



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

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A NOTIFICAÇÃO DE
MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA
REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA**

ISABELLA LIMA BARBOSA

FORTALEZA – CE

2010

ISABELLA LIMA BARBOSA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A NOTIFICAÇÃO DE
MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA
REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA**

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

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

Fortaleza – Ceará

2010

B238e Barbosa, Isabella Lima.
Estratégia saúde da família e a notificação de maus-tratos contra
crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza / Isabella Lima Barbosa.
- 2010.
77 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.
“Orientação: Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.”

1. Saúde da família. 2. Crianças – Maus-tratos. 3. Crianças – Violência.
I. Título.

CDU 614:364.043

Este trabalho integra a produção científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência – **NEPAV**, conta com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, Edital Segurança Pública nº 05/2008, e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A NOTIFICAÇÃO DE
MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA
REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA**

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

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Acidentes e Violências

Data de aprovação: 10/11/2010.

Banca Examinadora

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

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

Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Antero Sousa Machado – UNIFOR-URCA-ESP/CE
Examinadora

Prof Dr. José Gomes Bezerra Filho
Suplente

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que está acima de tudo e todos, à minha filha Gabriella e ao meu esposo Campelo. Eles fizeram com que eu encontrasse forças para superar todas as adversidades!

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está presente em todos os momentos de minha vida, por mostrar-me a direção da humildade, da compreensão e da gratidão.

À minha filha amada, Gabriella Campelo, e ao meu marido, Campelo Neto, pelo amor, força, compreensão, pelo sentido que dão em minha vida, pela compreensão nos momentos de exaustão, sem eles não teria conseguido atingir mais um sonho e uma etapa vencida. Amo vocês demais.

À minha mãe, Selma Barbosa, e aos meus padrinhos, Roberto Ney Ciarlini Teixeira e Sandra Barbosa Teixeira, pelo apoio incondicional aos meus estudos! Muito obrigada pelo incentivo, torcida e amor. Isso foi essencial para meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu sogro e sogra, Campelo Neto e Euma Maria, pelos princípios e valores demonstrados que seguimos na família. Obrigada!

À professora, amiga, mãe de todos, Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, orientadora deste trabalho, por me acompanhar desde a graduação, ensinando, guiando, aconselhando para o melhor caminho a seguir. É um exemplo de pessoa e de enfermeira sanitaria. O meu muito obrigado por acreditar no meu potencial.

À minha irmã, Dane, que torce sempre por mim. Obrigada pelos pensamentos positivos e pelo amor fraterno.

Aos meus cunhados e cunhadas, Rafael, Tainá, Paulo e Suellen, pelas palavras de força e incentivo à minha vida acadêmica! Obrigada de coração!

Aos meus compadres, Patrícia, Januelson, Márcia e Roberto, e, em especial, ao meu afilhado João Lucas e sobrinha Maria Júlia, pelo amor e carinho.

Aos meus familiares e amigos que estão sempre presentes e torcendo pelo meu crescimento!

Aos professores doutores Maria de Fátima Antero Sousa Machado, José Gomes e Augediva Maria Pordeus pela disponibilidade em participar da banca examinadora.

À professora Dra. Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva, por sua simplicidade e acolhimento, sempre disposta a incentivar crescimento de todos os alunos.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências - NEPAV, local de discussão e crescimento pessoal e intelectual. Parabéns!

Aos amigos “Nepavianos” – Aline Pereira de Souza, Deborah Pedrosa Moreira, Samira Valentim Gama Lira, Geisy Lane Muniz Luna, Antonio Ferreira Júnior, Antonia Karoline, Renata Carneiro Ferreira, Geysa Maria Nogueira Farias, Kátia Costa Savioli, Juliana Guimarães e Silva, Ivna e Ana Cléa, que sempre me ajudaram durante esse trajeto. Somos uma família! Obrigada a todos!

Aos colegas da IV Turma do Mestrado em Saúde Coletiva, pelos momentos intensos vividos, pelas risadas, pelas angústias e pela vitória!

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

Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva - Cleide, Victor, Widson e Tânia, pela atenção, disponibilidade e acolhimento em todos os momentos.

Aos grandes amigos que conquistei nessa caminhada, Samira Vagali, Aline Pereira, Deborah Pedrosa, Antonio Junior e Geysa Maria Nogueira, que sempre estiveram juntos, apoiando e dividindo os ensinamentos.

Aos maravilhosos companheiros de trabalho pelo incentivo e apoio dados durante todo o período do curso, Tatiane Guedes, Ana Paula, Antonio, Laurineide, Amanda, Keyla, Adriana, Charliane, Luciana, que sonham e lutam por uma educação de qualidade.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, pela Bolsa de Extensão Tecnológica mediante o Edital de Segurança Pública (nº 05/2008).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo auxílio financeiro nos meus estudos.

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

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

Aos participantes deste estudo, em especial, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e coordenadores da Atenção Básica dos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, que mediaram a realização deste trabalho. Acredito que essas pessoas desempenham papéis singulares na trajetória da consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A todos que, direta ou indiretamente, em algum momento, dispensaram um pouco de sua atenção e carinho para com este trabalho. Muito Obrigada.

RESUMO

No Brasil, assim como em outros países, em diferentes culturas e classes sociais, independentes de sexo ou etnia, crianças e adolescentes são vítimas cotidianas dos maus-tratos/violência. Este trabalho focaliza o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, e os seus propósitos convergiram para (i) a análise do processo de notificação de maus-tratos/violência em crianças e adolescentes na práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). Incluíram-se ainda (ii) a identificação das características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho desses profissionais; (iii) a identificação dos motivos favoráveis, desfavoráveis e as dificuldades enfrentadas por esses profissionais à notificação dos maus-tratos e (iv) a associação das características sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho, instrumentalização com o desfecho deparar-se e notificar esses casos de maus-tratos. Nesta investigação, utilizou-se o estudo de corte transversal, do tipo inquérito na atenção primária, com a participação de 248 profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) da ESF de 12 municípios da RMF, em 2009-2010. Um questionário estruturado contemplando as variáveis sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho na Saúde da Família, a instrumentalização do profissional sobre o tema, as barreiras enfrentadas pelo profissional na notificação e como o profissional se posiciona diante desses casos originaram a produção dos achados. Aplicaram-se o teste de correlação de Pearson ($p < 0,05$), análise descritiva e medidas de tendência central no tratamento estatístico dos dados, e sua discussão fundamentou-se na literatura que subsume o objeto de estudo. Na caracterização dos participantes, os achados evidenciaram predomínio do sexo feminino (71,8%), idade média de 33 anos e desvio padrão $DP \pm$ de 9,39, graduados a menos de cinco anos (47,2%), igual tempo de trabalho na ESF (53,2%) e com especialização em saúde coletiva e áreas afins (65,0%). Quanto à instrumentalização desses profissionais para o enfrentamento do problema, 74,5% nunca participaram de treinamentos sobre maus-tratos; 60,3% não conhecem a ficha de notificação, 38,2% não sabem se existe esta ficha em seu local de trabalho, mas 49,0% já se depararam com esses casos em sua prática. Revelaram-se estatisticamente significativos para deparar com casos de maus-tratos, tempo de formado ($p = 0,002$) e tempo de trabalho na ESF, ambos menores que cinco anos ($p = 0,001$) e, na notificação dos casos, apenas a categoria profissional ($p = 0,007$) mostrou-se estatisticamente significativa. Em relação aos motivos favoráveis à notificação, prevaleceram os benefícios oriundos da notificação (76,1%), melhor acesso da comunidade ao serviço (32,7%) e importância para compor dados epidemiológicos (23,4%). Quanto aos desfavoráveis, encontrou-se a falta de estrutura da rede de apoio (81,8%) como mais respondido. As dificuldades apontadas pelos profissionais convergiram para a falta de estrutura da rede de apoio (36,1%), de conhecimento/capacitação dos profissionais (35,5%), de proteção ao profissional que notifica (35,0%) e o medo de envolvimento legal (10,3%). O estudo conclui que o perfil sociodemográfico desses profissionais é de jovens, solteiros, com predominância feminina, tempo de formado e de trabalho na ESF menor que cinco anos e pós-graduados em saúde coletiva e áreas afins. Quanto à notificação, apontaram lacunas na instrumentalização do conhecimento para o manejo e enfrentamento de maus-tratos no grupo estudado, refletindo nas tomadas de decisão diante dessas casuísticas.

Palavras-chave: notificação, maus-tratos, crianças e adolescentes, estratégia saúde da família.

ABSTRACT

In Brazil, as in other countries, different cultures and social classes, regardless of sex or ethnicity, children and adolescents are victims of daily violence. This paper focuses on the process of notification of abuse in children and adolescents and their purposes have converged to (i) reviewing the notification process violence in children and adolescents in the practice of doctors, nurses and dentists the Family Health Strategy (FHS) of the Fortaleza Metropolitan Region (FMR). Also included were (ii) identification of sociodemographic, vocational training and working time of those professionals, (iii) identification of the reasons favorable, unfavorable, and the difficulties faced by these professionals during the reporting of abuse and (iv) the association of sociodemographic, vocational training, working time, instrumentation with the outcome encounter and report such cases of abuse. In this investigation we used the cross-sectional study, on an inquiry in primary care, with the participation of 248 professionals (doctors, nurses and dentists) of the FHS from 11 municipalities of RMF during 2009-2010. A structured questionnaire covering sociodemographic, vocational training, work experience at the Family Health and the instrumentalization of the professional on the subject, the barriers faced by professionals in the notification and how professional is positioned in front of those cases resulted in the production of findings. We applied the chi-square test of Pearson ($p < 0.05$), descriptive analysis and measures of central tendency in the statistical treatment of data and their discussion was based on literature that subsumes the object of study. In the characterization of the participants, the findings showed a prevalence of females (71.8%), mean age 33 years and standard deviation of $9.39 \pm SD$, graduated at least five years (47.2%), equal time work in the FHS (53.2%) with specialization in public health and related areas (65.0%). As for the instrumentation of these professionals to deal with the problem, 74.5% never attended training on elder abuse, 60.3% did not know the questionnaire, 38.2% were unaware of this type in your workplace but 49.0% had encountered such cases in his practice. Proved to be statistically significant to encounter cases of abuse, time since graduation ($p = 0.002$) and duration of employment in the ESF, both less than five years ($p = 0.001$) and in case reporting only occupational category ($p = 0.007$) was statistically significant. Regarding the reasons in favor of reporting, the benefits brought prevailed notification (76.1%), better access to community services (32.7%) and to make important epidemiological data (23.4%). As for bad, we found the lack of infrastructure support network (81.8%) responded as yet. The difficulties mentioned by the professionals converged on the lack of structure in the support network (36.1%), knowledge / training of health professionals (35.5%); protection that notifies the professional (35.0%) and fear of legal involvement (10.3%). The study concludes that the demographic profile of these professionals are young, single, predominantly female, length of trained and working in the ESF less than five years and post-graduate degrees in public health and related areas. As for the notification indicated gaps on the knowledge for managing and coping with maltreatment and violence in the study group, reflecting in decision making on these patient populations.

Key words: raport, maltreatment, children and adolescents, health family team.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Região Metropolitana de Fortaleza - Estrutura Organizacional da Atenção Básica, SIAB/DAB, 2009.....	37
Quadro 2 – Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal dos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza.....	38
Quadro 3 - Motivos favoráveis, desfavoráveis e dificuldades à notificação de maus-tratos contras crianças e adolescentes de acordo com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza. Ceará, Brasil, 2010.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, formação profissional, tempo de trabalho de médicos, enfermeiros, dentistas da estratégia saúde da família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248).....	41
Tabela 2 – Instrumentalização dos profissionais, médicos, enfermeiros, dentistas da estratégia saúde da família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, para o enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)	43
Tabela 3 – Associação entre as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, ao deparar com casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248).....	45
Tabela 4 - Variáveis relacionadas à instrumentalização de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, ao deparar com casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)	47
Tabela 5 – Relação entre as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza com a notificação de casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248).....	48
Tabela 6 - Variáveis relacionadas à instrumentalização de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza com a notificação de casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CECOVI – Centro de Combate à Violência
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESB – Equipe de Saúde Básica
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS – Ministério da Saúde
- NEPAV– Núcleo de Estudos e Pesquisa em Acidentes e Violência
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- RMF – Região Metropolitana de Fortaleza
- 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

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Violência contra crianças e adolescentes.....	23
3.2 Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes.....	29
4 METODOLOGIA.....	35
5 RESULTADOS.....	41
6 DISCUSSÃO.....	52
7 CONCLUSÃO.....	63
8 REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES	73
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema da pesquisa

A violência contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão cometido por pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (BAZON, 2008; MINAYO, 2006). Essa compreensão é reiterada por organismos internacionais e países que pactuaram investimentos no sentido de enfrentá-la e minimizá-la (OMS, 2002; BRASIL, 2001; 2005, OPAS, 2003).

A violência decorre de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, ou omissões dessas mesmas instâncias, que causam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros. Nesse sentido, apresenta profundo enraizamento nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais (MINAYO, 2006).

Conhecida atualmente como uma questão global, a violência afeta os diversos segmentos das sociedades e traz consequências graves para a saúde das populações. Provoca morte, lesões, traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (SOUZA, 2007).

Muitas outras definições existem, algumas coincidentes, outras divergentes. Como retrata a literatura (BRASIL, 2001; SANCHES; MINAYO, 2004), a violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, desde os tempos antigos até o presente, e pode ser definida como: atos ou omissões dos pais, parentes,

responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral. Os atos ou omissões podem resultar em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas, os quais são seres em formação (MINAYO; SOUZA, 2003).

A partir do século XVIII, escandalizava a opinião pública o número de bebês abandonados pelas mães à noite, nas ruas sujas; muitas vezes devorados 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 alguém os alimentasse e lhes conseguisse um lar (AZEVEDO; GUERRA, 1994).

As elevadas taxas da América Latina, 19,9 para cada 100mil indivíduos, que por afinidade regional e cultural estendem-se aos países caribenhos (16,3), são, de longe, bem superiores às regiões da África (10,5), América do Norte (5,6) e Europa (5,1). A probabilidade de um jovem da América Latina morrer vítima de violência é trinta vezes maior que a de um jovem da Europa e acima de setenta vezes maior que a de jovens da Grécia ou da Hungria, ou da Inglaterra, ou do Japão, ou da Irlanda. (WAISELFISZ, 2008).

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, em diferentes culturas e classes sociais, independentes de sexo ou etnia, crianças e adolescentes são vítimas cotidianas da violência, sendo este um fenômeno universal e endêmico (PINHEIRO, 2006; DAY *et al.*, 2003). De acordo com o Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES), a violência contra crianças e adolescentes constitui hoje a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa de morte entre as crianças de 1 a 4 anos (PIRES *et al.*, 2005).

Os índices de violência no Brasil vêm crescendo nos últimos anos, mas não parece, ainda, haver consenso entre os cientistas sociais quanto às causas deste crescimento. Adorno (2002) afirma que, ao traçarmos um quadro das características e tendências mais recentes, de uma forma um pouco simplista, seria possível identificar, pelo menos, três direções na tentativa de definir essas causas: mudanças na sociedade e nos padrões de delinquência e violência; crise de justiça do sistema criminal; desigualdade social; e segregação humana.

A crescente violência que domina Fortaleza e sua Região Metropolitana - principalmente em relação aos registros de homicídios e latrocínios - vem sendo

revelada pela mídia local em constantes reportagens especiais. Este veículo de comunicação apresentou uma radiografia da criminalidade, apontando os bairros e distritos com maior incidência de óbitos de causas violentas, são os "territórios da morte". Um desses "territórios da morte" é o Município de Pacajus (a 49km da Capital), onde foi registrado o 30º assassinato do ano, contra somente 13, em 2008, o que mostra visivelmente a crise da segurança pública. O levantamento alerta que, a partir dos dados, torna-se de fundamental importância a implementação de ações e atitudes práticas, por parte da sociedade civil brasileira e autoridades públicas federal, estadual e municipal, de forma a solucionar o problema da violência. "A criação de políticas públicas será de grande importância" (RIBEIRO; LOBO, 2009, p.15).

Ampliando a extensão dessa violência, chega-se ao sistema de saúde que mostra uma rede despreparada para atender esta demanda crescente. A atenção básica deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde (STARFIELD, 2002) e os profissionais – diante de propostas interdisciplinares – comprometem-se com as demandas da comunidade e, assim sendo, é importante aproximar-se dessa problemática, saber o que fazer, e como fazer, além de articular parcerias para enfrentar a complexidade desse fenômeno.

Os indicadores dessa realidade violenta mostram que na década de 1996/2006, o número total de homicídios registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) passou de 38.888 para 46.660, representando um incremento de 20%, levemente superior ao crescimento da população, que foi de 16,3% no período. Os homicídios na população de 15 a 24 anos passaram de 13.186 para 17.312, representando um aumento decenal de 31,3% bem superior ao experimentado pelos homicídios na população total dos municípios brasileiros (WAISELFISZ, 2008).

Apesar de todas as razões citadas, a inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo 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 de “causas externas” (OMS, 1996b). Dentre as causas externas e os grupos vulneráveis – crianças, adolescentes, mulheres e idosos (BRASIL, 2005) - este trabalho focaliza a violência/maus-tratos contra crianças e adolescentes, concretizados no processo de sua notificação.

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. Com este documento legal, a notificação de maus-tratos na infância foi instituída no Brasil no início da década de 1990. Segundo o estatuto, toda a suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes deverá ser obrigatoriamente notificada aos órgãos de proteção (BRASIL, 1990). Contudo, o profissional encontra-se diante do dilema da notificação, sofrendo pressões legais, profissionais e emocionais que podem influenciar sua decisão. Estudo que avaliou as atitudes de médicos em países que possuem legislação semelhante apontou uma taxa de notificação inferior aos casos identificados, teoricamente essa relação deveria ser 1:1 (VULLIAMY; SULLIVAN, 2002).

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).

A Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (2006) afirma que 12,0% 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.

Atualmente, a Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990), deram passos decisivos na garantia legal desse grupo social, reconhecendo-os como sujeitos de direito, de protagonismo, de proteção integral por parte da sociedade e

do estado, sendo prioridade no uso dos recursos públicos para a garantia de provimento e efetivação da proteção.

Em todos os seus capítulos, o Estatuto se dedica a especificar o que considera proteção integral, a mostrar como ela deve ser provida e a indicar penalidades para os transgressores dos direitos do grupo social em questão. Mas, especificamente, o capítulo I se dedica ao tema “Do direito à Vida e à Saúde”, referindo-se mais diretamente ao papel do setor Saúde (BRASIL, 1990).

O ECA na sua concepção e instituição teve forte contribuição do setor Saúde, que entendeu sua importância para a ampliação da consciência social em relação aos pré-requisitos do desenvolvimento físico, emocional e moral do ser humano, nessa faixa etária (LIMA, 2004).

Ao lançar luz sobre o tema das violências, abusos e negligências como um problema público e social, o ECA acena aos profissionais de saúde que, para a consciência brasileira atual, tornou-se intolerável a cultura adultocêntrica que faz desses seres em formação objetos de domínio privado dos pais e responsáveis, mesmo sob pretexto de educá-los; ou de exploração econômica, psicológica ou sexual de adultos inescrupulosos que desconsideram seus direitos (LUNA, 2008; LUNA, VIEIRA, FERREIRA, 2010).

Embora o tema da violência contra crianças e adolescentes esteja assumindo grande visibilidade nos estudos, pesquisas, publicações, campanhas, ainda se observa o despreparo dos profissionais das diferentes áreas que lidam com a problemática, sendo indiscutível o impacto dos maus-tratos e abusos sobre a saúde de crianças e adolescentes. O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da violência à autoridade competente (GONÇALVES, 2002).

É fundamental que os profissionais da área estejam capacitados para o enfrentamento dos agravos que, cada vez mais, aparecem nas unidades de saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência. Nessa perspectiva, um serviço de saúde precisa adaptar técnicas e combinar atividades, adequar recursos à diversidade dos aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária, para propiciar maior acessibilidade aos serviços. Desse modo, proporcionará maior acolhimento pela equipe

de profissionais comprometidos com a construção de uma cidadania, reforçando a necessidade de uma agenda na área de saúde pública para o enfrentamento e prevenção de acidentes e violência (LIMA, 2004).

Com o ECA, a notificação da violência na infância foi instituída no Brasil no início da década de 1990. 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 frequentemente diante do dilema da notificação, sofrendo pressões legais, profissionais e emocionais que podem influenciar sua decisão.

Os profissionais brasileiros, à semelhança dos americanos (LUNA, 2008; LUNA, VIEIRA, FERREIRA, 2010; GELLES, 1997), temem os transtornos legais advindos da notificação. 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, pode fornecer ou negar informações que fundamentem as suspeitas, pode sentir-se ameaçado ou protegido pelo ato de notificar.

A identificação da violência nos serviços de saúde é ainda permeada de muitas incertezas. A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação (ALMEIDA, 1998). Este fato, certamente tem influência direta na competência que deve ser conferida ao profissional de saúde para atuar nesta realidade.

Compete às equipes de saúde da família conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população adscrita, para facilitar definição de ações e serem desenvolvidas, com finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, visando à adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intra-familiar (BRASIL, 2003)

Desde 2005, a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) capacita profissionais responsáveis pelos registros dos dados sobre violência, para que busquem qualificar os registros, e tenta 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 deve ser feita pelo

profissional de saúde que atendeu à vítima. Entendemos que se trata se um processo lento e gradual para 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).

A notificação da violência contra a criança inaugura, também, um processo no 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.

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, eles não estão implementados em todos os municípios brasileiros; e mesmo onde instalados, funcionam, muitas vezes, em condições adversas: trabalhos recentes atestam a falta de infraestrutura 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).

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).

Apesar da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm dificuldades em adotá-la. Tais dificuldades podem ser resumidas: identificação da violência nos serviços de saúde que ainda ocasiona muitas incertezas, incipiência do aparato legal para encaminhamento e resguardo dos profissionais envolvidos no processo, além de outros fatores intervenientes. Observa-se que o ato de

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

Acredita-se que uma parte das violências contra a infância/adolescência nem seja reconhecida como tal, e outra, mesmo que identificada, não é notificada (FALEIROS, 2009).

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 frequência, para justificar a não-notificação dos casos de violência (BRASIL, 2002a). Entretanto, este guia ressalta que as vantagens da notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes se justificam pela possibilidade da construção de um sistema de registro mais fidedigno das diferentes formas de violência, permitindo a formação de uma política de promoção de hábitos saudáveis e prevenção de maus-tratos contra crianças e adolescentes, além da criação de uma rede de atenção às vítimas e às suas famílias.

Considerando que a atenção básica deveria também ser a porta de entrada do sistema de saúde para as pessoas em situações de violência – vítimas e agressores – é importante analisar como acontece este processo de identificação e notificação da violência praticada contra este grupo mais vulnerável, entre os profissionais da estratégia saúde da família da Região Metropolitana de Fortaleza.

Nesse sentido, o estudo aponta para os seguintes questionamentos: de que modo os profissionais da ESF estão lidando com casos de maus-tratos em crianças e adolescentes? Estão instrumentalizados para o enfrentamento desses casos? Visualizam fragilidades, potencialidades e dificuldades para a efetivação desse processo de notificar?

Aproximar-se desse conhecimento tem o intuito de contribuir com a formulação de dados para o planejamento de ações que visem oferecer táticas para facilitar a prática da notificação de maus-tratos/violência entre crianças e adolescentes, bem como em outros grupos vulneráveis. Apesar dos investimentos governamentais na capacitação de recursos humanos para o enfrentamento do fenômeno, a sociedade parece não ter visualizado diminuição do problema. Urge efetivação das diretrizes preconizadas nas Políticas e Planos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; 2004a).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ❖ Analisar o processo de notificação de maus-tratos/violência em crianças e adolescentes, a partir do exercício da práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da Região Metropolitana de Fortaleza, excetuando-se o município de Fortaleza.

2.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde da Família da região metropolitana de Fortaleza;
- ❖ identificar os motivos favoráveis, desfavoráveis e as dificuldades enfrentadas por esses profissionais à notificação dos maus tratos em crianças e adolescentes na Estratégia Saúde da Família;
- ❖ relacionar as variáveis sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho, instrumentalização com as variáveis deparar-se e notificar casos de maus-tratos em crianças e adolescentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência contra crianças e adolescentes

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, definiu violência como o uso intencional da força física, do poder, materializado ou sob forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, quer seja grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

A violência é uma questão global que afeta os diversos segmentos das sociedades e traz consequências graves para a saúde das populações. Provoca morte, lesões, traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2007).

O Brasil é hoje uma nação internacionalmente reconhecida e de importante projeção mundial, quando se trata de assuntos relacionados à violência social, que vem se apresentando em suas mais distintas modalidades: crime comum, violência fatal conectada com o crime organizado, graves violações dos direitos humanos e explosão de conflitos nas relações pessoais e intersubjetivas, mais propriamente conflitos de vizinhança, que tendem a convergir para desfechos fatais. São causas que, embora relacionadas entre si, radicam em causas não necessariamente idênticas (ADORNO, 2002).

A violência designa, de acordo com épocas, locais, circunstâncias, realidades muito diferentes, sendo que há violências toleradas e violências condenadas. Assim, encerrar a definição de violência em um conceito fixo e simples é correr o risco de reduzi-la, de compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica (MINAYO, 2003).

Diante da diversidade conceitual que se atribui à violência, para este estudo, optou-se por utilizar os princípios da violência social. Segundo Minayo e Souza (1998), uma das teorias que a explicam toma como base as raízes sociais da violência, considerando o fenômeno como resultante dos acelerados processos de mudanças sociais gerados, principalmente, pela industrialização e pela urbanização. Está fundamentada em análises de transições sociais e é sustentada na ideia de que os movimentos da industrialização criam importantes correntes migratórias com destino às áreas periféricas dos centros urbanos, onde surgem comunidades que passam a viver em condições de extrema pobreza e desorganização social, além de estarem expostas a novos comportamentos e sem condições econômicas de concretizarem suas aspirações.

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 limite 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 normal 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).

Dados estimados da Organização Mundial de Saúde (OMS) destacaram para o ano de 2000 que morreriam cerca de 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência (OMS, 2002). Nesse sentido, as estatísticas apontaram que, em 2000, 25% dessa mortalidade foram por acidentes de transporte, 16% por suicídio, 10% por violência interpessoal, 9% por afogamento, dentre outras. Esses dados demonstram o crescimento da morbidade e mortalidade por causas externas nas últimas duas décadas (1980 e 1990) (SOUZA *et al.*, 2003).

No Brasil, a partir de 2001, o Ministério da Saúde apresenta ao país sua Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Nesse documento, reconhece-se que “na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos”. O texto invoca e ratifica as propostas do Estatuto da Criança e do Adolescente ao afirmar que cabe “aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico”. As diretrizes desta política são as seguintes: promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização de ocorrência de

acidentes e violências; ampliação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas; estruturação e consolidação de atendimento para recuperação e reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio e desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001).

A violência enquanto agravo à saúde e ao direito da criança e adolescente aponta para questões que podem balizar uma reflexão mais ampla sobre o status desse grupo, principalmente das socialmente desfavorecidas, na atual sociedade.

Faleiros (1995) pontua que a violência que se comete contra crianças reflete culturalmente as relações cotidianas entre adultos e crianças que têm como cerne a fabricação da obediência. Nessas relações, os castigos e as repressões fazem parte do jogo de tornar a criança dócil, para que o poder do adulto sobre ela se imponha.

Devido ao prejuízo da violência para o desenvolvimento físico e emocional das crianças e adolescentes, existem mecanismos legais e instituições que se voltam para a prevenção e para a intervenção frente à sua ocorrência. No Brasil, desde 1990, há uma regulamentação específica sobre o assunto, no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1996). Nessa legislação, destaca-se o papel dos profissionais de saúde e de educação quanto à identificação e notificação de casos de violência.

Nesse sentido, Deslandes (1994), referindo-se à obrigatoriedade da notificação prevista no ECA, observa que a definição, a priori, das normas legais não foi precedida nem acompanhada de normas técnicas e éticas geradas pelos e para os profissionais de saúde.

No entanto, atualmente, essa observação pode ser relativizada, uma vez que já há documentos que regulamentam, de certa forma, o procedimento a ser tomado pelo profissional de saúde, a exemplo do guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência (FERREIRA, 2001). Embora tenha havido um avanço nesse campo, pode-se considerar que, entre tal preceito legal do ECA e a prática desses profissionais, há ainda uma distância a ser vencida, uma vez que nem sempre esses profissionais se sentem preparados para assumir essas atribuições.

A violência tem grande impacto na criança por serem praticados, na maioria dos casos, por quem tem o dever de protegê-las. A partir do século XVIII, escandalizava a opinião pública o número de bebês abandonados pelas mães à noite, nas ruas sujas; muitas vezes devorados por cães e outros animais que viviam nas proximidades ou

vitimados pelas intempéries ou pela fome. Em outros casos, eram largados pela praia onde acabavam afogados pela maré ou deixados nas naves das igrejas ou nas portas dos conventos, na esperança de que algum padre ou freira bondoso os alimentassem e lhes conseguisse um lar (AZEVEDO; GUERRA, 1994).

A valorização da criança foi muito tardia. Legalmente, ela só se tornou um sujeito de direitos no século XX, em 1959, na Assembleia Geral da ONU, na qual foi promulgada a Declaração dos Direitos da Criança. A conscientização sobre a particularidade infantil levou muitos estudiosos a pesquisarem e conhecerem melhor todo o processo de desenvolvimento infantil, as práticas educativas usadas pelos pais e suas relações com o comportamento dos filhos. Neste contexto, surge o debate sobre o uso da punição corporal, prática milenar que perpetua até os dias atuais (WEBER, 2004).

A preocupação da OMS (2003) justifica-se diante das estatísticas: em 2000, 1,6 milhão de pessoas em todo o mundo morreram em razão da violência. Nas Américas, a cada ano, morrem mais de 300 mil pessoas por violência, suicídio ou acidentes. A violência é a terceira causa de morte em pessoas com idade entre 15 e 44 anos, nos países da América Latina (OPAS, 2003). A violência, além de configurar-se como fator de sobrecarga para os serviços de saúde em todos os seus níveis, tem impacto no segmento produtivo da sociedade, uma vez que produz incapacidade transitória ou permanente nos indivíduos, bem como pode levar à morte outros em sua fase produtiva de vida.

Como problema social, a presença da violência é lembrada desde o mito de origem bíblico que se inicia com uma disputa fratricida e a morte de Abel por Caim, evidenciando-se a convivência da sociedade humana com as perenes disputas de poder, com os ódios e com a vontade de aniquilamento de uns pelos outros. 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” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002), por causas violentas.

Só no Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (MINAYO, SOUZA, 2003). Tanto no mundo como aqui no País, os óbitos

infligidos por outros ou autoinfligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva.

O Centro de Combate à Violência Infantil (CECOVI) é uma organização brasileira não governamental, sem fins lucrativos, fundado em 1999 e tem por objetivo fazer o enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes e classifica os maus-tratos como: físico, sexual e negligência e psicológico (CECOVI, 2009). 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, sequelas 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 os prejuízos do desenvolvimento, da dignidade e da autoestima 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 psicosexual 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 praticada 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, frequentemente acompanha os demais tipos de maus-tratos. Eis alguns que submetem a criança por parte dos cuidadores a omissões, ações verbais ou atitudes que visem a: (i) ignorar a criança com indiferença às suas necessidades, valores e solicitações; (ii) isolar a criança, ou seja, privá-la do contato familiar e/ou comunitário; (iii) aterrorizar a criança mediante exposição a ataques verbais, atitudes e ameaças, criando um clima de medo, hostilidade e ansiedade; (iv) corromper a criança, envolvendo-a em situações que transmitam e reforcem condutas destrutivas, antissociais, alterando o desenvolvimento adequado de valores éticos e morais; (v) depreciar a criança com tratamento agressivo, áspero ou vulgar, incluindo agressões verbais ou atitudes que diminuam autoestima; (vi) criar expectativas irreais, exigindo desempenho acima das possibilidades físicas e mentais, e a criança sinta que nunca é “boa o suficiente”; e (vii) discriminar a criança com tratamento diferenciado e tendencioso de forma a menosprezar ou supervalorizar características próprias da criança.

Além das citadas, há outras síndromes especificadas como maus-tratos, como é o caso, por exemplo, da síndrome de Munchausen por procuração – definida pelos médicos que a estudaram como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança, impingindo-lhe sofrimentos físicos como, por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outros; e também lhe provocando danos psicológicos, como é o caso da multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima (BRASIL, 2002).

Azevedo e Guerra (2000) falam que a idade em que o abuso é mais frequente varia dos 8 a 12 anos. 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. As estatísticas internacionais apontam que 70% das agressões são provenientes dos pais biológicos. Os

agressores sexuais de crianças e adolescentes que sofrem distúrbios psiquiátricos são uma minoria.

Motta (2002) atribui que 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) sinalizam que trabalhos mais recentes estimam a reincidência desses casos em 50 a 60%. 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%).

A ação de prevenção da violência faz-se de forma integrada e articulada entre diversas áreas e um conjunto das políticas sociais, seja com a Educação, a Secretaria Especial de Direitos das Mulheres, a Justiça, a Assistência Social, os Conselhos Tutelares, as universidades e outros parceiros, promovendo a equidade social e de gênero. No esteio dessa articulação, é fundamental o apoio permanente à colaboração e maior intercâmbio de informações para a prevenção da violência, bem como a busca de respostas práticas que considerem as políticas internacionais de controle de tráfico de armas, drogas e seres humanos. A multiplicidade dos fatores determinantes dos desafios envolvidos implica, por parte do setor Saúde, a definição de prioridades e um posicionamento, mais além do papel de contagem e tratamento das vítimas, de articulação e formulação de intervenções à altura de sua responsabilidade diante dessa questão contemporânea (MALTA, 2007).

3.2 Notificações da violência contra crianças e adolescentes

A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente é: 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).

A definição citada e o objetivo proposto significam, portanto, que notificação não é e nem vale como denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer outra

pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: “*esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!*” Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o poder público à sua responsabilidade. (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 (LUNA, 2007; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; LUNA *et al.*, 2010).

Antes da Constituição Brasileira de 1988, as crianças eram vistas como propriedade dos pais. Com o reconhecimento desse grupo socioetário como sujeito de direitos, deu-se um grande passo na garantia de proteção a infância e a adolescência (MUNIZ, 2008). Por tal razão, a ocorrência de maus-tratos ou mesmo a suspeita de ocorrência implica na necessidade de medidas que levem a proteção da criança ou adolescente.

Em 1990, com a criação do ECA regulamentando a constituição, houve um grande avanço em legislações pertinentes à infância e à adolescência, através do estatuto. Prevenir a ameaça ou a violação dos direitos infanto-juvenis passou a ser dever de cada um e da sociedade de modo geral, e algumas categorias profissionais (saúde e educação notadamente) passaram a ter condutas obrigatórias em situações específicas, em razão da sua proximidade com essa população (BRASIL, 2004).

A notificação de maus-tratos infantil cabe a qualquer cidadão que é testemunha ou tome conhecimento de violações dos direitos da criança e do adolescente, porém, o artigo 245 do estatuto define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos pelos médicos, professores ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, sujeitos à multa de três a vinte salários de referência (BRASIL, 2004e)

O artigo 5º da Lei nº 8.069, 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).

Em seu artigo 13, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da localidade de moradia da vítima. A notificação cabe a qualquer cidadão que é testemunha ou tome conhecimento e tenha provas de violações dos direitos de crianças e adolescentes. Ela pode ser feita até mesmo de forma anônima aos vários serviços de proteção da infância e da juventude mais próximos, como o SOS, Disque-Denúncia e tantas outras organizações criadas para essa finalidade. A elas caberá sempre repassar tais informações aos Conselhos Tutelares (CTs) mais próximos à residência da vítima (BRASIL, 2004e).

Mesmo sendo um órgão designado pelo ECA para receber as notificações, os CTs não estão implementados em todos os municípios brasileiros, e onde estão instalados funcionam em condições adversas, como a falta de infraestrutura e a sobrecarga de trabalho. Por esse motivo, o investimento maior do trabalho do CT se dá sobre os casos de maior gravidade, sendo pequeno o impacto nos casos de menor gravidade e risco (MUNIZ, 2008).

Segundo o guia para profissionais de saúde do Estado de São Paulo (2004), a integração entre o setor Saúde e os CTs ainda se encontra relativamente pouco expressiva, em todas as regiões do país. A falta de retorno dos desdobramentos dos casos, motivo de reclamação entre os profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, reflete essa falta de integração. A falta de políticas públicas para o atendimento às vítimas de MT reforça a ideia de que os CTs não resolvem os casos, prejudicando sua credibilidade.

O profissional de saúde, por motivos éticos, deve ter o cuidado de conversar com a família, explicando-lhe a necessidade da notificação, para que ela seja beneficiada com ajuda competente. Geralmente, a pessoa que acompanha a vítima aos serviços de saúde precisa de apoio – seja no caso de ser o próprio agressor, seja para lidar com o agressor –, o que deverá ocorrer no processo de atendimento que se desdobrará após a notificação. A continuidade de vínculo entre os Serviços de Saúde e a família é fundamental. Portanto, a relação do profissional com a pessoa que acompanha a criança

ou o adolescente deve ser muito firme, sincera e, ao mesmo tempo, demonstrar a sensibilidade que esse tipo de problema requer (FERREIRA, 2001).

Finalmente, há 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 infraestrutura 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).

No Brasil, os maus-tratos contra criança e adolescente passaram a merecer maior atenção no final dos anos 1980. Nessa época, os maus-tratos foram discutidos 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 profissionais da saúde, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245).

Portanto, todo esse processo, que vai do diagnóstico à notificação e à tomada de decisões sobre como proteger a vítima e atuar junto ao agressor, é uma construção coletiva de todos os que acreditam na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança e o adolescente (FERREIRA, 2001).

O Ministério da Saúde tenta promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos, por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica 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 para 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).

Uma das opções para conferir ao profissional da saúde habilidade para manuseio de casos de maus-tratos juvenil são os cursos de capacitação e sensibilização, e estes

devem ocorrer, sistematicamente, como reforço à política de educação permanente (BRASIL, 2006c).

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).

Apesar das determinações legais contidas no Estatuto da Criança e do 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).

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 obrigatório 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 consequente encaminhamento aos órgãos competentes (BRASIL, 2001a).

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).

Embora a notificação de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes seja legalmente obrigatória, estima-se que entre 10 a 20 casos deixam de ser registrados para cada notificação realizada, ocorrendo uma dificuldade para identificação dos casos, por falta de informações básicas que permitam o diagnóstico, sendo este um dos principais responsáveis pela subnotificação da violência ou maus-tratos contra crianças e adolescentes (PASCOLAT, 2009).

As dificuldades de análise das fichas de notificação decorrem de problemas como: identificação incorreta e incompleta, letra ilegível, desconhecimento da ficha, classificação incorreta do tipo de maus tratos, entre outros (PIRES *et al.*, 2005). E

acredita-se que uma parte das violências contra a infância/adolescência nem seja reconhecida como tal, e outra, mesmo que identificada, não é notificada (FALEIROS, 2009).

Com relação à fonte de dados, é preciso frisar que tomar o Conselho Tutelar como locus de informação para o delineamento das formas de violência se justifica, pois, levando-se em conta a Lei nº. 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), tal órgão se configura, ainda que potencialmente, em espaço de convergência de informações referentes a um rol, variado de situações vividas pelas crianças e adolescentes, no âmbito de um município, considerando-se que todos os casos suspeitos e/ou comprovados de ameaça ou violação de seus direitos devem ser notificados nessa instância (BAZON, 2008).

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, fornecer ou negar informações que fundamentem as suspeitas, sentir-se ameaçadas ou protegidas pelo ato de notificar. Cabe ressaltar que nenhuma dúvida deve impedir a notificação imediata dos casos de maior gravidade, sejam eles suspeitos ou confirmados, que implicam grave risco para a criança. (LUNA, 2008)

A ameaça do agressor aos profissionais é um argumento evocado, com certa frequência, para justificar a não-notificação dos casos de violência. Maior impacto tem 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).

4 METODOLOGIA

Nesta investigação foi utilizado o estudo de corte transversal, caracterizado por um desenho de uma população em um único ponto do tempo. O mesmo determina a prevalência de fatores de risco, a frequência dos casos prevalentes de uma doença para uma população definida e a medição de situação de saúde vigente (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005). Entre as vantagens dos estudos de corte transversal, podemos citar: são frequentemente 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).

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).

A literatura refere 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 a totalidade dos usuários do serviço em um período definido de tempo (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Os municípios que compõem a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) foi o local selecionado para o estudo, a priori, excluiu-se a cidade de Fortaleza, onde estudo similar foi realizado por Luna (2008), o qual contou com a participação de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas dos Centros de Saúde da Família das seis Secretarias Executivas Regionais (SER). Segundo a Grande Enciclopédia Larousse Cultural (1998),

região metropolitana é um grande centro populacional, que consiste em uma (ou, às vezes, duas ou até mais) grande cidade central (metrópole) e sua zona adjacente de influência. Geralmente, regiões metropolitanas formam aglomerações urbanas, uma grande área urbanizada formada pela cidade núcleo e cidades adjacentes, originando uma cornubação (unificação da malha urbana de duas ou mais cidades, em consequência de seu crescimento geográfico).

A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) foi criada pela Lei Complementar Federal nº 14, de 8 de junho de 1973, formada inicialmente por apenas cinco municípios (Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Pacatuba e Aquiraz), com uma massa populacional de aproximadamente 1 milhão de habitantes. Em 1986, Maracanaú, também por lei federal, passou a fazer parte da RMF. Em 1991 foram adicionados mais dois municípios, Eusébio e Guaiúba. A partir de 1999, mais cinco cidades passaram a integrar a região metropolitana: Itaitinga, Chorozinho, Pacajus, Horizonte e São Gonçalo do Amarante (ONU, 2008), totalizando 13 municípios. Com 3.435.456 habitantes, é a terceira maior região metropolitana do Nordeste e a sétima do Brasil (IBGE, 2008).

O complexo metropolitano de Fortaleza vem experimentando transformações rápidas, com mudanças substanciais em sua estrutura e fisionomia urbana (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2008). No tocante ao modelo de atenção à saúde, esses municípios vêm pactuando a ESF como eixo estruturante da atenção primária à saúde de suas populações. A Saúde da Família é a grande estratégia da atual gestão das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana 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).

A ESF da Região Metropolitana de Fortaleza pretende devolver para a atenção básica as demandas de sua responsabilidade, 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 instituiu como equipe mínima para Estratégia Saúde da Família um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um atendente de consultório dentário ou técnico de higiene bucal e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004c).

Segundo dados do Ministério da Saúde, os 12 municípios têm 1.173 agentes comunitários de saúde, 243 equipes de saúde da família e 165 equipes de saúde bucal, e cobertura média de 87,0% na Região (MS/SIAB, 2009), conforme quadro abaixo.

Quadro 1 - Região Metropolitana de Fortaleza - Estrutura Organizacional da Atenção Básica

São Gonçalo do Amarante		Caucaia		Maracanaú	
População	40.470	População	314.061	População	199.808
Nº ACS	70	Nº ACS	319	Nº ACS	209
Nº ESF	13	Nº ESF	67	Nº ESF	51
Nº ESB	13	Nº ESB	39	Nº ESB	35
Cobertura(%)	100,00	Cobertura(%)	72,50	Cobertura(%)	81
Maranguape		Pacatuba		Eusébio	
População	108.525	População	70.018	População	39.697
Nº ACS	157	Nº ACS	69	Nº ACS	60
Nº ESF	22	Nº ESF	15	Nº ESF	14
Nº ESB	16	Nº ESB	10	Nº ESB	13
Cobertura(%)	70	Cobertura(%)	74	Cobertura(%)	100,00
Itaitinga		Aquiraz		Horizonte	
População	33.941	População	71.386	População	45.251
Nº ACS	37	Nº ACS	66	Nº ACS	71
Nº ESF	09	Nº ESF	16	Nº ESF	12
Nº ESB	09	Nº ESB	13	Nº ESB	12
Cobertura(%)	91,48	Cobertura(%)	77,33	Cobertura(%)	91,49
Guaiúba		Pacajus		Chorozinho	
População	23.502	População	53.139	População	21.172
Nº ACS	39	Nº ACS	70	Nº ACS	34
Nº ESF	07	Nº ESF	13	Nº ESF	05
Nº ESB	07	Nº ESB	06	Nº ESB	03

FONTE: Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2009.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para os participantes: (i) ser médico, enfermeiro e cirurgião-dentista cadastrados nas equipes de saúde da família da região Metropolitana de Fortaleza; (ii) aceitar participação espontânea; (iii) estar em exercício de suas funções. Excluíram-se os que se encontravam de férias ou licenças médicas e os que não se dispuseram a participar.

Justificamos a opção por esses profissionais, pois defendemos que é a partir dessa prática interdisciplinar que o redesenho do modelo de atenção à saúde primária, nestes municípios, subsumirão os princípios doutrinários e norteadores do Sistema Único de Saúde.

Corroborando com o critério exposto, a Política Nacional da Atenção Básica afirma que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Apesar das consultas de puericultura e o acompanhamento de crianças e adolescentes serem sistematizados por médicos e enfermeiros, a inclusão do cirurgião-dentista considera a demanda de crianças e adolescentes atendidos e acompanhados por estes profissionais. Além disso, a equipe se “move” com a junção dos saberes em busca do atendimento integral ao indivíduo e ao coletivo.

O número de Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde bucal (ESB) nos municípios estavam assim distribuídos:

Quadro 2 - Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal dos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza

São Gonçalo do Amarante		Caucaia		Maracanaú	
Nº ESF	13	Nº ESF	67	Nº ESF	51
Nº ESB	13	Nº ESB	39	Nº ESB	35
Maranguape		Pacatuba		Eusébio	
Nº ESF	22	Nº ESF	15	Nº ESF	14
Nº ESB	16	Nº ESB	10	Nº ESB	13
Itaitinga		Aquiraz		Horizonte	
Nº ESF	09	Nº ESF	16	Nº ESF	12
Nº ESB	09	Nº ESB	13	Nº ESB	12
Guaiúba		Pacajus		Chorozinho	
Nº ESF	08	Nº ESF	13	Nº ESF	05
Nº ESB	07	Nº ESB	06	Nº ESB	03

FONTE: Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2009.

O número total de profissionais da ESF e ESB entre esses municípios era de 651 (DAB/MS, 2009). Para a produção de dados da pesquisa, utilizou-se um questionário (Apêndice 1) anônimo, com 32 questões fechadas, adaptadas e revisadas do trabalho realizado por Luna (2008). Este instrumento identifica as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho na ESF, a instrumentalização do profissional sobre o tema, as barreiras enfrentadas pelo profissional para realizar a notificação e como o profissional se posiciona diante de casos de maus-tratos e de sua notificação.

Para sua operacionalização, foi enviado o instrumento de coleta para todos os 651 profissionais da Estratégia Saúde da Família de 12 municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (DAB/MS 2009), alvo deste estudo, conferindo-lhe caráter censitário.

Desse modo, os 651 questionários foram distribuídos nas Secretarias de Saúde desses municípios (RMF), no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010, mediante entrega aos coordenadores da atenção básica e, esses coordenadores, assumiram o compromisso de repassar aos profissionais participantes do estudo em suas respectivas

unidades de saúde. Firmou-se este compromisso entre pesquisadora e coordenadores da AB após demonstração dos objetivos da pesquisa, importância para formulações e reformulações de políticas de segurança, considerando que este estudo integra um projeto mais abrangente financiado pelo Governo do Estado do Ceará, no Edital Segurança Pública. Nesse momento, a súmula dos objetivos, bem como um ofício de encaminhamento da coordenadora do projeto, endosso da coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza (Unifor), fizeram-se necessários.

Na entrega dos questionários, foram seguidos os seguintes passos: (i) explicação do objetivo da pesquisa para os coordenadores da Atenção Básica; (ii) participação da pesquisadora nas reuniões de coordenadores de cada município, com apresentação do projeto; (iii) entrega dos questionários a cada coordenador de acordo com a quantidade de profissionais existentes, envelopados, identificados por municípios; (iv) entrega dos termos de compromisso em outro envelope para não vincular o questionário respondido com o termo assinado; (v) recolhimento dos questionários devolvidos nas secretarias de saúde de cada município, num período médio de 45 dias.

Importante esclarecer que o prazo pactuado para devolução não foi atendido pela maioria dos municípios; até o momento de concretização da análise dos dados, o município de Chorozinho não devolveu os questionários (apesar de várias tentativas e contatos), o que o excluiu da pesquisa. Portanto, o estudo pautou-se nos dados de 11 municípios da RMF em relação ao processo de notificação (maus-tratos/violência contra crianças e adolescentes) vivenciado por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família.

Dos 651 questionários distribuídos, foram devolvidos 248, resultando em 38,1% do total, sendo 66 (26,6%) médicos, 123 (49,6%) enfermeiros e 59 (23,8%) dentistas.

Os dados foram organizados, codificados e confeccionados a base line, utilizando-se o SPSS (Statistical Package for the Social Science – SPSS – Versão 16.0). A análise estatística foi descritiva, de tendência central e bivariada com utilização do teste de correlação de Pearson e teste exato de Fisher. Adotou-se um $p < 0,05$ e um nível de confiabilidade de 95%.

Na análise bivariada baseada no teste de correlação de Pearson e teste exato de Fisher, em relação à 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 independentes: características sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho, instrumentalização dos profissionais para o enfrentamento dos maus-tratos (JEKEL *et al.*, 2005).

A discussão dos achados foi conduzida pela política e documentos em saúde (BRASIL, 2003, 2006), políticas de atenção à saúde integral do adolescente (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b), bem como pela produção científica (DAHLBERG; KRUG, 2006; WAISELFISZ, 2008b) que apontem evidências as quais possam referenciar os resultados deste estudo.

Os pesquisadores estiveram comprometidos com os procedimentos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob parecer de n. 072/2007.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho dos participantes, identificando-se a predominância do sexo feminino 178 (71,8%), idade de 20 a 40 anos 181 (85,7%) e solteiros 126 (50,8%). A idade média desses profissionais (N=248) foi de 33 anos com desvio padrão DP± de 9,39. Quanto ao sexo, a média para os homens foi 34 anos e o DP± 10,81 e para as mulheres com 32 anos e DP±8,77. Possuem menos de cinco anos de graduação 116 (47,2%) dos participantes; menos de cinco anos de trabalho na ESF, 132 (53,2%) profissionais. Em contrapartida, 157 (65,0%) possuem especialização em saúde coletiva e áreas afins.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, formação profissional, tempo de trabalho de médicos, enfermeiros, dentistas da estratégia saúde da família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Cirurgião-Dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	24	9,7	117	47,2	37	14,9	178	71,8
Masculino	42	16,9	06	2,4	22	8,9	70	28,2
Idade (Em anos)*								
20 -30	22	10,4	52	24,6	38	18,0	112	53,0
31-40	22	10,4	36	17,1	11	5,2	69	32,7
> 41	12	5,7	13	6,2	05	2,4	30	14,3
Estado Civil								
Solteiro	26	10,5	62	25,0	38	15,3	126	50,8
Casado/União estável	35	14,1	55	22,2	20	8,1	110	44,4
Separado	05	2,0	06	2,4	-	-	11	4,4
Viúvo	-	-	-	-	01	0,4	01	0,4
Graduação (Em anos)								
Menos de 5	32	13	50	20,4	34	13,8	116	47,2
5 a 10	14	5,7	37	15	15	6,1	66	26,8
Acima de 10	19	7,7	35	14,2	10	4,1	64	26,0
Trabalho na Estratégia Saúde da Família (em anos)								
Menos de 5	35	14,1	58	23,4	39	15,7	132	53,2
De 5 a 10	20	8,1	41	16,5	15	06	76	30,6
Acima de 10	11	4,4	24	9,7	05	2,1	40	16,2
Pós-Graduação **								
Especialização Saúde Coletiva e áreas afins	20	8,3	96	39,8	41	17	157	65,0
Residência e especialização Saúde Coletiva e áreas afins	08	3,2	-	-	-	-	08	3,2
Mestrado Saúde Coletiva e áreas afins	02	0,8	-	-	-	-	02	0,8
Nenhuma	34	14,1	25	10,4	16	6,6	75	31,0

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

**Os participantes responderam mais de um quesito.

A Tabela 2 retrata a instrumentalização dos profissionais para o enfrentamento dos maus-tratos em crianças e adolescentes. Constatamos que 184 (74,5%) dos profissionais declararam nunca participar de treinamentos sobre maus-tratos em crianças e adolescentes e 20 (8,2%) não gostariam de participar desses eventos.

Entre os respondentes, 172 (69,9%) conhecem o ECA, no entanto 146 (60,3%) não conhecem a ficha de notificação; sobre a existência da ficha na sua unidade de trabalho, 91 (38,2%) não sabem se existe esta ficha.

Quando indagados se confiavam nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente, 154 (67,0%) responderam afirmativamente; 170 (69,1%) não liam sobre o assunto e 153 (62,2%) reiteraram que esse assunto não era discutido na unidade. Contudo, 203 (83,5%) achavam que era vantagem instituir a ficha de notificação na atenção básica.

Questionados sobre se já tinham deparado com casos de maus-tratos em sua prática, 126 (51,0%) negaram esta situação; 211 (87,6%) não conhecem instituições de assistência às vítimas de maus-tratos; no entanto, 67 (51,1%) já notificaram casos e 139 (60,4%) afirmaram que sabem para onde encaminhar.

Tabela 2 – Instrumentalização dos profissionais, médicos, enfermeiros, dentistas da estratégia saúde da família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, para o enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248).

Variável	Médico		Enfermeiro		CD**		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participou de treinamento								
Sim	17	6,9	40	16,2	6	2,4	63	25,5
Não	49	19,8	82	33,2	53	21,5	184	74,5
Gostaria de participar								
Sim	57	23,5	116	47,7	50	20,6	223	91,8
Não	06	2,5	05	2,0	09	3,7	20	8,2
Conhece o Estatuto								
Sim	43	17,5	96	39	33	13,4	172	69,9
Não	23	9,3	25	10,2	26	10,6	74	30,1
Conhece a ficha de notificação								
Sim	20	8,3	65	26,9	11	4,5	96	39,7
Não	43	17,8	56	23,1	47	19,4	146	60,3
Unidade possui ficha notificação								
Sim	9	3,8	49	20,6	09	3,8	67	28,2
Não	20	8,4	47	19,7	13	5,5	80	33,6
Não sabe se possui	35	14,7	23	9,7	33	13,8	91	38,2
Confia nos órgãos de proteção								
Sim	43	18,7	70	30,5	41	17,8	154	67,0
Não	19	8,2	41	17,8	16	07	76	33,0
Lê sobre o assunto								
Sim	20	8,1	40	16,3	16	6,5	76	30,9
Não	45	18,3	82	33,3	43	17,5	170	69,1
Assunto é discutido na unidade								
Sim	17	6,9	52	21,1	24	9,8	93	37,8
Não	48	19,5	70	28,5	35	14,2	153	62,2
Vantagem instituir a ficha AT*								
Sim	55	22,6	91	37,4	57	23,5	203	83,5
Não	09	3,8	29	11,9	02	0,8	40	16,5
Deparou com casos de maus-tratos								
Sim	36	14,6	64	25,9	21	8,5	121	49,0
Não	30	12,1	58	23,5	38	15,4	126	51,0
Conhece alguma instituição que assiste à vítima de maus-tratos								
Sim	06	2,5	16	6,6	08	3,3	30	12,4
Não	57	23,7	103	42,7	51	21,2	211	87,6
Notificou o caso								
Sim	25	19,0	36	27,5	06	4,6	67	51,1
Não	13	9,9	33	25,2	18	3,7	64	48,9
Sabe para onde encaminhar								
Sim	36	15,7	83	36,1	20	8,7	139	60,4
Não	24	10,4	33	14,3	34	14,8	91	39,6

* AT - Atenção Básica. ** Cirurgião-Dentista.

A Tabela 3 demonstra a relação entre as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, com a variável deparar com casos de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Tempo de formado menor que cinco anos ($p=0,002$) e tempo de trabalho na ESF também menor que cinco anos ($p=0,001$), apresentaram associação estatisticamente significativa em relação aos profissionais ter se deparado com casos de maus-tratos. Não houve associação em relação às variáveis: sexo, idade, profissão, estado civil e pós-graduação (Tabela 3).

Ao analisar as variáveis características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho, com a variável deparar-se com casos de maus-tratos, estratificando-se por categoria profissional, o tempo de trabalho na ESF ($p= 0,041$) mostrou-se estatisticamente significativa em relação à categoria médica.

Em relação à categoria dos enfermeiros, o tempo de formado ($p=0,005$), o tempo de trabalho na ESF ($p = 0,009$) e ter cursado pós-graduação ($p = 0,033$), apresentaram significância estatística com a variável deparar-se com esses casos (maus-tratos).

Tabela 3 – Associação entre as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, ao deparar com casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)

Variável	Deparou com caso de maus-tratos						p*
	Sim (n =121)		Não (n = 126)		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Sexo							0,295
Masculino	38	15,3	32	13,0	70	28,3	
Feminino	83	33,6	94	38,1	177	71,7	
Idade (Em anos)**							0,064
20 -30	44	21,0	68	32,3	112	53,3	
31-40	41	19,5	28	13,4	69	32,9	
> 41	14	6,7	15	7,1	29	13,8	
Profissão							0,060
Médico	36	14,6	30	12,1	66	26,7	
Enfermeiro	64	25,9	58	23,5	122	49,4	
Cirurgião dentista	21	8,5	38	15,4	59	23,9	
Estado Civil							0,293
Solteiro	56	22,7	70	28,3	126	51,0	
Casado/união estável	58	23,5	51	20,6	109	44,1	
Separado	07	2,9	04	1,6	11	4,5	
Viúvo	-	-	01	0,4	01	0,4	
Tempo de formado (Em anos)							0,002
Menos de 5	43	17,6	73	29,8	116	47,4	
De 5 a 10	39	15,9	27	11,0	66	26,9	
Mais de 10	38	15,5	25	10,2	63	25,7	
Tempo de trabalho na ESF*** (Em anos)							0,001
Menos de 5	50	20,2	82	33,2	132	53,4	
De 5 a 10	47	19,0	29	11,8	76	30,8	
Mais de 10	24	9,7	15	6,1	39	15,8	
Pós-Graduação							0,178
Nenhuma	29	12	46	19	75	31	
Especialização em Saúde Coletiva/áreas afins	82	34	75	31	157	65	
Residência e Esp. Saúde coletiva/áreas afins	06	2,4	02	0,8	08	3,2	
Mestrado Saúde Coletiva/áreas afins	01	0,4	01	0,4	02	0,8	

*Teste de correlação de Pearson ($p \leq 0,05$)

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

*** ESF – Estratégia de Saúde da Família

Na Tabela 4, visualiza-se a associação entre as variáveis de instrumentalização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao deparar com maus-tratos em criança e adolescentes.

Participação em treinamento sobre o assunto ($p=0,020$); conhecer o ECA ($p=0,040$); conhecer a ficha de notificação de maus-tratos ($p<0,001$); possuir a ficha de notificação na unidade de saúde que trabalha ($p=0,012$); confiar nos órgãos de proteção ($0,024$); discutir o assunto na unidade ($p=0,015$) e notificar o caso ($p=0,006$) tiveram associação estatisticamente significante.

Analisando-se a variável instrumentalização dos profissionais com a variável deparar-se com maus-tratos, estratificada por categorias, notificar o caso ($p=0,044$) foi significativa em relação à categoria médica.

Quanto aos enfermeiros, participar de treinamento ($p=0,009$), possuir a ficha de notificação na unidade ($p=0,021$) e sofrer algum tipo de maus-tratos na infância ($p=0,003$) mostraram associação estatística com a variável deparar-se com maus-tratos.

Conhecer a ficha de notificação no serviço ($p= 0,005$) e o assunto ser discutido no ambiente de trabalho ($p=0,014$) evidenciaram associação estatística significante com o cirurgião-dentista.

Tabela 4 - Variáveis relacionadas à instrumentalização de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, ao deparar com casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)

Variáveis	Deparou com caso de maus-tratos						p*
	Sim (n = 121)		Não (n = 126)		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Participou de Treinamento							0,02
Sim	41	16,7	21	8,5	62	25,2	
Não	79	32,1	105	42,7	184	74,8	
Gostaria de participar de treinamento							0,969
Sim	110	45,5	112	46,3	222	91,8	
Não	10	4,1	10	4,1	20	8,2	
Conhece o ECA**							0,04
Sim	94	38,4	77	31,4	171	69,8	
Não	26	10,6	48	19,6	74	30,2	
Conhece a ficha de notificação							<0,001
Sim	63	26,0	33	13,7	96	39,7	
Não	56	23,1	90	37,2	146	60,3	
Na unidade possui a ficha							0,012
Sim	39	16,4	28	11,8	67	28,2	
Não	45	18,9	35	14,7	80	33,6	
Confia nos órgãos de proteção							0,024
Sim	72	31,4	85	35,8	154	67,2	
Não	47	20,6	28	12,2	75	32,8	
Lê sobre o assunto							0,412
Sim	40	16,3	35	14,3	75	30,6	
Não	81	33,1	89	36,3	170	69,4	
Assunto é discutido na unidade							0,015
Sim	55	22,4	38	15,4	93	37,8	
Não	66	26,8	87	35,4	153	62,2	
Vantagem instituir a ficha na AT***							0,603
Sim	100	41,3	102	42,2	202	83,5	
Não	18	7,4	22	9,1	40	16,5	
Conhece instituição que assiste criança/ adolescente vítima de maus-tratos							0,204
Sim	18	7,5	12	5,0	30	12,5	
Não	100	41,7	110	45,8	210	87,5	
Você notificou o caso							0,006
Sim	66	50,8	01	0,8	67	51,5	
Não	54	41,6	09	6,9	63	48,5	
Sabe para onde encaminhar							0,979
Sim	70	30,6	68	29,7	138	60,3	
Não	46	20,0	45	19,7	91	39,7	

* Teste de correlação de Pearson. ($p \leq 0,05$) ** ECA – Estatuto da Criança e do adolescente.
***AT = Atenção Básica.

A Tabela 5 retrata a relação entre as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e o fato de terem notificado casos de maus-tratos em sua prática. Nesta associação, apenas a variável categoria profissional ($p=0,007$) mostrou-se estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Relação entre as características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza com a notificação de casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)

Variável	Profissional que notificou maus-tratos						p*
	Sim (n = 67)		Não (n = 64)		Total		
	N	%	n	%	N	%	
Sexo							0,085
Masculino	25	19,0	15	11,5	40	30,5	
Feminino	42	32,1	49	37,4	91	69,5	
Idade (Em anos)**							0,298
20 -30	20	18,5	26	24,1	46	42,6	
31-40	26	24,1	20	18,5	46	42,6	
> 41	10	9,3	06	5,5	16	14,8	
Profissão							0,007
Médico	25	19,1	13	9,9	38	29	
Enfermeiro	36	27,5	33	25,2	69	52,7	
Dentista	06	4,6	18	13,7	24	18,3	
Estado Civil							0,535
Solteiro	29	22,1	30	22,9	59	45,0	
Casado/União estável	33	25,2	32	24,4	65	49,6	
Separado	05	3,8	02	1,6	07	5,6	
Tempo de formado (Em anos)							0,495
Menos de 5	20	15,4	25	19,2	45	34,6	
De 5 a 10	24	18,5	20	15,4	44	33,9	
Mais de 10	23	17,7	18	13,8	41	31,5	
Tempo de trabalho na ESF*** (Em anos)							0,644
Menos de 5	25	19,1	29	22,1	54	41,2	
De 5 a 10	27	20,6	23	17,6	50	38,2	
Mais de 10	15	11,5	12	9,1	27	20,6	
Pós-Graduação							0,453
Nenhuma	16	12,5	15	11,7	31	24,2	
Especialização Saúde Coletiva/ áreas afins	44	34,3	46	35,9	90	70,2	
Residência e Especialização em Saúde coletiva/áreas afins	04	3,2	01	0,8	05	04	
Mestrado em Saúde Coletiva/ áreas afins	02	1,6	-	-	02	1,6	

*Teste de correlação de Pearson. ($p \leq 0,05$) ** Estratificação da idade de acordo com a população economicamente ativa (IBGE, 2000). *** ESF – Estratégia de Saúde da Família.

Ao se analisar as variáveis apresentadas na Tabela 5 (características sociodemográficas, formação profissional e tempo de trabalho), estratificando-se por categorias profissionais relacionadas ao ato de notificar os maus-tratos, não houve associação estatística significativa entre elas.

Sobre a Tabela 6, esta demonstra a relação entre a instrumentalização dos profissionais para o enfrentamento desses maus-tratos e o ato de notificá-los.

As variáveis participar de treinamento sobre o tema ($p=0,003$) e saber para onde encaminhar ($p<0,001$) apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável notificou o caso. Ao ser analisada a relação entre medo de envolvimento legal com a variável ter notificado casos de maus-tratos, também se mostrou significativa ($p=0,014$).

Estratificando - se por categorias profissionais, a associação da variável notificar casos de maus-tratos e deparar-se com casos de maus tratos mostraram-se significante ($p=0,044$), para os médicos.

Referente aos enfermeiros, a variável conhecer a ficha de notificação foi estatisticamente significativa ($p=0,032$). Quanto ao cirurgião-dentista, houve significância estatística apenas a variável saber para onde encaminhar ($p=0,024$).

Tabela 6 - Variáveis relacionadas à instrumentalização de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza com a notificação de casos de maus-tratos em criança e adolescentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. (N=248)

Variáveis	Profissional que notificou maus-tratos						p*
	Sim (n = 67)		Não (n = 63)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Participou de Treinamento							0,003
Sim	30	23,1	13	10,0	43	33,1	
Não	37	28,4	50	38,5	87	66,9	
Gostaria de participar							0,051
Sim	64	49,2	54	41,6	118	90,8	
Não	03	2,3	09	6,9	12	9,2	
Conhece o ECA**							0,179
Sim	54	41,5	46	35,4	100	76,9	
Não	12	9,3	18	13,8	30	23,1	
Conhece a ficha de notificação							0,014
Sim	41	32,0	25	19,6	66	51,6	
Não	25	19,5	37	28,9	62	48,4	
Na unidade possui a ficha							0,271
Sim	24	18,9	16	12,6	40	31,5	
Não possui	25	19,7	26	20,5	51	40,2	
Não sabe se possui							
Confia nos órgãos de proteção							0,159
Sim	43	33,6	34	26,6	77	60,2	
Não	22	17,2	29	22,6	51	39,8	
Lê sobre o assunto							0,136
Sim	26	19,8	17	13,0	43	32,8	
Não	41	31,3	47	35,9	88	67,2	
Assunto discutido na unidade							0,557
Sim	30	23,1	25	19,2	55	42,3	
Não	37	28,5	38	29,2	75	57,7	
Vantagem instituir a ficha na AT***							0,474
Sim	58	45,3	50	39,1	108	84,4	
Não	09	7,0	11	8,6	20	15,6	
Conhece instituição assiste criança/adolescente vítima de maus-tratos							0,178
Sim	12	9,5	06	4,7	18	14,2	
Não	54	42,5	55	43,3	109	85,8	
Sabe para onde encaminhar							<0,001
Sim	51	40,8	25	20	76	60,8	
Não	12	9,6	37	29,6	49	39,2	

* Teste de correlação de Pearson. ($p \leq 0,05$) ** ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

***AT= Atenção Básica.

O Quadro 3 demonstra os motivos favoráveis, desfavoráveis e as dificuldades para realizarem a notificação de maus-tratos, respondidas pelos profissionais do estudo.

Em relação aos motivos favoráveis, prevaleceram os benefícios oriundos da notificação (156/76,1%), melhor acesso da comunidade ao serviço (67/32,7%) e importância para compor dados epidemiológicos (48/23,4%). Quanto aos desfavoráveis, encontrou-se a falta de estrutura da rede de apoio (36/81,8%) como maioria.

Quanto as dificuldades encontradas para realização da notificação, salientaram: a falta de estrutura da rede de apoio (36,1%), a falta de conhecimento/capacitação dos profissionais (35,5%); falta de proteção ao profissional que notifica (35,0%) e o medo de envolvimento legal (10,3%).

Quadro 3 - Motivos favoráveis, desfavoráveis e dificuldades à notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes de acordo com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas de onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza. Ceará, Brasil, 2010. (N=248)

MOTIVOS*	N	%
• Favoráveis		
Melhor acesso da comunidade ao serviço	67	32,7
Benefícios às vítimas	156	76,1
Importância dos dados epidemiológicos	48	23,4
• Desfavoráveis		
Não é demanda da atenção básica	05	11,4
Falta de estrutura da rede de apoio	36	81,8
DIFICULDADES*		
• Falta de estrutura na rede de apoio	88	36,1
• Falta de conhecimento/capacitação dos profissionais	87	35,5
• Falta de proteção ao profissional que notifica	84	35,0
• Medo de envolvimento legal	25	10,3

* Opção com mais de uma resposta.

Estes resultados aproximam-se do processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em 11 municípios da Região Metropolitana de Fortaleza.

6 DISCUSSÃO

O estudo analisa o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes pela Estratégia Saúde da Família, em onze municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, a partir da práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Ao concordar com o pensamento de Campos (2010), também entendemos o trabalho em saúde como uma práxis, sendo impossível operá-lo sem algum grau de conhecimento acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados.

Reconhecemos o quão é complexo o objeto de investigação desta pesquisa. É multifacetado, requer mobilização intersetorial e compromisso dos gestores, profissionais e sociedade em favorecer da concretização desse processo. Os profissionais que se encontram na porta de entrada do Sistema (Atenção Básica) aparentam receio em se posicionar sobre o assunto. Muitos se omitiram e deixaram de responder questões que possivelmente trariam reflexões fecundas.

A literatura aponta que eximir-se de discorrer sobre violência/maus-tratos pode refletir o despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao serviço, possivelmente quanto ao desconhecimento acerca de como proceder com esses casos ou simplesmente à decisão de não se envolver (ORLANDO, 2007; MENDEZ, 2003).

Esta possivelmente seja uma das limitações do estudo, apesar deste ter alcançado 38,1% de devolução de questionários, considerado como um percentual que favorece a evidência científica.

Entretanto a pesquisa aproxima-se da realidade de trabalho de algumas categorias que compõem a equipe básica da Estratégia Saúde da Família, em uma Região Metropolitana que registra um crescimento ascendente da violência, principalmente entre os adolescentes.

A análise das características sociodemográficas dos participantes, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas aponta para uma forte feminização da força de trabalho, presença significativa de adultos jovens, solteiros. Pode-se inferir que a ESF está se consolidando como a porta de empregabilidade e caracterizando o início da carreira profissional dessas categorias, o que também vem sendo observado em estudos anteriores (MENDONÇA, *et al.*, 2010; BARROS; SÁ, 2010).

Deste modo, neste estudo, essas características sociodemográficas vão ao encontro da literatura brasileira. Mendonça *et al.* (2010), ao investigarem o perfil dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família em quatro centros urbanos, também identificaram a predominância do sexo feminino e de pessoas jovens.

O trabalho de Luna, Ferreira e Vieira (2010) também corrobora essas características, pois encontrou resultado similar entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza-CE.

A predominância do sexo feminino neste estudo pode estar associada ao número de enfermeiras participantes e, se considerarmos que a ESF foi reconhecida pelo Ministério da Saúde em 1994, justifica-se a presença de profissionais jovens atuantes nesse nível de atenção (BRASIL, 2006b). É possível inferir que a ESF pode estar se constituindo como um campo de trabalho atraente para os profissionais (Mendonça *et al.*, 2010), retratando, a exemplo deste estudo, um número significativo de profissionais jovens.

Observou-se ainda, na pesquisa em pauta, percentual significativo de profissionais com menos de cinco anos de formação e de tempo de trabalho. Este dado pode sinalizar, também, algumas lacunas na experiência profissional e comprometer a realização de ações para o enfrentamento de maus-tratos em crianças e adolescentes, nas áreas de adscrição dessas equipes.

Adentrando na formação profissional, o estudo apontou que 65,0% dos respondentes possuíam pós-graduação em saúde coletiva e áreas afins, sinalizando a compreensão que os jovens graduados estão tendo sobre a importância da atualização frente às crescentes demandas em saúde. Indiscutível que essas requerem estudos contínuos.

Em análise da pós-graduação em Saúde Coletiva, constatou-se, em 2009, crescimento de cerca de 30% no número especializações em relação a 2002. Confirma-se a tendência de expansão e credibilidade dessa formação, pois as instituições do SUS nos níveis municipal estadual e federal, e até mesmo nas organizações do subsistema privado, vêm investindo em educação de pessoal, por meio de cursos e treinamentos em serviços das mais diferentes modalidades (BOSI; PAIM, 2010).

Este estudo identificou que 74,5% dos profissionais estudados não participaram de treinamento sobre maus-tratos (ou violência), mas a maioria (91,8%) manifestou o

desejo de realizar algum treinamento. Pode-se interpretar que os respondentes demonstram interesse na capacitação para o manejo de maus-tratos contra crianças e adolescentes, bem como para se inteirar das informações contidas no instrumento de notificação, entender o respaldo legal e contribuir para a qualidade da informação sobre o tema.

As respostas dos participantes reportam à educação permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujo respaldo está na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004) e na Portaria GM/MS n.1996 (TREMBLAY; GERVAIS; PETITCLERC, 2008), que dota os gestores de saúde do papel efetivamente coordenador desse processo.

Essas lacunas de conhecimento em assuntos que respondem por demandas da atenção básica também foram detectadas em pesquisas envolvendo outros segmentos e categorias que formam a rede hierarquizada do SUS (MENDONÇA, *et al.*, 2010).

Por outro lado, Minayo e Deslandes (2007) analisaram a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em cinco capitais brasileiras, e constataram a presença de grupos que estão trabalhando na implantação dos instrumentos do Ministério da Saúde para implantar ações de enfrentamento.

Entretanto, a maior parte dos estudos que aborda a questão da capacitação de profissionais da saúde em relação aos maus-tratos, indica a necessidade de se desenvolver estratégias para instruí-los sobre o tema. É recorrente nestes estudos o relato de professores, alunos e profissionais que reconhecem o problema da violência intrafamiliar (SOUZA *et al.*, 2010) e as dificuldades para abordá-lo e enfrentá-lo.

Contudo, mesmo considerando o esforço do setor saúde em recomendar ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção de maus-tratos e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implantação da política específica, as alterações curriculares ainda são lentas, pontuais e pouco reconhecidas (SOUZA *et al.*, 2010). Um ponto a considerar diante da urgência e necessidade do profissional da atenção básica estar apto para o enfrentamento desse fenômeno, é que nesta investigação, 8,2% dos respondentes não manifestaram o desejo de realizar capacitações.

Jaramillo e Uribe (2001) observaram que a maioria dos cursos da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação a formação e o treinamento dos

aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

Na análise da variável categoria profissional relacionada ao conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente e da ficha de notificação, os enfermeiros são os que mais conhecem, enquanto os cirurgiões-dentistas, em sua maioria, não conhecem os documentos mencionados. Estes achados também foram encontrados no estudo de Luna, Ferreira e Vieira (2010) e em investigação que solicitava o conhecimento dessa categoria (FERREIRA; SCHIMITH; CACERES, 2010) diante do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Reportando-se à categoria dos cirurgiões-dentistas, esse desconhecimento não reflete, necessariamente, o cotidiano de todos os profissionais da Equipe de Saúde Bucal. Em virtude de sua formação acadêmica, ainda que em crescente transformação, algumas situações limites por eles enfrentadas poderiam ser conduzidas com maior resolutividade, se esses profissionais ampliassem ações coletivas e discorressem sobre as demandas sociais.

A literatura reafirma que os recursos humanos em saúde constituem um dos principais desafios no processo de implantação do SUS. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a ESF, quanto a sua formação e qualificação para atuarem no âmbito das equipes de saúde da família (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Na análise bivariada das características sociodemográficas dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas ao fato de ter se deparado com casos de maus tratos, os dados associaram-se estatisticamente significante com o tempo de formação e trabalho na ESF.

Giovanella *et al.* (2009) apontam que a rotatividade na práxis dos profissionais justifica o tempo de graduação e a pouca permanência no seu local de trabalho, este fato pode estar associado a constituir-se no entrave ao desenvolvimento do trabalho e é atribuído pelos gestores e profissionais a fatores diversos, tais como a remuneração aquém das expectativas, condições de trabalho, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, descomprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Em relação a ter se deparado com casos de maus tratos e na Unidade Básica de Saúde dispor da ficha de notificação, constatou-se que 18,9% negaram a existência da mesma em seu local de trabalho. Este fato sinaliza a fragilidade do setor saúde em efetivar nos serviços as diretrizes das políticas e planos que viabilizariam a notificação de maus-tratos e a articulação com as redes de proteção no atendimento a essas vítimas.

Um sistema de notificação precisa de um instrumento que viabilize a coleta sistemática e padronizada de informações. Por isso, propõe-se uma ficha que possa ser difundida em toda a rede de serviços do SUS. Essa ficha deverá conter os quesitos necessários para a identificação e caracterização da criança ou do adolescente, da sua família, da instituição maltratante (se for o caso), do agressor e da violência sofrida. Ela funciona como importante instrumento de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar e o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente, sua família e diagnosticaram o ato de violência (BRASIL, 2004).

O fato de os profissionais que se depararam com casos de maus-tratos apresentarem uma associação com a variável “terem sofrido maus-tratos”, em sua própria infância foi estatisticamente significativa ($p=0,005$).

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, e 11% relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância e desses, 50% notificaram os casos identificados na sua prática.

O estudo de Pires *et al.* (2005) assemelha-se com esta pesquisa em que 7,4% dos profissionais afirmaram ter sofrido maus-tratos na infância e desses, 50,8% notificaram esses casos no exercício de sua prática. Acredita-se que a experiência traumática na infância e os sentimentos indesejáveis interiorizados naquela fase possam influenciar na decisão de notificar ou não maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Sá e Azevedo (2010) ao discorrerem sobre o trabalho em saúde e a produção do cuidado defendem que as exigências de trabalho psíquico impostas pelo trabalho em saúde dependem da articulação de suas histórias individuais com as do conjunto intersubjetivo – do coletivo de trabalho ou das organizações – em que se inserem, condicionando favorável ou desfavoravelmente à produção desse cuidado.

O estudo aponta a significância estatística no que diz respeito o fato de deparar-se com casos de maus tratos, à confiança dos profissionais nos órgãos de proteção e à discussão do assunto no serviço. Esses dados constituem parte importante do estudo se levar em consideração que para enfrentar o problema é necessário uma rede de apoio intersetorial e interdisciplinar. Isso nos leva a refletir o papel do profissional no que rege os princípios do SUS e da Saúde da Família, que enfatiza a promoção de saúde como uma das diretrizes fundamentais do processo de trabalho.

Os casos de maus-tratos na infância e adolescência fazem parte do cotidiano da Região Metropolitana de Fortaleza, e diariamente somos informados pela mídia sobre as estatísticas que respondem por essas casuísticas. Confirma-se como problema político e social, justificando uma instrumentalização multiprofissional para o enfrentamento desta realidade e articulação de uma rede de proteção, pois a atenção básica ainda continua sendo a porta de entrada para esses desafios, que, muitas vezes, passam despercebidos pela equipe.

Pires *et al.* (2005) evidenciaram 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 frequente entre os profissionais, o que divergiu do presente trabalho em que 50,8%% notificaram casos de maus-tratos e disseram que confiam nos órgãos de proteção a infância e adolescência.

O nível de confiança referido pelos profissionais participantes do estudo de Pires *et al.* (2005) e este em pauta (BARBOSA, 2010) apresentou um crescimento nos últimos cinco anos, e esta confiança nos órgãos de proteção pode ser reflexo das ações e resoluções realizadas por esses órgãos.

É preciso ficar claro que a notificação não é um favor que o profissional poderá ou não prestar. A criança e o adolescente, quando vítimas de maus-tratos, ao chegarem a um serviço de saúde, a sua escola ou a outra instituição qualquer, demandam atendimento e proteção. O cuidado institucional e profissional é um direito que a criança e o adolescente têm (BRASIL, 2004).

De acordo com o ECA, os casos de suspeita ou configuração de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade de moradia da vítima. A notificação cabe a qualquer cidadão que é testemunha ou tome

conhecimento de violações dos direitos de crianças e adolescentes. Ela pode ser feita até mesmo de forma anônima aos vários serviços de proteção da infância e da juventude mais próximos, como o SOS, Disque-Denúncia e tantas outras organizações criadas para essa finalidade. A elas caberá sempre repassar tais informações aos Conselhos Tutelares mais próximos à residência da vítima.

Por previsão expressa do artigo 245 do ECA, o profissional de saúde que deixa de comunicar à autoridade competente os casos de que tenham conhecimento envolvendo suspeitas ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes será penalizado com multa (BRASIL, 1990, BRASIL, 2001a).

Na análise dos percalços para a notificação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde em um hospital de emergência de Porto Alegre, por meio de um estudo etnográfico, Leal e Lopes (2005) identificaram que há maior comprometimento com o registro, quando trata de crianças e adolescentes (especialmente o abuso sexual) do que quando as vítimas são mulheres.

Os autores (LEAL; LOPES, 2005) 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.

Nesta pesquisa, ressaltando a Região Metropolitana, o profissional médico foi o que mais notificou casos (65,8%), contrariando os resultados anteriores (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; LEAL; LOPES, 2005) que identificaram o enfermeiro como a categoria que assumiu maior número de registros de notificação.

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).

Existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência

no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (SALIBA *et al.*, 2007; GONÇALVES, 2002).

Verifica-se também que, por terem muitos receios, os profissionais em relação à notificação nem sempre as consideravam como a melhor forma de encaminhamento para a situação. Delineia-se na visão dos profissionais sobre os motivos de suas maiores resistências o medo de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça; ausência de suporte institucional sentida pelo profissional para respaldar seu ato; descrença no poder público para dar solução aos casos encaminhados e o desconhecimento do sentido do processo de notificação (BRASIL, 2004).

Importante destacar nesta pesquisa, relacionando o fato de os profissionais notificarem (maus-tratos), que 40,8% desses afirmaram que sabia para onde encaminhar.

Investigação realizada por Costa *et al.*, (2007) sobre os casos de violência contra crianças e adolescentes registrados nos Conselhos Tutelares, em Feira de Santana (BA) e os encaminhamentos dessas denúncias, observaram-se que dos 1.525 casos que foram encaminhados, mais de 40% foram para notificação e mais de 25% para sindicância.

Cabe destacar que a audiência foi registrada em pouquíssimos casos, assim como o acompanhamento e o alto índice de casos sem registro. Esses resultados apontam dificuldades quanto à adequação do atendimento na Rede, principalmente quanto ao acompanhamento das vítimas e famílias, apontando a necessidade de efetivação e fortalecimento do Sistema de Referência e Contra-Referência das instâncias no município investigado.

Nesse contexto, deduz-se que a partir da práxis dos profissionais de saúde da ESF, casos de maus-tratos são notificados, mas ao chegar à rede de proteção e apoio às crianças e adolescentes, como os Conselhos Tutelares, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o judiciário, Organizações Não-Governamentais, dentre outros, essas ocorrências podem não ter continuidade na tomada de decisão e enfrentamento do problema, o que reporta as dificuldades para a resolutividade dos casos.

Este desafio de se manter a integralidade do cuidado mediante a articulação das Redes de Apoio e Proteção à Violência é transversal no modelo de atenção vigente diante de outras demandas. Barros e Sá (2010) analisaram o processo de trabalho em

saúde, de uma unidade de saúde da família, em município de pequeno porte do Estado Rio de Janeiro e teceram considerações de que é preciso estabelecer uma rede de conversações entre os serviços, promovendo a integração entre eles, para que, ao invés de serem concorrentes, possam ser complementares e viabilizem a integralidade do cuidado.

Outros estudos também apontaram resultados desanimadores quanto ao seguimento de denúncias contra crianças e adolescentes junto às delegacias do Rio de Janeiro. Ressaltam alguns pontos: a morosidade dos órgãos envolvidos, a dificuldade das denúncias registradas se converterem em inquéritos, arquivamentos de casos, quando evolui para processo, o réu foi inocentado. A literatura destaca que a falta de provas contribui para que os atos violentos não se transformem em processos, o que pode ser considerado fator decisivo para que os réus presumidos sejam considerados inocentes (MARTINS, JORGE, 2009; MORALES; SCHRAMM, 2002).

A importância de se divulgar o “Disque Denúncia”, a formação continuada de conselheiros quanto ao registro adequado, assim como a efetivação de políticas de prevenção da violência contra crianças e adolescentes (COSTA *et al.*, (2007) são referências significativas para o enfrentamento dessa violência.

As notificações de situações de violência contra crianças e adolescentes, geralmente, chegam ao Poder Judiciário por meio dos Conselhos Tutelares, órgãos estruturados nos municípios para garantir a defesa dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes, sempre que esses são violados (MARTINS, JORGE, 2009; BRASIL, 2002).

Apesar de os profissionais, desta investigação, relatar não ter medo de envolvimento legal (34,4%) ao notificar os casos de maus-tratos, contradiz os achados de Luna, Ferreira e Vieira (2010), em que 53,8% confirmaram ter medo.

Algumas hipóteses podem ser aventadas na explicação desses achados entre o estudo de Luna; Ferreira, Vieira (2010): o contexto em que foi realizado, logo após implantação da ESF em Fortaleza; a própria instrumentalização e maturidade desses profissionais sobre o tema e dinâmica de trabalho; incipiência de suporte institucional, pois o profissional que não encontra suporte pode inibir atitudes proativas em relação à notificação de maus-tratos infantis.

No entanto, é necessário um respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja legitimado. O artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941 reconhece como contravenção penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho. O não cumprimento acarreta pena pecuniária. A interpretação desse artigo remete à ideia de que o profissional de saúde deverá comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente de idade ou gênero da vítima (SALIBA *et al.*, 2007)

Apesar da obrigatoriedade que o ECA confere à notificação, nos municípios da Região Metropolitana de Fortaleza, percebe-se que os profissionais apresentam dificuldades técnicas específicas em adotá-la como conduta. A maior predominância das respostas em relação às dificuldades dos profissionais para realizarem a notificação foi a falta de conhecimento e capacitações sobre o tema, isso implica na sub-notificação, deixando as crianças expostas a essa situação e demonstra a necessidade dos gestores para o fortalecimento da prevenção de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção básica, visando o alcance da integralidade na assistência em saúde.

As determinações legais contidas no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) retratam que a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil e que ainda impossibilita conhecer melhor a magnitude do problema. Isso não surpreende se considerarmos que o mesmo ocorre em países onde a legislação é mais antiga e os sistemas de atendimento mais aprimorados (GONCALVES; FERREIRA, 2002).

Nesse sentido, os dados epidemiológicos são fontes de informações oficiais para estudar a amplitude e características de maus-tratos infantis, todavia os profissionais precisam estar cientes da importância na notificação, perante a problemática que envolve os diversos segmentos sociais. O reconhecimento da importância desses dados foi mencionado por 23,4% dos participantes como um dos pontos favoráveis à notificação, apesar de 11,4% ter respondido que esse “assunto” não era demanda da atenção básica.

Benefícios às vítimas de maus-tratos foram os motivos favoráveis prevalentes quanto ao processo de notificação diante das respostas dos profissionais. Importante referir que estes estão reconhecendo a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e merecedores de se aplicar os princípios da doutrina integral que fundamenta o ECA

(BRASIL, 1990) e demais políticas (BRASIL, 2007a, 2007b) que avançam no alcance dos direitos infantis.

Apesar do reconhecimento e da valorização da criança e do adolescente na sociedade e mediante adoção de políticas públicas, os maus tratos ainda permanecem como grave ameaça às suas condições de vida, fato merecedor de estudos e estratégias de enfrentamento, dessa forma a implantação de redes torna-se essencial para melhorar a eficácia do serviço (MARTINS; JORGE, 2009; GARDNER *et al.*, 2003).

Um dos maiores desafios a ser superado são as articulações e efetivações de redes de apoio e proteção a esse grupo alvo; nesse sentido, é fundamental que também seja discutido e colocado em pauta, nos organismos gestores, que inexistente uma rede que também apoie e dê suporte técnico e legal ao profissional que se encontra tentando reorientar o modelo preconizado pelo SUS.

O enfrentamento destes desafios permitirá definir um marco referencial para a constituição das redes, em suas diretrizes gerais – a ser traduzidas em condições regionais específicas -, e permitirá avaliar possibilidades e limitações de modo a embasar a escolha dos mecanismos e instrumentos pertinentes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Continuando com o pensamento de Kuschnir e Chorny (2010), quaisquer que sejam os mecanismos ou instrumentos utilizados devem estar sempre respaldados por uma política de estado que impulse as redes como estratégia fundamental para o alcance de serviços de saúde mais acessíveis e integrais, apoiada em um referencial jurídico coerente.

8 CONCLUSÃO

Ao iniciar a conclusão deste estudo, reportamo-nos a complexidade do tema e ao reconhecimento dos esforços que o setor saúde está fazendo no sentido de enfrentá-la. No recorte do objeto de estudo, bem como na delimitação geográfica desta investigação, esta pesquisa aponta resultados que nos impulsiona a profícuas reflexões da realidade.

Analisar o processo de notificação da violência em crianças e adolescentes, a partir do exercício da práxis de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da Região Metropolitana de Fortaleza, foi um desafio de um grupo de pesquisadores, em que a sua operacionalização foi designada à autora deste relatório.

O processo de notificação de maus-tratos contra crianças em adolescentes nos municípios de Aquiraz, Caucaia, Euzébio, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante, realizado por profissionais da Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, revela um perfil sociodemográfico de profissionais jovens, solteiros, predominância feminina, com menos de cinco de anos de formados e igual tempo de trabalho na estratégia saúde da família e percentual significativo de pós-graduados em saúde coletiva e áreas afins.

Estes participantes apontaram lacunas na instrumentalização do conhecimento para o manejo e enfrentamento de maus-tratos no grupo estudado, refletindo nas tomadas de decisão diante dessas casuísticas.

Os profissionais mostraram-se preocupados com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e comprometidos com a promoção da saúde e prevenção de maus-tratos dos casos. Mas, muitas vezes, esses profissionais não sabem qual a maneira correta de agir, têm medo de envolver-se legalmente, pois os gestores (leia-se o Estado) não os amparam no decorrer do processo da notificação e eles ficam à mercê das ameaças que o cercam.

É uma fragilidade para a estratégia saúde da família o atendimento e o ato de notificar esses casos, fato que eles exteriorizam quando reportam a falta de retorno dos desdobramentos e falta de suporte das redes de proteção. Nesse sentido, é essencial a

sensibilização dos gestores para o problema que assola as diversas camadas sociais, perpetuando-se na temporalidade e assumindo novas modalidades e desafios.

Algumas variáveis analisadas foram estatisticamente significativas para que esse profissional confirmasse que já tinha se deparado com maus-tratos em crianças e adolescentes em sua prática: participação em treinamentos, conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, conhecimento da ficha de notificação, a existência dessa ficha na Unidade Básica de Saúde, confiança nos órgãos de proteção e o assunto ser discutido no local de trabalho.

Em relação ao profissional ter notificado os maus-tratos, as variáveis significantes foram: a categoria profissional, a participação em treinamento, o conhecimento da ficha de notificação e saber para onde encaminhar os casos notificados.

Para finalizar e reforçar a magnitude do fenômeno e suas repercussões políticas e sociais, precisa-se de esforços e mobilização governamentais e da sociedade organizada e corresponsável, para que se vislumbrem possibilidades, de um dia, garantir paz, segurança e uma perspectiva à vida dos jovens cearenses e brasileiros.

A inesgotável dimensão do tema demanda novos estudos sobre o processo de identificação, notificação e resolução de casos de maus-tratos em crianças e adolescentes no Estado do Ceará. Os pesquisadores reconhecem ainda os esforços que a Secretaria de Saúde do Estado – SESA tem realizado em treinamentos e capacitações de Recursos Humanos em Saúde para a minimização e enfrentamento da violência no Estado do Ceará.

RECOMENDAÇÕES:

Trabalhar para modificar tal situação é, sem dúvida, um ato político inadiável para o avanço do processo de cidadania no país. Desse modo, os resultados deste trabalho sinalizam algumas proposições:

- articular uma rede de atenção e proteção social, buscando o envolvimento dos serviços de vigilância e assistência à saúde, intersetoriais e interinstitucionais, tanto para o aprimoramento das informações, como para o desenvolvimento de políticas públicas;

- capacitar e mobilizar os profissionais em todos os níveis de atendimento do SUS, para que planejem melhor suas ações, pois o quadro atual da sociedade retrata o extermínio desse grupo, com vistas a superação dos problemas relacionados à investigação e à informação, bem como dar maior resolutividade para esses casos;
- instrumentalizar os gestores para implementação e implantação das fichas de notificação de violência em todos os serviços de saúde de seus municípios;
- sensibilizar os gestores do SUS, profissionais de saúde e gerentes dos serviços, sobretudo dos hospitais, adotando estratégias como o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos maus-tratos/violência entre crianças e adolescentes no setor saúde e seus desdobramentos intersetorial, familiar e social;
- inserir na organização da rede de atenção à saúde, as ações de prevenção de violência e promoção da saúde nas atividades cotidianas das equipes, especialmente na atenção primária, viabilizada pela estratégia saúde da família;
- em um contexto macroeconômico, defender a existência de recursos financeiros que viabilizem de modo concreto o planejamento e gestão de ações para o enfrentamento da violência.

7 REFERÊNCIAS

- 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.
- ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, s/v. n. 8, p. 84-135, 2002.
- 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.
- ASSIS, S.G.; DESLANDES, S.F.; SANTOS, N.C. Violência: Um problema para a saúde dos brasileiros. In SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C. (Orgs). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 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.
- 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. (orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A.. *Mania de bater*. São Paulo: Iglu, 2001.
- BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção de cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos nos serviços de emergência. *Ciências & Saúde Coletiva*. v.15, n.5, p. 2473-2482, ago., 2010.
- BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v.24, n.2, Rio de Janeiro, p. 323-332, fev. 2008.
- BOSI, M.M.L.; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.15, n. 4, jul. p.2029-2038, 2010.
- BRASIL, Presidência da República. *Constituição Federal 1988*. Brasília, out. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N. 196. *Diretrizes e normas técnicas de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 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, 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. 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, Secretaria Especial de Políticas Contra as Mulheres – *Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher – Plano Nacional: Diálogo sobre a Violência Doméstica e de Gênero: Construindo Políticas para as Mulheres – Brasil*, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 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. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: saúde, um direito dos adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. DAB – Atenção Básica – PSF – Saúde da Família – Atenção Primária. Disponível em <dtr2004.saude.gov.br/dab/historico>. Acesso em: 10 de julho de 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de Mortalidade específica por causas externas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>> Acesso em setembro/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SIAB>> Acesso em setembro/2009.
- CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.15, n. 5, p. 2337 – 2344, ago., 2010.
- 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.
- 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. *Pesquisa sobre o comportamento de risco dos adolescentes estudantes do Estado do Ceará*. Fortaleza: SAS/SEDUC/SESA/SECULT/ SEPLAN; 2003
- CECOVI, Centro de Combate à Violência. Disponível em: <<http://www.cecovi.org.br>>. Acesso Abril; 2009.
- CIDADES. Disponível<<http://www.observatoriodasmetroplites.ufrj.br/comoanda/comoandaRMfortaleza.pdf>> Acesso em 30 jun 2008.
- COSTA, M.C.O. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de conselhos tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n. 5, p.1129-1141, 2007.
- DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11(supl), p.1163- 1178, 2006.
- DAY, V. P., *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*. v. 25, supl.1, p.9-21, abr. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>> Acesso em 02 de out. de 2009.
- DESLANDES, S. F. Care of Children and Adolescents Suffering Domestic Violence: Analysis of a Service. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, suppl. 1, p.177-187, 1994.
- DESLANDES, S. F.. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v.3. n.2, p. 207-208, 1995.
- FALEIROS, V. De P. Violência contra a infância. *Sociedade e Estado*, Brasília, v.10, n.2, p.475 -490, julho/dezembro de 1995.
- FALEIROS J. M.; MATIAS A. da S. A.; Bazon M. R. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cadernos de Saúde Pública* v.25, n.2, Rio de Janeiro, p.337-348, fev. 2009.
- FERREIRA, A. L. *et al.* *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência*. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) FIOCRUZ. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça, 2ª Edição Rio de Janeiro - Março de 2001.

- FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D.; CACERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*. v.15, n.5, pp. 2611-2620, 2010.
- GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; DOSSI, A.P.; DOSSI, M.O. Violência doméstica: Análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*.v.22, n.12, p.2567-2573.
- GARDNER, J.M.; POWEL, C.A.; THOMAS, J.A.; MILLARD, D. Perceptions and experiences of violence among secondary school students in urban Jamaica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 14., n. 2, p. 97-103, 2003.
- 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, jan-fev, 2002.
- KRUG, E.G. *et al.* Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva, World Health Organization, 2002.
- KUSHCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de Atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 30 jun 2008.
- JARAMILLO, D.E; Uribe T.M. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Investigacion y Educacion em Enfermermaría*. v.19, n.1, p. 38-45, mar., 2001.
- JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 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.
- LEE, J.M. Articulation of undergraduate and graduate education in public helth. *Public Health Reports*. v. 128, suppl. 2, p. 12-17, 2008.
- LIMA, C.A. (coord.) *et al.* *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- LIGIA, G. *et. al.* *Estudo de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em Florianópolis*. [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2009.
- LUNA, G.L.M. *Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família*. Fortaleza (CE). Fortaleza, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.
- LUNA, G.L.M; FERREIRA, R.C, VIEIRA, L.J.E.S. *Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família*. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15, n, 2, p, 481-491, mar., 2010.
- LUNA, G.L.M. *et al.* Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes: o discurso oficial e a práxis. v. 18, n. 1, p. 148-152, jan/mar, 2010.

- MALTA, D.C., *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 16, n. 1, p. 45 – 55, jan/mar, 2007.
- MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. A violência contra crianças e adolescentes: Características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 18, n. 4, p. 315-334, out/dez, 2009.
- MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. *Acta Paulista de Enfermagem*.v. 22, n.6, p.800-807, 2009.
- MELLO, S.L. Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica? *Revista de Psicoogia da USP*. São Paulo, v.10, n.2, p.139-151, 1999.
- MENDEZ, H.P.; VALDEZ, S.R., VINIEGRA, V.L., RIVIERA, R. L, SALMERON, C. J. Violência contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano Del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica Mex*. v. 45, n. 6, p. 472-482, 2003.
- MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.
- MENDONÇA, F.F. *et al.* Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde no município de Londrina, Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p.2593-2602, ago., 2010.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v.4, n. 3, p.513-531, nov. 1997/fev. 1998.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. e SOUZA, E.R (organizadoras). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.(Orgs.). *Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MORALES, A.E.; SCHRAMM, F.R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciências & Saúde Coletiva*. v.7, n. 2, p. 265 -273, 2002.
- 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.

MUNIZ, M.G.O. *Maus-tratos Infantil: Barreiras Enfrentadas Pelo Enfermeiro no Processo de Notificação*. Publicado em 26/11/2008. Disponível em: <[HTTP\www.webartigos.com](http://www.webartigos.com)> Acesso em setembro/2009.

OLIVEIRA, J. (Org.). *Estatuto da criança e do adolescente*: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 5. 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*. 10a 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.

OMS. *Relatório Mundial de Saúde sobre violência e saúde*. Opas, 2005

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). *Violência e Saúde Pública*. 2003.

PASCOLAT, G. Violência no lar contra a criança. *Revista Educar*. n. 15, ago. 2000. Disponível em: <http://www.educarevista.ufpr.br/arquivos_15/pascolat.pdf>. Acesso em: 08 out. 2009.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. Violência contra crianças: informe mundial. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.11, suppl., p. 1343-1350, 2006.

PIRES, A. L. D. *et al.* Maus tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município São José do Rio Preto. *Boletim Epidemiológico Paulista*. n. 24, ano 2, dez. 2005. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa24_maus.htm> Acesso em: 11 de out. de 2009.

RIBEIRO, F.; LOBO, N. Crise na Segurança Pública. *Diário do Nordeste*, Ceará, Outubro 2009, pág. 15. Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=677416>> Acesso em: 10/10/2009.

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

PIRES, J.M.A. *et al.* Barreiras para notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, 2005.

SANCHES, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, CLAUDIA ARAÚJO (coord.). *Violência faz mal a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SÁ, M.C.; AZEVEDO, C.S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p.2345-2354, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. *Notificação de Maus Tratos contra crianças e adolescentes: Guia para profissionais de Saúde*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004.

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.

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.

SOUZA, E.R.; XIMENES, L.F.; ALVES, F.; MAGALHAES, C.; BILATE, D.; SZUCHMACHER, A.M.; MALAQUIAS, J. Avanços do Conhecimento sobre Causas Externas no Brasil e no Mundo: Enfoque Quanti e Qualitativo. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SOUZA, E.R. (org.) *Curso Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco – Ministério da Saúde, 2002.

TREMBLAY, R.E.; GERVAIS, J.; PETITCLERC, A. Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance. Montreal (QC). Centro de excellence pour Le développement des jeunes enfants: 2008.

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, 2002.

WASELFISZ, J.J. *Mapa da Violência: Os jovens da América Latina*. Brasília: MS, 2008.

WASELFISZ, J.J. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros*. Brasília: MS, 2008.

_____. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros*. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Justiça. [S.l] Artecór, 2008b.

WALDMAN, E.A.; ROSA, T.E.C.. *Vigilância em Saúde pública*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/>. Acesso em jun. 2010.

WEBER, L. N. D; VIEZZER, A.P.; BRANDEBURG, O. J.. *O uso de palmadas e surras como prática educativa*. Universidade Federal do Paraná Estudos de Psicologia 2004, 9(2), 227-237

APÊNDICES

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR

Centro de Ciências da Saúde – CCS
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 Mestrado em Saúde Coletiva

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação e Notificação de Violência contra Crianças e Adolescentes (Adaptado de Luna, G.L.M, 2008).

1) Município: _____

2) Unidade Básica de Saúde: _____

3) Sexo

1. () M

2. () F

4) Profissão

1. () Médico(a)

2. () Enfermeiro(a)

3. () Odontólogo(a)

5) Idade: _____

6) Estado Civil

1. () Solteiro(a)

3. () União Consensual

5. () Separado

2. () Casado(a)

4. () Viúvo(a)

6. () Divorciado

7) Tempo de formado

1. () menos de 5 anos

2. () 05 |-----| 10 anos

3. () acima de 10 anos

8) Pós-graduação

1. () Nenhuma

2. () Especialização na área de saúde pública/coletiva

3. () Especialização em áreas específicas. Qual? _____

4. () Residência em 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 _____

9) Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

1. () menos de 5 anos

2. () 05 |-----| 10 anos

3. () acima de 10 anos

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

1. () Sim

2. () Não

3. () Não lembra

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

1. () Sim

2. () Não

12) Gostaria de participar de treinamentos sobre o assunto?

1. () Sim

2. () Não



APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está convidado a participar do estudo, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA, o qual tem como objetivo: Analisar o processo de notificação de maus tratos em crianças e adolescentes, a partir da práxis dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família da região Metropolitana de Fortaleza (CE). Esclareço que as informações coletadas na entrevista somente serão utilizadas para os objetivos específicos da pesquisa, que são: Identificar as características sociodemográficas de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Equipe de Saúde da Família da região metropolitana de Fortaleza; identificar a ótica desses profissionais em relação à violência contra crianças e adolescentes; investigar as dificuldades que interferem na notificação da violência em crianças e adolescentes por esses profissionais, durante o atendimento na Estratégia Saúde da Família; identificar junto aos profissionais de que modo conduzem casos de maus tratos contra criança e adolescente, quando do atendimento na Estratégia Saúde da Família.

Também informo que, antes e durante a pesquisa, o Sr.(ª) será esclarecido dos riscos que poderão haver, daí poderá se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo. Importante 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. Sendo necessário, contatar com a pesquisadora responsável: Isabella Lima Barbosa (UNIFOR)

Participante Pesquisadora

Pesquisador (a) Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a), compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará no estudo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador