



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES POR PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA – FORTALEZA (CE)**

GEISY LANNE MUNIZ LUNA

FORTALEZA – CEARÁ

2007

GEISY LANNE MUNIZ LUNA

**NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES POR PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA – FORTALEZA (CE)**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira

FORTALEZA – CEARÁ

2007

Este projeto de pesquisa integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência – **NEPAV**, e conta com o apoio financeiro e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP** e material do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico – **CNPq**, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico.

GEISY LANNE MUNIZ LUNA

NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR
PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA - FORTALEZA (CE)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR
Orientadora

Prof^a Dr^a Maria Veraci de Oliveira Queiroz - UECE
Examinadora

Prof^a Dr^a Mirna Albuquerque Frota - UNIFOR
Examinadora

Prof^a Dr^a Augediva Maria Jucá Pordeus - UNIFOR/SESA
Suplente

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Vilhomar e Socorro, pelo exemplo de vida e pelo apoio que sempre têm me dedicado.

Ao meu amigo e namorado, Alexandre, pela força e carinho.

À minha querida orientadora, Jane Eyre, pelos ensinamentos acadêmicos e lições de vida.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a todos que de alguma forma contribuíram para tornar possível a realização deste estudo.

Em primeiro lugar a Deus, por ter guiado meus passos ao longo desta e de tantas outras caminhadas.

Aos meus pais, Vilhomar Luna e Socorro Luna, que sabidamente me instruíram com lições de vida, com muito carinho e dedicação para que os meus sonhos se concretizassem.

A toda minha família, pelos princípios ensinados e valores demonstrados durante toda minha existência, em especial aos meus irmãos: Vilhomar Júnior e Gill Marlus.

Ao meu namorado, Alexandre Guimarães, por ter me incentivado, pela dedicação e força nos momentos mais difíceis; pela compreensão nos momentos de exaustão e pelo sentido que dá em minha vida lhe sou muito grata.

Ao Sr. Januário Bezerra e Sônia Bezerra, que são exemplo de vida, pela acolhida sempre carinhosa; em especial ao Sr. Januário pelos conhecimentos e valiosa colaboração na revisão do texto final.

Um agradecimento muito especial a amiga e professora Dr^a. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, orientadora deste trabalho, interlocução sempre presente e crítica, que transformou também a minha forma de ser enfermeira sanitária.

Às professoras Maria Veraci de Oliveira Queiroz, Augediva Maria Jucá Pordeus e Mirna Albuquerque Frota pela disponibilidade de participar da banca examinadora e pelo exemplo de militância na área da saúde coletiva.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, que foram fundamentais na conclusão dessa etapa da minha vida.

À coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva, na pessoa da Profª Drª Raimunda Magalhães Silva, sempre disposta a incentivar e acreditar em nosso potencial.

Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva: Cleide Paiva, Marciliano Cordeiro e Abreu Neto, pela disponibilidade de sempre atender a todos com carinho e dedicação.

Às grandes amigas que conquistei nessa caminhada: Rosana Nascimento e Eriza Parente, que sempre estiveram juntas, apoiando e dividindo os ensinamentos.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Acidentes e Violência (NEPAV), espaço de discussão e crescimento intelectual e pessoal.

Às queridas amigas Deborah Pedrosa, Alina Albuquerque e Renata Carneiro, membros do NEPAV, pelo pensamento positivo e pela ajuda fundamental para a construção dessa pesquisa.

Aos maravilhosos companheiros de trabalho, pelo incentivo e apoio dados durante todo o período do curso, em especial aos amigos: Hudson, Aparecida, Juelita, Paola, Angélica, Flávia e Evilene, que sonham e lutam por um SUS de qualidade.

Aos profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa, pela riqueza de dados fornecidos.

Às Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, nas pessoas de seus representantes, que nos abriram as portas para fornecer as informações necessárias e realizarmos a coleta de dados.

À Universidade de Fortaleza – UNIFOR, pelo acolhimento do projeto deste estudo, através de seu Mestrado em Saúde Coletiva.

A você que, em algum momento, dispensou um pouco de sua atenção e carinho para com este trabalho. Muito Obrigada.

RESUMO

O trabalho na área da violência contra criança e o adolescente requer intervenção interdisciplinar e a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado – “trabalho em rede”. Nesse sentido, a notificação proporciona visibilidade dos limites do serviço de saúde, o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área. Diante da dimensão do problema para a saúde coletiva, o estudo (i) analisou o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará, no exercício de sua práxis; (ii) identificou a ótica desses profissionais em relação a maus-tratos em crianças e adolescentes e (iii) investigou as dificuldades referidas pelos participantes que interferem na notificação, durante o atendimento na Estratégia Saúde da Família. Com abordagem quantitativa, caracterizou-se como um estudo de corte-transversal, realizado em Fortaleza, Ceará, entre agosto e novembro de 2007, com a participação de 359 profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas fechadas e abertas que foi entregue aos participantes com a mediação de seus gestores locais. Os dados oriundos das questões fechadas foram organizados, codificados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva e a cálculos das medidas de significância, através do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) com respectivo valor de $p \leq 0,05$, no programa Statistical Package Social Sciences – SPSS, versão 13.0 for Windows. As respostas das questões abertas foram analisadas através da análise de conteúdo freqüencial proposta por Bardin (1977). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade de Fortaleza com o número 072/2007. Dentre os 359 participantes, 52,0% não conheciam a ficha de notificação; 69,0% negaram participação em algum treinamento sobre o tema e 10,5% não tinham interesse em atualizar-se sobre o assunto. Dentre os profissionais, os enfermeiros foram os que mais notificaram a violência contra crianças e adolescentes registrando um percentual de 44,0%. O tempo de formação desses profissionais foi estatisticamente significativo para a notificação de casos ($p=0,002$) e o conhecimento da ficha de notificação foi significativo na identificação dos casos de violência pelo profissional ($p<0,001$). Estes profissionais visualizam a importância de instituir a notificação de maus-tratos na atenção básica, uma vez que 85,7% afirmaram ser benéfica essa prática. As dificuldades referidas pelos profissionais para efetivarem a notificação de maus-tratos na prática da atenção básica foram o medo de envolvimento legal e emocional, falta de capacitações na área, falta de estrutura dos serviços de apoio à vítima e ao profissional, dentre outros. Conclui-se que a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família ocorre de maneira pontual e assistemática, nesse sentido, o incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações de casos de maus-tratos.

Palavras-chaves: Maus-tratos infantis; Notificação; Papel profissional.

ABSTRACT

The work in the area of the violence against child and the adolescent requests intervention professional and the action becomes more effective when promoted by a group of institutions acting in a coordinated way - "work in net". In that sense, the notification provides visibility of the limits of the service of health, the problem there detected and it summons partnerships whose action has been showing indispensable in the area. Before the dimension of the problem for the collective health, the study (i) it analyzed the process of notification of ill-treatments in children and adolescents for doctors, male nurses and dentists of the Strategy Health of the Family in Fortaleza-Ceará, in the exercise of your practice; (ii) it identified those professionals' optics in relation to ill-treatments in children and adolescents and (iii) it investigated the difficulties referred by the participants that interfere in the notification, during the attendance in the Strategy Health of the Family. With quantitative approach, it was characterized as a study of cut-traverse, accomplished in Fortaleza, Ceará, between August and November of 2007, with the 359 medical professionals' participation, male nurses and dentists, registered in the Teams of Health of the Family. As instrument of collection of data was used a questionnaire with closed and open questions that it was given to the participants with your local managers' mediation. The data originating from of the closed subjects were organized, codified, tabulated and submitted to the descriptive statistical analysis and calculations of the probability measures, through the test qui-square of Pearson (χ^2) with respective value of $p = 0,05$, in the program Statistical Social Package Sciences - SPSS, version 13.0 goes Windows. The answers of the open subjects were analyzed through the analysis of content frequencial proposed by Bardin (1977). The research was approved by the committee of ethics of the University of Fortaleza with the number 072/2007. Among the 359 participants, 52,0% didn't know the notification record; 69,0% denied participation in some training on the theme and 10,5% didn't have interest in updating on her the subject. Among the professionals, the male nurses were what more notified the violence against children and adolescents registering a percentile of 44,0%. The time of those professionals' formation went significant estatisticamente to the notification of cases ($p=0,002$) and the knowledge of the notification record was significant in the identification of the cases of violence for the professional ($p <0,001$). These professionals visualize the importance of instituting the notification of ill-treatments in the basic attention, once 85,7% affirmed to be beneficial that practice. The difficulties referred by the professionals for us to execute the notification of ill-treatments in practice of the basic attention they were the fear of legal and emotional involvement, lack of trainings in the area, misses of structure of the support services the victim and the professional, among others. It is ended that the notification of ill-treatments in children and adolescents for professionals of the Strategy Health of the Family happens of punctual way and not systematized, in that sense, the increment of programs of continuous formation, the improvement of the protection institutions to the child and the adolescent and the amplification of the nets of professional support can reduce the degree of professional insecurity and to increase the number of notifications of cases of ill-treatments.

Keywords: Child Abuse; Mandatory reporting; Professional role.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Equipe de Saúde da Família. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	49
Tabela 2 - Caracterização dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas em relação a formação acadêmica/profissional. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	50
Tabela 3 - Variáveis relacionadas à ótica dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	51
Tabela 4 - Variáveis relacionadas à prática dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	53
Tabela 5 - Variáveis relacionadas aos profissionais que se depararam com casos de maus-tratos na sua práxis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	55
Tabela 6 - Variáveis relacionadas aos profissionais que notificaram casos de maus-tratos em sua práxis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	57
Tabela 7 - Motivos favoráveis à adoção da ficha de notificação na Atenção Básica. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	58
Tabela 8 - Motivos não favoráveis à adoção da ficha de notificação na Atenção Básica. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	59
Tabela 9 - Dificuldades dos profissionais para realizarem a notificação de maus-tratos Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.	60

LISTA DE ABRESIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

CECOVI – Centro de Combate à Violência

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFO – Conselho Federal de Odontologia

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

ESF – Estratégia saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

SER – Secretaria Executiva Regional

SF – Saúde da Família

SIPANI - Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPSS - Statistical Package Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Serviço de Vigilância à Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a infância e adolescência

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Maus-tratos contra crianças e adolescentes.....	23
3.2 Notificação como instrumento de prevenção aos maus-tratos e promoção de proteção.....	30
3.3 Por que pesquisar a Estratégia Saúde da Família.....	37
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	40
5 RESULTADOS.....	49
6 DISCUSSÃO.....	62
7 CONCLUSÃO.....	79
8 REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES.....	89
ANEXOS.....	95

APRESENTAÇÃO

Diante da magnitude do problema da violência no campo da saúde e das conseqüências que esses atos podem trazer para os atores envolvidos nos casos violentos, principalmente quando se trata de criança e adolescente, este estudo abordará o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará.

Esse estudo foi motivado pelo exercício, há 04 anos, na coordenação da atenção básica de 03 municípios cearenses, sendo um deles com atuação maior na área da saúde da criança e do adolescente. Diante da realidade vivenciada de agressões a crianças e adolescentes e no acompanhamento dos profissionais quanto ao manejo dessas vítimas, veio o ensejo de se aproximar, por meio da pesquisa, dos sujeitos que abordam os casos de violência e suas percepções sobre maus-tratos.

Na introdução discorreremos alguns conceitos de violência, o Estatuto da Criança e Adolescente e o que preconiza seus princípios doutrinários quanto a notificação de maus-tratos, considerando a complexidade desse fenômeno e concepções dos estudiosos sobre o tema.

Dentro deste contexto, foram delineados como objetivo geral: (i) Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará, no exercício de sua práxis; (ii) Identificar a ótica desses profissionais em relação a maus-tratos em crianças e adolescentes; (iii) Investigar as dificuldades que interferem na notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por esses profissionais, durante o atendimento na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará.

A pesquisa adotou a abordagem quantitativa e contou com a participação de 359 profissionais da Estratégia Saúde da Família como população do estudo. Os médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas foram as categorias profissionais escolhidas.

A coleta de dados se deu através de um questionário estruturado, auto-aplicado, com questões sobre o perfil desses profissionais, a percepção sobre maus-

tratos e as dificuldades encontradas, no seu cotidiano de trabalho, para notificar os casos, por eles percebidos, como sendo de maus-tratos a criança e/ou adolescente.

Os dados oriundos dos quesitos fechados foram analisados pelo Statistical Package Social Science – SPSS, versão 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, USA), no tratamento estatístico dos dados e, as respostas dos quesitos abertos, por meio da técnica de Análise de Conteúdo.

Este material foi analisado com a literatura sobre o tema, bem como estabelecido uma interlocução sobre o que preconiza o discurso oficial sobre a temática em estudo e os achados que emergirão da pesquisa, contribuindo com o conhecimento no campo da saúde coletiva.

Os resultados versam sobre os dados sócio-demográficos dos profissionais, as variáveis relacionadas a formação acadêmica e profissional, a visão deles em relação aos maus-tratos em crianças e adolescentes, o processo de notificação tomando como pressuposto o profissional ter-se deparado com casos de maus-tratos ou ter notificado esses casos, as vantagens ou desvantagens em instituir a ficha de notificação na atenção básica e as principais dificuldades para realização dessa ação na prática.

Ao final, o estudo tece algumas conclusões sobre este tema complexo e real. Ressalta que o tema se apresenta inesgotável diante da dinâmica das relações interpessoais, familiares, sociais, históricas, políticas, econômicas e culturais.

1 INTRODUÇÃO

A violência é conhecida hoje como uma questão global, que afeta os diversos segmentos das sociedades e traz conseqüências graves para a saúde das populações. Alguns estudos afirmam que a violência apresenta-se como um fenômeno cujas facetas são objeto de apreensão no cotidiano, pelo desencadeamento de temor generalizado aos assaltos, seqüestros e assassinatos. Relata ainda, que passa a ser objeto de reflexão por várias áreas do saber, entre elas a Saúde Pública, pelo papel que assume diante da morbimortalidade, vitimando crianças, jovens, adultos e idosos indiscriminadamente (MINAYO, 1994; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; DESLANDES, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como violência o uso intencional da força física, do poder, materializado ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outrem, quer seja grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 1996a).

Esta definição é abrangente e inclui atos que resultam de uma relação desigual de poder, tais como o uso de ameaça, intimidação, o cometimento de atos negligentes e de omissão.

Corroborando com a definição da OMS, o Protocolo de Assistência à Pessoa em Situação de Violência do Estado do Ceará diz que a violência é resultado de uma complexa interação de fatores de risco individuais, de relacionamentos, comunitários e sociais (CEARÁ, 2004).

São exemplos desses fatores a história de situação de violência no cotidiano das pessoas envolvidas, do uso de drogas e de antecedentes criminais, capacidade limitada de lidar com situações de stress, deficiência física, mental ou doenças crônicas de pessoas agredidas, bem como a existência de famílias numerosas, de gravidez não planejada, famílias com poucos contatos ou sem vínculo com a comunidade (CEARÁ, 2004).

Outros fatores que também podem ser definidos como situação de violência são as normas culturais que apóiam essa situação, como dominação masculina sobre as mulheres e crianças, tráfico de drogas, conflitos políticos e outros

associados à geração ou manutenção de desigualdades sócio-econômicas.

É bem verdade que, em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública (Brasil, 2001a; Minayo; Souza, 2006; Minayo, 2005); no entanto, se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

Atualmente, a OMS revela, em seu relatório mundial sobre violência e saúde, que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais por causas violentas (OMS, 2005). Só no Brasil, na década de 1990, ou seja, no espaço de 10 anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes. Dessas vítimas, cerca de 400 mil tiveram, como causa morte, o homicídio (MINAYO; SOUZA, 2005).

Apesar de todas as razões citadas, a inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo muito lentamente. A primeira forma de introdução do tema vem-se dando, secularmente, dentro da própria lógica biomédica no atendimento pontual e específico das lesões, traumas e mortes. Essas categorias são tradicionalmente incluídas na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID) com a denominação “causas externas” (OMS, 1996b).

O conceito de mortalidade por causas externas sempre incluiu os homicídios, os suicídios e os acidentes; e os de morbidade, as lesões, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicação por agressões interpessoais e coletivas. O adjacente “externas” oposto ao termo “causas” na definição da CID tem uma conotação muito asséptica para definir os processos violentos aí classificados. Mas, principalmente, quer dizer que a violência não advém de distúrbios orgânicos e funcionais, mas é fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de disposição da vida. Por causa dessa intencionalidade histórica, as questões da violência devem ser tratadas por meio de intervenções políticas e sociais que contribuam para a construção da convivência, da sociabilização e da paz (MINAYO; DESLANDES, 2007)

A sensibilização em relação à relevância do tema como pauta para a ação de saúde se inicia, pioneiramente, com a questão da violência contra crianças. Embora

existam alguns documentos históricos que mostrem, desde a Antigüidade, uma preocupação da sociedade em regular a aplicação de castigos e maus-tratos na infância, os primeiros textos que vinculam este tipo de violência procedem dos levantamentos de Tardieu em 1880 (ASSIS, 1994). Nos anos 60 do século passado, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes, e a influência negativa para seu conhecimento e desenvolvimento (PIRES, 2004).

As denúncias de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, abusos físicos, sexuais e psicológicos ou abandono e negligência que chegam ao conhecimento da sociedade e das autoridades, são preocupantes. A situação toma contornos mais graves quando as estimativas dos profissionais que atuam nesta área são de que o número desses casos deve ser pelo menos três vezes maior (CEARÁ, 2003).

Segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), a violência contra crianças e adolescentes é uma realidade que não pode ser perpetuada nem tão pouco banalizada, aos olhos do Poder Público e da sociedade. Juntamente com os acidentes, essa violência representa hoje a segunda “causa *mortis*” no quadro geral da mortalidade brasileira e a primeira causa de obituário de crianças e jovens, de 05 a 19 anos, no Brasil (ABRAPIA, 2007).

Diante desta realidade, Monteiro (2005) ressalta que no Brasil as transições demográfica e epidemiológica apresentam-se através das mudanças nos níveis de mortalidade e de natalidade, no qual os acidentes e violências configuram posicionamento de destaque no cenário nacional, caracterizado por 71,74 óbitos por 100.000 habitantes. Essa média de óbitos no Brasil encontra-se bem acima da média mundial considerada para países com renda baixa, que é de 32,1 para cada 100.000 habitantes.

Os relatórios da Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (SIPANI) afirmam que 12% das 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de alguma forma de violência doméstica. Ou seja, por ano são 6,6 milhões de crianças agredidas, dando

uma média de 18 mil crianças vitimizadas por dia; 750 por hora e 12 crianças agredidas por minuto (SIPANI, 2006).

Visualizando à situação do município de Fortaleza, Ceará, dados da Secretaria de Saúde registraram que no ano de 2005 ocorreram 2.051 óbitos por causas externas, sendo que destes, 386, ou seja 18,82%, foram na faixa etária de 0 a 20 anos de idade (SMS, 2006).

As crianças, naturalmente, são seres “frágeis” que necessitam de proteção, sendo vulneráveis a todas as formas de agressão. Estas comprometem a estruturação da personalidade infantil e pode favorecer futuras condutas que possam se tornar socialmente inaceitáveis.

Combater este fenômeno requer um esforço árduo de todas as esferas governamentais e uma mobilização da sociedade, absolutamente necessária e inadiável, exigindo uma percepção de que os maus-tratos contra criança e adolescente devem compor a agenda das políticas públicas para o setor.

Com vistas a proteger e direcionar a sociedade em relação ao bem estar da criança, a primeira manifestação em nível nacional ocorreu em 1927, onde se institui o primeiro Código de menores no Brasil, buscando sistematizar a ação de tutela e coerção que o Estado passa a adotar. Com tal decreto, o Brasil começa a implantar o seu sistema público de atenção às crianças e jovens em circunstâncias especialmente difíceis (CURY, 1987).

Já o Código de menores, de 1979, ofereceu assistência, proteção e vigilância a "menores" de até 18 anos, cuidando de catalogar casos em que o menor pudesse estar em "situação irregular", ainda que estivesse em companhia dos pais ou responsáveis (CURY, 1987).

Atualmente, vige no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que, revolucionando em termos doutrinários e legislativos, rompeu com a doutrina da situação irregular e adotou a doutrina da proteção integral (BRASIL, 1990).

A proteção integral à criança e ao adolescente representa um avanço cultural da sociedade como um todo, reconhecendo-os como parte integrante da família e da sociedade com direito ao respeito, dignidade, liberdade, emitir opinião, ter acesso à alimentação e ao estudo, dentre outros fatores que são importantes para o

desenvolvimento infanto-juvenil.

Por outro lado, entender que a violência contra criança e adolescente é inaceitável sendo um dever de todos combatê-la, inclusive rever a cultura da posse e autoridade que a família e a sociedade detêm sobre esta faixa etária, vem ao encontro dos princípios doutrinários do ECA.

Nesse sentido, Mello (1999) afirma que o reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-los. Tal proteção tem início, oficialmente, com a notificação da violência à autoridade competente.

Com o ECA a notificação de maus-tratos na infância foi instituída no Brasil no início da década de 90. Segundo essa lei, toda a suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes deverá ser obrigatoriamente notificada aos órgãos de proteção (MELLO, 1999). O profissional encontra-se freqüentemente diante do dilema da notificação, sofrendo pressões legais, profissionais e emocionais que podem influenciar sua decisão.

Estudos avaliando atitudes de médicos em países que possuem legislação semelhante apontam uma taxa de notificação inferior aos casos identificados, teoricamente essa relação deveria ser 1:1 (VULLIAMY; SULLIVAN, 2002).

Os autores supracitados ainda complementam relatando que dentre os vários fatores que interferem para não se notificar maus-tratos infantis, pelos profissionais, citam-se: o tipo e o grau de gravidade dos maus-tratos, o conhecimento insuficiente sobre os procedimentos de notificação, a deficiência de estruturas de atendimento, influências culturais, experiências prévias, desconfiança nos serviços de proteção à criança, medo de serem processados e envolvimento emocional com a família da criança vítima.

Quando o ECA coloca a obrigatoriedade da notificação por parte de profissionais da área da saúde e educação, esta disposição do Estatuto pode nos encher de perplexidade. A primeira coisa que vem à mente é perguntar se uma legislação tão avançada não seria uma contradição a mais, num país já tão cheio de contradições?

É evidente que o dia-a-dia demonstra a grande distância que vai do que a lei dispõe para a realidade onde o dispõe. Basta ler os jornais para encontrar,

cotidianamente, o relato da displicência com que são tratadas questões de cunho social envolvendo os jovens.

Sendo assim, a importância em estudar e pesquisar esse fenômeno no âmbito da saúde coletiva explica-se pelo fato deste ser um tema que oferece informações do modo de vida de determinado grupo, subsidiando ações de promoção da saúde.

O trabalho na área da violência contra criança e o adolescente requer intervenção interdisciplinar e a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado – “trabalho em rede”. Nesse sentido, a notificação proporciona visibilidade dos limites do serviço de saúde, o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área.

A notificação da violência contra criança inaugura, também, um processo no interior do qual se desenrolam procedimentos de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica. Mello (1999) diz que, para além dos reflexos na vida familiar, a notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família.

Diante desta realidade, vê-se que no Brasil a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes.

Outra fonte de dificuldades é a cultura familiar. A sociedade brasileira, tende a valorizar a privacidade da vida em família, e qualquer intervenção que confronte o discurso dos pais e responsáveis é tida como intrusiva e ofensiva à autoridade paterna. Em tais casos, tentamos mostrar à família que a intenção primeira da notificação é o bem-estar da criança. Isto é importante para que a notificação não se transforme em obstáculo capaz de se interpor entre o profissional e os responsáveis, ou entre estes e seus filhos, criando impedimentos para o trabalho de médio e longo

prazo, tão necessário quando se trata de transformar os padrões de relacionamento intrafamiliar e reverter formas de interação pautadas pela violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

O guia de notificação de maus-tratos contra criança e adolescente do Ministério da Saúde (2002) diz que a ameaça do agressor aos profissionais é um argumento invocado, com certa freqüência, para justificar a não-notificação dos casos de violência (BRASIL, 2002a).

Pode-se deduzir que o instrumento da notificação deve dar início a um processo que se caracteriza muito mais como assistência e auxílio, não como punição. Algumas experiências têm mostrado que a intervenção do setor saúde pode ser mais efetiva quando a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos colocam-se como objeto primeiro da ação, buscando-se equacionar os direitos de todos os membros da família ao invés de alimentar o confronto entre direitos subjetivos.

Toda essa complexidade que permeia o âmbito da violência subsidiou reflexões e inquietações à cerca do processo de notificação de maus-tratos por profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, bem como as dificuldades para adotarem a notificação como uma prática diária nos serviços de atenção básica, suas percepções sobre o tema, visto que a Estratégia Saúde da Família (PSF) é tida como prática social, na qual reflete nos determinantes do processo saúde - doença, entendendo saúde como qualidade de vida.

Na coordenação das Ações em Saúde da Criança e Adolescente da Secretaria Executiva Regional IV no município de Fortaleza, tenho observado a crescente discussão à cerca da situação de violência a que as crianças e adolescentes são susceptíveis e dentro de uma perspectiva de que a Equipe Saúde da Família, diante de sua própria Filosofia, encontra-se mais próxima das famílias em situação de risco, surgiu o interesse de realizar esta pesquisa contribuindo para o município ter subsídios para implementação desta prática.

O estudo tem como relevância ressaltar a realidade da notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família, no intuito de formular dados para o planejamento de ações que visem oferecer táticas que venham a facilitar a prática da notificação de maus-tratos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões -dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará, no exercício de sua prática.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Identificar a ótica desses profissionais em relação a maus-tratos em crianças e adolescentes;
- Investigar as dificuldades que interferem na notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por esses profissionais, durante o atendimento na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Maus-Tratos contra crianças e adolescentes

Maus-tratos é um termo bastante difundido para se referir à violência cometidas contra crianças e adolescentes. No entanto, Brasil (2002a), relata que essa noção não é muito precisa e tem sido criticada por vários estudiosos porque ela faz supor que “maus-tratos” se oporiam a “bons-tratos”. Portanto, carrega uma conotação apenas moral, quando a violência contra meninos e meninas é um problema social muito sério, com carga cultural fortíssima, sobretudo em dois sentidos: que esses seres em formação seriam propriedades de seus pais; e que para educá-los seria preciso puni-los quando erram ou se insubordinam.

Devido ao uso corrente e mais abrangente o termo “maus-tratos”, nessa pesquisa, será usado como sinônimo da violência contra crianças e adolescentes no interior das famílias e fora delas.

Existem muitas definições para maus-tratos contra a criança e uma delas é esta elaborada pela OMS:

O abuso ou maus-tratos contra crianças engloba toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2002).

Os maus-tratos têm grande impacto na criança por serem praticados, na maioria dos casos, por quem tem o dever de protegê-las. É importante ressaltar que, além das conseqüências imediatas, podem ocasionar outros efeitos menos objetivos e diretos, efeitos estes que muitas vezes repercutirão no seu modo de agir, de se relacionar e de enfrentar outras situações de stress para o resto de suas vidas.

A partir do século XVIII, escandalizava a opinião pública o número de bebês abandonados que eram deixados pelas mães à noite, nas ruas sujas; muitas vezes devoradas por cães e outros animais que viviam nas proximidades ou vitimados pelas intempéries ou pela fome. Em outros casos, eram largados próximos à praia,

onde acabavam afogados pela maré, ou deixados nas naves das igrejas ou às portas dos conventos, na esperança de que algum padre ou freira bondosos os alimentassem e lhes conseguisse um lar (AZEVEDO; GUERRA, 1994).

Discursos em jornais e revistas do final do século XIX lançavam a culpa do abandono e desproteção da criança às famílias. Na primeira metade do século XX, os juristas apontavam, como causa do abandono, as condições econômicas da população e a desagregação familiar. Tal concepção ganha espaço no meio jurídico, começando-se a entender que caberia ao Estado implantar uma política de proteção e assistência à criança (LONDOÑO, 1991).

Em pesquisa realizada pelo UNICEF (2002) foi identificado que 6% dos adolescentes são agredidos pelos pais com objetos e 18%, com gritos e xingamentos (UNICEF, 2002). Estudos anteriores retratam que 80% das agressões físicas às crianças e adolescentes são perpetradas por parentes ou conhecidos; em escolares, cerca de 33% relataram sofrer atos violentos dos pais em seus domicílios (AVANCI, 2004).

A história tem mostrado cuidados e atenções dispensados à criança totalmente inadequados. Todas as formas de agressão têm sido prática comum desde os tempos mais remotos, a começar pelos relatos da própria Bíblia, a qual descreve a matança, ordenada por Herodes, de todas as crianças menores de dois anos, contemporâneas de Cristo. O infanticídio foi praticado desde a remota Antigüidade em todas as culturas orientais e ocidentais, sendo utilizado como método de eliminação de recém-nascidos fracos, prematuros ou com malformações congênitas, além de ser também muito comum em algumas famílias reais. Os filhos ilegítimos foram ainda vítimas de abandono, de desaparecimento em mãos de pessoas contratadas para esse fim, vendidos como escravos, utilizados como mão-de-obra barata ou oferecidos a famílias mais abastadas, como criados, em troca de favores. As crianças do sexo feminino estiveram sempre em maior risco de serem mortas, abandonadas, vendidas ou exploradas sexualmente (PIRES, 2006).

No século XVIII, Rousseau defendeu o fim do castigo corporal, sendo uma das vozes pioneiras na defesa da criança e um dos primeiros a reconhecê-la como ser autônomo, com direitos próprios (AZEVEDO; GUERRA, 1998). Não se pode ignorar que o conhecimento das necessidades básicas da criança, o seu

reconhecimento como ser autônomo e interativo desde o nascimento e a importância do meio ambiente e da vinculação mãe-filho no seu crescimento e desenvolvimento são aquisições recentes da nossa história. Esses novos conceitos, que acompanham a evolução científica e social, permitiram valorizar a importância da sua estimulação e proteção. Paralelamente à evolução do reconhecimento de diferentes formas de maus-tratos, assistiu-se ao aperfeiçoamento do próprio ato de maltratar (PIRES, 2006).

O primeiro artigo médico focalizando o problema de maus-tratos infantis foi publicado em 1860, por Ambroise Tardieu, professor de Medicina Legal em Paris, que relatou 32 casos de crianças menores de cinco anos, vítimas de mortes violentas, chamando a atenção para a provável agressão por parte dos pais. Foram descritas lesões cutâneas, ósseas e cerebrais, que mostravam incompatibilidade e discrepância com a história relatada pelos pais (CANHA, 2003). Ele foi o primeiro profissional da área de saúde a fazer referência aos maus-tratos infantis, que, após cem anos, seriam batizados por Henry Kempe como síndrome da criança espancada (PIRES, 2004).

A compreensão dessa violência leva a refletir sobre vários fatores de risco que, quando associados, principalmente com abuso de álcool e substâncias químicas, geram conflito familiar, desencadeando um descontrole e levando a agressão propriamente dita contra a criança e o adolescente.

Os fatores de risco referentes aos pais são socioculturais e individuais, tais como pobreza, desemprego, isolamento social, relação conjugal instável e desequilibrada, problemas emocionais e de afetividade, estresse perinatal, educação rígida com estilo punitivo, inversão de papéis, falta de planejamento familiar, baixa auto-estima, história pregressa de violência, depressão, abuso de drogas e álcool, transtorno ou doença psiquiátrica. Os fatores de risco referentes à criança são prematuridade, malformação congênita, adoção, crianças menores de três anos, algumas fases difíceis do desenvolvimento neuropsicomotor (cólicas dos primeiros meses, anorexia, controle dos esfíncteres entre 18 e 24 meses) (BARROS, 2005).

O termo abuso infantil vem sendo utilizado largamente no exterior e no Brasil, freqüentemente confundido com a vitimização sexual da criança. Ainda não se tem definido o termo ideal para abordar esse tema, mas é consenso que abuso, violência,

vitimização, negligência e punição podem ser substituídos por um único termo – maus-tratos – que é usado freqüentemente para descrever uma força provocada intencionalmente, por um adulto, que leva a traumatismo físico e/ou emocional contra a criança ou o adolescente (DESLANDES *et al.*, 2004).

Definir corretamente violência contra criança e adolescente tem sido um desafio para os profissionais que trabalham nessa área e para a própria sociedade, que não determina limites entre educação e punição. Trata-se de um fenômeno bastante complexo, com uma associação de fatores individuais e sociais. A combinação de todos esses fatores leva a um comportamento parental abusivo, causando dano ao processo de crescimento e desenvolvimento e bem-estar normais da criança. Geralmente, a violência é repetitiva, e sua gravidade tende a aumentar a cada investida, levando muitas vezes à violência fatal (morte) (AZEVEDO; GUERRA, 2001).

A violência contra crianças e adolescentes foi definida como *“Todo ato de omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra criança e/ou adolescente que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos de direitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento”* (AZEVEDO e GUERRA, 1998).

As formas de violência são didaticamente classificadas em física, síndrome do bebê sacudido, sexual, negligência, emocional e síndrome de Münchausen por procuração (PIRES, 2006). As diversas formas de violência apresentam características peculiares e, com freqüência, ocorrem simultaneamente, podendo a criança e o adolescente ser vítimas de várias formas de violência ao mesmo tempo.

A história deve ser obtida de forma clara, detalhada, protetora e sem crítica, pois o contrário pode afastar os pais que, freqüentemente, estão em busca de ajuda. É importante diferenciar o trauma acidental do intencional para se buscar uma abordagem adequada da criança e da família, tendo como objetivo principal a reorganização dos vínculos familiares. O diagnóstico precoce de violência infantil é fundamental na prevenção de seqüelas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, considerando toda a fase da infância

e adolescência, no Brasil as causas externas (acidentes e violências) representam a primeira causa de morte a partir de um ano de idade. As estatísticas revelam que na década de 90 ocorreram em média 3,5 mortes diárias por acidentes e violências também em menores de um ano. Muitos destes acidentes poderiam ser classificados como negligência dos cuidadores, o que aumentaria ainda mais estes índices já preocupantes (BRASIL, 2002b).

O Centro de Combate à Violência (CECOVI) classifica os maus-tratos como: físico, sexual e negligência e psicológico (CECOVI, 2007). Na prática, muitas vezes estas formas de maus-tratos se sobrepõem.

Físico: É o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança, deixando ou não marcas evidentes (muitas vezes os danos psicológicos resultantes são mais importantes que os danos físicos).

A “síndrome do bebê sacudido” é uma forma especial de abuso físico que ocorre principalmente em crianças até dois anos de idade. Consiste em lesões cerebrais decorrentes da ação de sacudir o bebê. Estas crianças podem apresentar alterações de consciência, convulsões, seqüelas neurológicas graves e até evoluir para a morte.

O castigo físico é um tipo de maus-tratos usado por muitos pais como método de disciplina. A maioria das pessoas que batem em seus filhos com a intenção de corrigi-los não está ciente de que as agressões não são eficazes para educar e que produzem um dano real ou potencial sobre a saúde física e emocional, levando a prejuízos do desenvolvimento, da dignidade e da auto-estima da criança. Muitos pais nem sequer se dão conta de que podem estar reproduzindo tais condutas violentas em decorrência das agressões que receberam de seus próprios responsáveis. Outros podem usar a desculpa do castigo físico para educar como uma forma de ocultar a sua conduta violenta.

Abuso sexual: É todo ato ou jogo sexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. Varia desde atos em que não existe contato físico (*voyeurismo*, exibicionismo) até diferentes tipos de atos com ou sem penetração (sexo vaginal, oral, anal, manipulação de genitália do

agressor ou da vítima, etc.).

Exploração sexual é a prática do abuso sexual com fins comerciais, seja em espécie, serviço ou favores (ex: pornografia infantil e turismo sexual).

Negligência: Caracteriza-se por atos ou atitudes de omissão praticados pelos cuidadores de forma crônica, intencional ou não, à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção ou afeto à criança ou ao adolescente, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo.

Psicológico: Habitualmente pouco reconhecido em sua forma isolada, freqüentemente acompanha os demais tipos de maus-tratos. Consiste na submissão da criança por parte dos cuidadores a omissões, ações verbais ou atitudes que visem a:

- a) Ignorar a criança – indiferença em relação às suas necessidades, valores e solicitações;
- b) Isolar a criança – privação do contato com sua família e/ou com a comunidade, negando-se a ela a possibilidade do convívio social;
- c) Aterrorizar a criança – exposição a ataques verbais, atitudes e ameaças, criando um clima de medo, hostilidade e ansiedade;
- d) Corromper a criança – envolvimento em situações que transmitem e reforçam condutas destrutivas, delinqüentes ou anti-sociais, alterando desta forma o desenvolvimento adequado de valores éticos e morais;
- e) Depreciar a criança – utilização de tratamento agressivo, áspero ou vulgar, incluindo agressões verbais ou atitudes que diminuam sua auto-estima;
- f) Criar expectativas irreais sobre a criança – exigência de um desempenho acima de suas possibilidades físicas e mentais, de tal forma que a criança sinta que nunca é “boa o suficiente”;
- g) Discriminar a criança – tratamento diferenciado e tendencioso de forma a hipo ou hipervalorizar as características próprias da criança.

Os maus tratos acontecem em todas as culturas, raças, religiões, gêneros e classes sociais. Portanto, não existe um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras (MINAYO; SOUZA, 1999). É resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Em relação aos maus-tratos contra a criança, a

complexidade é ainda maior na medida em que envolve a quebra de um relacionamento de confiança, responsabilidade e afeto.

Segundo o CECОВI (2007) devem ser considerados alguns fatores de risco, dentre eles:

- Inerentes à criança: crianças não desejadas, diferentes da expectativa, prematuras, de baixo peso, com doenças crônicas, portadoras de necessidades especiais e hiperativas.
- Inerentes à família: pais imaturos e despreparados, gravidez não desejada, atenção pré-natal inapropriada, família desestruturada, exposição precoce à violência, família numerosa convivendo em um espaço reduzido, isolamento social, situação de stress, problemas de relacionamento, drogação e doença física ou mental.
- Inerentes à comunidade e à sociedade: desvalorização da infância - leis de proteção à criança inexistentes, ineficientes ou não cumpridas; diminuição do valor dos filhos, alta aceitabilidade social e cultural da violência.

Os agressores mais comuns são os pais biológicos, adotivos e madrasta / padrasto. Segundo Azevedo e Guerra (2000), as estatísticas internacionais apontam que 70% das agressões são provenientes dos pais biológicos. O cônjuge que agride mais os filhos é a mãe. Já o pai, por conta de ter maior força física, é o que causa lesões mais graves nos filhos quando os pune corporalmente.

Segundo Motta (2002) esse fenômeno tem natureza repetitiva e sem uma intervenção que trate o agressor, a possibilidade de continuidade de maus-tratos e até de morte da vítima é de 25 a 50%. Azevedo e Guerra (2000) falam que autores, em trabalhos mais recentes, estimam a reincidência desses casos em 50 a 60% quando não são instauradas as medidas de proteção necessárias.

Braz e Cardoso (2000) afirmam que apenas 10% dos agressores físicos manifestam quadros psiquiátricos graves. Ou seja, 90% dos vitimizadores praticam violência física acreditando estarem agindo corretamente. Azevedo e Guerra (1992) complementa relatando que a faixa etária dos 07 aos 13 anos é a mais atingida pela violência física, sendo que a idade média para vítimas do sexo feminino é de 10 anos e do sexo masculino 8 anos.

Azevedo e Guerra (2000), citando McGraw (1987), revelam que só 8% das

crianças costumam faltar com a verdade quando o assunto é vitimização sexual. Segundo o autor $\frac{3}{4}$ das histórias inventadas pelas crianças são induzidas por adultos.

Corroborando com os autores supracitados Silva e Vecinas (2002) relatam que a maioria dos abusos sexuais ocorre entre os membros da família (29%) ou por alguém conhecido da vítima (60%). Azevedo e Guerra (2000) afirmam que 85 a 90% dos agressores são pessoas conhecidas das crianças. Não queremos, entretanto, dizer que esses avisos não sejam importantes, são sim! Porém é necessário alertar nossas crianças para a realidade de que o perigo pode também vir da parte de quem está perto. Não basta preveni-las somente sobre as pessoas estranhas.

Segundo Deslandes *et al.* (2004) pesquisas recentes revelam que 1 em 3 a 4 meninas e 1 em 6 a 10 meninos serão vítimas de abuso sexual até a idade de 18 anos.

3.2 Notificação como instrumento de Prevenção aos Maus-Tratos e Promoção de Saúde

O Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimentos aos agravos decorrentes da violência sexual (BRASIL, 2005a); sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2005b) e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez previstas em lei (BRASIL, 2005c). Em 2004, a portaria GM/MS 2.406 disseminou a notificação compulsória da violência, de acordo com a lei 10.778/2003 (BRASIL, 2003) que estabelece essa forma de registro, e a lei 10.886/2004 (BRASIL, 2004a), também chamada lei Maria da Penha, que tipifica a violência doméstica. Mais recentemente, em 2006, o Ministério da saúde lançou a 'matriz pedagógica' para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2006a).

Dentre os documentos citados, que foram criados com o objetivo de enfrentar o problema da violência no País, a notificação de maus-tratos contra criança e o adolescente pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o conselho tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a

interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (BRASIL, 2002a).

Geralmente, a notificação realizada numa instância dos serviços de saúde segue para o Conselho Tutelar da cidade onde evento violento ocorreu, com cópia para a secretaria de saúde do município. A principal finalidade desse ato é dar apoio e proteção à criança e ao adolescente e sua família. Para os serviços de saúde, o registro tem ainda o objetivo de gerar um perfil dos problemas e da demanda e, assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas unidades básicas e no sistema como um todo.

No Brasil, os maus-tratos contra criança e adolescente passaram a merecer maior atenção no final dos anos 80. Nessa época, os maus-tratos foram tratados na Constituição Federal (art. 277) (BRASIL, 1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), que tornaram obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados (art. 13), prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245).

O artigo 5º da lei nº 8069, de 1990, denominada "Estatuto da Criança e do Adolescente" e cognominada, com carinho, ECA logo em suas disposições preliminares, afirma: "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais" (OLIVEIRA, 1995).

Mesmo reconhecendo "a distância entre intenção e gesto" é preciso saudar o Estatuto, com suas concepções abrangentes dos direitos dos jovens, indo desde a criança como sujeito de direitos abstratos até as disposições jurídicas para a sua proteção em caso de delito. Também é importante que o Poder Público se estabeleça como zelador desses direitos, reconhecendo, implicitamente, que o futuro do país está guardado no coração e na mente das suas crianças.

Com mudanças de conteúdo, método e gestão, o ECA acrescenta novos elementos às políticas públicas para a infância e juventude, com atendimento muito mais amplo, com o Estado substituindo o então assistencialismo vigente por intervenções socioeducativas baseadas no fato de crianças e adolescentes serem

peessoas em desenvolvimento e cidadãos de direito, promovendo uma nova estrutura de política de promoção e defesa desses direitos baseada na descentralização político-administrativa e na participação da sociedade por meio de suas organizações representativas. O ECA é, portanto, uma legislação moderna e revolucionária em seus conceitos na letra da lei (MELLO, 1999)

A legislação sobre maus-tratos no Brasil tem adotado como parâmetro o modelo americano no que diz respeito à obrigatoriedade de notificar estabelecida para profissionais, à necessidade de encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei e à punição para o profissional que não notifica; como nos Estados Unidos, têm-se realizado várias campanhas enfocando a violência contra crianças e adolescentes. Conta-se, no entanto, com uma rede de serviços aquém do necessário, com escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, e com a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar (OLIVEIRA, 1999).

Sabe-se que o trabalho na área da violência contra a criança e o adolescente requer intervenção interdisciplinar, e que a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado. Nesse sentido, a notificação coloca para fora dos limites do serviço de saúde o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área.

A notificação da violência contra criança inaugura, também, um processo no interior do qual se desenrolam procedimentos de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica. Para além dos reflexos na vida familiar, a notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família.

Vê-se que o ato de notificar é um elemento crucial na ação pontual contra violência, na ação política global e no entendimento o fenômeno. Apesar disso, muita controvérsia permeia ainda o tema, sem perspectiva de solução imediata.

Desde 2005, a Secretaria de Vigilância à Saúde –SVS / MS – tem procurado capacitar alguns profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos

registros dos dados sobre violência, para que busquem qualificar os registros. Mas tem havido também tentativas de implantar, experimentalmente, fichas de notificação com perguntas mais adequadas e precisas (CAVALCANTI *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde tenta promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos, por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais. Essa notificação deverá ser feita pelo profissional de saúde que atendeu à vítima. Entendemos que se trata de um processo lento e gradual em que os profissionais dos serviços se capacitem e assumam a importante função de monitoramento e de notificação. Para isso, uma nova cultura que inclui a sensibilização e a formação precisará tornar-se rotina (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Segundo Waldman (1998), há dois subsistemas que compõem o conceito de vigilância em saúde, o subsistema de informação para agilização das ações de controle situa-se nos níveis locais dos serviços de saúde e tem por objetivo promover rapidez no processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde. A equipe que faz parte desse subsistema deve estar perfeitamente articulada com a de planejamento e avaliação dos programas, devendo, portanto, assumir parte das responsabilidades pela elaboração das normas utilizadas em nível local dos serviços de saúde; e o subsistema de inteligência epidemiológica é especializado e com função de elaborar as bases técnicas dos programas de controle de eventos específicos adversos à saúde, a partir da análise sistemática do seu comportamento na comunidade, fundamentado no conhecimento científico e tecnológico disponível.

O subsistema de inteligência epidemiológica, além de identificar lacunas no conhecimento científico e tecnológico, também exerce função de incorporar aos serviços de saúde o “novo conhecimento” produzido pela pesquisa, com o objetivo de aprimorar, continuamente, as medidas de controle. Os dois subsistemas compõem, juntamente, a vigilância em saúde que, munida desses instrumentos, assume o papel de indutor de linhas de pesquisa e de incorporar à prática o conhecimento produzido (WALDMAN, 1998).

As boas práticas de notificação de violências contra crianças, adolescentes e mulheres, podem ser consideradas um indicador do melhor monitoramento da

violência. Essa ação está respaldada em duas Portarias do Ministério da Saúde: a n. 1.968 / GM (25/10/2001) (BRASIL, 2001a) que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde; e n. 2.406 / GM (5/11/2004) (BRASIL, 2004b), que institui o serviço de notificação e aprova o instrumento e o fluxo de atendimento (ficha de notificação compulsória de violência contra mulher e outras violências interpessoais).

A Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b) preconiza que a preparação de recursos humanos deve atender a: treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação, visando à vigilância epidemiológica por causas externas.

Apesar das determinações legais contidas no ECA, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil. Isso não surpreende, se considerarmos que o mesmo ocorre em países onde a legislação é mais antiga e os sistemas de atendimento mais aprimorados. Uma pesquisa realizada em trinta países, em 1992, mostrou que apenas a metade das nações desenvolvidas e um terço dos países em desenvolvimento dispunham dos registros centralizados; em países como os Estados Unidos, França e Alemanha, a coleta de dados é fragmentada e com escassa comparabilidade (HUERTAS, 1997).

A similaridade parece indicar a presença de dificuldades técnicas específicas do processo de notificar. No Brasil, também, apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm dificuldades em adotá-la como conduta padrão.

A identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas. A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação (ALMEIDA, 1998), logo muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la com um mínimo de acurácia.

Além das dificuldades dos profissionais, os casos atendidos têm especificidades que podem facilitar ou dificultar o ato de notificar. Assim, as famílias podem desejar ou tentar impedir a notificação; podem fornecer ou negar informações que fundamentem as suspeitas; podem sentir-se ameaçadas ou protegidas pelo ato de notificar.

Há também questões estruturais que dificultam o ato de notificar ou fazem com que os profissionais minimizem os benefícios gerados pela notificação. Apesar de os Conselhos Tutelares serem os órgãos designados pelo ECA para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não estão implementados em todos os municípios brasileiros; e mesmo onde instalados funcionam, muitas vezes, em condições adversas: trabalhos recentes atestam a falta de infra-estrutura para seu funcionamento, a precariedade de serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que estes órgãos enfrentam (CAMURÇA, 1999).

Diante desta realidade, vê-se que no Brasil a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes.

O primeiro aspecto a ser considerado é o que diz respeito a suspeita de maus-tratos. O grau de suspeita varia desde um leve indício de que possa ter havido violência até o relato explícito da criança ou do adulto que a acompanha. Não há como dispensar o mesmo tratamento a situações tão díspares. Uma suspeita leve - eventualmente uma desconfiança que se origina em alterações clínicas ou do comportamento da criança - pode ser melhor investigada no interior de uma relação já construída entre o cliente e o profissional de saúde que faz seu acompanhamento rotineiro. Em tais situações, é considerado viável e útil, para a criança, para a família e para as instituições envolvidas, fundamentar melhor a suspeita antes de encaminhar a notificação (WISSOW, 1990).

Casos confirmados de menor gravidade também suscitam dúvidas quanto ao melhor momento para proceder à notificação; nessas situações, deve-se adotar conduta já recomendada na literatura: preparar a família, esclarecendo a obrigatoriedade por parte da unidade de saúde, o teor da notificação, o que ela significa, a quem é dirigida, suas vantagens e seus possíveis desdobramentos. Nessa negociação, a notificação é apresentada à família como veículo de acesso a instituições e serviços dos quais ela necessita para otimizar os efeitos de fatores que alimentam ou favorecem a eclosão da violência. A discussão junto à família e à

criança atende a um preceito ético e tem por efeito minimizar os impactos da notificação, observados na nossa prática diária (FERREIRA *et al.*, 1999).

Uma outra situação enfrentada no dia-a-dia do atendimento refere-se àquela em que, embora sejam visíveis os prejuízos causados à criança, a família não se considera violenta, e recusa qualquer forma de intervenção ou auxílio. Esses casos exigem ação de médio e longo prazos, e muitas vezes a medida aplicada pelos Conselhos Tutelares tem sido o próprio acompanhamento. Desta forma, os Conselhos são o suporte para o trabalho de conscientizar a família sobre os benefícios gerados por uma alteração nos seus códigos de comunicação.

A ameaça do agressor aos profissionais é um argumento invocado, com certa frequência, para justificar a não-notificação dos casos de violência. Maior impacto têm as ameaças dos agressores aos familiares que levaram a violência ao conhecimento do setor saúde; nesses casos, a notificação soma-se a contatos diretos com os conselheiros, que são prevenidos sobre o risco de novas ações violentas na família. Permite-se, assim, que a intervenção do Conselho seja coordenada com a ação do familiar que buscou o atendimento para a criança e possa proteger a ambos (BRASIL, 2002a).

A sobrecarga de trabalho e a escassez de infra-estrutura dos Conselhos Tutelares têm sido obstáculos importantes à condução dos casos. O investimento maior do trabalho dos Conselhos se dá sobre os casos de maior gravidade, o que é perfeitamente compreensível, se considerarmos a necessidade de priorizar o investimento humano. Em decorrência, observa-se, o impacto da notificação e da ação dos conselheiros tutelares tem sido pequeno nos casos de menor gravidade e risco.

Pode-se deduzir que o instrumento da notificação deve dar início a um processo que se caracteriza muito mais como assistência e auxílio, não como punição. Algumas experiências têm mostrado que a intervenção do setor saúde pode ser mais efetiva quando a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos colocam-se como objeto primeiro da ação, buscando-se equacionar os direitos de todos os membros da família ao invés de alimentar o confronto entre direitos subjetivos.

3.3 Por que pesquisar a Estratégia Saúde da Família

As últimas décadas têm sido marcadas por movimentos que buscam uma atenção a saúde, voltada para uma visão humanizada, numa perspectiva interdisciplinar, contemplando uma relação mais profunda do profissional de saúde com a população (KAWAMOTO, 1995).

Em virtude desses movimentos, na Constituição de 1988 foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988) que forneceu os princípios para a reorganização da Atenção Básica no Brasil e tem sido o Programa Saúde da Família, assim nomeado em sua criação, ou Estratégia Saúde da Família (ESF), atualmente conhecida, o que viabiliza a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b). É o nível de atenção que considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde.

Visando à organização sistêmica da atenção à saúde, compete às Secretarias Municipais de Saúde inserir, preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviço (BRASIL, 2006b).

O Saúde da Família tem suas bases no Programa de Agentes Comunitários de Saúde que foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde, em 1991, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do Brasil (SAÚDE, 2004c). Sendo assim surge como uma estratégia efetiva na busca da consolidação do SUS. Constitui-se numa mudança de enfoque nas políticas sociais de saúde, uma vez que propõe uma prática de assistência com novas bases estruturais, as quais vêm alterar o modelo tradicional de cuidado centrado na cura das doenças, substituindo-o por um modelo onde o enfoque principal é a família e a maneira como esta interage nas diversas situações de saúde / doença.

Campos (2007) enfatiza que o exercício de construir e implantar um modelo de atenção à saúde na perspectiva do novo sistema se depara com conceitos e

práticas arraigados no modelo hegemônico, no qual a saúde é conceituada como ausência de doença, a atenção é centrada no indivíduo, sendo o hospital privilegiado e o profissional médico o protagonista deste cenário. Romper com este modelo não tem sido fácil.

Sendo assim, a Estratégia Saúde da Família deve ser compreendida como processo que conduz os indivíduos e grupos a assumirem ou ajudarem na melhoria de sua qualidade de vida, e isso depende da participação da população através de conhecimentos, compreensão, motivação e adoção de práticas saudáveis.

Corroborando com a afirmação acima, Araújo e Rocha (2007) relatam que a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstituir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Funcionando adequadamente, as Unidades Básicas da ESF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (LIMA, 1996).

Apesar dos investimentos nesse setor, ainda não foi capaz de provocar uma verdadeira mudança na forma como o sistema de saúde está organizado. É preciso pensar mais em saúde do que em doença. E pensar em PROMOÇÃO DA SAÚDE é pensar “grande”, é articular ações do setor de saúde com outros setores do município – como educação, meio ambiente, segurança, geração de emprego e renda, entre outros – elevando a qualidade de vida da população e garantindo a sua cidadania (BRASIL, 2004d).

Como um dos princípios da ESF encontra-se a integralidade, onde o Ministério da Saúde (2004) relata que a Unidade de Saúde da Família, por estar inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica, deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (BRASIL, 2004c).

Entendemos que a porta de entrada ao serviço de saúde a que melhor contribuição dá à manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida ao

ser humano seja a Estratégia Saúde da Família. Este é um serviço de atenção básica que trabalha buscando a promoção da saúde e prevenção da doença, para o ser humano, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

As vítimas de violência, por apresentarem características bastante peculiares das demais clientela, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, abrangente e avaliação global.

4 METODOLOGIA

Contemplando a abordagem quantitativa, é um estudo do tipo seccional ou corte-transversal. Almeida Filho e Rouquayrol (2003) afirmam que este tipo de estudo diz respeito a investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde ou algum fenômeno de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo, e daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Os autores acrescentam que o termo “estudo seccional”, no contexto metodológico da Epidemiologia, pretende dar uma idéia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico do fenômeno, evidenciando suas características e correlações naquele momento.

Esse desenho de pesquisa tem sido o mais empregado na prática concreta de investigação no campo da Saúde Coletiva, onde se vem gradativamente aperfeiçoando a sua arquitetura e ampliando as suas aplicações (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2003). Uma das desvantagens apresentadas por esse tipo de estudo está relacionada ao fato de que a exposição e o efeito são mensurados em um mesmo ponto no tempo. No entanto, os estudos seccionais podem oferecer evidência válida de uma associação estatística (WALDMAN; ROSA, 2006).

Entre as vantagens dos estudos de corte transversal, podemos citar: são freqüentemente desenvolvidos com base em amostras representativas da população, permitindo inferências causais fortes e seu custo é geralmente mais baixo, se comparado a outros tipos de estudo, em virtude de seu desenvolvimento em curto espaço de tempo (WALDMAN; ROSA, 2006)

Quanto às limitações dos estudos seccionais, temos: a dificuldade de separarmos a causa do efeito e a maior dificuldade de identificação de fenômenos de curta duração se comparadas àqueles de longa duração (WALDMAN; ROSA, 2006).

Como os estudos de corte transversal descrevem o que ocorre com um determinado grupo e em um determinado momento, eles são importantes guias para tomadas de decisões no setor de planejamento de saúde. Para o profissional que lida diretamente com pacientes, os estudos de corte transversal oferecem informações da maior utilidade, ao chamar atenção para características ligadas com

a frequência de um determinado fenômeno, na comunidade ou em determinado serviço assistencial (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Almeida Filho e Rouquayrol (2003) identificam cinco subtipos de estudos transversais: estudos de grupos em tratamento, inquéritos na atenção primária, estudos em populações especiais (escolares, idosos, etc), inquéritos domiciliares com identificação direta do caso e estudos multifásicos.

Tomando esses autores como referência, o subtipo adotado neste estudo foi o de inquéritos da atenção primária, que são viáveis onde existem redes regionalizadas de atenção primária organizadas. Estes afirmam que a fonte de dados pode ser de registros institucionais ou um instrumento de detecção de casos, aplicado a uma amostra ou à totalidade dos usuários do serviço em um período definido de tempo (ALMEIDA-FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

Santos e Clos (1998), afirmam que as pesquisas quantitativas devem ser utilizadas nas situações que exigem um estudo exploratório, para um conhecimento mais profundo do problema ou objeto da pesquisa e/ou quando se necessita um diagnóstico inicial da situação e, principalmente, nos estudos experimentais.

Desse modo, o estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que está localizada no litoral e tem como limites o oceano Atlântico ao norte, as cidades de Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga ao sul, Aquiraz e oceano Atlântico à leste e Caucaia à oeste, compreendendo uma área territorial de 313,14 km. Fortaleza tem clima tropical, com umidade relativa do ar em torno de 77% e temperatura anual de 27°C. Dados do Censo Populacional do ano 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, – mostram que a cidade tem uma população de, aproximadamente, 2.141.402 habitantes (IBGE, 2000).

A Prefeitura de Fortaleza, na metade da década de 1990 adotou uma subdivisão técnica da cidade, objetivando facilitar a administração e favorecer o acesso da população aos mesmos. Essa subdivisão originou seis Secretarias Executivas Regionais (SER), (Anexo I), dispostas estrategicamente, agrupando para cada uma delas os bairros adjacentes (SMS, 2007).

Cada SER possui um Distrito de Saúde responsável por toda a rede assistencial de saúde de determinado território. O campo de pesquisa foi a Rede de

Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, onde se encontram 89 Centros de Saúde da Família, distribuídos entre as seis Secretarias Executivas Regionais, sendo na 13 na SER I, 11 na SER II, 16 na SER III, 12 na SER IV, 18 na SER V e 19 na SER VI.

Situando o leitor, em agosto de 2006, foram implantadas, em Fortaleza, cerca de 300 Equipes de Saúde da Família: Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas (nomenclaturas utilizadas para definição de categorias profissionais pelo Ministério da Saúde), ampliando a cobertura de 15% para 50%. Porém permaneceu, ainda, o modelo de atenção anterior (trabalho por produtividade e sem vínculo com a comunidade) em algumas unidades de saúde; e, em outras, têm-se as equipes de Saúde da Família. Este *mix* na assistência à saúde caracteriza o período de transição na atenção básica em Fortaleza.

O Saúde da Família é a grande estratégia da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. É a partir da organização desse serviço, cujo objetivo é reaproximar profissionais e cidadãos, que se pretende mudar a concepção sobre a atenção em saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias (SMS, 2007).

O primeiro passo para estruturar esse serviço foi a territorialização do município, que se consistiu em uma radiografia do espaço urbano para identificar características e necessidades da população. O objetivo foi estabelecer critérios racionais de atuação das equipes, de acordo com o nível de risco das áreas residenciais. Fortaleza foi subdividida em quatro níveis de risco, cujo número de equipes é proporcional ao universo de pobreza da população. Esse trabalho também serviu para envolver a comunidade no novo projeto político, segundo a compreensão de que o SUS só pode ser viabilizado com a participação social (SMS, 2007).

Constatou-se que um milhão e seiscentas mil pessoas, o equivalente a 70% da população de Fortaleza, necessitam do SUS de maneira mais efetiva. Para cobrir 100% desse contingente, seria necessário o trabalho de 460 equipes do PSF, com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas e auxiliares / técnicos e higiene bucal, além de 2.700 agentes comunitários de saúde (SMS, 2007).

A ESF de Fortaleza pretende devolver para a atenção básica o que é da responsabilidade dela, resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema, de onde

só serão encaminhados para os centros de referência os pacientes com problemas mais complexos.

O Ministério da Saúde institui como equipe mínima para Estratégia Saúde da Família um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário ou técnico de higiene bucal e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004c).

Foram estabelecidos como critério de inclusão para os participantes da pesquisa serem profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas cadastrados nas equipes de saúde da família, que aceitassem participar de modo espontâneo e que estivessem atuando na prática das Unidades de saúde com a ESF. Excluíram-se os ausentes, aqueles que se encontravam de férias ou licenças médicas e os que não se dispuseram a participar.

Acredita-se que com a ajuda destes profissionais irá efetivar-se o modelo de atenção primária à saúde, centrado nos princípios doutrinários e norteadores do Sistema Único de Saúde.

Corroborando com o critério exposto, a Política Nacional da Atenção Básica em seu capítulo I dos princípios gerais, afirma que esta tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Apesar das consultas de a puericultura e o acompanhamento de crianças e adolescentes serem sistematizados pelos profissionais médicos e enfermeiros, achamos importante incluir o cirurgião-dentista como participante da pesquisa, considerando a grande demanda de crianças e adolescentes atendidas e acompanhadas por estes profissionais. Além disso, acharmos importante o papel das três categorias, no que diz respeito ao atendimento integral ao indivíduo.

No intuito de preencher lacunas existentes no processo de notificação e abordagem a vítimas de violência a Secretaria de Saúde do município de Fortaleza realizou durante os meses de maio e junho oficinas de sensibilização para profissionais da atenção básica em relação ao tema.

A população alvo do estudo teve como base os dados fornecidos pelas Secretarias Executivas Regionais que, na época da coleta de dados, deste estudo, tinha 247 médicos, 292 enfermeiros e 235 cirurgiões-dentistas cadastrados nas

Equipes de Saúde da Família, totalizando 774 profissionais. Sendo na SER I: 32 médicos, 33 enfermeiros e 30 dentistas; SER II: 34 médicos, 41 enfermeiros e 37 dentistas; SER III: 41 médicos, 56 enfermeiros e 45 dentistas; SER IV: 30 médicos, 33 enfermeiros e 26 dentistas; SER V: 53 médicos, 64 enfermeiros e 43 dentistas e na SER VI: 57 médicos, 65 enfermeiros e 57 dentistas.

Desse modo foi enviado o instrumento de coleta de dados para todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza (774), caracterizando a intencionalidade dessa amostra. Para coleta de dados da pesquisa utilizamos um questionário (Apêndice I) anônimo, auto-aplicado com 39 questões fechadas e 02 questões abertas.

No instrumento de coleta de dados, os quesitos foram elaborados de modo a identificar as dificuldades para o profissional notificar maus-tratos em crianças e adolescentes, o conhecimento desse profissional sobre o tema e a postura diante de casos de maus tratos, além de caracterizar os participantes em relação a sexo, idade, renda e aspectos voltados para a formação profissional.

Este instrumento foi testado com 20 profissionais escolhidos de forma aleatória, em diferentes unidades de saúde e sofreu ajustes quanto à ordem das perguntas e redação dos enunciados, para melhorar a clareza e objetividade. Estes dados não fizeram parte da pesquisa.

Os 774 questionários foram distribuídos nas 89 Unidades de Saúde do município de Fortaleza, no período de agosto a novembro de 2007. Para entrega dos questionários foram seguidos os seguintes passos: (i) explicação do objetivo da pesquisa para as chefias de distrito de saúde das secretarias executivas regionais; (ii) participação nas reuniões de coordenadores de cada SER, com apresentação do projeto; (iii) entrega dos questionários a cada coordenador de um Centro de Saúde da Família de acordo com a quantidade de profissionais existentes; (iv) recolhimento dos questionários devolvidos nas sedes das regionais, num período médio de 45 dias. Dos 774 questionários distribuídos foram devolvidos 359, portanto 46,3% do total, sendo médicos 77, enfermeiros 152 e dentistas 130.

Os dados oriundos das questões objetivas do questionário foram organizados, codificados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva e a cálculos das medidas de significância, através do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), com

respectivo valor de $p \leq 0,05$, no programa Statistical Package Social Sciences – SPSS, versão 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, USA).

Na análise bivariada baseada no teste do qui-quadrado de Pearson, em relação ao processo de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, foi considerado como variável dependente: o profissional ter-se deparado com casos de maus tratos e o fato de ter notificado o caso.

Quanto à categoria profissional, foram descritas as seguintes variáveis: características sócio-demográficas, variáveis relacionadas ao trabalho e variáveis relacionadas à percepção dos profissionais sobre maus-tratos (JEKEL *et al.*, 2005).

Diante das respostas das duas questões abertas, que identificam a opinião dos participantes em relação a instituir a ficha de notificação de maus-tratos na atenção básica e quais as dificuldades para efetivar a notificação, percebemos que algumas respostas se aproximam quanto ao sentido, dessa forma, dentre as técnicas de análise, resolvemos adotar a análise de conteúdo que Bardin (1977) define como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter indicadores, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao discurso dos entrevistados.

A base dessa análise de conteúdo é a inferência. Ainda mais especificamente buscava-se trabalhar com a análise temática, ou seja, aquela cuja unidade de registro é o tema, que é a modalidade mais utilizada dentro da análise de conteúdo (Gomes, 1993). Ela consiste em descobrir núcleos de sentido que constituem a comunicação, cuja presença e frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 1977).

Na análise desses dados foram adotados três procedimentos, que, em determinados momentos, ocorreram simultaneamente:

- Leitura flutuante – inicialmente foi feita uma leitura das questões subjetivas dos questionários aplicados aos profissionais.

Durante a leitura, foram observados os dados contidos no material e sua pertinência com os objetivos da pesquisa, sempre tendo em mente as questões centrais do estudo abordado na revisão bibliográfica (notificação – atenção básica - maus-tratos criança e adolescentes).

- Leitura exaustiva – selecionamos respostas que estavam efetivamente de acordo com os objetivos do estudo e foram consolidadas as primeiras impressões percebidas na leitura flutuante e identificado os pontos convergentes e divergentes dos discursos e agrupados.

Organizamos as respostas de forma vertical e horizontal, para encontrar as convergências. Nesta fase, foram identificadas frases e parágrafos que iam respondendo os objetivos do estudo e se constituindo no corpo de conhecimento.

- Preparação do material: preparamos as informações obtidas nas respostas dos questionários, transcrevendo-as para um quadro de síntese e organizando-as por freqüência de temas abordados.

Destacamos os dados mais significativos do estudo em questão. No processo interpretativo dos resultados buscamos minimizar a influência dos julgamentos da pesquisadora sem, entretanto, embotar a criatividade necessária para chegar-se a conclusões relevantes (Becker, 1999). A oscilação deu-se entre o "rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade" (Bardin, 1977).

Assim sendo, procurou-se destacar o uso dos repertórios interpretativos associados à visão dos profissionais em relação a instituir a notificação na atenção básica e as dificuldades para a notificação, presentes nas respostas dos participantes; procuramos detectar elos com a literatura. A partir daí, verificou-se a necessidade de elaborar categorias, para melhor compreensão e visibilidade do fenômeno.

Dessa forma, destacamos duas questões abertas no questionário e as categorias empíricas que delas emergiram:

- 1) É vantagem instituir a ficha de notificação na atenção básica? Por quê?
- 2) Quais as dificuldades encontradas para notificar maus-tratos em crianças e adolescentes?

Mesmo que alguns participantes afirmassem ser vantagem instituir a ficha, ao descrever os motivos, alguns relataram as dificuldades existentes para que isso ocorra. Sendo assim, obtivemos 512 motivos relatados pelos profissionais para instituir ou não a notificação na Atenção Básica: 341 (66,7%) descreveram motivos posi-

tivos em adotar a ficha de notificação, 79 (15,4%) descreveram motivos contra a adoção da ficha e 92 (17,9%) não responderam a esse quesito.

No que diz respeito aos motivos positivos em adotar essa prática, optamos por criar 03 categorias: (i) Melhor acesso da comunidade ao serviço de atenção básica; (ii) Benefícios às vítimas oriundos da notificação; (iii) Importância dos dados epidemiológicos.

Em relação aos motivos expressos contra a instituição da ficha de notificação no serviço de Atenção Básica, duas categorias foram criadas: (i) Não é demanda da atenção básica e (ii) Falta de estrutura dos serviços.

Os achados referentes à segunda questão aberta nos reportam a uma grande categoria: a dificuldade e suas múltiplas dimensões, onde podemos agrupar três dimensões: dimensão de ordem pessoal, dimensão do processo de trabalho e dimensão familiar / cultural.

Para facilitar a análise das informações e garantir a manutenção do sigilo e do anonimato dos profissionais, adotamos para eles codinomes baseados na categoria profissional (médico, enfermeiro, dentista).

Em conformidade com a resolução 196/96, este estudo adotou os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

(1) Autonomia: consentimento livre e esclarecido dos participantes e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de modo que sejam tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; (2) Beneficência: ponderação entre riscos e benefícios atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; (3) Não-maleficência: garantia de que danos passíveis de prevenção serão evitados e (4) Justiça e equidade: fundar-se na relevância social da pesquisa (BRASIL, 1996).

De acordo com Trentini e Paim (1999), a pesquisa envolve diretamente clientes, a proposta deve contemplar a informação, o reconhecimento e a concordância (ou não) deles, em negociação da pesquisa e suas implicações.

O desenvolvimento das pesquisas tem trazido uma contribuição relevante para o ser e o fazer da enfermagem, pois nessas se investigam métodos, conhecimentos, práticas e outras questões que contribuam com o cuidado holístico e

sistematizado.

O Projeto da Pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, onde recebeu aprovação para realização do estudo, segundo parecer 072/20007, com registro no coética 07-087 (Anexo II).

Antecedendo o ato de aplicação da entrevista, foi esclarecido o objetivo da pesquisa aos profissionais e obtidas sua autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II), juntamente com a carta de informação ao participante (Apêndice III)

Neste aspecto Polit e Hungler (1995) alertam que o consentimento autorizado permite aos sujeitos informações a respeito da pesquisa a ser realizada, bem como, o poder de livre escolha, o que capacita a consentir voluntariamente, participar da pesquisa, ou negar a sua participação.

5 RESULTADOS

Tabela 1

Características sócio-demográficas de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Equipe de Saúde da Família. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis sócio-demográficas	Profissão					
	Médico (N = 77)		Enfermeiro (N = 152)		Cirurgião-dentista (N=130)	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Sexo						
Masculino	24	31,2	28	18,4	39	30,0
Feminino	53	68,8	124	81,6	91	70,0
Idade (anos)*						
20 -30	30	38,9	67	44,2	64	49,2
31-40	30	38,9	68	44,7	52	40,0
41-50	07	9,3	11	7,2	08	6,3
> 51	10	12,9	06	3,9	05	3,8
Não respondeu	00	-	00	-	01	0,7
Renda Familiar (R\$)						
0 - 3.000	10	13,0	50	32,8	34	26,1
3.001 - 5.000	26	33,7	52	34,3	36	27,6
5.001 – 10.001	26	33,7	39	25,7	54	41,5
Acima de 10.000	15	19,6	11	7,2	03	2,4
Não respondeu	00	-	00	-	03	2,4
Estado Civil						
Solteiro	27	35,4	54	35,5	59	45,4
Casado	43	55,8	83	54,6	65	50,0
União consensual	02	2,5	08	5,3	03	2,4
Viúvo	00	-	01	0,7	00	-
Desquitado	02	2,5	02	1,3	01	0,7
Divorciado	03	3,8	04	2,6	02	1,5
Possui Filhos						
Sim	39	50,6	71	46,7	52	40,0
Não	38	49,4	81	53,3	78	60,0

* Estratificação da idade de acordo com a população economicamente ativa. (IBGE, 2000).

As principais características dos profissionais em estudo apontam para uma maioria de mulheres (74,6%), predominantemente jovem, com idades entre 20 e 40 anos (69,9%).

Pouco mais da metade dos profissionais eram casados (53,2%), porém apenas 45,1% tinham filhos. A renda familiar foi superior, entre os profissionais médicos, em relação às outras categorias estudadas (Tabela 1).

Tabela 2

Caracterização dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas em relação a formação acadêmica / profissional. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis relacionadas ao trabalho	Profissão					
	Médico (N = 77)		Enfermeiro (N = 152)		Cirurgião-dentista (N=130)	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Graduação (anos)						
0 – 2	06	7,8	03	1,9	08	6,2
3 – 5	13	16,9	43	28,3	27	20,8
6 – 10	31	40,4	66	43,3	61	47,0
11 – 15	10	12,9	25	16,7	21	16,1
16 – 20	05	6,5	06	3,9	07	5,3
> 21	12	15,5	09	5,9	06	4,6
Universidade						
Pública	60	77,9	105	69,0	102	78,4
Privada	17	22,1	47	31,0	28	21,6
Pós-graduação						
Nenhuma	15	19,5	21	13,8	21	16,3
Esp. Saúde Pública	26	33,8	80	52,6	62	47,7
Esp. Outras áreas	07	9,0	40	26,4	39	30,0
Resi. Saúde Pública	08	10,4	04	2,7	01	0,7
Resi. Outras áreas	18	23,5	00	-	00	-
Mest. Saúde Pública	03	3,8	05	3,2	05	3,8
Mest. Outras áreas	00	-	02	1,3	02	1,5
Trabalho na ESF*						
(anos)						
0 – 2	17	22,1	22	14,5	32	24,7
3 – 5	17	22,1	45	29,7	36	27,7
6 – 8	27	35,1	56	36,8	49	37,7
9 – 11	11	14,3	24	15,8	11	8,4
12 -14	04	5,2	04	2,6	02	1,5
> 15	01	1,2	01	0,6	00	-
Possui outro trabalho						
Sim	38	49,3	64	42,1	52	40,0
Não	38	49,3	82	53,9	75	57,6
Sim, outro setor	01	1,4	06	4,0	03	2,4

* Estratégia Saúde da Família.

A grande maioria dos profissionais (74,3%) graduou-se em Universidades Públicas e possuem de 06 a 10 anos de formação (44%). Uma proporção pequena (15,8%) afirmou não possuir pós-graduação.

Quanto ao tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, 64% trabalham entre 03 e 08 anos no Programa. Em contrapartida, quase a metade, possui outro trabalho para complementação de renda (45,6%) (Tabela 2).

Tabela 3

Variáveis relacionadas à ótica dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis	Profissão						Sd*	p**
	Médicos (N = 77)		Enfermeiros (N = 152)		Dentista (N=130)			
	n/N	%	n/N	%	n/N	%		
Sofreu maus-tratos								
Sim	09	11,7	19	12,6	06	4,6		
Não	65	84,5	122	80,3	118	90,8	0,36	0,199
Não lembra	03	3,8	06	3,9	06	4,6		
Não respondeu	00	-	05	3,2	00	-		
Participou de treinamento								
Sim	26	33,7	48	31,5	37	28,2	0,46	0,708
Não	51	66,3	104	68,5	93	71,8		
Gostaria de participar de treinamento								
Sim	69	89,6	141	92,7	111	85,3	0,30	0,133
Não	08	10,4	11	7,3	19	14,7		
Conhece o ECA***								
Sim	48	62,3	98	64,4	56	31,5	0,49	< 0,001
Não	29	37,7	54	35,6	74	68,5		
Como teve acesso								
Na graduação	07	9,0	25	16,4	04	3,0		
Na pós-graduação	05	6,4	04	2,6	06	4,6		
Cursos específicos	17	22,0	24	15,7	12	9,2	0,5	0,052
Pesquisa própria	14	18,2	35	23,0	24	18,4		
Outros	05	6,4	10	6,5	10	7,6		
Conhece a ficha de notificação								
Sim	39	50,6	92	60,5	41	39,2	0,5	< 0,001
Não	38	49,4	60	39,5	89	60,8		
Na unidade possui a ficha								
Sim	27	35,0	83	54,6	39	30,0		
Não	18	23,3	30	19,7	11	8,4	0,9	< 0,001
Não sabe	31	40,2	38	25,0	80	61,5		
Não respondeu	01	1,5	01	0,7	00	-		
Confia nos órgãos de proteção								
Sim	43	55,8	89	58,5	64	49,2	0,5	0,353
Não	31	40,2	53	34,8	58	44,6		
Não sabe responder	02	2,5	03	1,9	06	4,6		
Não respondeu	01	1,5	07	4,8	02	1,6		

* Std.deviation = desvio padrão, refere-se a variação máxima e mínima que os dados podem sofrer.

** Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$.

***Estatuto da Criança e Adolescente.

A maioria (84,9%) dos profissionais não foram vítimas de maus-tratos na infância ou adolescência e poucos (23,3%) costumam ler sobre a temática. Pouco mais da metade (54,5%) confia nos órgão de proteção à criança e ao adolescente.

Apesar de muitos profissionais (69%) nunca terem participado de treinamentos na área da violência contra crianças e adolescentes, uma pequena parcela (10,5%) não tem interesse por cursos sobre o assunto.

Houve associação, estatisticamente significativa, entre a categoria profissional e o conhecimento sobre o Estatuto da Criança e Adolescente. Os enfermeiros e dentistas foram os profissionais com maior percentual de conhecimento sobre o ECA.

Também apresentou associação, estatisticamente significativa, entre a categoria profissional e o conhecimento da ficha de notificação como ainda da presença do instrumento na unidade de saúde; os enfermeiros foram destacados por conhecerem mais que os outros profissionais sobre a ficha e saberem de sua presença na unidade (Tabela 3).

Tabela 4

Variáveis relacionadas à prática dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis sócio-demográficas	Profissão					
	Médico (N = 77)		Enfermeiro (N = 152)		Cirurgião-dentista (N=130)	
	n/N	%	n/N	%	n/N	%
Lê sobre o assunto						
Sim	23	29,8	39	25,6	22	16,9
Não	54	70,2	113	74,4	108	83,1
Assunto discutido na unidade						
Sim	31	40,2	75	49,3	47	36,1
Não	46	59,8	77	50,7	82	63,0
Não respondeu	00	-	00	-	01	0,9
Vantagem instituir a ficha na AT*						
Sim	71	92,2	127	83,5	110	84,6
Não	06	7,8	24	16,5	17	13,0
Não respondeu	00	-	01	0,7	03	2,4
Deparou-se com casos de maus-tratos						
Sim	43	55,8	82	53,9	44	33,8
Não	34	44,2	70	46,1	85	65,5
Não respondeu	-	-	-	-	01	0,7
Como identificou						
Relato da vítima	06	7,7	12	7,8	03	2,3
Relato parente / vizinho	21	27,2	48	31,5	20	15,3
Comportamento alterado	16	20,7	22	14,4	21	16,2
Presenciou algum tipo de violência						
Sim	27	35,0	45	29,7	41	31,5
Não	49	63,8	106	69,7	89	68,5
Não respondeu	01	1,2	01	0,6	-	-
Qual ambiente						
Casa	03	3,8	06	3,9	04	3,0
Escola	-	-	-	-	-	-
Bairro	03	3,8	13	8,5	12	9,2
Ambiente de trabalho	15	19,4	17	11,2	15	11,5
Outro	04	5,2	08	5,2	09	6,9
Conhece algum banco de dados						
Sim	02	2,6	02	1,4	01	0,8
Não	75	97,4	150	98,6	129	99,2
Conhece instituição de assistência à vítima de violência						
Sim	12	15,5	31	20,3	10	7,7
Não	65	84,5	119	79,7	119	91,5
Não respondeu	-	-	-	-	01	0,8

*Atenção Básica.

A maioria dos profissionais (85,7%) acha vantagem instituir a ficha de notificação compulsória de maus-tratos à infância e adolescência na Atenção Básica, mas esse ainda é um assunto pouco discutido no ambiente de trabalho (42,6%) e muitos (76,6%) não costumam ler sobre o assunto.

47% dos profissionais já se depararam com casos de maus-tratos, sendo o relato de parentes ou vizinhos a forma mais citada de identificação desses casos.

A grande maioria dos profissionais não conhece bancos de dados de vítimas de violência e instituições de assistência à vítimas de violência, sendo 98,6% e 84,4%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 5

Variáveis relacionadas aos profissionais que se depararam com casos de maus-tratos na sua práxis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis	Profissional se deparou com caso de maus-tratos				p*
	Sim (N=169)		Não (N=189)		
	n/N	%	n/N	%	
Notificou o caso					
Sim	70	41,4	00	-	0,138
Não	94	55,6	03	1,5	
Não respondeu	05	3,0	186	98,5	
Categoria profissional					
Médicos	43	25,4	34	17,9	0,001
Enfermeiros	82	48,5	70	30,1	
Cirurgiões-dentistas	44	26,1	85	52,0	
Conhece a ficha de notificação					
Sim	96	56,8	76	40,2	0,002
Não	73	43,2	113	59,8	
Na unidade possui ficha de notificação					
Sim	76	44,9	73	38,6	0,159
Não	30	17,7	28	14,8	
Não sabe	61	36,0	88	46,6	
Não respondeu	02	1,4	00	-	
Conhece o ECA*					
Sim	114	67,4	88	46,5	< 0,001
Não	52	30,7	101	53,5	
Não respondeu	03	1,9	00	-	
Sabe para onde Encaminhar					
Sim	99	58,5	76	40,3	0,001
Não	70	41,5	113	59,7	
Medo de envolvimento Legal					
Sim	105	62,2	88	46,5	0,004
Não	64	37,8	100	52,9	
Não respondeu	00	-	01	0,6	
Conhece instituição de apoio às vítimas					
Sim	28	16,5	25	13,2	0,337
Não	138	81,6	164	86,8	
Não respondeu	03	1,9	00	-	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$.

** Estatuto da Criança e Adolescente.

Houve associação, estatisticamente significativa, entre os profissionais que se depararam com casos de violência contra criança e a categoria profissional, onde os enfermeiros foram os identificados como os que mais se depararam com tal situa-

ção, como também, entre os profissionais que se depararam com casos de violência contra criança e o conhecimento da ficha de notificação e do ECA, onde a maioria conhecia tais instrumentos;

Grande parte dos profissionais que se depararam com casos de violência (62,2%) afirmou ter medo de envolvimento legal, fato esse que atestou significância para a pesquisa.

Estatisticamente significativa, também, foi o fato de saber para onde encaminhar e ter-se deparado com casos de maus tratos. Não houve diferença estatisticamente significativa no fato do profissional ter abordado casos de maus-tratos e as seguintes características: ter notificado o caso, a unidade possuir a ficha de investigação, e o conhecimento dos profissionais em relação a instituições de apoio a vítimas de violência (Tabela 5).

Tabela 6

Variáveis relacionadas aos profissionais que notificaram casos de maus-tratos em sua prática. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis	Profissional que notificaram casos de maus-tratos				p*
	Sim (N=70)		Não (N=97)		
	n/N	%	n/N	%	
Categoria Profissional					
Médico	21	30,0	22	22,6	0,564
Enfermeiro	31	44,2	47	48,6	
Cirurgião-dentista	18	25,8	28	28,8	
Formação (anos)					
0 – 2	02	2,8	05	5,1	< 0,001
3 – 5	11	15,7	19	19,5	
6 – 10	35	50,0	33	34,0	
11 – 15	06	8,5	27	27,8	
16 – 20	01	1,4	10	10,3	
> 21	15	21,6	03	3,3	
Pós graduação					
Nenhuma	06	8,5	18	18,5	0,029
Esp. Saúde Pública	36	51,4	28	28,9	
Esp. Outras áreas	12	17,2	30	30,9	
Resi. Saúde Pública	05	7,2	05	5,1	
Resi. Outras áreas	04	5,8	10	10,4	
Mest. Saúde Pública	06	8,5	04	4,2	
Mest. Outras áreas	01	1,4	02	2,0	
Tempo de trabalho na ESF**					
0 – 2	14	20,0	22	22,7	0,128
3 – 5	12	17,2	25	25,8	
6 – 8	27	38,6	35	36,0	
9 – 11	10	14,2	14	14,4	
12 -14	05	7,2	01	1,1	
> 15	02	2,8	00	-	
Sofreu maus-tratos					
Sim	11	15,7	13	13,4	0,221
Não	57	81,5	70	72,1	
Não lembra	02	2,8	09	9,3	
Não respondeu	00	-	05	5,2	
Confia nos órgão de proteção					
Sim	42	60,0	53	54,6	0,551
Não	26	37,2	41	42,3	
Não respondeu	02	2,8	03	3,1	
Sabe para onde Encaminhar					
Sim	56	80,0	43	44,3	< 0,001
Não	14	20,0	54	55,7	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$.

** Estratégia Saúde da Família.

Quanto à notificação do caso de violência, a categoria profissional não apresentou dado estatisticamente significativo, bem como em associação com o tempo de trabalho no Saúde da Família, o fato de ter sofrido maus-tratos na infância, confiar nos órgãos de proteção e saber para onde encaminhar.

O Tempo de formação e o fato de ter pós-graduação influenciaram significativamente na notificação de maus-tratos contra criança e adolescente (Tabela 6).

Tabela 7

Motivos favoráveis à adoção da ficha de notificação na Atenção Básica. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007. (N = 341)		
Categorias	Motivos Favoráveis	
	n	%
Melhor acesso da comunidade ao serviço de atenção básica	89	26,0
Benefícios às vítimas oriundos da notificação	182	53,4
Importância dos dados epidemiológicos	70	20,6

Os principais motivos que os profissionais em estudo atribuíram como vantagem da notificação ser instituída na atenção básica foram os benefícios que essa prática pode trazer para as vítimas (53,4%); a facilidade de acesso da comunidade aos serviços de saúde da atenção primária representa 26% da opinião dos participantes e a importância dos dados estatísticos 20,6% (Tabela 7).

Os dados da tabela podem ser confirmados através das discursos abaixo:

“Os profissionais da atenção básica trabalham diretamente com as famílias e podem identificar casos de maus-tratos mais facilmente” (Enfermeiro-69)

“Acho vantagem principalmente se adotada pela própria equipe do PSF onde o vínculo familiar é mais forte” (Médico-40)

“As informações são indispensáveis para conhecer, detectar ou prever mudanças no processo com a finalidade de recomendar e executar medidas de prevenção e controle”. (Detista-03)

“Somente através da notificação compulsória, teremos a idéia de casos e poderíamos elaborar estratégias de reverter esse quadro”. (Enfermeiro-19)

Tabela 8

Motivos não favoráveis à adoção da ficha de notificação na Atenção Básica. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007. (N = 79)

Categorias	Motivos não favoráveis	
	n	%
Não é demanda da atenção básica	11	13,9
Falta de estrutura da rede de apoio	68	86,1

Dois categorias emergiram das 79 (100%) respostas que os profissionais relataram barreiras na implantação da ficha na atenção básica: Não é demanda da atenção básica (13,9%) e falta de estrutura da rede de apoio (86,1%) (Tabela 8).

Os discursos dos participantes estão expressos abaixo:

“ A falta de informações quanto aos órgãos de apoio e falta de compromisso dos órgãos públicos ” (Médico-25)

“ Falta de clareza relacionada aos órgãos que receberão as notificações, não basta notificar e guardar e sim saber o que serão feitos após a notificação ”. (Dentista-33)

“ Essa casuística não aparece em UBASF ” (Médico-09)

“ A grande demanda de pacientes não permite uma atenção maior a exames mais detalhados ” (Médico-14)

“ Talvez essa não seja a melhor saída, o acúmulo de notificações sem resolução não iria adiantar de nada, não sei muito sobre o assunto, mas acho que devem existir outras maneiras de resolver esse problema social ” (Enfermeiro-92)

É importante relatar que as frequências relatadas nas tabelas 7 e 8 não se referem ao total de profissionais que afirmaram ser vantagem ou não, foram levados em consideração os motivos expostos, e dentre os profissionais, 92 não responderam a questão e muitos elencaram mais de um motivo.

Tabela 9

Dificuldades dos profissionais para realizarem a notificação de maus-tratos Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007. (N = 547)

Categoria: Dificuldades e suas múltiplas dimensões	n	%
Dimensão de ordem pessoal	269	49,2
Dimensão do processo de trabalho	140	25,6
Dimensão familiar / cultural	50	9,1
Não há dificuldades	06	1,2
Não respondeu	82	14,9

Foram catalogadas 465 dificuldades relatadas pelos profissionais em estudo para adotarem a notificação na prática cotidiana, sendo que 82 profissionais não responderam esta questão. Ao fazer uma análise detalhada das respostas uma grande categoria foi criada: dificuldades e suas múltiplas dimensões, onde foram subdivididas em 03 dimensões: dimensão de ordem pessoal, relatada em 49,2% das respostas, dimensão do processo de trabalho que representa 25,6% das dificuldades e a dimensão familiar / cultural com 9,1% das opiniões dos profissionais. 1,2% dos participantes afirmaram não ter dificuldade em notificar maus-tratos (Tabela 9).

As múltiplas dimensões relatadas pelos profissionais podem ser visualizadas através dos discursos abaixo:

“Falta de conhecimento sobre o assunto, falta de treinamento” (Médico-37)

“Falta de conhecimento dos procedimentos legais; dificuldade em lidar com a situação; em 1997 encontrei através de uma visita domiciliar uma criança amarrada na mesa da cozinha, denunciei a ação social e ao juiz do município, a mãe da criança ficou chateada, não falou mais comigo” (Enfermeiro-46)

“A principal dificuldade é o desconhecimento dos procedimentos e medo de envolvimento legal” (Enfermeiro-17)

“As maiores dificuldades para notificar são: sobrecarga de trabalho; ficha muito detalhada; dificuldades em formar equipes; riscos da equipe; conscientização dos profissionais” (Enfermeiro-51)

“A principal dificuldade é o envolvimento legal, medo de repressão por parte do agressor, o envolvimento emocional, falta de conhecimento sobre ficha de notificação; falta de conhecimento do órgão para o encaminhamento e falta de treinamento para tratar sobre o assunto” (Enfermeiro-22)

“Culturalmente ainda se aceita algum tipo de violência (palmada); como diferenciar miséria de negligência? Trabalho numa área muito pobre, pessoas com baixo nível de educação (estudo mesmo); medo da violência (ameaças) quando se denuncia; não temos retorno dos órgãos responsáveis (o que foi feito com aquele caso?); muita politicagem no conselho tutelar. Será que realmente a notificação faz diferença para a vida daquelas crianças?.” (Médico-20)

Ressaltamos que os profissionais odontólogos, em muitos casos, demonstram a falta de habilidade a lidar com casos de maus-tratos, revelado nas falas a seguir:

“(…), com o odontólogo o paciente vem com roupa que pode cobrir as agressões, já que trabalhamos no rosto do paciente” (Dentista-13)

“Na clínica odontológica não é muito comum este tipo de abordagem.” (Dentista-43)

“A odontologia é alheia a notificação de maus tratos” (Dentista-39)

6 DISCUSSÃO

Entre os 359 participantes do estudo predominou o sexo feminino (74,7%), a faixa etária de 20 a 40 anos (86,6%), estado civil casado (53,2%) e a categoria médica apresentou a maior renda familiar. Apesar de a maioria ser casado, 54,8% aludiram que não possuem filhos.

Canesqui e Spinelli (2006) ao investigarem o perfil sócio-demográfico e ocupacional de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, identificaram também a predominância do sexo feminino (59%), casados (51,4%), em contrapartida identificou profissionais 'maduros', cuja mediana de idade encontrada foi de 36,0, ao passo que, em grandes centros urbanos (BRASIL, 2002b), predominam os profissionais mais jovens, com idade abaixo de trinta anos.

O fato das pesquisas que caracterizam os profissionais de saúde demonstrarem a predominância do sexo feminino, este dado não surpreende tendo em vista os movimentos feministas ocorridos no século XX e as conquistas da categoria em virtude das lutas (ÁVILA; CÔRREA, 1999).

Os dados do IBGE (2000) em relação ao mercado de trabalho apontam que o nível da taxa de atividade do Brasil, em 1997, foi de 60,1%, 73,9% para os homens e 47,2% para as mulheres, contudo as Regiões Sul e Centro-Oeste se encontraram em média 5% acima deste nível, a Região Nordeste bem próxima e as Regiões Norte urbana e Sudeste abaixo.

O fato da maioria dos profissionais ser mulheres está também associado ao número de enfermeiros participantes do estudo, que há predominância feminina. Ao analisarmos os profissionais que notificaram maus-tratos, os enfermeiros foram os que mais efetivaram essa prática, sendo assim, podemos inferir que as mulheres foram as que mais notificaram, talvez isso ocorra devido à sensibilidade feminina, o fato de gerar filhos, pode ser um fator positivo na preocupação com crianças e adolescentes, entre outros fatores.

Ao considerarmos que o surgimento da Estratégia Saúde da Família ainda é remota, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde em 1994 (BRASIL, 2006b), justifica-se os dados que apontam os profissionais jovens como os principais trabalhadores nesse campo.

Percebe também no estudo que a isonomia salarial entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família ainda é muito distante da realidade dos municípios nordestinos, principalmente por conta da carência do profissional médico na região.

Corroborando com os dados de Fortaleza, no Estado do Mato Grosso (CANESQUI; SPINELLI, 2006), o rendimento bruto informado por 46,3% dos médicos ficou na faixa de 25 a 35 salários mínimos, enquanto o informado por 78,4% dos enfermeiros estava na faixa de 5 e 15 salários mínimos mensais, revelando uma diferença importante de renda das duas categorias profissionais. As remunerações dos médicos do PSF no Estado de Mato Grosso destacaram-se em relação às das demais regiões e, segundo outros estudos (PAIVA *et al.*, 2006), 87,4% deles recebiam de R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00.

A questão salarial é um dos pontos cruciais no que diz respeito à motivação e compromisso de qualquer profissional, quando levamos essa realidade para a área da saúde temos que fazer algumas reflexões: como um profissional de saúde irá cuidar do outro, promover saúde, se não está satisfeito com as condições trabalhistas que lhe assiste? Como este profissional irá acompanhar integralmente um usuário se precisa fazer consultas rápidas para dá conta de mais um ou dois trabalhos que complementam sua renda?

Se levarmos esta realidade para a prática da notificação de maus-tratos, observamos que vários casos de maus-tratos já passaram por consultórios médicos, de enfermagem ou odontológicos, sem o profissional ao menos suspeitar devido a uma abordagem simplória, sem aprofundar as questões subjetivas que os usuários trazem para os atendimentos.

O fato de a maioria dos profissionais em estudo não possuírem filhos pode-se supor que seja reflexo da própria inserção das mulheres no mercado de trabalho, das duplas, ou triplas jornadas, conseqüentes da precarização do trabalho em saúde. Prova disso é que 54,3% dos participantes da pesquisa não possuem outro trabalho, pois a contratação através de concurso público origina maior estabilidade e satisfação dos profissionais.

Dentre os profissionais com duplo vínculo, 48,7% informaram exercê-lo no setor público e 51,3% no setor privado. A exclusividade da jornada de quarenta horas no PSF é uma exigência do Ministério da Saúde, parcialmente cumprida tam-

bém em outras regiões (Machado, 2000) e nos distintos municípios brasileiros, cujas contratações e jornadas de trabalho (das equipes de SF) – variam consideravelmente.

Para Mendes-Gonçalves (1994), o trabalho é entendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou carência, é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais e também possibilita a livre criação.

A expansão da Estratégia Saúde da Família contribui de forma importante para o aumento da cobertura da atenção, especialmente nos municípios com menos de 500.000 habitantes, no interior e nos territórios até então desprovidos de serviços públicos. Contudo, nos grandes centros urbanos, nas regiões metropolitanas com e municípios acima de 500 mil habitantes, a ESF, por si só, não é capaz de organizar, qualificar e dar conta de resolver a demanda por assistência à saúde na esfera da atenção básica. Nessas regiões, a população continua a depender das emergências hospitalares para garantir o acesso aos serviços e à atenção à saúde (MINAYO; DESLANDES, 2007).

O novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde, tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2004C).

Assim a abordagem integral dos indivíduos / famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõe as equipes interdisciplinares. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada, para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica de trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional (FRANCO; MERHY, 2000). Há de se identificar, nessas equipes os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como produz o cuidado em saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Nesse sentido entendemos que a abordagem de casos de violência na atenção básica é essencial, os próprios princípios da ESF fortalecem essa questão

já que se trata de um serviço onde se configura como porta de entrada do sistema, tem maior vínculo com a comunidade, facilitando a identificação de casos, além da valorização da participação popular, onde várias estratégias de combate a violência, formação de redes, podem ser elaboradas a partir de um planejamento com a comunidade.

Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a essa nova realidade (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos.

O estudo aponta que 15,9% dos profissionais não possuem nenhuma pós-graduação, em contrapartida os cursos de pós-graduação de preferência entre os estudados são os da área de saúde coletiva, sendo a especialização em saúde pública cursada por 46,8% e a residência e o mestrado na área citada escolhida por 3,6% e 3,6%, dos profissionais, respectivamente.

A qualificação profissional é muito importante e deve ser sempre estimulada, o Ministério da Saúde implantou, através da Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente que tem como proposta de ação estratégica contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004e).

A maioria dos profissionais (74,4%) obteve graduação superior em instituições públicas. Dados também relatados na pesquisa de Canesqui e Spinelli (2006) onde 61,3% dos entrevistados graduaram-se em instituições públicas.

Apesar dos dados em relação aos profissionais que sofreram maus-tratos na infância não representarem significância neste estudo ($p = 0,199$), Pires *et al.* (2005) realizaram uma pesquisa em Porto Alegre com 92 pediatras com o objetivo de identificar as barreiras desses profissionais na notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, onde 11% relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância e desses, apenas 50% notificou casos de maus-tratos identificados na sua prática. Essa pesquisa assemelha-se com este estudo o qual 9,6% dos profissionais

afirmam terem sofrido violência na infância e desses, 45,8% notificaram casos de maus-tratos no exercício de suas profissões.

O estudo identifica um achado contraditório: apesar da alta taxa de profissionais afirmarem não ter participado de treinamento específico sobre o assunto (69%), um número expressivo de profissionais (10,5%) afirmaram que não desejam participar de tais treinamentos.

Desde 2005, a Secretaria de vigilância à saúde – SVS / MS – tem procurado capacitar alguns profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos registros dos dados do tema aqui tratado, para que busquem qualificar os registros (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Minayo e Deslandes (2007), ao realizarem uma pesquisa sobre a Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a Redução de Acidentes e Violências em cinco capitais brasileiras, nos anos de 2005 e 2006, constataram que nas cinco capitais estudadas há grupos que estão trabalhando na implantação dos instrumentos do Ministério da Saúde.

Em Manaus, o núcleo de prevenção da Secretaria Municipal de Saúde assumiu essa responsabilidade. Em Recife, os núcleos acadêmicos participam do Projeto Sentinela, sendo responsáveis pela implantação da ficha de notificação sobre violência doméstica. Para o período de 2006 a 2007 o núcleo acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco (FPE) planejou atuar articulando projetos intra e intersetorialmente na prevenção da violência, tendo como prioridade a realização de pesquisas, publicação de material, participação em eventos e congressos e, comunicação e assessoria e apoio à estruturação de núcleos se serviço de municípios vizinhos a Recife (ASSIS *et.al.*, 2007).

A capacitação é extremamente importante para o manejo dos casos, bem como para a qualidade das informações contidas no instrumento de notificação, e essa deficiência foi citada várias vezes pelos profissionais estudados, quando perguntados quais dificuldades encontradas para implantação da notificação na atenção básica, estas estão agrupadas nas dificuldades de dimensão pessoa.

Após a análise bivariada entre a categoria profissional e o conhecimento dos profissionais em relação ao Estatuto da Criança e Adolescente e a Ficha de Notificação, os dados mostram alta significância ($p < 0,001$), onde os enfermeiros

são os que apresentam maior conhecimento sobre o ECA (64,4%) e sobre a ficha de notificação (60,5%).

Na pesquisa de Pires *et al.* (2005), mencionada anteriormente, a maior parte dos pediatras estudados apresentou um grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis suficiente, apesar de a maioria deles não ter realizado treinamento específico nessa área. Nesse sentido, estudos apontam a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamento e da qualificação da formação sobre a atitude dos profissionais de saúde em notificar casos de maus-tratos. Os achados desse estudo confirmam a associação feita por (Vulliamy e Sullivan (2000) bem como por Escobar (1995).

Neste sentido, a maioria significativa dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza está habilitada a lidar adequadamente com situações de violência, exceto os cirurgiões-dentista que em sua maioria não conhece os documentos mencionados (ECA 68,5% e ficha de notificação 60,8%). Contudo, isso não reflete necessariamente o cotidiano das Equipes de Saúde da Família, pois situações reais poderiam ser conduzidas de maneira distinta, dependendo da consciência do profissional e não do seu grau de conhecimento.

O fato de o profissional se deparar com casos de maus-tratos nas suas atividades cotidianas mostrou relação com o grau de conhecimento sobre o ECA ($p < 0,001$) e da ficha de notificação ($p = 0,002$). Contudo, devem ser ressaltadas algumas considerações: não foi possível precisar o número total de casos de maus-tratos não identificados e notificados pelos profissionais; muitos trabalhadores desenvolvem atividade profissional há anos, com trocas de inserção profissional entre privado e público, nesse caso, pode existir viés na lembrança; questões culturais, tais como valores, crença, religião, visão de mundo e outras que poderiam estar influenciando atitudes profissionais, não foram avaliadas.

Apesar dessas restrições este estudo identificou alguns fatores que envolveram os profissionais diante de um caso de violência contra criança, influenciando a sua atitude no momento de notificar ou não notificar: tempo de formação, ter cursado pós-graduação e saber para onde encaminhar. Outra associação significativa para o estudo foi em relação a categoria profissional ($p = 0,001$), saber para onde encaminhar ($p = 0,001$) e medo de envolvimento legal ($p =$

0,004) ao se deparar com esses casos.

O medo de envolvimento emocional é fato também discutido em outras pesquisas (RON 1998; HAERINGEN, 1998). Esse medo reportado pela maioria (53,8%) dos profissionais pode refletir na ausência de suporte institucional eficaz, o profissional que não encontra suporte institucional pode inibir atitudes pró-ativas em relação à notificação de casos de maus-tratos infantis. Portanto, os resultados sugerem que o incremento do conhecimento sobre o tema, poderia atuar como facilitador para a notificação de casos suspeitos, amenizando essas dificuldades.

Como profissional de saúde, ao observar o conjunto de fatores envolvidos na prática da assistência e da prevenção de maus-tratos contra crianças e adolescentes, é fácil constatar a inadequação dos serviços responsáveis, por carência de recursos, inviabilizando a resposta adequada, ou mesmo por desinteresse pela sua organização e conseqüente otimização.

A obrigatoriedade da notificação de maus-tratos é relatada pelo ECA, desde sua criação em 1990, (BRASIL, 1990) o Ministério da Saúde em sua portaria 1.968/2001, reforça essa prática, quando torna obrigatória às instituições públicas de saúde ou conveniadas ao SUS, em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes, com conseqüente encaminhamento aos órgãos competentes (BRASIL, 2001a).

Apesar de já instituída há alguns anos, a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, ainda não faz parte da rotina dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, uma vez que 55,6% dos participantes da pesquisa depararam-se com casos de maus-tratos infantis e não notificaram.

Os casos de violência estão cada vez mais próximos do cotidiano das pessoas, diariamente nos deparamos com histórias de violência na mídia, e esse fenômeno vem se configurando como problema social, que urge uma efetiva intersetorialidade. Sendo assim, o profissional de saúde não pode estar alheio a tal situação e deve posicionar-se como mediador e articulador na rede de apoio de proteção às vítimas, principalmente aqueles que trabalham na atenção básica, locus que a cada dia se confirma como porta de entrada no Sistema Único de Saúde.

Ao serem indagados qual o porquê da notificação ser instituída na atenção básica, muitos profissionais citou o vínculo e o acesso da comunidade como fatores

importantes para adoção dessa prática nas unidades de saúde.

Apesar dessa realidade a notificação de maus-tratos ainda é um assunto pouco discutido nas unidades de saúde. Dos 359 profissionais em estudo, 57,1% afirmaram a não abordagem de tal tema em reuniões das equipes, entre os conselhos de saúde e na própria comunidade. Isso nos leva a refletir o papel do profissional no que tange os princípios do SUS e da Saúde da Família, que enfatiza a promoção de saúde como uma das diretrizes fundamentais do processo de trabalho.

O MS preconiza que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer conhecimentos a comunidade e assim propiciar o questionamento e reflexão sobre os diversos temas relacionados com a saúde (BRASIL, 2004c).

Estas ações educativas devem priorizar sempre a cultura e a realidade de cada comunidade. A este respeito entendemos que a comunicação utilizada pelo profissional deve ser uma linguagem sempre acessível, simples e precisa. Outro aspecto muito importante neste contexto é a prática do acolhimento ao cliente, pelos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que esta estratégia se encarrega da escuta do usuário, permitindo a superação das barreiras e dificuldades, durante o atendimento ao indivíduo que vai em busca de resolubilidade para suas necessidades.

Vale lembrar que a prática do acolhimento precisa ser incorporada pelas equipes de profissionais de saúde, pois permite a otimização do trabalho, o estímulo ao trabalho em equipe e fortalece o vínculo com a comunidade.

Para Hoga (1995) os profissionais também devem estar atentos e devidamente capacitados para não cometer discriminações de ordem sociocultural, de sexo, idade, estado marital, etnicidade, não tratar os usuários com desrespeito, além de toda a base técnica necessária ao atendimento, pois este momento inicial da procura do usuário pelo serviço dependerá o retorno do mesmo aos atendimentos subseqüentes.

Neste sentido, Barroso, Vieira e Varela (2003), afirmam que a educação em saúde é a mudança de comportamento para o exercício da cidadania e para que este processo realmente aconteça se faz necessário que se estabeleçam vínculos entre comunidade e o educador. Portanto, pressupõe-se que as práticas de

educação em saúde, levem o indivíduo a refletir sobre seu comportamento no contexto em que vive e com isso promova a saúde e melhore a qualidade de vida de vida de acordo com a sua realidade, vislumbrando mudanças no cenário social.

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para saúde e intensificação das habilidades vitais e é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2001c).

Promoção à saúde é um processo mediante o qual os indivíduos e as comunidades estão em condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e desse modo, melhorar sua qualidade de vida. A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Esta deve dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do governo, com o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006c).

Para Sucupira (2003), a prevenção dos agravos (incluindo-se a violência), está inserida na promoção da saúde já que a prevenção depende de ações conjuntas entre comunidade e o estado com o objetivo de criar condições favoráveis aos indivíduos para melhorar a qualidade de vida e ter como produto final à saúde.

As ações de promoção propostas na Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências (Brasil, 2001b) incluem: atividades dinamizadoras dos direitos e deveres da cidadania, do diálogo, da tolerância, da qualidade de vida e da paz; sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da mídia; ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular para a importância dos acidentes e das violências; reforço das ações intersetoriais relacionadas ao temas; divulgação técnica dos dados sobre acidentes e violências, apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e produzam edições temáticas; elaboração e divulgação de materiais educativos; capacitações de profissionais de saúde para disseminarem a noção e

promoção à saúde como estratégia de enfrentamento dos acidentes e violências no Brasil.

De forma geral, a política de promoção no que concerne à violência dá destaque, às organizações de redes de proteção e ao estímulo à cultura da paz.

Na concepção de Minayo e Deslandes (2007), tendo em vista as premissas descritas, o primeiro passo diz respeito à melhoria das informações, uma vez que os dados atualmente existentes são subestimados e bastante imprecisos desde o início de sua geração. Ainda que haja fragilidade em todo o processo, os registros de acidentes, em geral, são mais bem feitos e circunstanciados que os de agressão.

Leal e Lopes (2005), por meio de um estudo etnográfico, analisaram os entraves para a notificação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde em um hospital de emergência de Porto Alegre. Descobriram que existe maior comprometimento com o registro quando trata de crianças e adolescentes (especialmente o abuso sexual) do que quando as vítimas são mulheres. Observaram, também, que os profissionais de enfermagem que atuam em emergências são os que melhor notificam, pois desenvolvem um grande domínio na interlocução com as vítimas de agressão, permitindo-lhes saber, a partir dos depoimentos dos usuários, as histórias, as causas e as situações em que as violências transcorrem. Estes achados corroboram os identificados nesta pesquisa em que o profissional enfermeiro (44,2%) foi o que mais notificou casos.

Contudo, este precioso *Know-how* não sustenta quaisquer atividades de monitoramento e prevenção posteriores. Sem o apoio ou orientação institucional, o cotidiano da relação entre as vítimas de agressão e trabalhadores de saúde é movida por preconceitos, medo e uso de estratégias de defesa dos profissionais na tentativa de se resguardarem (LEAL & LOPES, 2005; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; DESLANDES, 2002).

Ora na medida em que há falhas graves no processo de conhecimento dos agravos por violência, geralmente os dados situacionais são muito deficientes. No entanto, isso não ocorre só no Brasil, é universal. Mesmo os países que há muitos anos valorizam a prevenção e a notificação de casos de violência, ainda encontram dificuldades para ampla incorporação dessas práticas no setor saúde (MINAYO; DESLANDES, 2007). Após duas décadas de grande investimento nos Estados

Unidos e Canadá, poucos critérios padronizados de anamnese e diagnóstico de violência (em particular, da violência doméstica) foram implementados no cotidiano do atendimento médico e de saúde. Thurston e Eisener (2006) avaliam que a maior parte das análises que criticam a postura de não envolvimento o faz pelo viés das características individuais dos profissionais.

Durante a realização desta pesquisa, o município de Fortaleza passava por um momento de sensibilização entre os profissionais da Estratégia Saúde da família em relação ao tema, procurando responder aos preceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde, que priorizou a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, como ação prioritária para o biênio 2006-2007. Esta política recomenda o investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual (BRASIL, 2006c).

O desenvolvimento dos cursos de sensibilização / capacitação da Secretaria de Saúde de Fortaleza tem como eixo central criar espaços de aprendizagem nos serviços e seus territórios de abrangência, onde o processo de trabalho em saúde não se limita ao campo específico do serviço. Neste contexto, a mudança das práticas sanitárias e a construção de novos saberes devem ser resultantes de esforços coletivos (SMS, 2007).

Contudo, para que realmente se efetive a mudança de práticas de saúde em relação a notificar violência, é importante considerar a necessidade dos profissionais, quais as carências de saberes, para dessa forma atuar nas lacunas existentes. Não adianta fazer cursos com 'fórmulas prontas', é necessário construir o saber em parceria com os profissionais, dentro do contexto que cada um se encontra.

Ainda que tais questões (notificação) sejam importantes para a proposição de ações que visem a mudar tal quadro, Minayo e Deslandes (2007) pontuam que os fatores contextuais que também interferem nessa situação são pouco explorados, como é o caso da condição de gênero, a cultura e a estrutura organizacional. Entende-se, pois, que há muitas questões a serem analisadas no percurso do correto monitoramento e para isso é fundamental a sensibilização e a formação dos profissionais que notificam, visando a produzir um registro contínuo, padronizado e

adequado. E, principalmente, há de ter, como meta, o diagnóstico voltado para a prevenção e para um atendimento de qualidade.

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais e de institutos de medicina legal, a respeito da importância da qualidade das informações sobre violência e acidentes, é fundamental para o monitoramento adequado da ocorrência desses eventos.

Mas a política de informação não se estabelece isoladamente. Pelo contrário, deve estar associada a diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussões sobre o impacto dos acidentes e violências no setor saúde (PIRES *et al.*, 2005; GONÇALVES & FERREIRA, 2002).

Segundo o documento da Política Nacional de Saúde para a Redução dos Acidentes e Violências, o monitoramento da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos a morbimortalidade, principalmente mediante a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fortalecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido; Criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar; Otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em pronto-socorros e ambulatórios; Estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco, essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existente e metodologia uniforme; Criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no país, visando à união e à otimização de recursos disponíveis (BRASIL, 2002b).

Por se tratar de um assunto considerado de fórum íntimo, geralmente os casos de maus-tratos que chegam aos serviços de saúde são identificados por relatos de parentes ou vizinhos, ou pelo comportamento alterado da criança ou adolescente. Poucos são os casos em que o agressor ou a vítima relatam o fato.

Nesse sentido é necessário um cuidado especial às famílias em situações de riscos e vulnerabilidades sociais. O profissional deve estar atento as sutilezas que podem sugerir maus-tratos; se eles não tiverem essa perspicácia, muitos casos de

violência podem ser atendidos nos serviços como demanda clínica, sem uma abordagem detalhada, passando despercebidos. Nesses casos, a criança ou adolescente não recebe os cuidados e encaminhamentos devidos.

Muitos profissionais afirmam que a grande demanda de usuários nas unidades de saúde, a falta de estrutura física e de condições de privacidade atrapalham o exame físico e uma anamnese criteriosa a ponto de identificar vítimas de abuso juvenil; outros acreditam que essa abordagem não faz parte da atenção básica.

Apesar do estudo não apontar significância no que diz respeito à confiança dos profissionais nos órgãos de proteção e a opinião destes em instituir a notificação na atenção básica, esses dados constitui parte importante do estudo se levar em consideração que para enfrentar o problema é necessário uma rede de apoio inter-setorial e interdisciplinar.

O estudo de Pires *et al.* (2005) evidenciou que apesar da alta taxa de desconfiança nos órgãos de proteção e do receio do pediatra ser envolvido em um processo legal, a identificação e a notificação de casos de maus-tratos infantis foi uma prática freqüente entre os profissionais. Este achado diverge desta pesquisa, a qual 60,0% dos profissionais, que notificaram maus-tratos, disseram que confiam nos órgãos de proteção à infância e adolescência.

O baixo grau de confiança nos órgãos de proteção tem sido fator relacionado com a não notificação, mesmo em países de notificação compulsória e com sistema de proteção adequado (RON, 1998; ASSIS, 2004; BRAZ & CARDOSO, 2000). Neste estudo a notificação não foi influenciada pelo grau de confiança nos órgãos de proteção.

Na concepção de Pires *et al.* (2005) esse achado estaria evidenciando uma mudança de atitude dos profissionais? Alterações contextuais em que o combate à violência infantil tornou-se uma política forte no âmbito da saúde coletiva, com inúmeras estratégias de prevenção e vinculação na mídia, influenciariam positivamente a decisão de notificar. A possibilidade de a notificação levar a um prognóstico ainda menos favorável faz parte desse cenário.

Braz & Cardoso (2000), realizaram um estudo com profissionais da área de saúde do Instituto Fernandes Filgueiras / Fiocruz, com o objetivo de identificar a

percepção acerca da violência e sua responsabilidade em denunciar os casos que vivenciaram, no qual constataram que todos os profissionais entrevistados, mesmo diante de fortes suspeitas de maus-tratos contra crianças, tendem a não denunciar o caso.

Outras questões continuam abertas, salientando a taxa de profissionais que reportam terem sido vítimas de maus-tratos na infância e sua associação com a atitude de não notificar. Esse achado aponta para a direção oposta aos poucos achados que investigaram tal relação (SOCOLAR; REIVES, 2002). O receio de mobilizar sentimentos indesejáveis ligados a uma experiência traumática poderia influenciar a decisão de não notificar um caso de maus-tratos infantis. Porém essa hipótese deve ser explorada em futuras investigações.

Apesar das determinações legais contidas no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil. Isso não surpreende se considerarmos que o mesmo ocorre em países onde a legislação é mais antiga e os sistemas de atendimento mais aprimorados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Corroborando com os autores, apesar da obrigatoriedade que o ECA confere a notificação, no município de Fortaleza percebe-se que os profissionais apresentam dificuldades técnicas específicas em adotá-la como conduta.

Tais dificuldades podem ser agrupadas da seguinte forma: falta de conhecimento e habilidade em identificar e abordar maus-tratos em crianças e adolescentes, falta de capacitações sobre o tema para os profissionais da rede básica e medo de envolvimento legal e emocional, como também da própria família / agressor.

A falta de habilidade dos profissionais em manusear os casos de maus-tratos é notória ao analisarmos as respostas, principalmente do profissional cirurgião-dentista.

Em contrapartida dos discursos descritos acima, Senn, Mcdowell e Alder (2000) afirmam que o cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que possui maiores chances de detectar violência doméstica, principalmente a física, por ser a face o local preferencial das lesões. A observância do dever moral de proteger seu paciente é fundamental para o exercício ético dessa profissão.

A Estratégia Saúde da Família tem em seus princípios a função de organizar a atenção básica. Os profissionais trabalham essencialmente com promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando uma abordagem integral da assistência, os dados encontrados neste estudo mostram o desafio a ser vencido no alcance da integralidade da assistência em saúde.

Além desses preceitos a questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação (ALMEIDA, 1998) logo, muitos profissionais não dispõem de informações. Dentre estas dificuldades a notificação traz muitas dúvidas para os profissionais de saúde, principalmente se o ato de notificar representa uma quebra no sigilo profissional.

Para entender melhor essa questão temos que nos aproximar dos códigos de ética das profissões no que diz respeito à notificação de maus-tratos. Entende-se por código de ética o conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão. Baseado nele, o profissional pode tomar decisões e adotar condutas para o desenvolvimento do seu trabalho (SALIBA *et al.*, 2007).

Ao analisarmos os códigos de ética médica, odontológica, de enfermagem para verificar como é tratada a questão da violência, nenhum desses documentos apresenta a expressão “violência” explicitamente e a expressão “maus-tratos” é citada apenas no código de ética da enfermagem. Porém, alguns artigos dos códigos de éticas fazem referência à obrigação que estes profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Assim, as normas específicas de cada profissão prevêm, mesmo que implicitamente, a necessidade que os trabalhadores da área de saúde têm de denunciar as situações de violência a quem for competente.

O Código de Ética Médica (1988) traz em seu artigo 6º o dever que o médico tem de preservar a dignidade e integridade do seu paciente. Esse artigo poderia estabelecer a responsabilidade do médico na comunicação dos casos de violência, pois, ao denunciar, o médico estaria zelando pela saúde de seu paciente. Contudo, a legislação deixa mais evidente essa obrigação no artigo 49: “É vedado ao médico: Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando

delas tiver conhecimento”.

Nota-se que a maior preocupação desse documento é a omissão, ou seja, o pactuar com a situação. Entretanto, tão importante quanto a identificação da violência é a sua denúncia, o que geralmente não acontece.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) manifestou-se a esse respeito, em seu Parecer no 76/99 (CREMERJ, 1999). Segundo esse parecer, *“a comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional”* (CREMERJ, 1999:18), mesmo que se trate apenas de uma suspeita.

O Código de Ética Odontológica (2003) apresenta as seguintes disposições a respeito: “Art. 5 – Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: V - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente”.

Outra questão que merece ser discutida refere-se ao sigilo profissional, que deve ser mantido (Art.10, I), exceto em situações nas quais a sua conservação implica diretamente na manutenção de um mal maior à vida ou à integridade do paciente. Assim, ao tomar conhecimento de algo que possa prejudicar algum desses direitos, o cirurgião-dentista deverá rompê-lo (Art.10, §1º, b).

Segundo o Código de Ética da Enfermagem (1975) é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão. O documento que norteia eticamente os profissionais da enfermagem é o único, entre as três profissões, que menciona maus-tratos. Aqui, entende-se que essa expressão deve ser interpretada de maneira ampla referindo-se a todas as formas de abuso.

Leal & Lopes (2005), em trabalho realizado com a equipe de enfermagem na emergência de um hospital público de porto Alegre, como o objetivo de identificar o olhar desses profissionais em relação à violência, concluíram que o despreparo para lidar com o paciente violentado e a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico e capacitação dos enfermeiros para lidar com vítimas de violência foram as principais dificuldades desses trabalhadores.

A falta de conhecimento e habilidade desses profissionais em relação ao tema implica na sub notificação de casos de maus-tratos e a não resolutividade desses

casos, deixando cada vez mais as crianças e adolescentes expostos a essa situação, além do serviço não fornecer dados suficientes para que se discuta a questão e se planeje ações em vistas a melhorar esse quadro.

Uma das opções para conferir ao profissional da saúde habilidade para manuseio de casos de maus-tratos juvenil são os cursos de capacitação / sensibilização mencionados anteriormente, que ocorram sistematicamente como reforça a política de educação permanente (BRASIL, 2006c).

7 CONCLUSÃO

Ao concluir uma pesquisa, o pesquisador deve fazer uma reflexão sobre os procedimentos metodológicos adotados e apontar suas limitações. Nesse sentido, observou-se que, em se tratando de um estudo transversal à relação de causalidade não pode ser determinada, mas permite boa pressão das estimativas dos dados. A época em que esses estudos devem ser realizados também merece ser discutida.

Muito tem sido escrito acerca da violência e suas múltiplas facetas, com seu impacto direto e indireto sobre a sociedade. É necessário refletir sobre o sofrimento individual, solitário, infundável dos pacientes, familiares e amigos na convivência diária com o problema e suas conseqüências e qual o papel dos profissionais de saúde diante desse tema.

Enfrentar a violência e suas conseqüências é um desafio maior na trajetória da saúde. Os profissionais convivem diariamente com o problema crucial de enfrentar as dificuldades no manejo da situação das vítimas: dificuldades técnicas para obtenção da assistência médica resolutiva por despreparo das equipes, ou inexistência de insumos ou sistematização dos serviços. Transcende em muito o ato de cuidar.

Para os profissionais de saúde habituados ao convívio diário com múltiplos pacientes, serviços sobrecarregados, diagnósticos incompletos e terapêuticas ineficazes é muito difícil a adoção de práticas que visem minimizar dor, sofrimento e angústia de cada vítima, bem como de melhora da eficácia e eficiência do tratamento.

No entanto nunca um tema provocou e continua a provocar tantas resistências em relação a sua inclusão na pauta do setor saúde. Por causa disso, é muito importante realizar freqüentes monitoramentos e avaliações que permitam perceber os lentos movimentos de inclusão, bem como encontrar as melhores estratégias para acelerar esse processo.

Levando em consideração a qualidade da informação, um bom sistema de notificação permite a compreensão da configuração dos maus-tratos empiricamente e em conseqüência, a reestruturação dos protocolos de acompanhamento e dos programas de prevenção. Mas para efetivar esses sistemas de informação é

necessária capacitação dos profissionais envolvidos no processo.

A maior parte das atividades de formação que vêm ocorrendo no país dá ênfase ao desenvolvimento de habilidades e competências para atuar com violências que atingem crianças, adolescentes, mulheres e com registro de dados de morbimortalidade. Mas a maioria são cursos de curta duração. Poucos avanços ainda se notam na inserção do tema em currículos universitários ou para atendimento de outros segmentos populacionais como o idoso, por exemplo, e outros tipos de violências, como a violência estrutural e urbana.

Ressaltamos que muitas capacitações apresentam-se com instrumental suficiente, porém falta uma visão filosófica, diagnóstica e contextualizada sobre violências, especialmente visando ao comprometimento com a filosofia de promoção de saúde. Dessa forma, o processo de formação para atuação frente a violências ainda não alcança integralmente todos os profissionais envolvidos na atenção; os que são capacitados costumam carecer de continuidade no aprendizado e na reflexão, exceto em alguns lugares e em alguns serviços específicos.

Os casos atendidos têm especificidades que podem facilitar ou dificultar o ato de notificar. Assim, as famílias podem desejar ou tentar impedir a notificação, podem fornecer ou negar informações que fundamentem as suspeitas, podem sentir-se ameaçadas ou protegidas pelo ato de notificar. Finalmente, há questões estruturais que dificultam o ato de notificar ou fazem com que os profissionais minimizem os benefícios gerados pela notificação.

Finalmente, prevenir casos de violência infantil ou reduzir suas seqüelas é uma das muitas tarefas do profissional da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, o incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações de casos de maus-tratos.

Ao retratar o papel dos profissionais da Estratégia Saúde da Família frente a casos de maus-tratos contra criança e adolescentes essa pesquisa traz elementos provocativo à reflexão e à ação. Mais que um simples relato, é, na verdade, um grande estímulo para novos olhares sobre o tema.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAPIA, Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. *Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Disponível em: <http://www.bullying.com.br>. Acesso jun. 2007.

ALMEIDA, E.C. *Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra*. [dissertação de mestrado], Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ASSIS, S.G.; et al. Prevenção, Monitoramento, Capacitação e Pesquisa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). *Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ASSIS, S.G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, (supl. 1), p. 126-134, 2007.

AVANCI, R.C. *O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em uma unidade de emergência* [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

ÁVILA, M.B.; CÔRREA, S. Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: ÁVILA, M.B. *Saúde Sexual Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora: Hucitec, 1999.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. *Rev. bras. Crescimento desenvolv. Hum.* São Paulo, v.2, n.1, p.72-95, 1992.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. Pondo os pingos nos is. *Guia Prático para compreender o fenômeno*. Módulo 1A/B do Telecurso de Especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: LACRI/IPUSP/USP; 1994.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. *Infância e violência fatal em família: primeiras aproximações ao nível de Brasil*. São Paulo: Iglu, 1998.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. (orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A.. *Mania de bater*. São Paulo: Iglu, 2001.

BADIN, L.. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, N.V.. *Violência intrafamiliar contra criança e adolescente*. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2005.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V.. *Educação em Saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Editora Demócrito Rocha, 2003.

BECKER, H.S.. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

BRASIL, Presidência da República. *Constituição Federal 1988*. Brasília, out. 1988.

BRASIL, Presidência da República. Lei 8.069, 13 jul. 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n. 196. *Diretrizes e normas técnicas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Portaria GM / MS, 1.968, 2001. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra criança e adolescentes aos conselhos tutelares*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS / GM, 737, 16 maio 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-ta, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de meta países e Declaração do México*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SAS / MS, 970, 2002. *Dispõe sobre a aprovação e implantação do Sistema de Informação em Saúde para Acidentes e Violências (Sisav)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL, Presidência da República. Lei 10.778, 24 nov. 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional em serviços de saúde públicos e privados. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2003.

BRASIL, Presidência da República. Lei 10.886, 17 jun. 2004. Acrescenta parágrafo ao artigo 129 do decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “violência doméstica”. Publicado no DOU de 18/06/2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406 de 5/11/2004. *Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde, e aprova instrumento e fluxo para notificação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 198 GM / MS 13 fev. 2004. Institui a Política Nacional de Educação *Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Normas Técnicas de Prevenção e tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Técnica sobre Anticoncepção de Emergência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A.. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Rev Latino Am Enfermagem*, v.8, n.1, p. 91-97, 2000.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v.9, p.133-142, 2001.

CAMPOS, G.W.S.. Há pedras no meio do caminho do SUS!. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.298-298, 2007.

CAMURÇA, M.. *Considerações sobre a Atuação e o Funcionamento dos Conselhos Tutelares no Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Religião, 1999.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A..S.. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1881-1892, 2006.

CANHA J.. *A Criança maltratada*. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – estudo prospectivo de 5 anos. Coimbra, Editora Quarteto, 2000.

CAVALCANTI, M.L.T, *et al.*. Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes. *In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas de Saúde. *Não-violência: um desafio constante guia de implantação das comissões de maus tratos contra criança e adolescente*. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2003.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil. *Protocolo de atenção a pessoas em situação de violência*. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2004.

CECOVI, Centro de Combate à Violência. Disponível em: <<http://www.cecovi.org-br>>. Acesso mai. 2007.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Parecer nº 76/99*. Rio de Janeiro: CREMERJ, 1999.

CURY M.. *Temas de direito do menor*. Coordenação das curadorias de menores do Ministério Público do Estado de São Paulo. São Paulo: RT, 1987.

DESLANDES, S.F.. O atendimento às vítimas de violência na emergência: 'prevenção numa hora dessas?' *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S.F.. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DESLANDES, S.F.; *et al.* (coord.). *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção à família com dinâmica de violência doméstica contra criança e adolescente*. Brasília: CLAVES / UNICEF, 2004.

ESCOBAR, S.F.. *A study of factors influencing child abuse reporting by mental health-professionals* [tese doutorado]. Illinois: University of Illinois, 1995.

FERREIRA, A. L.; *et al.*. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: Entraves e possibilidades de atuação. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 123-130, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.. PSF: contradições e novos desafios. *In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>. Acesso em mar. 2006.

GIL, A.C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L... A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.315-319, 2002.

HAERINGEN, A.R.V.. The child abuse lottery - will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* . v.22, p. 159-169, 1998.

HUERTAS, J.A.D.. Epidemiologia. *In: FLORES, J.C.; HUERTAS, J.A.D. (org.). Niños Maltratados*. Madrid: Diaz de Santos, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em <www.ibge.gov.br/home/estatística/ecomomia/pibmunicipios/2004/>. Acesso em ago. 2007.

JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KAWAMOTO, E. E.. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 419-431, 2005.

LIMA, M. A. da S.. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. *Revista gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.17, n.2, p. 185-191, 1996.

LONDONÕ, F.T.. A origem do conceito menor. *In: DEL PRIORE M. (org.). História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

MACHADO, M.H.. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

MELLO, S.L.. Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica?. *Rev. Psicol. USP*, São Paulo, v.10, n.2, p.139-151, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R.B.. *Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1994.

MINAYO, M.C.S.. Violência Social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.10 (supl. 1), p. 7-18, 1994.

MINAYO, M.C.S.. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.. (Orgs.) *Impactos da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.(Orgs.). *Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999 .

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.. *Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da morbimortalidade por Acidentes de trânsito: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba*. Relatório Final da Pesquisa. Rio de Janeiro: Claves, 2006.

MONTEIRO, M. *As transições demográfica e epidemiológica no Brasil*. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso set. 2005.

MOTTA, M.E., *et al.*, Conselho Tutelar e produção da subjetividade. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Psicologia*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, setembro de 2002.

OLIVEIRA, F. Violência Sexual: a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. São Paulo: *J redesaude*, v.19, p. 10-16, 1999.

OLIVEIRA, J. (Org.). *Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (5a. ed.)*. São Paulo: Saraiva, 1995.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global consultation on violence and health: a public health priority*. Genève: WHO, 1996a.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10^a revisão. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo, 1996b.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*: Washington, DC: OMS, 2002.

PAIVA, D.P.; *et al.* Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 377-385, 2006.

PIRES, J.M.A. *et al.* Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife*, v. 5, n. 1, p. 103-108, 2005.

PIRES, J.M.A.. Violência contra a criança e o adolescente. In: DUCAN, Bruce B. *et al.*. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RON, S.. Pediatrician in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse Negl.* v.22, p. 143-153, 1998.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A.. *Epidemiologia e Saúde*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALIBA, O.; *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.3, p. 472-477, 2007.

SANTOS, I.; CLOS, A.C.. Pesquisa Quantitativa. In: GAULTHER, J.A.M. *et al.* *Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. *Dados epidemiológicos*. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso jan. 2007.

SENN, D.R.; MCDOWELL, J.D.; ALDER, M.E.. Dentistry's role in the recognition and reporting domestic violence, abuse, and neglect. *Dent Clin North Am.* v. 45, n. 2, p.343-363, 2001.

SILVA, M.A.S.; VECINAS, T.C.C.. Mapeando a violência contra crianças e adolescentes. In: FERRANI, D.C.A.; VECINA, T.C.C.. *O fim do silêncio na violência familiar*. Teoria e prática. São Paulo: Editora Agora, 2002.

SIPIANI, Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância. Disponível em: [http:// diganaoerotizacaoinfantil. Wordpress .com](http://diganaoerotizacaoinfantil.wordpress.com). Acesso ago. 2006.

THURSTON, W.E.; EISENER, A.C.. Successful integration and maintenance of screening for domestic violence in the health sector: moving beyond individual responsibility. *Trauma Violence Abuse*. v. 7, p. 83-92, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. *Pesquisa em enfermagem, uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis, 1999.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a infância. *A situação das crianças e adolescentes brasileiros*. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br/>>. Acesso abr. 2007.

VULLIAMY, A. P.; SULLIVAN, R.. *Reporting child abuse: pediatrician's experiences with child protection system*. *Child Abuse Negl*, 2000.

WALDMAN, E.A.. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v.5, n.3, 1998.

WALDMAN, E.A.; ROSA, T.E.C.. Vigilância em Saúde pública. Disponível: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/>. Acesso em nov. 2006.

WISSOW, L. L.. *Child Advocacy for the Clinician: An Approach to Child Abuse and Neglect*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) Centro de Saúde da Família: _____

2) Regional

1. () Regional I 2. () Regional II 3. () Regional III
4. () Regional IV 5. () Regional V 6. () Regional VI

2) Sexo

1. () M
2. () F

3) Profissão

1. () Médico(a)
2. () Enfermeiro(a)
3. () Odontólogo(a)

4) Renda Familiar:

1. () 0 |-----| 3.000 reais 3. () 5.001 |-----| 10.000 reais
2. () 3.001 |-----| 5.000 reais 4. () acima de 10.001 reais

5) Idade

1. () 20 |-----| 30 anos 3. () 41 |-----| 50 anos
2. () 31 |-----| 40 anos 4. () acima de 51 anos

6) Estado Civil

1. () Solteiro(a) 3. () União Consensual 5. () Separado
2. () Casado(a) 4. () Viúvo(a) 6. () Desquitado

7) Tem filhos?

1. () Sim 2. () Não

8) Tempo de formado

1. () 0 |-----| 02 anos 4. () 11 |-----| 15 anos
2. () 02 |-----| 05 anos 5. () 16 |-----| 20 anos
3. () 06 |-----| 10 anos 6. () acima de 21 anos

9) Universidade de graduação

1. () Pública
2. () Privada

10) Pós-graduação

1. () Nenhuma
2. () Especialização na área de saúde pública/coletiva
3. () Especialização em áreas específicas. Qual? _____
4. () Residência em na área de saúde pública/coletiva
5. () Residência em áreas específicas. Qual? _____
6. () Mestrado na área de saúde pública/coletiva
7. () Mestrado em áreas específicas. Qual? _____
8. () Doutorado na área de saúde pública/coletiva
9. () Doutorado em áreas específicas. Qual? _____

11) Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

1. () 0 |-----| 02 anos 4. () 09 |-----| 11 anos
2. () 03 |-----| 05 anos 5. () 12 |-----| 14 anos
3. () 06 |-----| 08 anos 6. () acima de 15 anos

12) Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza

1. () 0 |-----| 02 anos 4. () 09 |-----| 11 anos

2. () 03 |-----| 05 anos

5. () 12 |-----| 14 anos

3. () 06 |-----| 08 anos

6. acima de 15 anos

13) Turno que trabalha

1. () Manhã / tarde

2. () Tarde / noite

14) Possui outro trabalho na área da saúde?

1. () Sim

2. () Não

3. () Sim, em outro setor

Se a resposta foi sim:

15) Em que setor da saúde?

1. () Público

2. () Privado

16) Especifique o local, _____

17) Na sua infância/adolescência, lembra se sofreu algum tipo de maus-tratos?

1. () Sim

2. () Não

3. () Não lembra

18) Você já participou de algum treinamento na área de violência contra crianças e adolescentes?

1. () Sim

2. () Não

19) Gostaria de participar de treinamentos sobre o assunto?

1. () Sim

2. () Não

20) Você conhece o Estatuto da criança e do adolescente?

1. () Sim

2. () Não

21) Se a resposta foi sim, como teve acesso?

1. () Na graduação

4. () pesquisa própria

2. () na pós-graduação

5. () Outros, Especifique: _____

3. () em cursos específicos

22) Conhece a ficha de notificação de maus-tratos em criança e adolescente?

1. () Sim

2. () Não

23) Na sua unidade de saúde possui a ficha para notificação de maus-tratos para criança e adolescente?

1. () Sim

2. () Não

3. () Não sei

24) Já se deparou com casos de maus tratos em criança e adolescente?

1. () Sim

2. () Não

Se a resposta foi sim:

25) Como você identificou?

1. () relato da própria vítima

2. () relato de parente/vizinhos da vítima

3. () comportamento alterado no atendimento

4. () Outros, identifique _____

26) Você notificou o caso?

1. () Sim

2. () Não

27) Você já presenciou algum tipo de violência ou agressão?

1. () Sim

2. () Não

28) Se a resposta foi sim, em que ambiente?

1. () em casa

2. () na escola

3. () no bairro

4. () ambiente de trabalho

5. () outro lugar, qual? _____

29) Você confia nos órgão de proteção à criança e adolescente?

1. () Sim 2. () Não

30) Ao notificar um caso de maus tratos, saberia para onde encaminhar?

1. () Sim 2. () Não

31) Se sim, Onde? _____

32) Você tem medo de envolvimento legal ao notificar maus tratos em crianças e adolescentes?

1. () Sim 2. () Não

33) Você conhece algum banco de dados de notificação de maus-tratos em criança e adolescentes?

1. () Sim 2. () Não

34) Você costuma lê artigos sobre a temática (literatura)?

1. () Sim 2. () Não

35) Se sim, onde busca essa leitura?

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. () Jornais | 6. () Revistas |
| 2. () Livros | 7. () Artigos científicos |
| 3. () Dissertações | 8. () Teses |
| 4. () Monografias | 9. () Trabalhos de conclusão de curso |
| 5. () Outros, especifique _____ | |

36) O assunto da violência contra crianças e adolescentes é discutido no ambiente de trabalho?

1. () Sim 2. () Não

37) Se a resposta foi sim, onde ocorrem essas discussões?

1. () roda do centro de saúde
2. () reuniões com a comunidade
3. () reuniões do conselho local de saúde
4. () Outro, especifique _____

38) Você acha que seria vantagem instituir a notificação compulsória de maus tratos contra criança e adolescente na atenção básica?

1. () Sim 2. () Não

Por quê?

39) Você conhece alguma instituição que dê assistência à criança vítima de violência (ONGs, OGs, etc)?

1. () Sim 2. () Não

Qual? _____

40) Descreva as dificuldades encontradas, na sua práxis, para que você realize notificação de maus-tratos em crianças/adolescentes.

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pelo pesquisador em seus mínimos detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Assim estou ciente dos meus direitos, abaixo relacionados, como tendo:

- A garantia de receber informações gerais sobre o significado, justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
- A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga nenhum tipo de penalização.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido sigilo e o caráter confidencial da informação prestada.
- A garantia da não existência a danos e riscos a minha pessoa.
- A garantia de que não terei gastos financeiros durante a pesquisa. Concordo em participar desta pesquisa, levando em consideração todos os elementos acima mencionados.

Reafirmo que fica claro que o participante pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____ .

Participante

Pesquisador

APÊNDICE III

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Geisy Lanne Muniz Luna, portador do CPF: 817.643.593-72, aluno do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: O Processo de Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por Profissionais da Equipe Saúde da Família - Fortaleza (CE). O estudo tem como objetivos:

Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e odontólogos da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará, no exercício de sua práxis.

Identificar a visão desses profissionais em relação a maus-tratos em crianças e adolescentes;

Investigar as barreiras que interferem na notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por esses profissionais, durante o atendimento na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará.

Informo que, antes e durante a pesquisa, o Sr.(^a) será esclarecido de que não haverá riscos ou desconforto durante a realização dos procedimentos da pesquisa; poderá recusar-se a participar ou se retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema, bem como o Sr. (a) não terá prejuízo na sua atividade profissional e familiar. O pesquisador garante que prestará esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Importante é esclarecer que a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 - Fortaleza - Ceará ou coetica@unifor.br. Sendo necessário, contate com a pesquisadora responsável.

Geisy Lanne Muniz Luna

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 3477 -3280

CEP: 60.811-905 - Fortaleza - Ceará.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

ANEXOS

MAPA DE DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CEARÁ