participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes para a identificação de trabalho infantil e o reconhecimento de trabalho infantil doméstico.

Indica-se a importância da educação continuada, com enfoque nas estratégias de identificação, notificação e sensibilização dos profissionais de saúde

para o enfrentamento ao trabalho infantil. Esse cuidado pode resultar no aumento da visibilidade do problema e do entendimento da gravidade das repercussões para o desenvolvimento do indivíduo.

O autorrelato de ocorrência de violência na infância demonstrou ser um fator importante na identificação de trabalho infantil durante a atuação profissional. Alguns estudos apontam que os profissionais que apresentam história pregressa de abuso infantil se sentem mais confiantes na identificação dos casos (Candib et al., 2012) e que tais indivíduos tendem a proporcionar maior qualidade no atendimento, pois acreditam ser necessário o domínio prático nessa etapa para intervir em favor dos sobreviventes da violência familiar. Outros, porém, afirmam se sentirem inseguros e relatam receio de aumentar o sofrimento dos pacientes (Ferrara et al., 2017).

A associação da categoria profissional com a intenção de notificar a situação de trabalho infantil doméstico reforça a diferença do grau de conhecimento dos indivíduos das diferentes categorias. Ressalta-se, porém, o protagonismo dos profissionais de Enfermagem. São agentes com ampla possibilidade de atuação na área forense, mas não possuem conhecimento suficiente sobre aspectos éticos e legais referentes às agressões domésticas. Por essa razão, é necessário instruir o profissional de saúde quanto ao reconhecimento da obrigatoriedade da notificação de violência (Neves, Werneck, & Ferreira, 2021).

Por fim, ressalta-se a importância da atuação dos agentes comunitários de saúde na identificação e na notificação das situações de violência contra crianças e adolescentes. A relevância decorre do vínculo com o usuário, condição necessária para que o trabalho seja desenvolvido. Esse contexto possibilita que o profissional se aproxime de problemas que, além de compor o processo saúde-doença, extrapolam a dimensão biológica, como as situações de violência doméstica (Alonso, Béguin, & Duarte, 2018).

5 CONCLUSÃO

O estudo analisou os fatores relacionados à identificação, à notificação e ao reconhecimento do trabalho infantil como violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus, Amazonas. Os

resultados desse estudo devem ser vistos à luz de suas limitações e dos pontos fortes.

De início, destaca-se a ausência de instrumento validado previamente para avaliação dos conhecimentos sobre os diversos conteúdos relacionados à violência contra a população infantojuvenil. Ainda que tenha se inspirado em instrumentos previamente utilizados em estudos nacionais, a elaboração de um instrumento especialmente para a pesquisa, sem a prévia avaliação psicométrica, impõe que os resultados sejam interpretados com cautela. Outra importante limitação diz respeito às perdas decorrentes de recusas em participar do estudo. É possível que as perdas concentrem um percentual maior de profissionais não afeitos ao tema e/ou com menor conhecimento e experiência na abordagem das situações de trabalho infantil nos serviços.

Entre os pontos positivos, destaca-se o fato de ser o primeiro estudo de grande abrangência em Manaus, envolvendo os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a temática da violência. A forte presença dessa questão no cotidiano das pessoas torna necessária uma abordagem sobre as características da violência e os fatores intrínsecos e extrínsecos ao surgimento e à existência do agravo (Cabral, Mendonça & Rodrigues, 2021).

Os principais resultados foram os seguintes: apenas 4,8% dos profissionais identificaram situações de trabalho infantil durante a atuação na Estratégia Saúde da Família e somente 13,1% reconheceram a modalidade doméstica; mostraram-se estatisticamente relevantes para a identificação de trabalho infantil a participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes ($p=0,018$) e o autorrelato de violência na infância ($p=0,024$); quanto ao reconhecimento de trabalho infantil doméstico, destacam-se o nível de escolaridade ($p=0,013$), o tempo de formação ($p=0,049$), a participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes ($p=0,004$) e o grau de conhecimento ($p=0,003$); e foi relevante quanto à intenção de notificar a categoria profissional ($p<0,001$).

A demonstração das fragilidades e das dificuldades que a equipe de Saúde da Família em Manaus apresenta para lidar com situações de violência contra a população infantojuvenil é importante para o redirecionamento das propostas de educação continuada sobre o tema. A necessidade de tais medidas decorre da apresentação de um cenário grave, composto pelo baixo grau de notificação da violência contra crianças e adolescentes pela atenção básica, especialmente quanto à exposição ao trabalho infantil.

A exposição laboral precoce apresenta-se de formas variadas, mas as manifestações são invisibilizadas diante da atitude omissiva de profissionais e da sociedade. A análise das notificações e dos fatores associados ao processo de notificação do trabalho infantil é fundamental para compreender a vigilância desse agravo, mas a mudança dessa situação depende do engajamento da família, poder público e comunidade. Nesse aspecto, a atuação das equipes da saúde básica pode desempenhar um importante papel no dever constitucional de proteger crianças e adolescentes da exposição ao trabalho infantil.

Reduzir o trabalho infantil demanda visibilidade do problema e entendimento da gravidade das repercussões para o desenvolvimento do indivíduo. Por esse motivo, entende-se relevante o investimento em educação continuada, por meio da participação em treinamento sobre violência contra crianças e adolescentes com enfoque nas estratégias de identificação, notificação e sensibilização dos profissionais de saúde da atenção básica.

REFERÊNCIAS

Alonso, C. M. C., Béguin, P. D., & Duarte, F. J. C. M. (2018). Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Públ.*; 52(14). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>

Arpini DM, Soares ACOE, Bertê L, Dal Forno C. (2008). A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia em Revista*; 14(2): 95-112.

Barbosa IL, Pereira AS, Moreira DP, Luna GLM, Oliveira AKA, Ferreira RC, Pordeus, A. M. J., & Vieira, L. J. E. S. (2009). Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE. *Cadernos ESP*; 3(1): 24-32.

Borimnejad L., & Fomani F. K. (2015). Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences. *Iran Red Crescent Med J.*;17(8):1-7.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.22296v2>

Brasil. (2008). Decreto n. 6.481, de 12 de junho de 2008. Regulamenta os artigos 3º, alínea “d”, e 4º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação; 2008 Oct 23. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência: Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). Ministério do Trabalho. Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil. III Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador (2019-2022). Brasília, DF: Ministério do Trabalho.

Cabral, J. V. B., Mendonça, D. E. M., & Rodrigues, F. K. S. (2021). Violência na infância e adolescência: uma discussão necessária. *Holos*; 1: e5877. <https://doi.org/10.15628/holos.2021.5877>

Candib, L. M., Savageau, J. A., Weinreb, L., & Reed, G. (2012). When the doctor is a survivor of abuse. *Fam Med*; 44(6):416-24.

Egry, E. Y., Apostólico, M. R., & Moraes, T. C. P. (2016). Enfrentamento da violência infantil numa perspectiva de rede: o entendimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*; 2:1464- 1471.

Ferrara, P., Gatto, A., Manganelli, N. P., Ianniello, F., Amodeo, M. E., Amato, M., Giardino, I., & Chiaretti, A. (2017). The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Ital J Pediatr*; 43:1-5. <https://doi.org/10.1186/s13052-017- 0389-1>

Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil – FNPETI. (2021). Características do trabalho infantil no Amazonas. https://fnpeti.org.br/media/foruns/relatorios/pnadc/estudo_pnadc2019_AM.pdf

Garbin, C. A. S., Roviada, T. A. S., Costa, A. A. A., & Garbin, J. I. (2016). Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. *Arch Health Invest*; 5(1): 8-12. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i1.1294>

Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Públ.*; 40(2):249- 55. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>

Hildebrand, N. A., Celeri, E. H. R. V., Morcillo, A. M., & Zanolli, M. L. (2019). Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev Saúde Públ.*; 53:17. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000391>

Lima, M. C. C. S., Costa, J. A., Bigras, M., Santana, M. A. O., Alves, T. D. B., Nascimento, O. C., & Silva, M. R. (2011). Atuação profissional da atenção básica face à identificação e notificação da violência infantojuvenil. *Rev Baiana Saúde Pública*; 35(Supl.1):118-37.

Lobato, G.R., Moraes, C.L., & Nascimento, M. C. (2012). Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 28(9): 1749-1758.

Luna, G. L. M., Ferreira, R. C., & Vieira, L. J. E. S. (2010). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.*; 15(2):481-491.

Maia, M. A., Silva, M. A. C., Paiva, A. C. O., Silva, D. M., & Alves, M. (2020). Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.*; 5(9):3587-3596. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.27992018>

Meirelles, Z. V., & Silva, C. (2007). Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. *Violência contra a mulher adolescente/Jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ; p. 141-149.

Minayo, M. C. S. (2005). Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; p. 9- 34.

Neves, A. M. O., Werneck, A. L., & Ferreira, D. L. M. (2021). Enfermagem forense na notificação compulsória da violência doméstica nas unidades de urgência e emergência. *Res., Soc. Dev.*; 10(12): e548101220666. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20666>

Oliveira, N. F. O., Moraes, C. L., Junger, W. L., & Reichenheim, M. E. (2020). Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde.*; 29(1):e2018438. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>

Rolim, A. C. A., Moreira, G. A. R., Corrêa, C. R. S., & Vieira, L. J. E. S. (2014). Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde Debate*; 38(103): 794-804.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (2019). Violência interpessoal/autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2022 Feb 01]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>

United Nations Organization - UN. (2019). Resolution adopted by the General Assembly. <https://undocs.org/A/RES/73/327>

Veloso, M. M. X., Magalhães, C. M. C., Dell'Aglio, D. D., Cabral, I. R., & Gomes, M. M. (2013). Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*; 18(5):1263-1272.

Vieira Netto, M.F., Deslandes, S. F., & Gomes Júnior, S. C. S. (2021). Conhecimentos e práticas de gerentes e profissionais da ESF na prevenção das violências com adolescentes. *Ciênc. Saúde. Colet.*; 26(Supl. 3):4967-4980. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.25662019>

Villela, W. V., Araújo, E. C., Ribeiro, S. A., Cuginotti, A. P., Hayana, E. T., Brito, F. C., & Ramos, L. R. (2009). Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 25 (6): 1316-1324.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600014>

World Health Organization - WHO. (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO.

Emerson Víctor Hugo Costa de Sá: Doutor em Direitos Humanos pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Auditor-Fiscal do Trabalho no Ministério do Trabalho e Emprego - MTE. Professor de Direito do Trabalho, Processo do Trabalho, Direito da Criança e do Adolescente e Direitos Humanos. Participa dos Grupos de Pesquisa CNPq "Direitos Humanos na Amazônia", "Novas formas de trabalho, velhas práticas escravistas" e "Emprego, Subemprego e Políticas Públicas na Amazônia". Realiza pesquisas sobre trabalho escravo contemporâneo, trabalho infantil e aprendizagem profissional.

Nathália França de Oliveira: Doutora em Saúde Coletiva, com área de concentração em Epidemiologia, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas. Docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem (UEPA/UFAM) e Saúde Coletiva (UEA). Estuda Epidemiologia das violências interpessoais, comunitárias e familiares.

Data de submissão: 11/09/2023

Data de aprovação: 19/12/2023