

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

JOÃO LUÍS DA SILVA

**ENTRE AS AMARRAS DO MEDO E O DEVER SOCIOSSANITÁRIO:
NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB A
PERSPECTIVA DE REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

RECIFE
2012

JOÃO LUÍS DA SILVA

**ENTRE AS AMARRAS DO MEDO E O DEVER SOCIOSSANITÁRIO:
NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB A
PERSPECTIVA DE REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima

RECIFE
2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Gláucia Cândida, CRB4-1662

S586a Silva, João Luís da.
Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária / João Luís da Silva. – Recife: O autor, 2012.
168 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Maria Luiza Carvalho de Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Violência. 2. Notificação de Abuso. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Rede Social. I. Lima, Maria Luiza Carvalho de (Orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-188)

Nome: SILVA, João Luís da

Título: Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca examinadora

Profa. Dra. **Maria Luiza Carvalho de Lima** (orientadora) – UFPE

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. **Rafael da Silveira Moreira** – CPqAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. **Márcia Carréra Campos Leal** – UFPE

Julgamento: _____ Assinatura: _____

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa quanto na forma digital (eletrônica). Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que nesta conste a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Às crianças e adolescentes que diariamente são vitimados em consequência das desigualdades sociais geradas por um sistema econômico que não se importa com a singularidade e autonomia dos sujeitos.

Àqueles – sejam profissionais da Saúde, Educação, Assistência Social ou Justiça – que diariamente militam pela garantia e efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

Aos profissionais de saúde que já se sensibilizaram e desenvolveram a percepção da violência como um importante problema de saúde pública sobre o qual precisamos intervir e que reconhecem seu importante papel no combate a esse agravo.

Aos profissionais que notificam todos os tipos de violência e que buscam, por força e vontade próprias, articular suas ações a projetos de outros setores da sociedade, fortalecendo a intersetorialidade e pautando sua prática clínica e sanitária num dos maiores princípios do SUS, da co-responsabilização social e da cidadania: a integralidade.

A Iran Melo, companheiro inestimável de todas as horas, grande inspiração e compartilhador da ideia de que o intelectual, através de suas pesquisas e difusão científica, é capaz de intervir incisivamente na mudança das práticas e construções sociais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua onipresença constante em minha vida, carregando-me em seus braços nos momentos mais difíceis desse processo constante de formação acadêmica e pessoal.

Aos meus *pais* e *irmãs*, por incentivarem e apoiarem os meus projetos de vida, razão pela qual continuo seguindo firmemente.

Aos meus pequenos sobrinhos *Raphael Lucas*, *Rayane Pietra* e *Arthur Lucas* que com seus sorrisos, carinhos e brincadeiras imprimiram leveza a essa jornada e aos meus dias.

À professora *Maria Luiza Carvalho de Lima*, pela orientação contundente, negociada e ouvinte, bem como por abrir caminhos e apontar direções.

Ao parceiro e amigo *Avelino Maciel de Aguiar*, por ter sonhado comigo em cursar o mestrado, por ter cursado e estar sempre presente para além da vida acadêmica. Que venham outros projetos!

À amiga *Eliane Jucielly Vasconcelos Santos*, por ter sido minha “alma gêmea” intelectual durante todo o curso. Tenho certeza de que, sem sua presença para partilhar determinadas situações, teria me sentido um estranho no ninho em muitos momentos.

À professora *Márcia Carréra Campos Leal*, pelas considerações em relação ao projeto inicial de pesquisa, por aceitar participar de minha banca de defesa e pelas orientações maternas dadas a mim bem no início do curso.

Ao professor *Rafael da Silveira Moreira*, pelas considerações em relação ao projeto inicial de pesquisa, por aceitar participar de minha banca de defesa e pelo convite para participar de um dos melhores momentos do mestrado que foram as reuniões científicas no CPqAM.

À professora *Ana Paula de Oliveira Marques*, por aceitar participar de minha banca de defesa e pelas aulas que me fizeram ver com outro olhar as questões relativas à saúde do idoso.

À professora *Alice Kelly Barreira*, por aceitar participar de minha banca de defesa e ter me auxiliado na análise dos resultados desta dissertação, inclusive abrindo as portas de sua casa para me receber.

Aos demais docentes, colegas de curso e amigos com quem partilhei esse importante momento de aprendizado e que me ajudaram direta ou indiretamente a chegar até aqui.

A *Iran Melo*, pelas constantes revisões desse material.

A todos os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família da cidade de Olinda e que colaboraram participando dessa pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter me concedido uma bolsa de mestrado, a qual permitiu que me dedicasse integralmente a essa empreitada científica.

*Não sou profeta
Nem tão pouco visionário
Mas o diário
Desse mundo tá na cara*

*Um viajante
Na boléia do destino
Sou mais um fio
Da tesoura e da navalha*

*Levando a vida
Tiro verso da cartola
Chora viola
Nesse mundo sem amor*

*Desigualdade rima com hipocrisia
Não tem verso nem poesia
Que console um cantador*

*A natureza na fumaça se mistura
Morre a criatura
E o planeta sente a dor*

*O desespero
No olhar de uma criança
A humanidade
Fecha os olhos pra não ver
Televisão de fantasia e violência,
Aumenta o crime
Cresce a fome e o poder*

*Boi com sede bebe lama
Barriga seca não dá sono
Eu não sou dono do mundo
Mas tenho culpa, porque sou
Filho do dono*

Petrúcio Amorim

Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

João Guimarães Rosa

RESUMO

SILVA, J. L. **Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário:** notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Primária. 168 f. 2012. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) parecem estar mais bem posicionados para identificar, notificar, prestar assistência e encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes que chegam às unidades de saúde, uma vez que lidam diretamente com as particularidades de cada família numa posição de grande proximidade. Não obstante a isso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seus artigos 13º e 245º, e as Portarias nº 1968/2001 e nº 104/2011 do Ministério da Saúde (MS) tornam compulsória a notificação desses agravos por parte de tais profissionais, o que constitui uma ação de grande importância para mensurar a dimensão epidemiológica desses agravos e formular políticas voltadas à sua prevenção, ainda que sejam muitos os entraves para executar essa notificação. Este trabalho objetivou identificar os fatores que influenciam (propiciando ou dificultando) a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda-PE. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal quanti-qualitativo utilizando a triangulação de métodos, no qual foram entrevistados 107 dos 120 profissionais de nível superior (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) da ESF de Olinda-PE e cuja realização se deu por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012. Através do *software* Epi Info 2000, construiu-se um banco de dados que foi submetido à análise estatística de frequência e bivariada (baseada no teste de significância do qui-quadrado de Pearson), sendo a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes considerada como a variável dependente. Além das análises quantitativas, os dados também foram submetidos à Análise de Conteúdo segundo Bardin. Nos resultados, mostraram-se como fatores que atuam facilitando o processo de notificação ($p < 0,05$): o fato de o profissional ter pós-graduação em Saúde Coletiva; ter sofrido violência em alguma fase da vida; ter discutido a questão da violência ao longo da formação profissional e no ambiente de trabalho; ter participado de algum treinamento voltado à temática e conhecer a ficha de notificação, o ECA e alguma lei que compulsorize a notificação pelos profissionais de saúde; entre outros. Algumas das dificuldades mais relatadas e que atuam como fatores obstaculizadores do processo de notificação dos maus-tratos constatadas na pesquisa são: o receio dos profissionais sofrerem represálias por parte do agressor e consequências no trabalho, a falta de articulação e comunicação entre a Saúde e outros setores da sociedade, a ausência de uma rede de suporte que forneça um respaldo aos profissionais, despreparo dos profissionais para identificar e notificar os casos e o pacto de silêncio existente na comunidade. Pode-se concluir que muitos fatores influenciam o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes e que todas as dificuldades apontadas pelos profissionais, aliadas muitas vezes à falta de estrutura dos serviços de saúde, colaboram para que a violência contra crianças e adolescentes continue subnotificada. Ao incluir a violência na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, o MS avança na ampliação do reconhecimento da violência como um problema de saúde pública. Contudo, há de se analisar se é prudente e justo obrigar a notificação dos casos num cenário onde, muitas vezes, não há um respaldo que resguarde, ampare e auxilie os profissionais de saúde encarregados de notificar a violência.

Descritores: Violência; Maus-Tratos Infantis; Notificação de Abuso; Atenção Primária à Saúde; Rede Social.

ABSTRACT

SILVA, J. L. **Between the fear's shackles and the sociosanitary duty:** notification of violence against children and adolescents from the perspective of network in Primary Care. 168 s. 2012. Dissertation (Masters) – Health Sciences Center, Federal University of Pernambuco, Recife, 2012.

The Family Health Strategy's (FHS) professionals seem to be better placed to identify, notify, assist and to refer cases of violence against children and adolescents who come to health facilities, since they deal directly with the particularities of each family in a position of close proximity. Notwithstanding this, the of the Child and Adolescent Statute (CAS) in their articles 13° and 245°, and Ordinance n° 1968/2001 and n° 104/2011 of the Health Ministry's (HM) make compulsory notification of diseases by such professionals, which is an action of great importance to measure the size of epidemiological problems and formulate policies aimed at its prevention, although they are many obstacles to perform this notification. This study aimed to identify factors that influence (favoring or hindering) the notification of violence against children and adolescents from the perspective of the network by health professionals from top level that working in ESF's Olinda-PE city. This is an epidemiological cross-sectional quantitative and qualitative methods using triangulation, in which respondents were 107 of the 120 top-level professionals (dentists, nurses and doctors) working in the ESF in the Olinda-PE city and whose accomplishment was achieved through the application of a semi-structured questionnaire between October 2011 and February 2012. With Epi Info 2000, we built a database that was subjected to statistical analysis and bivariate frequency (based on the significance of Pearson's Chi-square), and the reporting of abuse against children and adolescents considered as the dependent variable. In addition to the quantitative analysis, data were also subjected to content analysis according to Bardin. The results showed as factors that act facilitating the reporting process ($p < 0.05$): the fact that the professional has a postgraduate degree in Public Health; have suffered violence at some stage in life, having discussed the issue of violence along the vocational training and work environment; have participated in some training back to the topic and know the questionnaire, the CAS and some law that forces the reporting by health professionals, among others. Some of the difficulties most frequently reported and that act as obstaculizadores factors in process of notification of abuse found in the survey are: fear of professional reprisals by the offender and consequences at work, lack of articulation and communication between health and other sectors of society, the absence of a support network that provides a support to professionals, unprepared professionals to identify and notify cases and the covenant of silence that exists in the community. It can be concluded that many factors influence the process of reporting of violence against children and adolescents and that all the difficulties pointed out by professionals, often coupled with lack of structure of health services, contribute to violence against children and adolescents remains underreported. By including violence in the list of diseases and disorders of compulsory notification, the HM moves forward in expanding the recognition of violence as a public health problem. However, one should examine whether it is prudent and fair to require the notification of a scenario where often there is a backing that protects, sustain and assist health professionals in charge of notifying the violence.

Descriptors: Violence; Child Abuse; Mandatory Reporting; Primary Health Care; Social Networking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tipologia das violências (OMS, 2002).....	21
Figura 2 – Países com legislações que proíbem a prática de castigos físicos em crianças (BONALUME NETO, 2012).....	24
Figura 3 – Número de ESF em Olinda-PE (2002 – 2012) – (BRASIL, 2012b).....	39
Figura 4 – Fluxo da ficha de notificação da violência contra crianças e adolescente em Olinda-PE.....	46
Figura 5 – Possíveis articulações entre os “nós” que constituem as redes de proteção (BRASIL, 2010a).....	53
Figura 6 – Exemplo de Rede Intrasetorial de Saúde (BRASIL, 2010a).....	55
Figura 7 – Exemplo de Rede Intersetorial de Proteção à Criança e ao Adolescente (BRASIL, 2010a).....	57
Figura 8 – Triangulação (KELLE, 2001).....	62
Figura 9 – Distribuição da população de Olinda por sexo e faixa etária no ano de 2010 (IBGE, 2010).....	63
Figura 10 – Divisão da cidade de Olinda em Distritos Sanitários e respectivos bairros (OLINDA, 2010).....	64
Figura 11 – Princípios da bioética (VALLADARES NETO, 2001).....	81
Gráfico 1 – Principais dificuldades encontradas pelos profissionais para proceder à notificação.....	93
Gráfico 2 – Principais setores com quem os profissionais da Equipe de Saúde da Família dialogam.....	96
Gráfico 3 – Principais espaços físicos de diálogo entre os profissionais da ESF e outros setores.....	96
Quadro 1 – Por que a violência não deve ser uma temática abordada pelo setor Saúde?.....	110
Quadro 2 – Por que os casos de violência não devem ser atendidos nas USF?.....	112
Quadro 3 – Quais as principais dificuldades encontradas para notificar os casos de violência?.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais da ESF. Olinda-PE, 2011-2012.....	84
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos profissionais da ESF por categoria profissional. Olinda-PE, 2011-2012.....	85
Tabela 3 – Fatores relacionados a percepções e vivências de violência pelo profissional. Olinda-PE, 2011-2012.....	87
Tabela 4 – Fatores relacionados ao ambiente de atuação profissional. Olinda-PE, 2011-2012.....	88
Tabela 5 – Perguntas relacionadas à formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência. Olinda-PE, 2011-2012	89
Tabela 6 – Questões relacionadas ao diagnóstico e atendimento de casos de violência na prática profissional. Olinda-PE, 2011-2012.....	90
Tabela 7 – Perguntas relacionadas aos instrumentos e concepções acerca da notificação da violência. Olinda-PE, 2011-2012.....	91
Tabela 8 – Fatores relacionados à atuação em rede. Olinda-PE, 2011-2012.....	95
Tabela 9 – Associação entre características sociodemográficas dos profissionais da ESF e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012.....	98
Tabela 10 – Associação entre percepções e vivências de violência pelo profissional e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012.....	99
Tabela 11 – Associação entre características do ambiente de atuação profissional e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012.....	101
Tabela 12 – Associação entre a formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012.....	103
Tabela 13 – Associação entre o diagnóstico e atendimento de casos de violência e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012.....	104
Tabela 14 – Associação entre o conhecimento dos instrumentos e concepções acerca da notificação da violência e sua execução. Olinda-PE, 2011-2012.....	106
Tabela 15 – Associação entre o conhecimento da rede e a notificação da violência. Olinda-PE, 2011-2012.....	107
Tabela 16 – Modelo final com as variáveis que se mostraram associadas ao processo de notificação da violência pelos profissionais da saúde. Olinda-PE, 2011-2012.....	108

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas
CDCA – Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente
CID – Classificação Internacional das Doenças
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT – Conselho Tutelar
DAB – Departamento de Atenção Básica
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMI – Fundo Monetário Internacional
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NE – Núcleo de Epidemiologia
NUPAV – Núcleo de Prevenção a Acidentes e Violências
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PL – Projeto de Lei
PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PSF – Programa Saúde da Família
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSP – Sistema Único de Segurança Pública
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Construindo o objeto de estudo.....	16
1.2 Justificativa.....	18
1.3 Pergunta condutora.....	18
2. MARCOS DE REFERÊNCIAS CONCEITUAIS.....	19
2.1 Violência contra crianças e adolescentes.....	19
2.1.1 Definições e tipologia da violência contra crianças e adolescentes.....	19
2.1.2 Morbimortalidade de crianças e adolescentes e o setor Saúde.....	29
2.2 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: marcos históricos, panorama atual e posicionamento dos profissionais de saúde frente à violência contra crianças e adolescentes.....	35
2.3 Notificação de violência pelos profissionais de saúde.....	42
2.4 Redes de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência.....	49
3. HIPÓTESES A SEREM INVESTIGADAS.....	59
4. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	59
4.1 Objetivo geral.....	59
4.2 Objetivos específicos.....	60
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	60
5.1 Delineamento da pesquisa (tipo de estudo).....	60
5.2 Local de realização da pesquisa.....	63
5.3 População a ser estudada.....	64
5.3.1 Critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa.....	65
5.3.2 Critérios de exclusão dos profissionais na pesquisa.....	65
5.4 Variáveis do estudo	65
5.4.1 Variável dependente.....	66
5.4.2 Variáveis independentes.....	66
5.5 Instrumentos de coleta dos dados.....	71
5.6 Processamento de dados.....	73
5.7 Plano de análise (quantitativa e qualitativa).....	74
5.7.1 Análise quantitativa (descritiva e associações).....	74
5.7.2 Análise qualitativa (análise do conteúdo das falas dos entrevistados).....	78

5.8 Aspectos éticos relacionados à pesquisa	81
6. RESULTADOS	82
6.1 Análise quantitativa de frequência (estatística descritiva)	82
6.2 Análise quantitativa de associação bivariada (estatística analítica ou indutiva)	97
6.3 Análise de Regressão Logística (Modelo final)	108
6.4 Análise qualitativa de conteúdo	109
7. DISCUSSÃO	120
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
9. RECOMENDAÇÕES	141
REFERÊNCIAS	143
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Os diversos meios de comunicação vêm ao longo das últimas décadas evidenciando a onipresença da violência nos mais variados estratos sociais através de relatos, por vezes, bastante chocantes. Essa publicização pode nos levar a crer que um dos tipos de violência, aquele praticado contra crianças e adolescentes, embora pareça sempre ter existido, tem aumentado demasiadamente. Por esse motivo, torna-se necessário não apenas conhecer as gêneses desse problema, como também verificar seu impacto e repercussões sobre a integridade da saúde física e mental desses indivíduos. Além disso, é imperativo discutir qual é o posicionamento dos profissionais de saúde ao se defrontarem com casos dessa natureza, estando aí incluída a prestação de uma assistência integral às vítimas e às famílias envolvidas nessa problemática – inicialmente através do processo de notificação dessas situações e, posteriormente, por meio da articulação junto a outros setores e instituições que lidam com a questão da violência contra crianças e adolescentes.

Esses dois últimos aspectos são o tema desta dissertação, que relata uma pesquisa sobre a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família diante dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Nesse estudo, investigamos (por meio de um questionário semi-estruturado) o processo de notificação desses casos, bem como os fatores obstaculizadores e facilitadores da execução dessa ação sob a ótica da formação de redes intersetoriais de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Olinda.

Estando dividido em nove partes, este trabalho inicia-se com uma breve introdução ao tema de estudo, na qual, além da formulação do objeto, apresentamos ainda a justificativa que fundamentou a construção da pesquisa e a pergunta condutora que norteou as inquietações pesquisadas. Na segunda parte, encontram-se quatro marcos de referências conceituais, a saber: Violência contra crianças e adolescentes, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, Notificação da violência pelos profissionais de saúde e, por fim, Redes de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência.

No terceiro momento, após a construção do estado da arte, por meio dos referidos marcos, explicitamos as hipóteses que foram investigadas e, em seguida, determinamos os objetivos (geral e específicos) pretendidos na pesquisa face às justificativas apresentadas e seguindo as hipóteses que nortearam este estudo. No entanto, para que nossa investigação tivesse o maior rigor de critérios possível, empregamos um plano metodológico de execução pormenorizado de atividades, que é apresentado na quinta parte deste texto.

Em seguida, no sexto momento, explicitamos as análises dos resultados encontrados, onde verificamos se os dados sócio-demográficos dos profissionais, a formação acadêmica e profissional, o conhecimento da rede de suporte, dentre outros aspectos, influenciam o processo de notificação dos casos de violência perpetrados contra crianças e adolescentes. Apontamos ainda as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde entrevistados para se proceder à notificação, bem como sua percepção da violência enquanto problema que deve ser abordado pelo setor Saúde.

As duas próximas partes são dedicadas à discussão dos resultados sob a luz do que versa a literatura referente ao tema dentro da Saúde Coletiva (sétima parte) e às considerações finais acerca do que o estudo revelou (oitava parte). Na última parte, apresentamos algumas sugestões à Secretaria Municipal de Saúde de Olinda, fundamentados nos dados encontrados neste trabalho. Consta ainda uma seção de apêndices e anexos, fechando os componentes que constituem a dissertação.

Por fim, antes de iniciarmos esta jornada científica, é importante ressaltar que quando um pesquisador se propõe a analisar detalhadamente os eventos associados à violência contra crianças e adolescente, bem como os aspectos de sua notificação pelos profissionais de saúde, diagnosticando essa realidade e apresentando alternativas de intervenção, ele assume o lugar daqueles que se indignam e não se conformam ou se neutralizam diante de uma cruel, real e aflitiva realidade. Dado que a violência é um problema social e histórico, seus pesquisadores não estão alheios ao papel que o profissional de saúde deve desempenhar em seu estudo, atuação e na proposição de alternativas de prevenção e proteção à garantia dos direitos humanos.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Construindo o objeto de estudo

Os mais diversos tipos de violência vêm provocando forte impacto e alterações nos perfis de adoecimento e morte das populações em todo o mundo. Por esses motivos, constam na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) sob a denominação de causas externas (OMS, 1993) e foram definidos, classificados e agrupados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu último Relatório Mundial (OMS, 2002). Isso possibilitou que a violência passasse a ser oficialmente reconhecida como um importante problema de Saúde Pública de grande magnitude, que atinge todas as camadas sociais de forma pulverizada e diversificada.

Quando a violência incide sobre crianças e adolescentes, causa, de acordo com Minayo (2009), um efeito devastador no desenvolvimento biopsicossocial desses sujeitos, principalmente quando os pais (consaguíneos ou não) ou seus substitutos não são seus protetores afetivos, o que pode vir a comprometer a estruturação da personalidade infantil e favorecer futuras condutas socialmente inaceitáveis. Por isso, para combater efetivamente a problemática da violência – ocorrência que possui gênese bastante plural – é necessária uma consolidada articulação intersetorial entre as várias esferas, governamentais ou não, bem como uma expressiva mobilização por parte da sociedade.

Assim, foi sob o julgo dessa ótica que nasceu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no início dos anos 1990, adotando a doutrina da proteção integral como premissa fundamental para o desenvolvimento de ações de proteção voltadas a esse público (BRASIL, 1990). Com isso, o reconhecimento, através do ECA, de que a criança e o adolescente são parte integrante da família e da sociedade e, portanto, sujeitos com direito ao respeito e à dignidade, além de significar um grande avanço cultural, impeliu o setor Saúde a formular políticas e ações direcionadas a esse estrato populacional, por meio de estratégias centradas na prevenção de agravos e na promoção de um desenvolvimento infanto-juvenil pleno.

Nessa perspectiva, em abril de 2008, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu um seminário, no qual classificou a violência como uma epidemia silenciosa. O objetivo desse encontro foi discuti-la como um problema de Saúde Pública, aprofundando temas relevantes e diretamente relacionados à sua determinação e ocorrência, tais como o impacto do uso de álcool e drogas e a má distribuição de renda, que contribuem e são determinados pelas desigualdades sociais. Os grupos de discussão que compuseram esse

evento, cujo um dos focos foi a violência contra crianças e adolescentes, ressaltaram, em seu documento final (BRASIL, 2008a), a importância de uma atuação intersetorial articulada em forma de rede como proposta para combater e prevenir a violência. Defenderam, ainda, a premissa de que o campo da Saúde tem como aliada a rede formada pelos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual se inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF), principal porta de entrada do sistema e parte significativa do nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

Seguindo essa lógica, os profissionais da ESF estariam mais bem posicionados para identificar, notificar, prestar assistência e encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes que chegam às unidades de saúde, uma vez que lidam diretamente com as particularidades de cada família numa posição de grande proximidade (LIMA et al, 2011). Não obstante a isso, o ECA, em seus artigos 13º e 245º, e as Portaria nº 1968/2001 e nº 104/2011 do Ministério da Saúde (MS) tornam compulsória a notificação desses agravos por parte de tais profissionais, o que constitui uma ação de grande importância não só para mensurar a dimensão epidemiológica desses agravos, mas também para formular políticas voltadas à sua prevenção e ações de intervenção (FERREIRA e SCHRAMM, 2000; GONÇALVES e FERREIRA, 2002; SALIBA et al, 2007), ainda que sejam muitos os entraves para procedê-la.

Segundo Faleiros (2006), dentre esses entraves, os profissionais de saúde relatam o medo de retaliações por parte dos agressores, o receio de se envolver em conflitos particulares e de sofrer represálias. Tais fatores, comumente aliados à falta de estrutura dos serviços de saúde e a não qualificação para a ausculta e acolhimento dos casos – que muitas vezes não são visíveis a olhos nus –, colaboram para que a violência contra crianças e adolescentes continue subnotificada. Além disso, a área da Saúde não tem proporcionado aos estudantes em todos os níveis de conhecimento e aos profissionais das mais diversas categorias uma qualificação que possibilite a esses indivíduos uma ausculta e um acolhimento dos casos muitas vezes imperceptíveis, preparando-os para agir da forma mais adequada possível, diante dessa realidade que atinge uma parcela significativa de nossas crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2002).

No entanto, é importante ainda considerarmos que o setor Saúde não deve trabalhar isoladamente, mas articulado a outros setores sociais, sob a perspectiva da construção de redes de proteção que permitam o acompanhamento posterior dos casos de violência e potencializem os resultados provenientes da notificação. Nesse sentido, o presente estudo procurou identificar que fatores influenciam – dificultando ou facilitando – a notificação da

violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda.

1.2 Justificativa

Sabe-se que existe uma crescente produção científica sobre a temática da violência na área da Saúde Coletiva, contudo ainda é escasso o número de pesquisas que investigam a participação do setor Saúde nas redes de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência por meio da notificação executada pelos profissionais que atuam na ESF. Devido a isso, e, considerando o grande número de maus-tratos historicamente perpetrados contra menores de 19 anos, torna-se urgente a necessidade de reconhecer quais são os fatores que influenciam o processo de notificação dos casos de violência contra essa população, considerando uma atuação articulada a outros setores da sociedade sob a forma de rede.

Somado a essas questões e, levando-se em conta que a violência constitui-se num fenômeno concreto e variável em cada estado e município, justificamos nossa pesquisa no fato de que há uma carência de estudos locais e operacionais sobre o assunto, a exemplo daqueles referentes à cidade de Olinda. Desse modo, acreditamos que pesquisas com esse perfil fornecem informações capazes de auxiliar o planejamento de ações facilitadoras da prática da notificação, além de contribuir para formulação de políticas públicas voltadas à problemática da violência, respeitando-se as características singulares de cada conglomerado populacional de nosso país.

1.3 Pergunta condutora

Que fatores influenciam – dificultando ou facilitando – a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de redes pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda?

2. MARCOS DE REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

2.1 Violência contra crianças e adolescentes

2.1.1 Definições e tipologia da violência contra crianças e adolescentes

Ainda que alguns dados estatísticos comecem a demonstrar uma considerável mudança na composição da estrutura etária brasileira, de acordo com Streck e Viola (2010), as crianças e os adolescentes continuam representando um elevado percentual (30,9%) da população do Brasil. Segundo os mesmos autores, essas faixas etárias constituem um dos grupos sociais mais vulneráveis às várias formas de negação dos direitos humanos, dentre as quais estão o não acesso à saúde e à educação, fatores que irão interferir incisivamente no crescimento e no desenvolvimento plenos desse estrato populacional. A essas formas castradoras de direitos fundamentais, somam-se outros problemas como a falta de convivência familiar e comunitária considerada saudável e cidadã, a exploração do trabalho (inclusive sexual) e as violências doméstica, intrafamiliar, institucional e social¹.

Nesse sentido, conforme Sacavino (2007), as expressões da violência se revelam, dentre outras formas, nas desigualdades sociais que sobrepõem privilégios de todas as ordens, na precariedade de serviços públicos e coletivos, no planejamento urbano inadequado e não promotor de espaços de sociabilidade, na duvidosa qualidade das moradias e na violação de direitos sociais e econômicos. Sendo, assim, naturalizada, essa violência naturalizada convive regular e cotidianamente com a sociedade em tal intensidade que fornece subsídios para se afirmar a existência de uma cultura de violência geradora de inseguranças, medos e incerteza que gradativamente passam a fazer parte dos hábitos e do pensamento coletivo da sociedade, afetando sobretudo a infância e a juventude.

Sob essa perspectiva, Streck e Viola (2010) afirmam que crianças e adolescentes participam dessa cultura da violência principalmente de duas maneiras. Primeiro e mais

¹ Muitos estudiosos e a literatura em geral utilizam as expressões “violência doméstica” e “violência intrafamiliar” como sinônimas. Entretanto, de acordo com Minayo (2009), é importante destacar que, quando se fala em “violência doméstica”, toma-se o lar (o ambiente físico) como foco de análise e compreensão dos eventos. Já, ao se empregar o termo “violência intrafamiliar”, leva-se em consideração a trama de relações sociais pautadas pelo parentesco de um grupo social específico, no interior do qual se manifesta a violência. Assim, por exemplo, uma babá, que venha a agredir uma criança e não tenha laço de parentesco com ela, estará praticando uma “violência doméstica”, mas não uma “violência intrafamiliar”. Em decorrência disso, pode-se dizer que a “violência doméstica” abrange qualquer tipo de violência perpetrada por quem quer que esteja presente no ambiente doméstico e, em contrapartida, a “violência intrafamiliar” sinaliza que a autoria das agressões é atribuída a algum membro do núcleo familiar (estando aí incluídos aqueles que desempenham as funções de pai e mãe, mesmo sem possuírem laços consanguíneos).

evidentemente, como vítimas, por constituírem o que se pode chamar de elo mais frágil dessa corrente social. Depois, como protagonistas, na medida em que, no currículo (geralmente oculto) de sua socialização, esses sujeitos são introduzidos na cultura da violência pela mão dos adultos, com argumentos de defesa própria, de solidariedade grupal ou simplesmente de afirmação pessoal².

Desse modo, especificamente em relação às crianças e adolescentes, muitos estudiosos entendem a violência *scripto sensu* como o conjunto de ações ou omissões que podem cessar, impedir, deter ou retardar o pleno desenvolvimento desses indivíduos (GOMES e FONSECA, 2005; COSTA, AREJANO e OLIVEIRA, 2004). Já Minayo (2001) e o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (BRASIL, 2001a) afirmam que ela consiste em todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, responsáveis ou outras pessoas, instituições e, em última instância, pela sociedade em geral, capazes de causar danos físicos, sexuais, morais e/ou psicológicos às vítimas.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), os maus tratos contra crianças e adolescentes constituem uma das formas mais visíveis de violência na sociedade e integram o grupo das violências interpessoais, como constatado no esquema apresentado na figura 1. Esse documento da OMS pode ser considerado uma síntese de todas as reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo das últimas décadas do século XX, não deixando dúvida quanto ao compromisso que deve ser assumido pelo setor Saúde tanto em relação à abordagem e discussão do tema da violência, como na formulação de políticas de prevenção. Esse modelo de classificação também permite uma operacionalização de ações em todos os setores das políticas públicas.

Segundo Minayo e Lima (2009), o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde fornece um diagnóstico situacional acerca da violência no mundo em suas mais diferentes manifestações, aponta métodos de abordagem para sua aferição e compreensão, propõe estratégias de atuação, bem como faz recomendações aos países membros da OMS. Uma dessas recomendações é a de que cada país produza seu próprio relatório com considerações sobre o histórico e o diagnóstico do seu cenário específico de violências e respectivas propostas de ação. Dessa maneira, a publicação do informe brasileiro intitulado Plano

² Para refletir um pouco mais sobre a inserção e participação de crianças e adolescentes na chamada cultura da violência, cabe aqui considerar algumas diferenças epistemológicas entre os termos “violência” e “conflito”. A pesquisadora Cecília Minayo enfatiza a necessidade de distinguir os conceitos desses dois termos, explicitando que o conflito sempre existiu, por exemplo, nas relações entre casais, pais e filhos, vizinhos, chefes e subordinados. Em seguida, conclui que, o que é grave (e potencial gerador da violência) no caso das interações entre as pessoas é a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes e da compreensão das razões de cada uma das partes envolvidas, buscando, pela negociação e pelo diálogo, uma saída pacífica para a resolução dos problemas (MINAYO, 2009).

Nacional de Redução de Acidentes e Violências – baseado no Relatório da OMS – ocorreu no ano de 2005 (BRASIL, 2005), embora já houvesse uma preocupação prévia com a questão da violência contra crianças e adolescentes desde a publicação do ECA, como será pormenorizado mais adiante.

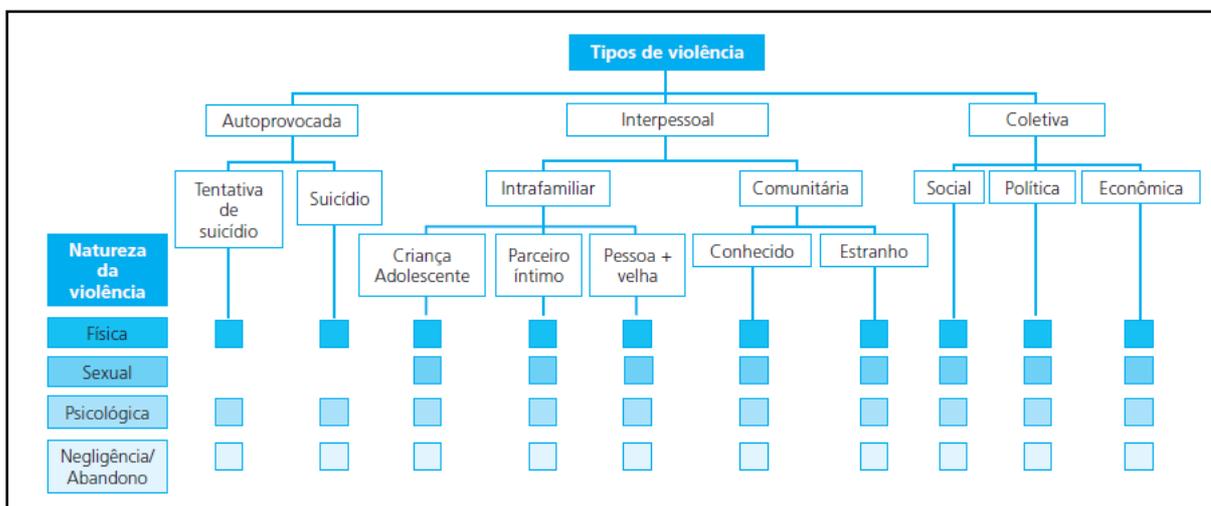


Fig. 1 Tipologia das violências (OMS, 2002)

Dito isso, é importante ressaltar que, ainda que haja um fator comum a todos os tipos de violência – o abuso de poder do mais forte sobre o mais fraco –, para proceder à prevenção a tais agressões, faz-se necessário conhecer a ampla natureza e variedade dos atos que podem ser praticados contra essa população. Assim, como observado na figura 1, geralmente a natureza dos atos violentos, também denominados de abusos ou maus-tratos³, é reconhecida em quatro principais modalidades de expressão: física, sexual, psicológica e a negligência (abandono ou privação de cuidados). A seguir, que detalharemos essas modalidades, ressaltando previamente que elas podem incidir de forma isolada ou integrada a outros tipos de violência.

A primeira forma de violência contra crianças e adolescentes classicamente relatada é a física (AZEVEDO e GUERRA, 1989; CASTRO NETO, 1994; CARIOLA, 1995; DE ANTONI e KOLLER, 2002; SOUZA e MELLO JORGE, 2004; MARTINS e MELLO JORGE, 2011), a qual, segundo muitos autores, tem o objetivo de ferir e/ou destruir a vítima e pode ser considerada o tipo mais facilmente detectável, uma vez que as lesões corporais

³ Os termos “violência”, “abuso” e “mau-trato” não necessariamente significam ou referem-se às mesmas situações. Uma vez que cada uma dessas palavras traz uma carga semântica, ideológica e histórica específica, há várias discussões teóricas a esse respeito, as quais se encarregam da diferenciação epistemológica e do emprego de tais termos. No entanto, para efeitos práticos do aqui pretendido, tais palavras serão usadas como sinônimas indiscriminadamente.

orgânicas são o principal sinal de ocorrência dessa agressão. Sobre essa realidade, Minayo (2009) relata que há uma estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de que cerca de 20% das crianças sejam vítimas de violência física no Brasil. Inúmeras delas experimentam o dissabor desses infortuitos, pois lamentavelmente o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado com frequência para promover a educação dos filhos na sociedade contemporânea.

Nesse sentido, Fontes e Lira (2005) questionam se a violência consegue educar a criança e, se educa, para que finalidade, visto que, apesar de alguns pais tenderem a defender esse tipo de violência como sendo uma ferramenta pedagógica e disciplinadora (mas que acaba por favorecer a banalização e tornar crônica a violência física contra crianças e adolescentes), o trabalho de Durrant e Enson (2012), concluiu que bater não educa e ainda causa problemas como depressão, ansiedade e vícios, que podem começar na infância e se estender para a vida adulta, respondendo aos questionamentos antevistos por Fontes e Lira (2005). Essas conclusões a que chegaram Durrant e Enson, mesmo que a princípio pareçam soar óbvias, fundamentam-se em uma meta-análise de vinte anos de pesquisas realizadas em várias partes do mundo. Segundo os autores, nenhum estudo mostrou que a punição física tem efeito positivo (a maior parte dos trabalhos revelou impactos negativos decorrentes das agressões) e constatou-se que crianças sofrem mais violências que adolescentes (quanto menor a idade, maior o risco).

No bojo dessa discussão, atualmente encontra-se tramitando na Câmara dos Deputados em Brasília, o Projeto de Lei (PL) 7672/2010 (BRASIL, 2010b) enviado pelo Poder Executivo em julho de 2010 e denominado pela imprensa de “Lei da Palmada”. Esse PL – que visa proibir o uso de castigos físicos, tratamentos cruéis ou degradantes na educação de crianças e adolescentes – tem gerado certa polêmica devido à aceitação cultural do castigo físico aplicado pelos pais a crianças e adolescentes, em nome do poder familiar e de uma permissão bíblica ao “uso da vara”⁴ na educação, fundamentada no Velho Testamento (este último argumento é veementemente defendido pela chamada bancada evangélica em Brasília). Entre os argumentos oponentes à criação dessa lei, há ainda o de que as relações familiares não podem ser ditadas pelo Estado, o que configuraria uma prerrogativa de ingerência desmedida nos lares brasileiros.

⁴ A expressão “uso da vara” é encontrada no livro dos Provérbios, presente no Antigo Testamento, através dos seguintes excertos: “Aquele que não faz uso da vara odeia seu filho, mas aquele que o ama, desde cedo o castiga” (Provérbios 13:24); “A vara e a repreensão dão sabedoria, mas a criança entregue a si mesma, envergonha a sua mãe. Castiga o teu filho, e te dará descanso; e dará delícias à tua alma” (Provérbios 29:15,17).

Por outro lado, aqueles contrários a essa posição argumentam que a referida lei objetiva o reconhecimento e a garantia dos direitos humanos de crianças e adolescentes e a superação de um costume arcaico e daninho gerador de muitos possíveis danos futuros. Além disso, indagam por que o fato de um adulto bater em outro é crime, mas um adulto bater em uma criança não o é, expondo também que a “simples” palmada pode abrir precedentes para a instalação de outras formas de violência intrafamiliar.

Na prática, de acordo com o texto (BRASIL, 2010b), a lei alteraria o ECA para estabelecer que a criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados pelos pais, pelos integrantes da família, pelos responsáveis ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar, tratar, educar ou vigiar, sem o uso de castigo corporal ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação, ou qualquer outro pretexto. Ademais, o documento determina que qualquer forma de uso da força física para punir ou disciplinar (causando dor ou lesão à criança) seja considerada como castigo corporal e que os pais que cometerem o delito deverão passar por acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e receberem uma advertência judicial – não estando sujeitos à prisão, multa ou perda da guarda dos filhos.

Contudo, essa não é uma questão discutida apenas no Brasil, mas em todo o mundo, dado que o tema afeta a delicada área dos direitos individuais e da intervenção do Estado na vida privada. Assim, de acordo com Bonalume Neto (2012), em 32 países já existem legislações específicas que proíbem a prática de castigos físicos em crianças (figura 2). Destes, 21 são países europeus, 5 africanos, 2 estão na América Central, 2 no Oriente Médio, 1 sul americano e 1 na Oceania. Acirrando essa discussão, Butchart e Harvey (2009) apontam que apenas 2,4 % das crianças do mundo estão legalmente protegidas de punições corporais em todos os ambientes.

Sobre essa problemática, Minayo (2009) afirma que, em geral, as pessoas vítimas de espancamentos na faixa etária infantil e juvenil costumam ser mais agressivas ou, contraditoriamente, medrosas ou apáticas e que, em consequência disso, seu crescimento, desenvolvimento e desempenho escolar ficam prejudicados. O fato é que, embora, haja pais que defendam o direito de disciplinarem seus filhos da maneira que bem entenderem, a garantia e preservação dos direitos humanos devem começar em casa, na família. Além disso, bater em uma criança só a ensinará a usar agressão para mediar e resolver seus conflitos em detrimento do uso da palavra, do diálogo.

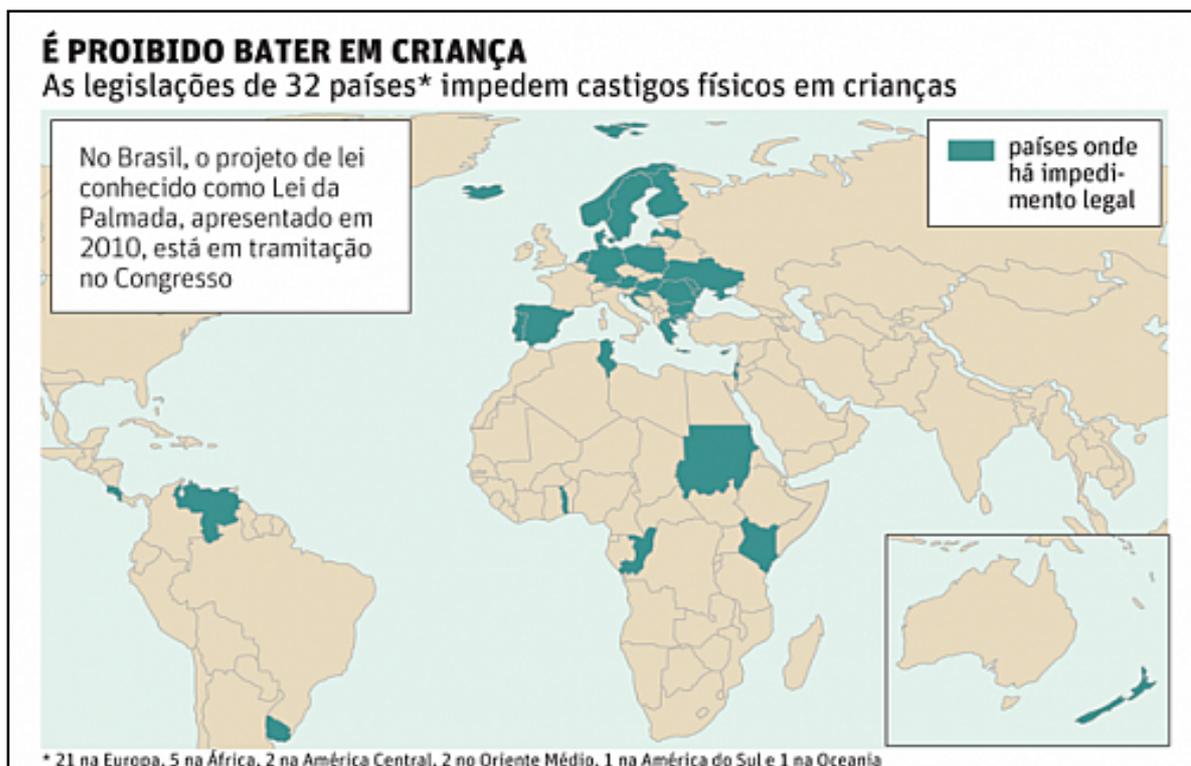


Fig. 2 Países com legislações que proíbem a prática de castigos físicos em crianças (BONALUME NETO, 2012)

Corroborando essa ideia, Scodelario et al (2004) e Brito et al (2005) advogam que a agressão na infância e adolescência pode acarretar problemas que muito provavelmente terão impacto por toda a vida da vítima, podendo levá-la a repetir o mesmo comportamento violento com que foi tratada. Para Luna (2007), muitos pais nem sequer se dão conta de que podem estar reproduzindo tais condutas violentas em decorrência das agressões que receberam também em sua educação familiar e outros pais podem usar a desculpa do castigo físico para educar como uma forma de ocultar a sua conduta violenta.

Para evitar a ocorrência da violência física por parte dos pais contra as crianças e os adolescentes, Durrant e Enson (2012) propõem o que chamam de “disciplina positiva”. Essa alternativa no trato com as crianças, prima pela manutenção da autoridade dos pais, mas sem o uso da violência, ensinando pacientemente e co-responsabilizando a criança pela advertência em vez de puni-la arbitrariamente. Além disso, é importante lembrar que a agressão é, em certa medida, a prova cabal de que houve uma quebra da autoridade estabelecida pelo diálogo.

Já a segunda forma relatada de violência, a sexual, conforme Zavaschi et al (1991), Korn et al (1998) e Junqueira (1998), está fundamentada principalmente num ato ou jogo sexual envolvendo a vítima, meramente para a satisfação dos desejos do perpetrador. Porém, ao ampliar o foco de análise sobre a violência sexual, Minayo (2009) postula que o abuso

sexual diz respeito aos atos que ocorrem nas relações hetero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Conforme essa pesquisadora, estudos têm mostrado que, frequentemente, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual costumam sofrer também outros tipos de violência, como a física e a psicológica; tendem a sentir muita culpa e a ter baixa auto-estima; podem apresentar problemas de crescimento e de desenvolvimento físico e emocional; e tendem a ser mais vulneráveis a ideias e tentativas de suicídio. Muitas vítimas também saem de casa quando os abusadores são os pais ou padrastos, passando a viver nas ruas, expostas a agressões e à cultura da delinquência, podendo vir a sofrer de enfermidades psicossomáticas e sexualmente transmissíveis.

O documento Brasil (2002b) e os trabalhos de Luna (2007) e Martins e Mello Jorge (2011) acrescentam ainda que, na violência sexual, geralmente, o agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosexual mais avançado que a vítima e que as agressões variam desde atos em que não existe contato físico (voyeurismo, exibicionismo) até diferentes tipos de práticas com ou sem penetração (sexo vaginal, oral, anal, intercurso interfemural, manipulação de genitália, utilização de objetos, etc.). Já Streck e Viola (2010) nos lembram que uma das formas mais degradantes da exploração do trabalho infanto-juvenil é aquela que relaciona a condição de trabalho vinculada ao mercado do sexo, à prostituição, à pornografia e ao tráfico de pessoas para atividades comerciais de exploração sexuais, situações que revelam formas modernas de escravidão, ampliando os índices de violência e revelando desigualdades sociais ainda presentes na sociedade brasileira.

Entretanto, o Brasil tem vivenciado um fenômeno peculiar que pode ser denominado de “jurisprudência pró-pedofilia” ou “jurisprudência pró-violência sexual contra crianças e adolescentes”. Essa denominação deve-se ao tratamento dispensado e às decisões referendadas pela Justiça brasileira a dois casos típicos de violência sexual contra menores de 19 anos, com características semelhantes, ocorridos recentemente.

No primeiro, ocorrido no ano de 2009, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) negou que os perpetradores do abuso sexual tivessem cometido algum crime ao pagarem por sexo com menores de idade que reconhecidamente já se prostituíam, rejeitando a acusação de exploração sexual de menores contra dois réus. Porém, contraditoriamente, o STJ ressaltou que a responsabilidade penal dos envolvidos seria grave caso eles tivessem iniciado as vítimas na prostituição (PARAJARA, 2009).

Essa decisão do STJ revoltou magistrados, promotores e defensores dos direitos da criança e do adolescente, por abrir um precedente perigoso e por constituir uma interpretação

equivocada e absurda do ECA, que é explícito ao afirmar que a exploração de menores é um crime permanente. Ou seja, independente de quem iniciou o processo, todos aqueles que se utilizam ou participam do esquema teriam que ser punidos. Além disso, o processo deixou muito claro que as meninas não tinham qualquer domínio sobre sua liberdade sexual e que não estavam em situação de prostituição simplesmente porque queriam, ou seja, não era uma opção. Elas entraram na prostituição por viverem em uma situação de risco e por serem vítimas, antes de tudo, de uma estrutura social de violência insidiosa.

O segundo caso, muito semelhante ao já relatado, ocorreu em março de 2012, ocasião na qual mais uma vez o STJ decidiu que nem sempre o ato sexual com menores de 14 anos poderá ser considerado estupro. Tal deliberação livrou um homem da acusação de ter estuprado três meninas de 12 anos de idade e, provavelmente, deve direcionar outras sentenças no futuro. De acordo Gallucci (2012), diante da informação de que as menores já se prostituíam antes de se relacionarem com o acusado, os ministros da 3ª Seção do STJ concluíram que a presunção de violência no crime de estupro deveria ser afastada.

Diante dessas duas situações reais, resta aos defensores dos direitos da infância repudiar decisões dessa natureza, que se pautam em um Código Penal ultrapassado e ferem não apenas o ECA ou a Constituição, mas também os acordos internacionais assinados pelo Brasil sobre a proteção de crianças e adolescentes. Nesse sentido, fica claro que a não punição de quem explora sexualmente crianças e adolescentes dá mais fôlego a uma rede criminosa que passará a agir ainda mais explicitamente. Essas deliberações “pró-pedofilia” causam indignação (em razão da insensibilidade do Judiciário para com as circunstâncias de vulnerabilidade social as quais as vítimas estão submetidas); abrem precedentes para que o turismo sexual, no Brasil, ganhe mais força (sem que os agressores se preocupem por estarem cometendo crime de exploração sexual contra crianças e adolescentes que já se prostituem); afrontam o princípio constitucional da proteção absoluta; e sinalizam tolerância com essa aterradora prática, ao invés de promover seu desestímulo.

Prosseguindo a descrição acerca da tipologia da violência, a terceira forma abordada pela literatura é a psicológica, a qual, segundo Luna (2007), embora seja habitualmente pouco reconhecida em sua forma isolada, frequentemente acompanha os demais tipos de maus-tratos, mas, em razão de não haver evidência ou presença de marcas corporais (diferentemente do observado nos casos de violência física), constitui um dos tipos de agressões de mais difícil detecção (CASTRO NETO, 1994). Contudo, Ramos e Silva (2011) lembram que, apesar de não deixar traços imediatamente visíveis no corpo, a violência psicológica destrói a

auto-imagem do violentado e manifesta suas repercussões principalmente no comportamento da criança ou do adolescente.

A violência psicológica, para Cariola (1995) e Souza e Mello Jorge (2004), engloba depreciação, discriminação, desrespeito e/ou utilização da vítima com a finalidade de atender às necessidades psíquicas do agressor em detrimento do agredido. Seguindo o mesmo raciocínio, os trabalhos de Luna (2007), Minayo (2009) e Martins e Mello Jorge (2011) afirmam que esse tipo de violência consiste na submissão da criança ou adolescente, por parte dos cuidadores, a omissões, ações verbais ou atitudes que visem a: ignorar a criança e o adolescente (por meio da demonstração de indiferença às necessidades, valores e solicitações do menor), isolá-los (através da privação do contato com a família e/ou comunidade, negando-se a possibilidade do convívio social e restringindo-lhe a liberdade), aterrorizá-los (por meio de exposição a ataques verbais, insultos, humilhações, atitudes e ameaças, gerando, assim, uma atmosfera de medo, hostilidade e ansiedade), corrompe-los (inserindo-os em situações que estimulam, transmitem e reforçam condutas destrutivas, delinquentes ou anti-sociais, alterando, dessa forma, o desenvolvimento adequado de valores éticos e morais), depreciá-los (através da utilização de tratamento agressivo, áspero ou vulgar, incluindo agressões verbais ou atitudes que diminuam sua auto-estima e criem um sentimento de rejeição), criar expectativas irreais ou extremadas sobre a criança e o adolescente (exigindo um desempenho acima de suas possibilidades físicas e mentais, de tal forma que eles sintam que nunca são “bons o suficiente”) e, discriminá-los (oferecendo um tratamento diferenciado e tendencioso de forma a sub ou supervalorizar características próprias desses sujeitos).

Essas características evidenciam que tal violência provoca traumas psicológicos, os quais afetam o psiquismo, as atitudes e as emoções, traduzindo-se, até mesmo, na incapacidade da criança e do adolescente em interagir socialmente dentro das condições consideradas próprias de sua idade, podendo se tornar passivos ou agressivos diante das situações que se apresentam (RAMOS e SILVA, 2011). Somado a isso, Martins e Mello Jorge (2011) ressaltam que a interferência negativa do adulto sobre a competência social do menor produz um padrão de comportamento destrutivo moldado pela fragilidade emocional e pela insegurança.

Por fim, entre os tipos de violência mais referidos pela literatura, está a negligência, a qual consiste no não atendimento, por parte dos responsáveis ou cuidadores, às necessidades básicas da vítima, sejam elas físicas, intelectuais ou morais (CARIOLA, 1995; DE ANTONI e KOLLER, 2002; SOUZA e MELLO JORGE, 2004). De uma forma geral, negligências, abandonos e privações de cuidados são formas de violência caracterizadas pela ausência,

recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados (MINAYO, 2009).

Contribuindo para o debate sobre esse tipo de violência, Ramos e Silva (2011) afirmam que a negligência nem sempre é claramente compreendida em todas suas formas e extensões. Entretanto, existem algumas classificações já relatadas na literatura sobre o assunto. Martins e Mello Jorge (2011) categorizam essa forma de violência em dois tipos: a negligência física (caracterizada pelo não provimento de cuidados básicos, como alimentação e higiene) e a negligência moral (caracterizada pelo não provimento de um lar, como constatado no abandono parcial ou temporário e no definitivo). Já Luna (2007) aponta essa violência pode ser intencional, ocorrer de forma crônica e ser representada pela ausência de cuidados referentes à higiene, alimentação, 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.

Acrescentando a esse debate, Minayo (2009) aponta que, quando ocorre com crianças e adolescentes, essas situações, geralmente, os expõem a: maus-tratos, inanição, atraso escolar, comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida, como queimaduras, atropelamentos, ingestão de produtos de limpeza, abusos sexuais, dentre outros. A partir disso, Martins e Mello Jorge (2011) relatam que a negligência pode ser percebida pelos profissionais de saúde, por exemplo, nos casos de desnutrição, atraso vacinal, infecções repetidas, entre outros.

Segundo Ferreira et al (2009), esse é o tipo de violência mais frequentemente notificada pelos profissionais de saúde. Entretanto, o documento Brasil (2002b) declara que, por conta da situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil (grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos), a identificação da negligência frequentemente é um ato de difícil discernimento, principalmente quando o profissional ou a equipe de saúde se depara com o questionamento da existência de intencionalidade numa situação objetiva de negligência. Logo, as dificuldades presentes na abordagem desses casos ocorrem porque o diagnóstico da negligência relaciona-se com a avaliação dos aspectos sociais e econômicos da família e também com as condições emocionais para criar vínculos entre os membros desse grupo (FERREIRA et al 2009). Diante disso, surge, então, o desafio de adotar parâmetros para determinar se uma criança ou adolescente está, de fato, em situação característica de negligência.

Dessa forma, Brasil (2002b) mostra que, segundo alguns autores, uma boa referência para caracterizar situações típicas de negligência é comparar os recursos de que aquela família dispõe para suas crianças com os recursos oferecidos por diferentes famílias de mesmo estrato social. Outros estudiosos sugerem a comparação dos tratos dispensados a cada filho, buscando identificar algum tratamento especialmente desigual. No entanto, segundo o mesmo documento, independentemente da culpabilidade dos pais ou dos responsáveis pelos cuidados da vítima, é necessário que algumas medidas sejam tomadas em favor da proteção do indivíduo que está sofrendo a situação de desamparo, sendo uma dessas medidas a notificação de tal situação, como veremos mais à frente.

Como consequências de todas essas formas de violência relatadas, Ferreira et al (2009) afirmam que as marcas deixadas pela violência dependem de alguns fatores como: a idade da criança ou do adolescente, a frequência com que ocorrem as agressões, o tipo de abuso, a relação de proximidade que o indivíduo possui com agressor e o modo como essa situação afeta a vida cotidiana. Uma vez que essas modalidades de violência dificilmente ocorrem de forma isolada, existe uma sinergia e concomitância entre esses vários tipos de violência, bem como entre seus efeitos sobre o corpo e a mente.

2.1.2 Morbimortalidade de crianças e adolescentes e o setor Saúde

Quando falamos em violência contra crianças e adolescentes, é preciso ampliar o foco de análise e perceber que estamos nos referindo também a uma população que, mesmo não apresentando lesões físicas em seu corpo, podem ser vítimas da violação de direitos básicos, como o acesso à educação formal, à assistência à saúde e aos cuidados necessários para o seu pleno desenvolvimento. Mais ainda, é preciso compreender que tais faltas também constituem formas de violência a essa população, embora tenham se naturalizado ao longo da história em virtude do não reconhecimento de direitos a esses indivíduos.

Nessa perspectiva, Palácios e Marchesi (1995) afirmam que crianças e adolescentes foram, por muito tempo, considerados miniaturas do adulto, porém mais frágeis e menos inteligentes. Essa percepção histórica e cultural ajudou a perpetuar, sedimentar e naturalizar atrocidades comportamentais que subjogam esses indivíduos a uma relação fundamentada na violência, no medo e na falta de direitos. Tratava-se, nesse contexto, de uma manifestação do poder do adulto sobre a criança ou adolescente, na qual estes tinham seus anseios suprimidos em função dos desejos daquele (AZEVEDO e GUERRA, 1989), o que, de acordo com Mauad (2004), fundamentou a cultura da organização social brasileira, desde os períodos da

colonização e do império, por meio de um conjunto de procedimentos e práticas socialmente aceitos.

A respeito desse caráter histórico da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, trabalhos como os de Gonzales (2000) e Faria Filho (2004), evidenciam que a história da sociedade brasileira demonstra a vulnerabilidade de amplos setores sociais – entre eles a infância e a adolescência – frente à violência das relações de trabalho e mesmo das relações familiares. Além disso, os autores afirmam que mesmo a eclosão de importantes mudanças na condução da política do país (como o processo de independência e a constituição da república) não foi suficiente para alterar as práticas sociais promotoras da violência, a cultura de privilégios para poucos e a inexistência de meios que garantam o exercício da cidadania.

Foi somente a partir dos movimentos da sociedade civil, nas últimas décadas do século passado, que se produziu uma constituição (a de 1988) capaz de referendar os direitos humanos como princípios norteadores das relações sociais. Portanto, justamente para tentar garantir a não transgressão a esses direitos que, entre o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, foi criado o ECA no Brasil (STRECK e VIOLA, 2010). Assim, o artigo 5º do referido documento (BRASIL, 1990), logo em suas disposições preliminares, declaram que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Entretanto, Streck e Viola (2010) afirmam que, mesmo com os direitos reconhecidos na forma de lei (o que determina que os crimes sejam passíveis de punição), a violência contra crianças e adolescentes perpetua-se na sociedade brasileira, não só pela longa história de escravidão e cultura arbitrária dos adultos, mas também por práticas sociais como a violência simbólica, a violência institucional e o trabalho infantil. Além da violência estrutural em decorrência das desigualdades sociais existentes, muitas crianças e adolescentes continuam sendo violentados dentro de seus lares de inúmeras maneiras, muitas vezes de modo silencioso e contínuo (PIMENTEL e ARAÚJO, 2007).

Embora não seja um problema exclusivo de saúde, a violência traz influências marcantes e diretas sobre ela, provocando desde pequenas lesões até mortes (MINAYO, 2006a). Dessa forma, apesar de haver relatos clínicos referentes a maus-tratos em épocas anteriores, é somente na década de 1960, através da identificação da Síndrome do Bebê

Espancado⁵, que o problema começa a ser encarado como uma questão de saúde. Consequentemente, a partir da década de 1970, a magnitude dessa problemática acabou estimulando a criação de políticas públicas voltadas à prevenção de maus tratos contra crianças e adolescentes, primeiramente nos Estados Unidos da América (DESLANDES, 1994), e posteriormente através do ECA (BRASIL, 1990), formulado com o mesmo intuito no Brasil.

Nesse sentido, de acordo com a OMS (2002) a Saúde Pública tem obtido resultados notáveis nas últimas décadas, particularmente em relação à redução dos índices de muitas doenças infantis. Entretanto, ainda conforme essa publicação, salvar nossas crianças dessas doenças apenas para permitir que se tornem vítimas da violência seria uma falha do setor Saúde. Para Martins e Mello Jorge (2011), atualmente, com a importância que a violência assume entre as causas de morbidade e mortalidade na infância e adolescência, torna-se essencial conhecer os mecanismos, os fatores associados, suas consequências, as formas de identificação e abordagem, além das políticas e estratégias desenvolvidas para o seu enfrentamento.

Acerca desse panorama, Minayo (2009) alerta que o crescimento das taxas de morte e de internação por violência em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais – das formas violentas de resolver conflitos – entre os brasileiros. A pesquisadora também alude que grande parte das violências interpessoais como as mortes por agressões corpo a corpo, por armas brancas e armas de fogo ou por uso de outros objetos contundentes se deve à falta de um exercício voltado à resolução dos conflitos por meio do diálogo e dos princípios da lei. O forte impacto dessa causa de mortalidade é revelado também através dos anos potenciais de vida perdidos, que expressam o quanto se deixa de viver em decorrência da morte violenta ou não natural (SANTANA et al 2007).

Seguindo esse enfoque, Martins e Mello Jorge (2011) afirmam que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que, em todo o mundo, quase 3.500 crianças menores de 15 anos morrem anualmente vítimas de maus-tratos (físicos ou negligências). Para cada morte violenta de menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico. Mundialmente, calcula-se um coeficiente de mortalidade por maus-tratos de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino, sendo maus-tratos perpetrados pelo pai biológico (em 41,3% dos casos), pela mãe biológica (38,9%), pelo

⁵ Segundo Delgado e Fisberg (1990) essa síndrome corresponde ao espancamento intencional do bebê pelos pais, geralmente a mãe, de modo repetitivo. Tal situação pode levar a um amplo espectro clínico e representa uma condição de risco para a criança, que engloba desde sequelas definitivas, sejam estas físicas ou psicoafetivas, até a possibilidade de morte.

padrasto (11,1%), pela madrasta (3,4%), por outros parentes (4,9%) e por famílias e parentes adotivos (0,4%).

Reforçando essa conjuntura, muitas pesquisas têm mostrado que as mortes e traumas decorrentes de violências e acidentes vêm se acentuando em todos os países, incidindo, principalmente, sobre crianças, adolescentes e jovens, grupo particularmente vulnerável sobre o qual os acidentes e violências ocupam as primeiras colocações como causa de morte (LIBERAL et al, 2005; PAES e GASPAR, 2005; OLIVEIRA e SOUZA, 2007; KANCHAN e MENEZES, 2008). Só por homicídios, no ano de 2000, 57 mil crianças e adolescentes menores de 15 anos morreram em todo o mundo (OMS, 2003) e, no Brasil, o Ministério da Saúde aponta que as agressões constituem a primeira causa de morte de crianças e jovens entre 5 e 19 anos de idade, sendo que a maior parte dessas agressões provém do ambiente doméstico (BRASIL, 2002b).

Dessa forma, ao se analisar a mortalidade brasileira na faixa etária de 0 a 19 anos, especificamente no grupo de causas externas, no ano de 2009, observa-se que as agressões constituem a primeira causa de óbito no grupo de 0 a 19 anos de idade (46%), com proporção expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (61%) – (DATASUS, 2009a). Um panorama semelhante ao que ocorre em nível nacional pode ser visualizado ao se proceder a mesma análise tendo o foco voltado para o município de Olinda-PE no mesmo ano e faixa de idade (DATASUS, 2009b). Assim, temos que, na referida cidade, as agressões constituem a primeira causa de óbito no grupo de 0 a 19 anos de idade (72%), com proporção expressiva na faixa etária de 15 a 19 anos (84%) (DATASUS, 2009b).

Ao ter acesso a esses dados (referentes ao Brasil), o UNICEF (2011) chegou à conclusão de que, pelo simples fato de serem adolescentes, meninos e meninas brasileiros estão especialmente vulneráveis à violência em sua forma mais severa, aquela que tira vidas, o homicídio. Todavia, segundo o documento “O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades” (UNICEF, 2011) – que reúne dados sobre educação, saúde, violência e trabalho para demonstrar as barreiras enfrentadas por boa parte de meninos e meninas de 12 a 18 anos –, essa maior vulnerabilidade não afeta os 21 milhões de adolescentes (o equivalente a 11% da população brasileira) da mesma forma. Ou seja, o impacto muda de acordo com o sexo, a cor da pele, a condição pessoal e o local de residência. Por exemplo, o referido documento declara que a maior parte dos 500 mil adolescentes analfabetos é composta por meninos (68,4%) e que no Nordeste do Brasil, 32% de meninos e meninas entre 12 a 18 anos vivem em extrema pobreza, percentual bem maior do que a média nacional para esse grupo, que é de 17,6%.

Além disso, o UNICEF também concluiu que, no Brasil, ao contrário da maioria dos outros países, os homicídios superam os acidentes de trânsito como primeira causa de mortalidade na adolescência. Pragmaticamente, isso significa que, baseando-se nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a cada dia, são assassinados, em média, 11 adolescentes no Brasil, entretanto, quando se aborda apenas a faixa etária entre 15 a 19 anos, esse número eleva-se para 19 perdas de vida por dia em média. Porém, para compor melhor esse panorama da violência contra crianças e adolescentes, além dos números da mortalidade, também é importante visualizar como se comportam as sequelas, consequências e morbidades advindas das lesões que não causam morte, mas que geram danos consideráveis no estado de saúde infanto-juvenil.

Nesse percurso, segundo a OMS, em todo o mundo, milhares de crianças sofrem as consequências de lesões não fatais e estima-se que, para cada morte de menor de 18 anos, existam 12 crianças internadas em hospital ou com invalidez permanente e 43 necessitem de cuidados médicos, ou não foram à escola ou ao trabalho por causa de alguma lesão intencional (OMS, 2008). Em relação ao Brasil, ainda há muita dificuldade para se mensurar estatisticamente essa realidade, pois o registro das informações referentes ao atendimento de casos de maus-tratos encontra-se pouco estruturado nos serviços de saúde, não se conhecendo a alcance real desse problema. Contudo, estima-se que 18 mil crianças e adolescentes brasileiros sejam espancados diariamente e que, para cada 20 casos de violência contra crianças e adolescentes, apenas 1 seja denunciado (OLIVEIRA, RIBEIRO e ALBUQUERQUE, 2003; UNICEF, 2003).

Essa dificuldade em obter dados, que permitam se aproximar ao máximo de uma caracterização das morbidades causadas pela violência contra crianças e adolescentes, reflete os obstáculos encontrados na abordagem desse tipo de agravo. No entanto, Ferreira et al (2009) ressaltam que essa abordagem é, de fato, uma tarefa desafiante, pois, uma vez que cada caso requer uma avaliação específica e abrangente, não existe um consenso sobre qual a maneira mais apropriada para tratar tal questão. Essas autoras lembram também que a criança e o adolescente pertencem a grupos etários especialmente vulneráveis aos desfechos negativos decorrentes da violência e que um olhar mais atento e ampliado por parte dos profissionais de saúde poderá aumentar as chances de identificação de situações de risco, minimizando as consequências da violência e até mesmo sua eclosão.

O relatório do UNICEF (2011) mostra que políticas inovadoras voltadas para adolescentes no Brasil não alcançam populações vulneráveis, são descontinuadas e feitas de forma tal que mais se assemelham a projetos-piloto. Assim, o documento observa que, apesar

dos avanços alcançados pelo país, há ainda muito o que fazer para se enfrentar as diferenças existentes nessa população. O fato é que as desigualdades sociais ainda são muito fortes no Brasil e que este não será um país equânime enquanto um adolescente negro continuar a conviver com uma realidade que o faz ter quatro vezes mais possibilidades de ser assassinado do que um adolescente branco.

O Mapa da Violência divulgado em julho de 2012 (WASELFISSZ, 2012) mostra que os avanços em pesquisas e investimentos na área da Saúde, ocorridos nos últimos 30 anos, reduziram os riscos de crianças e adolescentes morrerem de doenças e causas naturais no Brasil. A prova disso é que, entre 1980 e 2010, as mortes de pessoas entre 0 e 19 anos por esses motivos foram reduzidas em 77% (de 387 casos para 88,5 por 100 mil pessoas). Entretanto, o mesmo documento mostra que o Brasil ficou mais violento para essa faixa da população. O quantitativo de crianças e adolescentes que morrem por causas externas – que somavam 27,9 casos por 100 mil habitantes em 1980 – alcançaram 31,9 casos por 100 mil em 2010, dado que representa um aumento de 14,3%. Outra informação importante que essa pesquisa traz e que é relevante para nosso estudo é o fato de Olinda ser a 8ª (oitava) cidade pernambucana com o maior número de homicídios de crianças e adolescentes.

Por conta de realidades como a descrita acima, a atuação dos profissionais do SUS frente à violência contra crianças e adolescentes tem motivado a preocupação de muitos cientistas da Saúde e das Ciências Sociais. Estes vêm evidenciando em seus estudos que as práticas de identificação e notificação desses casos ainda são incipientes em todos os níveis da rede de saúde estruturada nos diversos municípios brasileiros, em especial no nível da APS (CUNHA et al, 2005; LUNA et al, 2010; LIMA et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2012).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do ECA para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção – Primária, Secundária e Terciária – (BRASIL, 2010a). Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, atenção e atendimento humanizados, além da execução de um trabalho em rede junto a outras instâncias e setores da sociedade.

Assim, Cavalcanti e Schenker (2009) afirmam que, por ter um papel privilegiado no convívio com o grupo familiar e com a comunidade, o setor Saúde é, hoje, um dos principais espaços sociais capazes de atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas por esse segmento. Ratificando essa ideia, para o CONASS (BRASIL, 2008a), só é possível enfrentar e combater a violência atuando junto às famílias e, assim sendo, a Saúde

Pública tem uma grande contribuição a dar por meio da ESF – principal agente orientador das ações em saúde do SUS – justamente, pelo fato desta trabalhar de forma integrada com todos os ciclos da vida e em posição de oportunidade estratégica.

2.2 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: marcos históricos, panorama atual e posicionamento dos profissionais de saúde frente à violência contra crianças e adolescentes

De acordo com Fausto e Motta (2007), a Atenção Primária à Saúde⁶ (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países, desde a década de 1960, para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar transformar o enfoque curativo, individual e hospitalocêntrico – tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais – em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Ainda conforme esses autores, em diversos momentos, a APS tem sido descrita falaciosamente como uma estratégia seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, os defensores da saúde como um direito advogam um sentido ampliado, sistêmico e integrado de APS, que possibilita articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações.

Nesse sentido, são reconhecidos como componentes que caracterizam um sistema de saúde baseado na APS: o acesso e cobertura universal; a atenção integral e integrada; a ênfase na prevenção e promoção; a atenção apropriada (um sistema que não está focado na atenção ao órgão ou à enfermidade, mas na pessoa como um todo e em suas necessidades sociais e de

⁶ De acordo com Arantes, Fontanella e Demarzo (2009), há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais uma vez que a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde”. Assim, ainda que os mesmos autores afirmem que ambos os termos possam ser utilizados como sinônimos sem que isso se torne um problema conceitual, nesta pesquisa comungamos do que postula Mendes (2005). Segundo este, apesar da expressão “Atenção Primária” ser mundialmente reconhecida e estabelecida há décadas, no Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional para se referir a esse mesmo nível de atenção, a expressão “Atenção Básica”. O termo “básico” acaba por reforçar a concepção de que esse nível de atenção consiste em algo simples, que pode ser banalizado e que está intimamente relacionado ao conceito de “cesta básica”, presente nas estratégias do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Além disso, a expressão “Atenção Básica” sugere que as ações e políticas de saúde estão fundamentadas numa prática paterno-assistencialista e não num direito constitucional arregimentado há quase vinte e cinco anos. Entre os ganhos da expressão “Atenção Primária”, destaca-se o fato de que ela reflete uma visão ideológica que não interpreta “primário” como “primitivo”, mas ao contrário, o termo “primário” refere-se ao complexo princípio da Atenção Primária à Saúde, o do primeiro contato. Posto isso, acredita-se ficar claro que a opção por uma expressão ou por outra não se trata apenas de uma questão científica, mas de uma escolha por vocábulos que evocam diferentes semânticas, ideologias e práticas que as fundamentam. Por esses motivos, adotou-se a expressão “Atenção Primária” neste trabalho.

saúde); a orientação familiar e comunitária; a organização e gestão otimizadas; as políticas e programas que estimulam a equidade; o espaço onde ocorrer o primeiro contato com o sistema de saúde; a atuação de recursos humanos apropriados; um planejamento que disponha de recursos adequados e sustentáveis e, por fim, a associação com as ações intersetoriais de enfoque comunitário (OPAS, 2007; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012).

Historicamente, a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundamentado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (FAUSTO e MOTTA, 2007). Assim, ao longo do século XX, essa concepção inglesa acabou por influenciar a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo, a partir da definição de duas características básicas da APS: a regionalização (segundo a qual os serviços de saúde devem estar organizados e distribuídos conforme as bases populacionais e a identificação das necessidades de saúde das diversas regiões) e a integralidade (fortalecendo a indissociabilidade entre ações de caráter curativo e as práticas preventivas).

Estimulados por essa forma de “fazer saúde”, vários países, entre as décadas de 1960 e 1970, desenvolveram programas de extensão de cobertura e os frutos das várias experiências exitosas levaram a OMS a organizar a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde (sediada na maior cidade do Cazaquistão, Alma-Ata), que, em linhas gerais, propôs a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde. Dessa forma, segundo Starfield (2002), a APS abrangeria o primeiro nível de atenção, no sistema de saúde, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Assim, Fausto e Motta (2007), afirmam que, na política de saúde brasileira, predomina a compreensão da APS como o primeiro nível de atenção ou o momento em que se inicia o processo da atenção dentro do SUS, sendo também cada vez mais compreendida como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção. Os mesmos autores consideram ainda que, em termos históricos, as primeiras iniciativas do MS dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na Atenção Primária surgiram no

momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no início dos anos 1990, e, mais adiante, o Programa Saúde da Família (PSF).

Com isso, a decisão de reorganizar a rede de assistência à saúde, através de uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção primária e consolidasse o então recente processo de descentralização (a crescente municipalização da saúde inaugurada com o advento do SUS), foi o norte inspirador da implantação do PSF (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012). Contudo, a partir de 1996, o MS começou a romper com o conceito de programa, que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) – como apontam Corbo e Morosini (2005) e Corbo, Morosini e Pontes (2007) – por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (BRASIL, 1997).

Sobre a mudança do nome de “programa” para “estratégia”, Andrade, Barreto e Bezerra (2012) refletem que a decisão governamental de se implementar a ESF transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Declaram que, na verdade, a ESF não foi implantada apenas para organizar a APS no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, segundo os referidos autores, seria mais apropriado referir-se ao PSF como “estratégia” de saúde, e não apenas como um “programa” setorial de saúde.

Outro aspecto interessante, apontado por Fausto e Motta (2007), é que até o momento da formulação desse programa/estratégia não existia na estrutura do MS nenhuma área específica que abrigasse a atenção primária como nível de atenção. As ações desse cunho constituíam-se em ações programáticas organizadas segundo problemas específicos: saúde da criança, da mulher, mental; hipertensão arterial; tuberculose; entre outros, considerados ações prioritárias, vinculadas ao Departamento de Políticas de Saúde. A partir do exposto pelos autores, pode-se dimensionar o quão significativo foi o impacto da lógica da ESF na programação e execução de políticas e ações do setor Saúde desde então.

Como dito anteriormente, a ESF é um projeto dinamizador do SUS no Brasil, uma vez que é entendida como o principal artifício para a reorientação do modelo assistencial de saúde existente no país. Iniciada em 1994 (ainda como programa), sua operacionalização ocorre mediante a implantação de Equipes de Saúde da Família em Unidades de Saúde da Família

(USF)⁷ e tem apresentado um crescimento veloz e expressivo ao longo de seus quase 20 anos de existência, o que é comprovado pela ascendente adesão de gestores municipais aos seus princípios e diretrizes.

Assim, no sentido de descrever a expansão da ESF nas últimas décadas, Andrade, Barreto e Fonseca (2006) afirmam que, ao final do ano de 2005, o Brasil contava com 24.000 Equipes de Saúde da Família (sendo que, destas, 12.000 tinham Equipe de Saúde Bucal integrada), estando presente em 90% dos municípios do país e atendendo a 78 milhões de cidadãos e cidadãs brasileiros, ou seja, 44% da população brasileira. Dados mais atualizados mostram que, até o mês de junho de 2012, o número de Equipes de Saúde da Família era de 32.790 (com 21.700 Equipes de Saúde Bucal integradas), representando uma cobertura de 53,91% da população do país (BRASIL, 2012a).

Na cidade de Olinda-PE, a ESF também é o método utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para estruturar a APS em seu território. Dessa forma, segundo o Departamento de Atenção Básica – DAB – (BRASIL, 2012b), as 43 Equipes de Saúde da Família, em atividade no município até junho de 2012, são responsáveis pela cobertura de 39,19% da população local, sendo, apenas 28 destas, integradas a Equipes de Saúde Bucal⁸. Apesar dos percalços enfrentados pelo município⁹, a ESF vem se expandindo gradualmente, contabilizando um progressivo aumento no número de equipes de saúde, o que representa uma reversão paulatina do antigo modelo de postos de saúde com assistência meramente curativa e sem nenhuma ação de promoção da saúde e prevenção de agravos (figura 3).

Cada Equipe de Saúde da Família é multiprofissional e composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000). Quando ampliada, conta ainda com uma Equipe de Saúde Bucal integrada que é formada por um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal,

⁷ Também chamada de Unidade de Básica de Saúde (UBS) em alguns municípios.

⁸ Há divergências entre os números apresentados pelo MS e pela SMS de Olinda em relação ao número total de Equipes de Saúde da Família em atividade. Enquanto o MS demonstra haver 43, a SMS relata haver 56 equipes. Assim, como o financiamento dessas equipes é repassado pelo MS à SMS, optamos aqui por considerar como oficiais os dados fornecidos pelo MS. Uma das possíveis explicações em relação às incoerências encontradas nos números de equipes fornecidos pelo MS e pela SMS, seja a alta rotatividade dos profissionais, o que consiste num dos maiores problemas da implementação da ESF em todo o Brasil, visto que os desfalques consecutivos das equipes causam seu descredenciamento junto ao MS.

⁹ De acordo com alguns dos profissionais entrevistados nesta pesquisa, como o município alega não poder remunerar um salário que compense a carga horária estabelecida pelo MS para um adequado funcionamento da ESF (que é de 40 horas semanais), os profissionais têm direito a uma folga semanal e, por esse motivo, exercem suas atividades por apenas 32 horas em vez das 40 semanais determinadas pelo MS. De acordo com Brasil (2002a), a gestão da Atenção Primária é muito variada entre os municípios brasileiros que também são muito desiguais entre si em termos demográficos, econômicos, culturais e institucionais. Consequentemente, os diferentes momentos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de implantação e organização da ESF.

podendo ainda possuir um técnico em saúde bucal¹⁰. Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2012), esse grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde é responsável pela cobertura de aproximadamente 800 a 1000 famílias residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos.

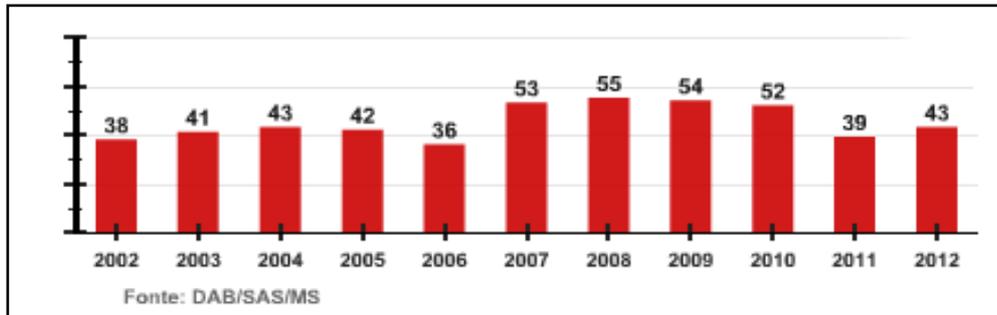


Fig. 3 Número de Equipes de Saúde da Família em Olinda-PE (2002 – 2012), segundo o DAB (BRASIL, 2012b)

Desse modo, a atuação das equipes ocorre principalmente nas USF, nas residências e por meio da mobilização da comunidade, o que caracteriza a ESF como a principal porta de entrada de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, que possui um território definido e uma população delimitada sob sua responsabilidade. As intervenções devem ser realizadas sob os fatores de risco, aos quais a comunidade está exposta, a partir da prestação de uma assistência integral (permanente e de qualidade) e da realização de atividades de educação e promoção da saúde – como ratifica a Avaliação da Implantação e Funcionamento do PSF (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, segundo Starfield (2002) e Corbo, Morosini e Pontes (2007), um profissional da Atenção Primária, por conta da condição de generalista, está, em tese, mais capacitado para avaliar a indicação e o encaminhamento, quando for o caso, da melhor possibilidade de atenção para a situação apresentada. Esse profissional, em função de sua proximidade em relação ao contexto social da comunidade atendida, estaria mais apto a realizar a mediação necessária entre o incômodo expresso pelos sujeitos que a ele recorrem, facilitando a identificação do melhor caminho a seguir no sistema. Por meio da atuação dos profissionais desse nível de cuidados, o sistema de saúde passa a operar com a utilização mais

¹⁰ Por conta da alta rotatividade de profissionais (um dos maiores problemas vivenciados dentro da ESF em todo o país, mas principalmente nas cidades dos rincões brasileiros), o município de Olinda tem algumas de suas equipes desfalcadas. Ou seja, algumas equipes contam apenas com o enfermeiro e os agentes de saúde (situação que mais configura um PACS do que uma ESF) e em outras há médicos, mas não há enfermeiros, sendo o cirurgião-dentista o profissional de nível superior menos presente na composição das equipes.

racional de recursos e apenas as situações que requerem atenção mais especializada são encaminhadas aos outros níveis de atenção.

Assim, a incumbência de acompanhar as famílias impõe às equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Primária no Brasil, garantindo que todos os perfis de formação familiar tenham acesso à ESF, inclusive aquelas famílias que se comunicam e “resolvem” seus conflitos por meio da violência. Considerando isso, muitos pesquisadores ressaltam que os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços e unidades do setor Saúde através dos custos econômicos demandados pela assistência médica, tratamento, reabilitação das vítimas e complexidade do atendimento. Somam-se a estes, os custos com o sistema judiciário e penal, custos sociais decorrentes da queda de produtividade, além das lesões e traumas direta e indiretamente decorrentes do ato violento, que exercem um grande impacto em longo prazo – D’OLIVEIRA e SCHRAIBER (1999); DESLANDES, GOMES e SILVA (2000); KAYE et al (2006); SALIBA et al (2007); MARTINS e MELLO JORGE (2009) e OLIVEIRA et al (2012).

Portanto, esse setor pode desempenhar um importante papel no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, principalmente através da ESF, que lida diretamente com as particularidades de cada família numa posição de proximidade estratégica. Contudo, a introdução da violência como problema a ser diagnosticado (como alvo de intervenção no atendimento dos serviços de saúde) tem trazido uma série de desafios, tanto do ponto de vista tecnológico nos diversos níveis de atenção, quanto nas atividades comunitárias das unidades de Saúde da Família.

Nesse nível em particular, ou seja, na APS, observam-se questões bastante diferentes daquelas que fazem parte da realidade dos serviços de urgência ou emergência (Atenção Secundária), nas quais os casos de violência, geralmente, chegam espontaneamente através da demanda trazida pelo sujeito que a sofre. Nesse sentido, Lima e Schraiber (2008) afirmam que as ações de prevenção e tratamento da violência desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família devem lançar mão de uma abordagem com dois cuidados simultâneos: sobre a dinâmica familiar como núcleo de atenção – e não somente como vítima – e sobre os direitos dos indivíduos em questão, seguindo-se preceitos éticos de valorização igual de todos os indivíduos da família. Logo, a APS deve constituir um nível de atuação no qual os profissionais precisam estar capacitados para realizar o reconhecimento e o acolhimento de casos de violência, mediante ausculta integral e diferenciada de uma atuação segundo o modelo biomédico de atenção, que se restringe unicamente à dimensão orgânica, biológica, mecanicista e meramente clínica dos infortuitos.

Todavia, como demonstram os trabalhos de Deslandes, (1999), Moura e Reichenheim (2005), Luna, Ferreira e Vieira (2010) e Oliveira et al (2012), muitos profissionais da área da Saúde tendem a subestimar a importância desse fenômeno, voltando suas atenções quase exclusivamente às lesões físicas e raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias em sua prática profissional. Essa conduta pode estar diretamente relacionada à falta de preparo profissional para lidar com situações dessa natureza, à decisão de não se envolver com os casos, ao receio de sofrer retaliações por parte do agressor ou da comunidade, ao fato desses profissionais tenderem a compreender a violência contra crianças e adolescentes como uma problemática que diz respeito apenas à esfera da Segurança Pública e à Justiça (mas não à Saúde) e, ainda, ao desconhecimento das legislações de proteção (como o ECA) conforme alegam D'Oliveira e Schraiber (1999), Schraiber et al (2003), Ishida (2008) e Vecina e Machado (2010), o que acaba por invisibilizar essas situações dentro dos serviços de saúde.

Para Mello Jorge e Gotlieb (2001) e Mello Jorge, Gotlieb e Laurenti (2001), a rápida e expressiva elevação da mortalidade pelas causas externas, nas últimas décadas, colocou a questão da violência como importante problema para a Saúde Pública, despertando grande preocupação para o setor Saúde. Isso fez com que, progressivamente, a violência que até então era entendida como problema de polícia, Justiça, Filosofia, Direito, além da área social, passasse a ser considerada pelo universo da Saúde Coletiva, principalmente por constituir-se de causas previsíveis e preveníveis (BRITO et al, 2005; MARTINS e MELLO JORGE, 2011).

Outra possível explicação para esse comportamento de negligência a tais situações por parte dos profissionais de saúde seria a não inclusão da temática da violência nos cursos de graduação e formação permanente, pois, como afirmam Jaramillo e Uribe (2001), a maioria das disciplinas da Saúde não contempla discussões sobre aspectos referentes à violência e a relação desta com a prática profissional. Assim, provavelmente, por esses e outros motivos (como o não conhecimento de instituições que lidam com crianças e adolescentes, a ausência de uma rede de suporte que forneça um respaldo para a atuação ao profissional e o não treinamento da equipe de saúde para reconhecer situações de violência), os trabalhadores desse campo, em sua grande maioria, não se encontram preparados para oferecer uma atenção efetivamente integral aos casos de violência, que, quando notificados nessas unidades, permitem o dimensionamento epidemiológico desse agravo e possibilitam a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (FERREIRA e SCHRAMM, 2000; GONÇALVES

e FERREIRA, 2002; REICHENHEIM, DIAS E MORAES, 2006; SALIBA et al, 2007 e DESLANDES et al 2011).

2.3 Notificação de violência pelos profissionais de saúde

Os estudos de Junqueira e Deslandes (2003) e de Santos e Ferriani (2007) mostram que as agressões e os maus-tratos contra crianças e adolescentes representam uma das principais formas de morbidade que atinge a faixa etária de 5 a 19 anos. A partir disso, calcula-se que, no mundo todo, anualmente cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofram abuso. Entretanto, devido às circunstâncias em que ocorrem essas agressões e à frequente dependência das vítimas em relação ao seu agressor, o sigilo dessas ocorrências permanece e as conseqüentes dificuldades para denunciá-las ainda são uma triste realidade contemporânea (YUNES, 2002; OMS, 2003; UNICEF, 2003).

A respeito desse pacto de silêncio (calcado na coerção estabelecida por parte do agressor em relação à vítima, podendo ser compactuado pela família e/ou comunidade), Streck e Viola (2010) sugerem que a origem etimológica do termo “infância” traz uma possível explicação filosófica para o *status* de invisibilidade de que gozou a violência contra crianças e adolescentes durante séculos. Segundo os autores, talvez pelo fato desses sujeitos (a criança e o adolescente) representarem a infância (do latim *infans* = aquele que não fala), ainda hoje seja difícil ouvir o que eles têm a dizer sobre seu mundo e como nele são tratados. Contudo, Muñoz (2004), afirma ser de notório conhecimento que uma das características intrínsecas da criança é o fato destas falarem muito e que, para além disso, suas falas são capazes de traduzir inquietações, intuições, sentimentos e razões capazes de mexer profundamente com o mundo estruturado pelo adulto.

Assim, o relato explícito – feito por uma criança/adolescente ou por um adulto responsável – bem como a presunção ou constatação de uma situação característica de violência por parte de um profissional de saúde, por exemplo, instauram a necessidade de notificação¹¹ desse agravo aos órgãos competentes. Ao refletir sobre essa circunstância, Leal e Lopes (2005) lembram que, embora o setor Saúde não possa assumir a responsabilidade no combate à violência da mesma forma que a Segurança Pública ou a Justiça, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do

¹¹ No estudo de Deslandes et al (2011), os autores lembram que o termo “notificação” é reconhecido pelo setor Saúde, todavia, em outros setores, a expressão utilizada é a de “comunicação” de violências. No presente trabalho adotamos o vocábulo “notificação” para ambas as designações.

problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas, o que se dá inicialmente por meio da referida notificação e atendimento, seguidos do encaminhamento e acompanhamento da criança e do adolescente ao longo da rede de proteção e cuidados.

Desse modo, para o setor Saúde, a notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória à autoridade sanitária da ocorrência de determinada doença, agravo à saúde ou surto, que deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2008b). Dialogando com esse pressuposto, Ferreira e Schramm (2000), Gonçalves e Ferreira (2002), Reichenheim, Dias e Moraes (2006) e Saliba et al (2007) enfatizam que os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema (e sua magnitude) e fundamentando a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Nesse sentido, contribuindo para o esclarecimento acerca da importância da notificação, Deslandes et al (2011) acrescentam ainda que a notificação da violência permite estimar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência, assim como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de redes de proteção. Com isso, além do fornecimento de subsídio para atuação do sistema de vigilância epidemiológica, a notificação deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social de crianças e adolescentes, permitindo aos profissionais de saúde, educação, assistência social, assim como aos Conselhos Tutelares e à Justiça adotarem medidas imediatas para cessar a violência (BRASIL, 2009).

A partir disso, dados de um levantamento inédito realizado pelo MS e consolidados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2012c) trazem que, em 2011, foram registradas 14.625 notificações de violência intrafamiliar contra crianças menores de dez anos nos serviços de saúde em todo o país. O mesmo inquérito ainda fornece outras informações a respeito das características das situações registradas, como por exemplo, foi encontrado que o abuso sexual é o segundo tipo de violência mais presente em crianças de até 9 anos (representando 35% das notificações), perdendo apenas para a negligência/abandono (que foram as mais notificadas, respondendo por 36% do total de ocorrências).

Os dados revelam ainda que a violência sexual também ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos (com 10,5% das notificações), ficando atrás apenas da violência física (13,3%). Já nas idades entre 15 e 19 anos, esse tipo de agressão ocupa o terceiro lugar (com 5,2%), sendo superado apenas da violência física (28,3%) e da psicológica (7,6%). Os números do inquérito apontam também que 22% do total de casos envolveram menores de 1

ano e que 77% foram registrados na faixa etária de 1 a 9 anos. Tais achados estão em consonância com a literatura que tem se debruçado sobre a análise dessa problemática ao longo dos últimos anos, como o enfatizado por Ferreira et al (2009).

Destarte, em consequência do impacto da violência na trajetória de vida de crianças e adolescentes observado ao longo das últimas décadas, o Brasil vem estabelecendo mecanismos de prevenção e combate a tais situações, principalmente por meio da publicação de leis e portarias que tornam obrigatória a notificação da violência por profissionais de saúde e educação. O primeiro passo nessa direção pode ser constatado no artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941, intitulado de Lei das Contravenções Penais (BRASIL, 1941), que reconhece como transgressão penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu ofício. Ademais, fora do âmbito penal, existem outros documentos que obrigam a notificação compulsória dos casos de agressão contra crianças e adolescentes, como é o caso do ECA, que segundo Ishida (2008), tornou compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra esses grupos populacionais.

Nesse sentido, como declarado em Brasil (2002b), o ato de notificar é responsabilidade de todos e o ECA tem uma formulação muito clara sobre o papel dos profissionais da saúde e da educação, tratando esses setores como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas: identificar e notificar as situações de violência a que crianças e adolescentes estiverem sendo submetidos. Assim, o artigo 13º do ECA (BRASIL, 1990), versa sobre a obrigatoriedade da comunicação de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos ao Conselho Tutelar (sem detrimento de outras medidas protetoras e legais) e o artigo 245º prevê penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixem de comunicar os casos de violência de seu conhecimento. Essa multa pode variar no valor entre três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Outros aspectos de importante menção e fundamentados no ECA dizem respeito ao fato de que, independente das condições socioeconômicas das famílias, quando houver negligência ou qualquer outra forma de violência por parte dos pais ou responsáveis, é necessário realizar a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção da criança ou do adolescente, uma vez que o Conselho Tutelar e os serviços que compõem a rede de cuidados e de proteção social acionada podem ajudar a família e proteger a criança. Além disso, mesmo que a família não queira ou não aceite a notificação, o profissional de saúde deverá informá-la de que irá notificar o caso aos órgãos competentes, amparado pelo ECA (BRASIL, 2010a).

Além do ECA, o MS também promulgou duas portarias relacionadas à obrigatoriedade da notificação da violência especificamente por parte dos profissionais de saúde. Primeiramente, em 2001, reconheceu que a violência contra crianças e adolescentes constitui um problema prioritário da agenda de Saúde Pública e publicou a Portaria 1.968/2001, que institucionalizou a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS (BRASIL, 2001b), conforme já indicado no ECA. Essa decisão apoiou-se também na PNRMAV, em sua diretriz sobre o monitoramento das violências (BRASIL, 2001a).

Dez anos mais tarde, em 25 de janeiro de 2011, é publicada a Portaria de número 104 do MS, a qual representa um relevante avanço na ampliação do reconhecimento da violência como um problema de Saúde Pública, visto que, a partir de então, está prevista a notificação compulsória por todos os serviços de saúde (e não apenas por unidades consideradas sentinelas) de situação suspeita ou confirmação de violência (de qualquer natureza) desferida contra qualquer pessoa, em qualquer ciclo da vida (BRASIL, 2011). Com isso, a notificação desse agravo foi universalizada para todas as unidades de saúde (públicas e privadas) e as violências passaram a fazer parte do rol da lista de doenças e agravos que tem notificação compulsória, figurando ao lado de enfermidades como cólera, dengue, hanseníase, sarampo e tuberculose, dentre outras.

Assim, para realizar a notificação das situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos, os profissionais dispõem de uma ficha de notificação compulsória formulada pelo MS (ANEXO 1), que possui um fluxo já estabelecido. A elaboração dessa ficha envolveu um processo lento e cuidadoso, consistindo num importante marco ao incorporar um instrumento oficial à abordagem das situações de maus-tratos, embora ainda seja muito criticada por conta de sua extensão e da abordagem de temas muitas vezes constrangedores para a vítima. Dessa maneira, a notificação envolve, além do direcionamento ao Conselho Tutelar da área de moradia da vítima (nos casos em que a agressão é contra uma criança ou adolescente), um encaminhamento às Secretarias de Saúde locais. Com isso, também está previsto que uma cópia da ficha fique arquivada na unidade que deu origem à notificação.

Na cidade de Olinda, município onde foram entrevistados os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, o fluxo da ficha de notificação de violências ocorre da seguinte maneira: supondo que uma criança ou adolescente tenha dado entrada numa USF com sinais/sintomas de violência, ao notificar esse caso, o profissional de saúde preenche a ficha de notificação da violência, que será encaminhada à sede do Distrito Sanitário (DS) do qual faz parte a USF que executou a notificação. Em seguida, do DS, a ficha será

encaminhada ao Núcleo de Prevenção a Acidentes e Violências (NUPAV)¹², que fará uma avaliação e triagem dos casos. No NUPAV, após o estudo do caso notificado pela USF, são geradas três fichas: uma com um resumo do caso, que deverá ficar no próprio NUPAV; a segunda, também com um resumo do caso, que segue para o Conselho Tutelar e, por fim, a ficha onde consta a notificação inicial é encaminhada para o Núcleo de Epidemiologia (NE) da cidade. A ilustração a seguir esquematiza o referido fluxo:

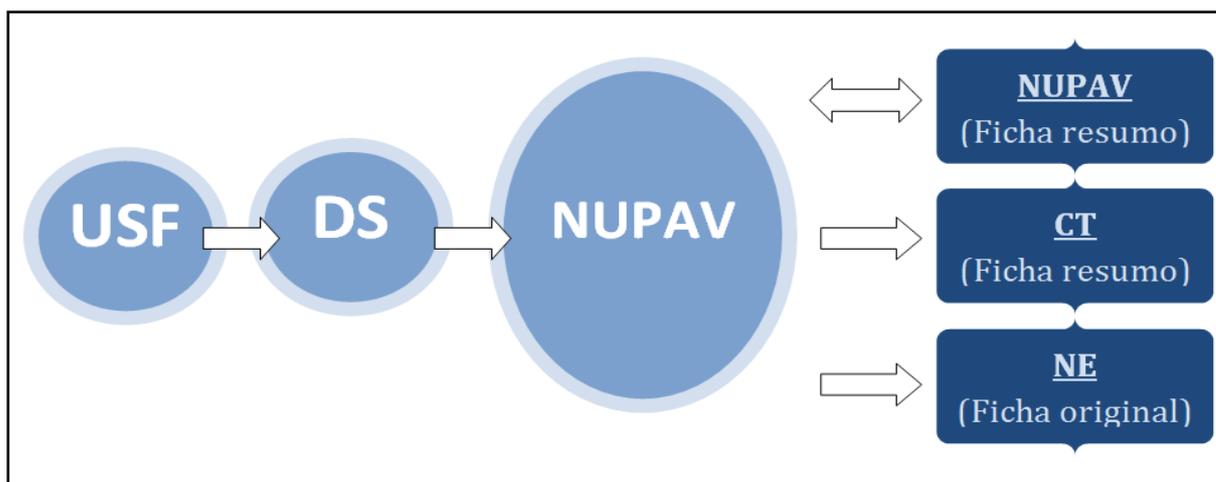


Fig. 4 Fluxo da ficha de notificação da violência contra crianças e adolescente em Olinda-PE

Colaborando com a ideia da necessidade de formação de uma rede de proteção social voltada às crianças e adolescentes vitimizados pela violência, Deslandes et al (2011), ao proporem a utilização da notificação como instrumento para a comunicação dos casos de agressão, reforçam que o setor Saúde deve atuar de forma sistêmica na referida rede para que se criem meios propícios ao monitoramento das situações de violência. Nessa perspectiva, os mesmos autores afirmam que o MS vem desenvolvendo e aperfeiçoando sistemas nacionais de informações que permitam o monitoramento das causas externas (acidentes e violências) para fins de vigilância em saúde. Essa estruturação de um sistema de notificação proporciona

¹² Os NUPAVs foram instituídos pelo MS (por meio da Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004) e implantados nos serviços de Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e em universidades federais e estaduais. Esses núcleos têm como objetivos principais: a) articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetoriais; b) implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), visando promover a qualidade da informação para o planejamento de ações de enfrentamento da violência com as demais áreas do setor Saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgência/emergências, etc.) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa; c) qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas que vivem em situação de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; e d) capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito, dentre outros, para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente (BRASIL, 2010a).

um registro com informações fidedignas sobre as situações de violência intrafamiliar e possibilita formular políticas para construir medidas de promoção e prevenção que considerem as especificidades sociais e culturais das várias regiões do país. Além disso, possibilita também certificar de que forma o atendimento às vítimas de maus-tratos está sendo incorporado às rotinas institucionais.

Contudo, como a violência apresenta um forte componente cultural (dificilmente superável apenas por meio de normatizações que forneçam um respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja deflagrado), é importante salientar que só a força da Lei não será capaz de mudar o comportamento dos profissionais no intuito de que estes passem a executar a notificação da violência. Desse modo, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) afirma que, para que esse preceito legal seja cumprido, é preciso sensibilizar e conscientizar os profissionais da área para o problema; proporcionar um maior conhecimento sobre o tipo de atendimento a ser prestado às vítimas desses agravos; disponibilizar informação e capacitação para o diagnóstico e a intervenção; promover medidas preventivas e aperfeiçoar o sistema de informação sobre violência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Encontrando interlocução nessas colocações da SBP, Mendez et al (2003) expõem que o despreparo do profissional de saúde para lidar com as vítimas de violência que recorrem ao seu serviço deve-se, possivelmente, ao desconhecimento acerca de como proceder diante de tais casos. Somados a isso, existem vários entraves à notificação de violência, no Brasil, como a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para essa atuação, a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, a falha na identificação da violência no serviço de saúde, a quebra de sigilo profissional, a condução do caso para além da notificação, entre outros (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

No tocante à Atenção Primária, o próprio arranjo e programação das ações a serem executadas – as quais envolvem intervenções domiciliares, conforme preconiza a estratégia – estabelecem novos dilemas para os profissionais da ESF. Nessa perspectiva, para Lima e Schraiber (2008), uma primeira questão a ser enfrentada diz respeito à identificação de uma situação suspeita ou confirmada de violência e do seu acolhimento pelos profissionais – a partir da visita domiciliar ou de uma demanda intra-serviço –, mas que, uma vez compartilhada no plano familiar, poderia colocar em risco o indivíduo em questão, ou a delicada dinâmica familiar. Outro dilema está no enfrentamento dos casos e como fazê-lo não apenas nesse nível primário de atenção, mas em todos os demais. Assim, entre alguns dos recentes estudos que abordam as dificuldades relacionadas à conduta de profissionais atuantes

na ESF frente a casos de violência contra crianças e adolescentes estão o realizado por Nunes, Sarti e Ohara (2009) e o conduzido por Luna, Ferreira e Vieira (2010).

No primeiro trabalho, executado junto a equipes de Saúde da Família de Campo Grande-MT, o despreparo da equipe e a falta de amparo das instituições foram apontados pelos profissionais entrevistados como sendo os principais obstáculos enfrentados para lidar com situações de violência contra crianças e adolescentes, fatores capazes de gerar um sentimento de frustração e impotência naqueles que mourejam com a violência e suas repercussões (NUNES, SARTI e OHARA 2009). Resultados semelhantes foram encontrados no segundo estudo, realizado com cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da ESF em Fortaleza-CE, onde se observou que 52% dos profissionais não conhecem a ficha de notificação da violência e 69% destes nunca participaram de treinamento na área, concluindo que a notificação de maus-tratos infanto-juvenis por profissionais da ESF ainda ocorre de maneira pontual e assistemática (LUNA, FERREIRA e VIEIRA et al, 2010).

Assim, no intuito de instrumentalizar gestores e profissionais de saúde, o documento Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2010a) normatiza que a notificação deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição. Isso significa, portanto, que a notificação não é e nem vale como denúncia policial, pois o profissional de saúde que informa uma situação de maus-tratos está sinalizando aos órgãos responsáveis que não só a criança ou adolescente, mas que aquela família está numa situação de risco e, logo, precisa de ajuda. Outrossim, deve-se considerar ainda, como exposto por Fontes e Lira (2005), que é por meio da notificação que se cria o elo entre a área da Saúde e o sistema legal, delineando-se um dos ramos da formação da rede multiprofissional e interinstitucional de atuação frente aos casos de agressões e maus-tratos, permitindo, para além do dimensionamento epidemiológico da violência, desencadear um processo de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica.

Seguindo esse raciocínio, de acordo com as Normas e Manuais Técnicos do MS (BRASIL, 2002b) e com o trabalho de Hidalgo e Gawryszewski (2004), pode-se definir a notificação de maus-tratos como sendo uma informação emitida para promover cuidados socio sanitários voltados à proteção das vítimas de violência. Esse procedimento desencadeia um processo que visa a interromper atitudes e comportamentos violentos por parte do agressor, através de uma atuação que integra proteção vítima e suporte à família envolvida (BRASIL, 2010a). Tal ideia é corroborada pelo Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (CURITIBA, 2008), ao afirmar que a

notificação desvela o fato e geralmente inibe o agressor a reincidir na violência. Dessa forma, ao registrar a ocorrência das agressões, o profissional de saúde atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima, focando o atendimento a partir da dinâmica familiar, e chama o Poder Público à responsabilidade e ao empenho na prevenção e controle da violência.

No entanto, Garbin et al (2011) indicam que, para que possam notificar, os profissionais da Saúde necessitam estar aptos a diagnosticar essas situações, conhecer os aspectos legais de sua obrigatoriedade, bem como as políticas públicas de saúde adotadas no país, estados e municípios, esforços esses que podem colaborar significativamente para a redução do problema. Assim, cabe destacar que a Saúde é, por excelência, um setor que favorece o primeiro contato com as pessoas que sofrem violência, seja no território, por intermédio dos ACSs, ou pela busca do atendimento nos serviços de saúde. No entanto, a complexidade da violência exige que os serviços de saúde, assistência social, educação, segurança, defesa e proteção atuem de forma articulada e intersetorial, permitindo a flexibilidade e a ampliação do fluxo em todas as dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento (diagnóstico e tratamento), notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social, de forma a promover a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. (BRASIL, 2010a).

Em outras palavras, deve-se ressaltar que o setor Saúde não pode e nem deve trabalhar sozinho, pois, só atuando sob a perspectiva de formação de redes com outros setores sociais, é que os efeitos advindos da notificação serão potencializados e trarão os resultados esperados. A partir do diagnóstico realizado e da consequente notificação, dá-se início a uma trajetória a ser perseguida, mas que precisa de uma estruturação em rede, dentro de um conceito de saúde ampliado e reorientado, como sugere a PNRMAV (BRASIL, 2001a) para que seja efetiva.

2.4 Redes de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência

Minayo (2006a), ao refletir sobre a presença da violência na sociedade contemporânea, afirma que esta se insere nas relações dominantes desde a hierarquia do poder estatal aos conflitos de autoridade, disciplinando pessoas, famílias, comunidades e instituições, onde o desejo de domínio e aniquilamento do outro inviabiliza o estabelecimento de pactos de cidadania; caracterizando-se, portanto, como um fenômeno de múltiplas causalidades. Consequentemente, devido ao fato da violência ser dotada de uma gênese multicausal e

multifatorial, para que as ações de combate sobre essas situações sejam eficazes, torna-se necessária uma atuação também de caráter plural e intersetorial.

De outra forma, pode-se afirmar que, dada a necessidade de se desenvolver o compromisso com o aprimoramento de políticas e programas voltados para promover a sociabilidade, prevenir a cultura da dominação, da discriminação e da intolerância, além da ocorrência de lesões físicas, emocionais e mortes, e também de se aperfeiçoar a qualidade de atenção às vítimas, é fundamental a criação de estratégias de enfrentamento que atuem de forma integrada aos mais diversos setores da sociedade. Portanto, só dessa maneira, a Doutrina na Proteção Integral (a qual parte da compreensão de que as normas que cuidam de crianças e de adolescentes devem concebê-los como cidadãos plenos, porém sujeitos à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral)¹³ se materializará em ações (MINAYO, 2006b).

Posto isso, sabe-se que a violência intencional contra crianças e adolescentes constitui-se um fenômeno peculiar, praticado sob diferentes formas e visto sob diferentes óticas, sendo responsável por inúmeras lesões e mortes (JUNQUEIRA e DESLANDES, 2003; SANTOS e FERRIANI, 2007), o que demanda um trabalho conjunto e interdisciplinar de profissionais das mais diversas áreas – Saúde, Serviço Social, Poder Judiciário e Educação, por exemplo – (SEI, 2004), a fim de que haja uma sensibilização ampla e efetiva. Nesse sentido, sabe-se também que as ações desse trabalho tornam-se mais eficazes quando promovidas por um conjunto de instituições que atuam de modo coordenado e integrado. Assim, segundo Lima e Schraiber (2008), esse modo de atuação permite pensar na estruturação de estratégias intersetoriais configuradas sob a forma de redes sociais de prevenção e de atenção familiar, que estejam voltadas para a recuperação das pessoas que sofrem ou perpetram a violência, sem estigmatizá-las como indivíduos essencializados na condição de vítima ou agressor.

Nesse sentido, Vecina e Machado (2010) afirmam que a existência de redes sociais sempre fez parte da história da humanidade, porém, nas últimas décadas, tal conceito se

¹³ A Doutrina da Proteção Integral inaugura uma nova forma de pensar a criança e o adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário por serem humanos em desenvolvimento (FERREIRA et al, 2009). A partir dessa concepção, a proteção deixa de ser uma obrigação exclusiva da família, passando a sociedade e o Estado a terem igual responsabilidade pela tutela dos direitos dessa população. Assim, segundo Minayo (2006b), por conter uma ideia de cidadania plena, a teoria da proteção integral considera que deve haver prioridade no atendimento às necessidades específicas infanto-juvenis e, por isso, se organiza como um sistema em que as leis reconhecem garantias a esse segmento social, tutelando seus interesses peculiares, bem como criando instrumentos para a efetivação de seus direitos individuais. De acordo com essa autora, tal doutrina significa uma grande evolução ou quase uma revolução em relação ao Código de Menores (Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979), que era limitado e possuía normas voltadas às crianças e aos adolescentes infratores ou dispositivos de conteúdo assistencialista, destinados aos que tinham problemas de amparo social e eram economicamente desprovidos.

tornou uma alternativa prática de organização, podendo ser uma forma de estender ações e ideias a um universo sempre mais amplo de interlocutores. A partir desse raciocínio, Castells (2007) acrescenta também que as redes são estruturas abertas que podem se expandir, formando novos nós, abrindo novas possibilidades de comunicação e de articulação entre as pessoas e as instituições que delas fazem parte, possuindo uma dinâmica horizontal e múltiplas portas de entrada. Esses aspectos fazem com que a rede seja um espaço de troca de experiências, de estímulo ao conhecimento e ao reconhecimento mútuo das entidades e pessoas que dela participam.

Com isso, mesmo não existindo um modelo único de rede de proteção e apesar desta ser uma perspectiva de atuação intersetorial recente (no caso do enfrentamento da violência), Deslandes (2006) ressalta que é consensual o reconhecimento (tanto pelos profissionais que lidam com as agruras advindas da violência quanto pela sociedade civil organizada) de que a atuação em rede, atualmente, é uma das alternativas mais promissoras capazes de fortalecer laços de proteção para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Assim também, Fleury e Ouverney (2007) apontam que esse modo de atuação têm sido visto como a solução adequada para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas, complexos, dado que com ele, muitos atores são envolvidos, há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, bem como uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã.

Assim, pode-se dizer que a rede é uma forma de organização democrática constituída, necessariamente, por agentes autônomos que, interligados horizontalmente, cooperam entre si para a resolução de seus problemas da forma mais completa possível (MARTINHO, 2003). Entretanto, no trabalho em redes, as instituições e profissionais precisam manter suas identidades próprias, não podendo perder a especificidade do trabalho que realizam e nem sua autonomia na tomada de decisões. E é exatamente com essa especificidade de ações e experiências que cada qual (indivíduo, instituição ou setor de atuação) pode contribuir para a resolução do caso. Em outras palavras, na rede, cada profissional tem um trabalho a oferecer e esse não pode extrapolar o poder de ação do setor ao qual pertence (VECINA e MACHADO, 2010).

Acerca dessa questão, Phebo, Njaine e Assis (2009) defendem que a rede de atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência deve valorizar o conhecimento técnico, bem como os saberes particulares de cada ente integrante, o protagonismo comunitário no desenvolvimento das políticas públicas e iniciativas governamentais. Desse modo, para que os profissionais que atuam na atenção aos acidentes e violências construam um trabalho em rede,

um dos primeiros passos é o compartilhamento de valores e objetivos comuns. Tal ideia remete aos sentimentos de apoio, suporte e solidariedade necessários não só para compreender, mas também para atuar no enfrentamento da violência.

Contudo, trabalhar de acordo com o princípio da horizontalidade ainda não é uma prática comum, pois os mais diversos setores da sociedade estão acostumados a funcionar mediante estruturas hierarquizadas de trabalho, onde o poder é exercido de forma piramidal. Porém, quando pensamos numa estrutura de trabalho em rede devemos levar em conta que se trata da ação de um conjunto de pessoas e instituições que se interrelacionam em condições de igualdade, ou seja, horizontalmente. Nessa perspectiva de atuação, todos estão em relação com todos e cada um tem com o que contribuir. Da mesma forma, lideranças surgem e se alternam de acordo com os propósitos do trabalho a ser desenvolvido (DABAS e NAJMANOVICH, 2002; SANTANA, 2005; FLEURY e OUVÉNEY, 2007).

Dessa maneira, a partir da notificação, surge a necessidade de uma atuação articulada a outras instâncias sociais sob a forma de rede, que ocorre, como sugere Castells (2007), através da interconexão de um conjunto de nós (pontos), os quais representam os vários atores sociais envolvidos com a temática da violência (figura 5). Essa percepção é corroborada por Hermann (2005), quando, ao definir redes, expõe que estas são sistemas organizados capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou temáticas comuns, que, no caso de nossa pesquisa, é a violência contra crianças e adolescentes.

Entretanto, Phebo, Njaine e Assis (2009) ponderam que, embora se constitua num tipo de rede social, a rede de proteção possui especificidades que a diferenciam de outras redes, como, por exemplo, sua estruturação, que, muitas vezes, exige um movimento e acordos mais formais para que as parcerias respondam a algumas de suas demandas. Ainda segundo essas autoras, para que a rede de proteção seja construída e efetivada, é necessário estabelecer pactuações de funcionamento e confiança, como também a criação de objetivos consensuais entre os/as atores/instituições partilhadores/as dessa proposta de trabalho.

Oliveira (2001) elenca alguns requisitos necessários para que uma articulação política entre pares se estabeleça: reconhecer que o outro setor existe e é importante; conhecer o que o outro setor faz; colaborar e prestar ajuda quando necessário; cooperar, compartilhando saberes, ações e poderes; além de associar-se co-construindo objetivos e projetos em comuns. Os mesmos estudiosos afirmam também que essas condições preliminares resultam, respectivamente, em autonomia, vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização. Ou seja, para que uma articulação

em rede se fortaleça, é essencial que os distintos atores das organizações envolvidas se integrem não somente para trocar experiências, mas principalmente para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução não está ao alcance de um ente isoladamente (BRASIL, 2010a).



Fig. 5 Possíveis articulações entre os “nós” que constituem as redes de proteção (BRASIL, 2010a)

Nesse sentido, a notificação da violência contra crianças e adolescentes pelo setor Saúde – como ação inicial de uma rede de proteção e atenção – coloca para fora dos limites do serviço de saúde o problema ali detectado e convoca parcerias sociais, cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área (GONÇALVES e FERREIRA, 2002). Dessa forma, para dar

continuidade ao processo de assistência à vítima e sua família, como também para assegurar o acompanhamento do caso após a notificação da violência, é preciso que os serviços e profissionais de saúde estejam capacitados a prestarem os cuidados clínicos e psicológicos de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, com protocolos e fluxos definidos, rede de saúde organizada nos três níveis de atenção (Rede Intrasetorial de Saúde). Além disso, primando pelo princípio do SUS que versa sobre a integralidade, é importante que o profissional esteja atento ao fato de que são necessários cuidados e assistência prestada por instituições que não fazem parte do setor Saúde (Rede Intersetorial).

Sobre a primeira instância da rede de atenção – a intrasetorial de saúde –, em Brasil (2010a), temos que a organização do serviço pressupõe a existência de fluxo interno de atendimento, formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações para as crianças/adolescentes/família, a fim de garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção. Em suma, temos que as redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS (MENDES, 2009). Para melhor visualização do explicitado, a figura 6 mostra um exemplo dessa articulação de rede intrasetorial do setor saúde, tendo a Atenção Primária – particularmente a ESF e suas equipes – como coordenadora do cuidado no território.

Fazem parte dessa rede de saúde: os serviços de APS (como já mencionado no tópico 2.2, incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população)¹⁴; os serviços de Atenção Especializada, Urgência, Emergência e Unidades de Pronto Atendimento (para os casos de violência de maior gravidade, a exemplo de tentativas de suicídio, agressão física e violência sexual) e os serviços de Saúde Mental (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS –, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPS I – e Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas – CAPS AD). Somados a estes, há também os serviços estratégicos de apoio à gestão como os Núcleos

¹⁴ Dentro dos serviços de APS que compõem essa rede, cabe destacar o papel desempenhado pela ESF. Assim, de acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2012), o impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: urgência e emergência, ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária e serviços da atenção à saúde mental.

de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Núcleos de Prevenção a Acidentes e Violências (NUPAV).



Fig. 6 Exemplo de Rede Intrasetorial de Saúde (BRASIL, 2010a)

Contudo, além da referida rede de saúde, é fundamental que cada município organize e estruture as articulações com a Rede Intersetorial de Atenção. Ou seja, a partir do reconhecimento de que o setor Saúde é incapaz de resolver todos os meandros presentes nas situações de violência, é preciso articular as ações deste às ações desenvolvidas pelas redes da Assistência Social, da Educação, bem como aos sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e Conselhos de Direitos, Universidades, Movimentos Sociais, ONGs e a sociedade civil organizada existentes no território (BRASIL, 2010a).

Ainda conforme Brasil (2010a), essa Rede Intersetorial, composta (além dos serviços de saúde) por outras instituições no território deve estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e, na

ausência destes, recomenda-se buscar interlocução com serviços de municípios vizinhos para fazer parte da rede de cuidados e de proteção social. Assim, entre seus possíveis constituintes, temos: o Sistema Único da Assistência Social – SUAS – (que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados para o fortalecimento da família através dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS – e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS); o Sistema de Justiça e de Direitos Humanos (ECA, Conselho Tutelar, delegacias especializadas, dentre outros); os Sistemas de Ensino (formados pela rede de educação federal, estadual, distrital e municipal complementada pelo sistema privado, sendo equipamentos desse sistema os Centros de Educação Infantil – creches e pré-escola –, Escolas de Ensino Fundamental e Médio e Instituições de Ensino Superior); e o Sistema Único de Segurança Pública – SUSP – (criado para articular as ações federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal na área da Segurança Pública e da Justiça Criminal, de forma a integrá-los na prática, sem interferir na autonomia dos órgãos de segurança no âmbito local. Fazem parte deste: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militares, Postos da Polícia Rodoviária Federal, Guardas Municipais e Instituto Médico Legal) (BRASIL 2010a).

O documento Linha do Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL 2010a) aponta também que, além dos constituintes já expostos, tem-se ainda a Sociedade Civil Organizada como importante integrante da Rede Intersetorial, onde sua participação se dá por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA), presentes em todos os estados da federação, no Distrito Federal e na maioria dos municípios brasileiros com representações de vários segmentos da sociedade, tais como: ONGs, Comissão de Direitos Humanos, centros de ensino e pesquisa, instituições religiosas, lideranças comunitárias, associação de moradores, Pastoral da Criança, entre outros. Assim, mais uma vez para melhor visualização do explicitado, a figura 7 mostra um exemplo dessa articulação de Rede Intersetorial de Proteção à Criança e ao Adolescente.

É importante ressaltar que a atenção integral à saúde dos usuários do SUS, fundamentada no princípio constitucional da integralidade, busca intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, que é entendida de forma holística e inserida no contexto social em que vive. Desse modo, a atenção integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, pois, além de criar condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação, requer o desenvolvimento de um trabalho articulado a outras políticas sociais presentes no território adscrito.

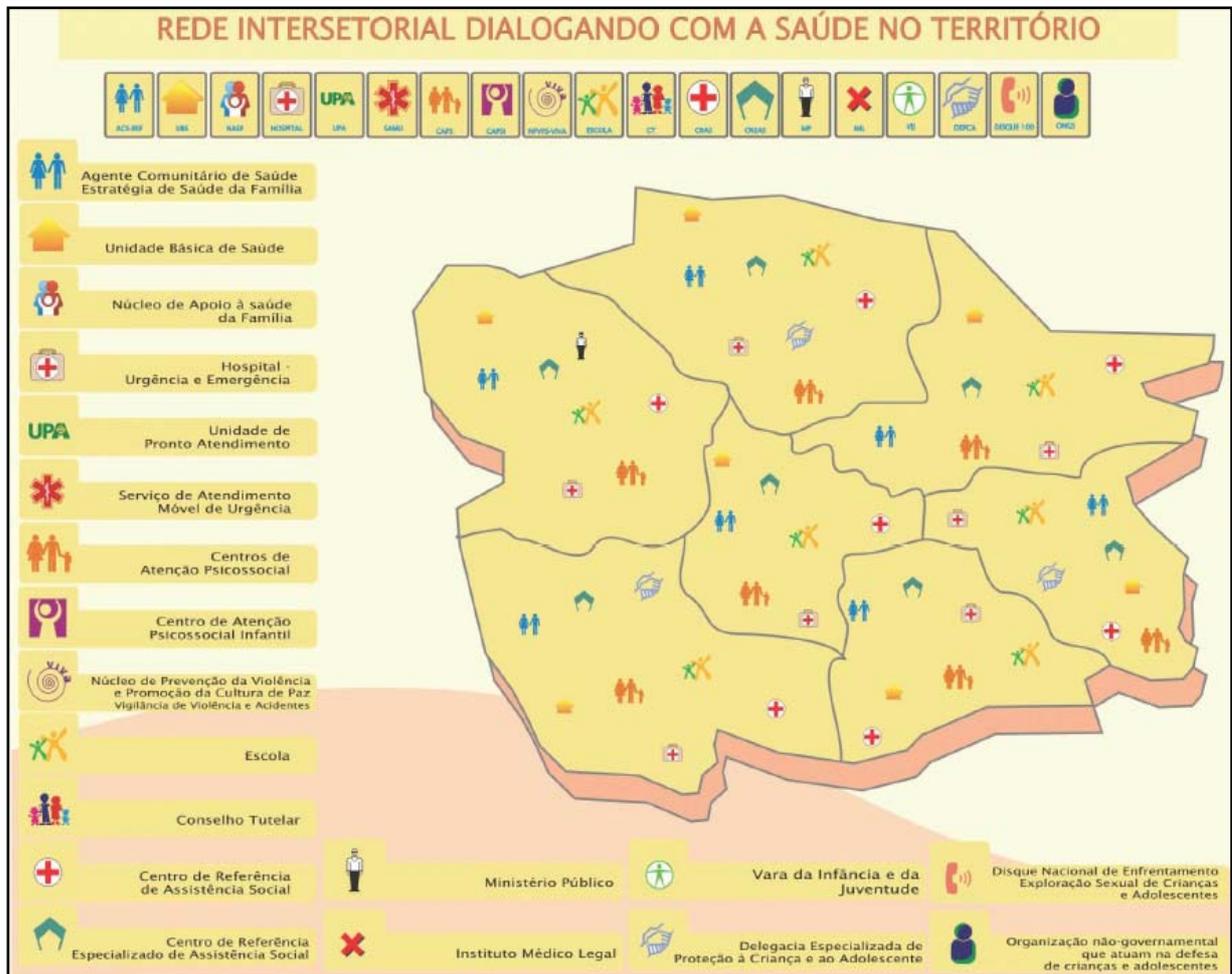


Fig. 7 Exemplo de Rede Intersectorial de Proteção à Criança e ao Adolescente (BRASIL, 2010a)

Portanto, a estruturação das políticas e ações que visam à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias sob a lógica de rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. Devemos considerar ainda que não se trata de um novo serviço, mas uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersectorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL 2010a). Ou seja, não adianta ter os serviços dispostos no território sem articulação e comunicação entre os mesmos, pois isso caracterizaria uma “trama”¹⁵ mas não uma “rede”.

¹⁵ Segundo Schraiber e D’Oliveira (2007), uma trama constitui-se por um aglomerado justaposto de serviços voltados ao mesmo problema, que podem até possuir ações articuladas, mas sem consciência de suas conexões e sem construção de projeto assistencial comum fundamentado no diálogo.

Dessa forma, tal atuação em rede permitirá que as ações do setor Saúde – como a notificação da violência – sejam potencializadas e influenciará o processo de fortalecimento da resiliência¹⁶ por parte da vítima, entre outros ganhos. A partir daí, o que se pode ver em experiências exitosas já existentes nas redes locais de atenção à violência espalhadas pelo Brasil (VENDRÚSCOLO et al, 2004; HABIGZANG et al, 2006; NJAINE et al, 2006; KISS, SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2007) é que as trocas de informações são imprescindíveis tanto em relação ao entendimento e à percepção das diferentes formas de violência, quanto sobre as possibilidades de atuação de cada setor e sobre encaminhamentos e desdobramentos pós atendimento. Portanto, fica patente que, para construir essa referida rede de proteção, é necessário não só estabelecer pactuações de funcionamento e confiança, como também a criação de metas consensuais entre os/as atores/instituições partilhadores/as dessa proposta de trabalho calcada no diálogo permanente.

Desse modo, o setor Saúde pode ser ainda mais atuante quando procura conversar e agir de forma integrada com as diversas instâncias presentes no município que lidam direta ou indiretamente com a questão da violência. Sua atuação pode começar pela notificação dos casos, mas esta não deve ser a única ação da Saúde dentro da rede de proteção, sendo necessário um acompanhamento posterior desses casos ao longo da rede, em respeito ao princípio da integralidade do SUS, como afirmam Oliveira, Ribeiro e Albuquerque (2003). Assim, instituições governamentais e não-governamentais, intra e extra Saúde – tais como universidades, Conselhos Tutelares, Ministério Público, secretarias de educação e de desenvolvimento social, entre outras –, cuja proposta de atuação seja a redução da violência e a edificação de uma sociedade pautada em princípios igualitários, solidários e de respeito aos direitos humanos, devem ser parceiras na construção de redes de proteção que permitam o acompanhamento posterior dos casos de violência e ampliem os resultados provenientes da notificação iniciada pela Saúde. Do contrário, a notificação da violência corre o risco de se

¹⁶ A resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como, por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir sofrimento. Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos que atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la. Com a evolução das pesquisas, descobriu-se que o potencial de resiliência está presente no desenvolvimento de todo ser humano e pode se desenvolver no decorrer da vida (ASSIS, AVANCI e PESCE, 2005). Para Sapienza e Pedromônico (2005), a resiliência depende principalmente de três fatores: (1) atributos pessoais como autonomia, autoestima e competência social; (2) família coesa, em que não há negligência e existe pelo menos um adulto com laço afetivo forte com a criança ou o adolescente, que oferece suporte emocional nos momentos de crise e (3) rede de apoio social e recursos institucionais que encorajem e apóiem a criança e o adolescente no enfrentamento das circunstâncias negativas das situações vividas.

tornar apenas mais um procedimento meramente pontual e burocrático executado pelo setor Saúde, que não consegue transpor as barreiras físicas dos serviços e unidades nem atuar com vistas a garantir os direitos estabelecidos pelo ECA.

3. HIPÓTESES A SEREM INVESTIGADAS

Ancoradas na revisão de literatura efetuada nos tópicos expostos e na justificativa apontada, apresentamos a seguir as hipóteses iniciais das quais partiremos para compreender nosso objeto de estudo:

- Existem fatores que podem influenciar o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior atuantes na ESF de Olinda;
- Alguns determinantes atuam facilitando ou dificultando a execução da notificação da violência contra crianças e adolescentes segundo uma perspectiva de atuação sob a forma de rede.

Essas hipóteses coadunam-se aos propósitos de nossa pesquisa, os quais buscam informações quantitativas e qualitativas referentes à notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda.

4. OBJETIVOS DO ESTUDO

Face às justificativas pelas quais elaboramos este projeto e seguindo as hipóteses que norteiam nossa pesquisa, como previamente elencadas, apresentamos adiante os objetivos que serão campeados em nossa investigação.

4.1 Objetivo geral

Identificar que fatores influenciam – dificultando ou facilitando – a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda.

4.2 Objetivos específicos

Nossa pesquisa apresenta como propósitos particulares as seguintes ações:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF de Olinda;
- Identificar o percentual de profissionais da ESF de Olinda que já notificaram algum caso de violência contra crianças e adolescentes;
- Descrever o conhecimento dos profissionais da ESF acerca da existência de serviços intra e extra setor Saúde que atendem casos de violência contra crianças e adolescentes em Olinda;
- Identificar elementos propiciadores e obstaculizadores da execução da notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF de Olinda.

Através da exposição desses objetivos a serem alcançadas, pode-se perceber o quanto essencial é o dimensionamento epidemiológico dos agravos e violências contra crianças e adolescentes. No entanto, para que nosso estudo tenha o maior rigor de critérios possível e a fim de que os resultados obtidos possam ser extrapolados para uma realidade macro, é necessário que empreguemos um plano de execução metodológico pormenorizado de atividades.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Delineamento da pesquisa (tipo de estudo)

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo epidemiológico de corte transversal descritivo e analítico, no qual foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa através da triangulação de métodos. Esse tipo de pesquisa, segundo Klein e Bloch (2009), é frequentemente empregado em Saúde Pública, tendo como principais objetivos: informar,

para fins de planejamento, a distribuição quantitativa de um determinado evento na população e avaliar condutas e programas de saúde relacionados à vivência desse evento. Para os profissionais que atuam na ponta do SUS (ou seja, aqueles que lidam diretamente com as especificidades de muitos sujeitos), como os da APS, estudos dessa natureza oferecem informações da maior utilidade ao chamar atenção para características ligadas à frequência de um determinado evento, ocorra este numa comunidade ou em algum serviço de caráter assistencial.

Dessa forma, ao refletirem sobre os estudos de corte transversal, Almeida Filho e Rouquayrol (2003) afirmam que estes dizem respeito a investigações que produzem “instantâneos” acerca da situação de saúde ou de algum fenômeno vivenciado por uma população ou comunidade, baseando-se numa avaliação individual de cada membro que compõe o grupo, sendo capaz de produzir indicadores globais de saúde para o segmento investigado. Esses pesquisadores acrescentam, ainda, que o termo “estudo seccional”, em Epidemiologia, pretende dar uma ideia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico do fenômeno, evidenciando suas características e correlações naquele momento. Por esse motivo, a literatura epidemiológica atribui vários termos que sinonimamente pode denominar esse tipo de estudo, como por exemplo: de corte transversal, seccional, *cross-sectional*, de prevalência, vertical, pontual, inquérito ou *surveys*, dentre outros.

Ainda segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2003), existem cinco subtipos de estudos transversais: inquéritos na Atenção Primária, inquéritos domiciliares com identificação direta do caso, estudos de grupos em tratamento, estudos em populações especiais (escolares, idosos etc) e estudos multifásicos. Dessa forma, o subtipo adotado neste estudo foi o de inquéritos da Atenção Primária, os quais são viáveis nos municípios onde existe uma organização da Atenção Primária de forma regionalizada, como é o caso da cidade de Olinda-PE, território geográfico dessa pesquisa, como será explicitado detalhadamente mais adiante.

Apesar desse tipo de desenho de pesquisa ser o mais empregado na prática de investigação dentro do campo da Saúde Coletiva – no qual os estudos transversais vêm gradativamente aperfeiçoando sua arquitetura e ampliando suas aplicações (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003) –, uma de suas limitações está relacionada ao fato de que a exposição a um determinado fator e o efeito causado por essa exposição são mensurados simultaneamente, ou seja, em um mesmo ponto do tempo e do espaço. Esse aspecto faz com que seja impossível testar hipóteses sobre vínculos causais entre eventos, para que se estabeleça uma relação conexa entre causa e efeito, uma vez que, por meio desses estudos, não temos condições de determinar qual dessas duas situações surgiu primeiro. Contudo,

sempre é possível testar a existência de associações de frequência (ou estatísticas) entre pelo menos dois eventos, em outras palavras, os estudos seccionais podem oferecer evidência válida de uma associação estatística, permitindo a realização de inferências causais fortes (WALDMAN e ROSA, 1998; KLEIN e BLOCH, 2009).

Sobre a natureza das pesquisas, de modo geral, tem-se que a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir numericamente opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Para tanto, essa modalidade de pesquisa requer o uso de recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.) como afirma Minayo (2010).

Por outro lado, a mesma autora argumenta que uma pesquisa qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Além disso, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são pressupostos básicos no processo de pesquisa qualitativa, que não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas para interpretação dos resultados, uma vez que os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente, sendo o processo e seu significado os focos principais de abordagem (MINAYO, 2010).

Segundo Kelle (2001), uma das maneiras de unir essas duas formas de abordagem (quantitativa e qualitativa) no estudo de um mesmo objeto é a triangulação de métodos. Através dessa, podemos determinar a posição de um ponto C, através da observação de dois pontos, A e B (figura 8).

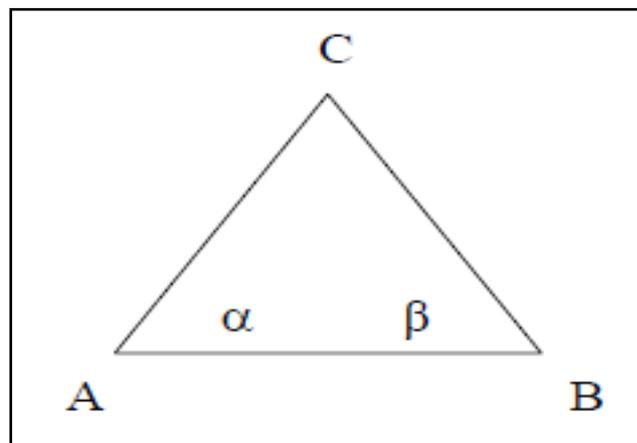


Fig. 8 Triangulação (KELLE, 2001)

Dessa forma, nosso intuito aqui foi utilizar simultaneamente alguns dos instrumentos que esses dois modos de abordagem preconizam. Na abordagem quantitativa realizamos

análises de caráter estatístico (frequência e associação) e na qualitativa utilizamos a Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2009), como vemos nos tópicos apresentados mais à frente.

Nossa escolha por essa abordagem quanti-qualitativa, se justifica no fato de que o campo científico tem apontado, cada vez mais, para o surgimento de um novo paradigma metodológico. Essa forma de “fazer ciência” é calcada num modelo que busca atender plenamente as necessidades dos pesquisadores e romper com as dicotomias “positivista x construtivista” e “quantitativo x qualitativo”, primando por empreender um tratamento o mais integral e próximo à realidade observada possível.

5.2 Local de realização da pesquisa

O local onde se realizou o estudo foi a cidade de Olinda, a qual, com 477 anos, é a terceira maior cidade do estado de Pernambuco e abriga uma população de 377.779 habitantes em seus 43,55 km² de extensão territorial (IBGE, 2010). Desse total de residentes, 114.100 são crianças e adolescentes (ou seja, tem de 0 a 19 anos) e compõem o percentual de 30,2% do total da população do município (figura 9).

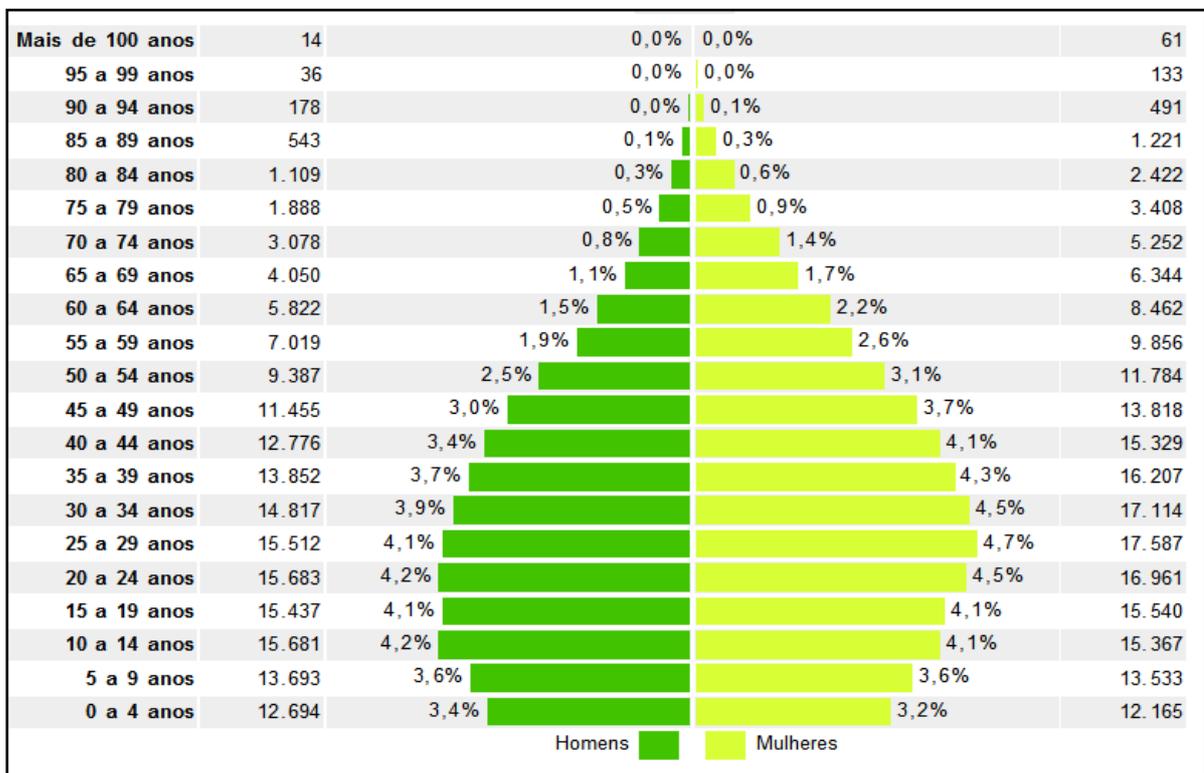


Fig. 9 Distribuição da população de Olinda por sexo e faixa etária no ano de 2010 (IBGE, 2010)

Olinda possui uma área urbanizada de aproximadamente 36,7 km² (correspondente a 98% do município) e 6,82 km² de área rural, o que a faz uma cidade eminentemente urbana, estando dividida em dois distritos sanitários pela SMS – conforme esquematizado na figura 10 (OLINDA, 2010) – que também adotou a ESF como opção para reorganizar APS no município. Assim, nossa pesquisa foi realizada em todas as unidades da ESF do referido município, as quais, de acordo com o DAB (BRASIL, 2012b), até o mês de junho de 2012, abrigavam um total de 43 Equipes de Saúde da Família.

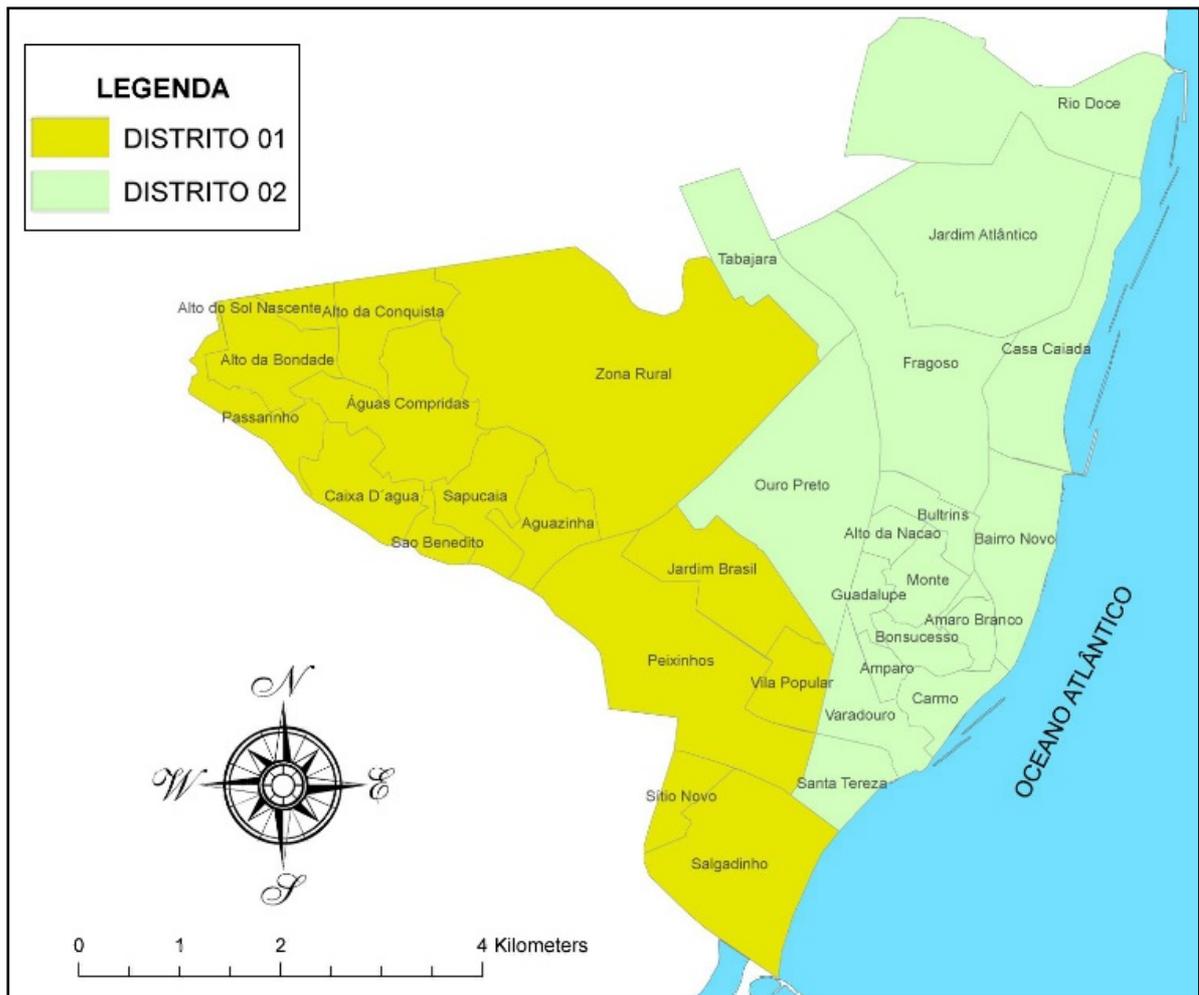


Fig. 10 Divisão da cidade de Olinda em Distritos Sanitários e respectivos bairros (OLINDA, 2010)

5.3 População estudada

Dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional da ESF, integraram nossa pesquisa população de pesquisa todos aqueles de nível superior (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) atuantes nas unidades da ESF da cidade de Olinda, que aceitaram participar de modo espontâneo da pesquisa e que, após serem informados sobre a metodologia

e proposta deste estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), foram entrevistados por meio de um questionário escrito (APÊNDICE 2). Esse público perfaz o total de 120 indivíduos componentes do universo, número que nos levou a optar por trabalhar censitariamente não sendo necessário calcular uma amostra que representasse essa população, obedecendo aos critérios apresentados adiante.

5.3.1 Critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa:

- Ser profissional de saúde de nível superior;
- Atuar na ESF de Olinda há, no mínimo, 1 (um) ano;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3.2 Critérios de exclusão dos profissionais na pesquisa:

- Atuar há menos de 1 (um) ano na ESF de Olinda;
- Profissionais que se encontravam em período de férias no momento da coleta de dados;
- Profissionais que se encontravam em licença médica no momento da coleta de dados;
- Profissionais que se recusaram a participar do estudo.

Os profissionais que se encontravam ausentes no momento da coleta dos dados foram considerados como perdas, embora tenhamos tentado entrevistá-los por mais três vezes após a primeira tentativa voltando à unidade de saúde onde estes atuavam.

5.4 Variáveis do estudo

De acordo com Neves (2007), as variáveis de um estudo referem-se a tudo aquilo que pode assumir valores ou aspectos diferentes, segundo casos particulares ou circunstâncias, constituindo os elementos centrais da investigação e estando sujeitas à medição. De outro modo, pode-se dizer que as variáveis de um estudo são as características observadas, medidas, controladas ou manipuladas em uma pesquisa. Dessa maneira, por intermédio da pesquisa científica é possível determinar as relações ou correlações existentes entre as variáveis, isto é,

como estas se relacionam entre si e, ainda, as interferências e alterações que uma pode desencadear na outra.

Para tanto, faz-se necessário apresentar uma definição conceitual das variáveis, explicitando o que significa cada uma delas no contexto da investigação. Portanto, quando estamos trabalhando com variáveis complexas, é necessário defini-las operacionalmente, tornando-as mensuráveis através de suas dimensões, componentes, características e indicadores (NEVES, 2007). Além disso, é importante lembrar que as variáveis de um estudo diferem em muitos aspectos, mas principalmente no papel que a elas é atribuído e na forma como podem ser medidas. Assim, elas podem ser classificadas, quanto às relações que mantêm, em dependentes e independentes.

5.4.1 Variável dependente

A variável dependente é aquela que o investigador pretende avaliar e que é alterada e influenciada pela manipulação da variável independente. Denomina-se dependente porque pode ser modificada (total ou parcialmente) ou explicada em função do comportamento e das mudanças da variável independente (RICHARDSON, 1985). Além disso, seus valores se modificam conforme os valores assumidos pela variável independente. Assim, pode-se afirmar que a variável dependente é o fator que aparece, desaparece, varia ou não se altera à medida que o investigador introduz, retira ou modifica a variável independente. Nesta pesquisa elegemos a seguinte variável dependente:

- Notificação da violência contra crianças e adolescentes.

Fundamentados nas Normas e Manuais Técnicos do MS (BRASIL, 2002b) e no trabalho de Hidalgo e Gawryszewski (2004), adotamos o conceito de notificação de maus-tratos como sendo uma informação emitida para promover cuidados socio sanitários voltados à proteção das vítimas de violência. Assim, consideramos como profissionais que procedem à notificação todos aqueles que auto-referem já ter notificado ao menos 1 (um) caso de violência contra crianças ou adolescentes, em Olinda, tendo utilizado ou não a ficha de notificação da violência interpessoal desenvolvida pelo MS (ANEXO 1).

5.4.2 Variáveis independentes

Segundo Moore (1983), as variáveis independentes são aquelas que o investigador seleciona (ou manipula) de forma a determinar quais são os efeitos que elas causam em outras variáveis, sendo independentes de qualquer ação por parte do sujeito (ou evento) pesquisado. Com isso, pode-se afirmar que as variáveis independentes são aquelas que – ao serem inseridas, retiradas, manipuladas ou modificadas – podem (ou não) causar ou contribuir para a ocorrência de algum efeito na variável dependente (BOWDITCH e BUONO, 1992).

De um modo geral, a escolha da variável dependente e das independentes pelo pesquisador é orientada pela suposição que certa condição (variável “A” – independente) é capaz de produzir uma mudança na expressão de um determinado evento (variável “B” – dependente). Dito isso, temos que no tópico que versa sobre as hipóteses dessa pesquisa, apontamos que a notificação da violência (variável dependente) provavelmente sofre influência de vários fatores (variáveis independentes), dentre os quais apontamos:

Fatores sociodemográficos dos profissionais:

- Sexo – *se masculino ou feminino;*
- Idade – *informada individualmente e, depois, categorizada em faixas seguindo os critérios do IBGE (2010) ao definir o termo população economicamente ativa;*
- Estado civil – *se atualmente o(a) profissional tem ou não algum companheiro(a);*
- Ter filhos – *se o(a) profissional possui ao menos um filho ou filha;*
- Religião – *se o(a) profissional é praticante de alguma religião;*
- Categoria profissional – *se cirurgião-dentista, enfermeiro ou médico;*
- Tempo de formação – *informado individualmente e, em seguida, categorizado em estratos a cada 5 (cinco) anos, a saber, 0 - 5, 6 - 10, 11 - 15 e mais de 15 anos;*
- Tempo de atuação profissional na ESF em Olinda – *informado individualmente e, em seguida, categorizado em estratos a cada 5 (cinco) anos, a saber: 0 - 5, 6 - 10, 11 - 15 e mais de 15 anos;*
- Ter pós-graduação em Saúde Coletiva – *se o(a) profissional possui pós-graduação na área da Saúde Coletiva, estando aí incluídas áreas chamadas afins como a Saúde Pública e a Saúde da Família;*
- Ter pós-graduação em outra área – *se o(a) profissional possui pós-graduação em outras áreas, sejam estas clínicas, administrativas ou de outra natureza.*

Fatores relacionados à percepção e vivência da violência pelo profissional:

- Discussão da violência na Saúde – *se na percepção do(a) profissional, a temática da violência deve, ou não, ser abordada e discutida pela área da Saúde. Caso o(a) profissional responda NÃO a essa questão, será inquirido a justificar sua resposta para nossa melhor compreensão acerca do posicionamento adotado por este(a);*
- Atendimento dos casos de violência nos serviços de saúde – *se na percepção do(a) profissional, os casos de violência devem ser atendidos nas USF. Caso o(a) profissional responda NÃO a essa questão, será inquirido a justificar sua resposta para nossa melhor compreensão acerca do posicionamento adotado por este(a);*
- Sofrimento de violência em alguma fase da vida – *se o(a) profissional foi vítima de qualquer tipo de violência, independente da natureza desta.*

Fatores ambientais:

- Distrito sanitário em que está localizada a unidade de saúde em que o profissional atua – *se a USF em que o(a) profissional atua está localizada no distrito sanitário I ou no II;*
- Percepção da comunidade em que atua como localidade violenta – *se o(a) profissional considera a comunidade em que atua como sendo uma localidade violenta;*
- Testemunho de violência na comunidade em que atua – *se o(a) profissional já testemunhou alguma situação de violência contra qualquer pessoa, independente da faixa etária ou ciclo da vida, na comunidade em que trabalha;*
- Discussão da temática no ambiente de trabalho – *se há momentos de discussão sobre a questão da violência contra crianças e adolescentes no ambiente de trabalho. Caso o(a) profissional responda SIM a essa questão, será inquirido a explicitar em que momentos ocorre essa discussão;*
- Existência de procedimentos estabelecidos para notificar os casos na unidade – *se, na unidade em que o(a) profissional atua, há procedimentos-padrão (protocolos) estabelecidos para notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes atendidos;*
- Ficha de notificação de violência presente na unidade de saúde em que atua – *se, na unidade em que o(a) profissional atua, está presente a ficha de notificação da violência desenvolvida pelo MS ou ficha similar;*
- Existência de procedimentos estabelecidos para encaminhar os casos na unidade de saúde – *se, na unidade em que o(a) profissional atua, há procedimentos-padrão*

(protocolos) estabelecidos para encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes atendidos.

Fatores relacionados à formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência:

- *Abordagem e/ou discussão sobre o tema da violência em algum curso de formação (graduação, pós-graduação, educação permanente ou continuada) – se, durante a formação acadêmica ou profissional, o(a) entrevistado(a) teve acesso a alguma discussão ou abordagem sobre o tema da violência contra crianças e adolescentes;*
- *Participação em algum treinamento na área de combate ou prevenção à violência contra crianças e adolescentes – se o(a) profissional já participou de algum treinamento (ou capacitação) na área de identificação, combate e prevenção à violência contra crianças e adolescentes;*
- *Leitura sobre a temática – se o(a) profissional já leu livros ou artigos científicos que tratem da violência contra crianças e adolescentes;*
- *Conhecimento do ECA – se o(a) profissional conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente;*
- *Abordagem da obrigatoriedade da notificação – se, durante a formação acadêmica ou profissional, o(a) entrevistado(a) teve acesso a alguma discussão ou abordagem sobre a obrigatoriedade da notificação da violência contra crianças e adolescentes por parte dos profissionais de saúde;*
- *Conhecimento de leis, ou portarias, que obrigam a notificação da violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde – se o(a) profissional conhece alguma lei ou portaria que versem sobre a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde dos casos de violência contra crianças e adolescentes de que tiver conhecimento no exercício de sua prática profissional.*

Fatores relacionados ao diagnóstico e atendimento de casos de violência na prática profissional:

- *Capacidade para identificar os casos – se o(a) profissional sente-se capacitado(a) para identificar os casos de violência contra crianças e adolescentes;*
- *Ter suspeitado de algum caso de violência – se o(a) profissional já suspeitou de alguma situação característica de violência contra crianças ou adolescentes;*

- Ter presenciado algum caso de violência – *se o(a) profissional já presenciou alguma situação de violência contra crianças ou adolescentes;*
- Ter atendido algum caso de violência – *se o(a) profissional já prestou atendimento a alguma criança ou adolescente vítima de violência.*

Fatores relacionados aos instrumentos e concepções acerca da notificação da violência:

- O profissional ser obrigado a notificar – *se, de acordo com o entendimento do(a) entrevistado(a), o profissional é obrigado a notificar;*
- A notificação deve ser uma função do profissional de saúde – *se, para o(a) entrevistado(a), o ato de notificar deve ser uma atribuição exercida pelo profissional de saúde;*
- Capacidade para notificar – *se o(a) profissional sente-se capacitado(a) para notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes;*
- Sentir-se encorajado a notificar – *se o(a) profissional sente-se encorajado a proceder à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes;*
- Conhecimento da ficha de notificação – *se o(a) profissional conhece a ficha de notificação da violência desenvolvida pelo MS, ou similar desenvolvida pela SMS;*
- Utilização da ficha de notificação – *se o(a) profissional já utilizou a referida ficha de notificação;*
- Dificuldades para notificar – *quais são os principais entraves enfrentados pelos profissionais de saúde para proceder à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Nessa questão, o(a) entrevistado(a) pode apontar mais de uma dificuldade encontrada para notificar. Disponibilizamos como opções de resposta 9 (nove) das dificuldades mais relatadas na literatura e abrimos espaço para que os profissionais indicassem outras dificuldades vivenciadas para que seja tomada a decisão de notificar os casos de violência.*

Fatores relacionados à atuação em rede:

- Ao notificar um caso, saber para onde encaminhá-lo – *se o(a) profissional sabe para onde deve encaminhar um caso de violência contra crianças e adolescentes por ele(a) notificado;*
- Acompanhamento dos casos notificados na rede de proteção à crianças e adolescentes – *caso o(a) profissional já tenha notificado algum caso de violência contra crianças ou adolescente, se ele(a) acompanhou os desfechos e a situação da vítima e da familiar posteriormente;*

- Conhecimento de outros serviços de saúde que atuam na rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas ou em situação de violência – *se o(a) profissional conhece algum serviço ou instituição da área da Saúde, em Olinda, que atua na rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de ou em situação de violência. Caso o(a) profissional responda SIM a essa questão, será inquirido(a) a indicar qual o nome desse serviço ou instituição;*
- Conhecimento de outros serviços, que não sejam de saúde, atuantes na rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas ou em situação de violência – *se o(a) profissional conhece algum serviço ou instituição que não seja da área da Saúde, em Olinda, que atua na rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de ou em situação de violência. Caso o(a) profissional responda SIM a essa questão, será inquirido(a) a indicar qual o nome desse serviço ou instituição;*
- Articulação com outros atores participantes da rede de proteção contra crianças e adolescentes – *se a Equipe de Saúde da Família da qual o(a) profissional faz parte discute assuntos relacionados à temática da violência contra crianças e adolescentes com outros setores da sociedade. Caso o(a) profissional responda SIM a essa questão, será inquirido(a) a indicar qual o nome desse setor social e em que local ocorrem esses diálogos.*

De modo geral, o principal objetivo das pesquisas ou análises científicas é justamente identificar as relações que as variáveis dependentes mantêm com as independentes. Isso se fundamenta no fato de que a filosofia da ciência clássica ensina não existir outro meio de representar "significado" que não seja por meio da qualificação e quantificação das relações entre as variáveis que compõem os objetos e processos estudados. Tal pressuposto nos leva a crê que para que ocorra o avanço da ciência é necessário que sejam descobertas novas relações entre variáveis, ou a negação de relações já estabelecidas. Dessa forma, para que seja possível mensurar quanti-qualitativamente essas variáveis, é necessário que o instrumento de coleta e registro dos dados, utilizado pelo pesquisador esteja, estruturado de maneira a se atingir os objetivos esperados ao final da pesquisa.

5.5 Instrumentos de coleta dos dados

Almeida Filho e Rouquayrol (2003) afirmam que as fontes de dados para um estudo epidemiológico de cunho transversal, e mais especificamente para o subtipo inquéritos da

Atenção Primária, podem ser os registros institucionais já coletados no momento da realização da pesquisa (caracterizando-se como dados secundários) ou um instrumento de detecção de casos aplicado a uma amostra ou à totalidade dos sujeitos participantes do estudo em um período definido de tempo (sendo denominados, nesse caso, de dados primários, uma vez que são coletados diretamente pelo pesquisador ou por uma equipe de pesquisadores no campo de realização da pesquisa). Dessa forma, na presente investigação foram utilizados dados unicamente de caráter primário, obtidos através de um questionário estruturado com 50 (cinquenta) questões (conforme APÊNDICE 2).

Segundo Neves (2007), um questionário utilizado em pesquisa consiste numa série ordenada de perguntas a serem respondidas por escrito pelo informante (entrevistado), que precisam ser claras, objetivas, limitadas em extensão, além de conter instruções. Na pesquisa aqui relatada, foi elaborado um manual que continha todas as explicações acerca das questões presentes no questionário, a fim de que orientasse o pesquisador caso surgisse alguma dúvida durante a realização das entrevistas. Contudo, não foi necessário submeter entrevistadores a um processo de calibração para uniformizar as entrevistas, uma vez que o pesquisador responsável pela condução do estudo (o mestrando autor desta dissertação) se encarregou de realizar sozinho todas as entrevistas com os participantes do estudo.

As questões que compõem um questionário de pesquisa podem ser fechadas – quando as opções de respostas são dadas pelo pesquisador – ou abertas – quando a resposta é livre, isto é, o informante relata o que desejar sobre o assunto em pauta sem nenhuma espécie de restrição do pesquisador (NEVES, 2007). Dessa forma, como anteriormente apontado, entre as 50 questões que compunham o questionário utilizado na pesquisa, havia tanto questões objetivas quanto subjetivas. Para Klein e Bloch (2009), se o questionário contiver perguntas abertas, isto é, cujas possíveis respostas não são conhecidas ou previstas antes de sua aplicação, então o estudo seccional passará a ter também propósitos exploratórios, de busca de hipóteses que expliquem inter-relações de fenômenos ainda não conhecidos ou, pelo menos, não elaborados de forma consistente pelos pesquisadores. Esses autores afirmam ainda que o levantamento dessas informações poderá levar o pesquisador a novas percepções sobre as conexões entre eventos, dando origem ao planejamento de novos estudos, com metodologias apropriadas para investigar as hipóteses derivadas do estudo seccional de caráter exploratório.

Após a completa estruturação do instrumento de coleta de dados, este foi primeiramente submetido a um teste piloto com os objetivos de perceber inconsistências e necessidade de alterações para só então ser aplicado aos profissionais que participaram da pesquisa. O teste piloto ocorreu junto aos profissionais de nível superior atuantes nas duas

Equipes de Saúde da Família da USF de Santa Terezinha localizada no bairro de Santo Amaro na cidade de Recife-PE.

O referido questionário foi elaborado de modo a identificar as variáveis que influenciam – propiciando ou obstaculizando – o processo de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, sob a perspectiva de uma atuação em rede, pelos profissionais de nível superior atuantes nas unidades da ESF da cidade de Olinda. Além desse questionário, um gravador (da marca *Samsung*, modelo *Star Lite GT-C3510*) também foi utilizado como instrumento de coleta, registrando simultaneamente todas as entrevistas com os profissionais, a fim de que nas questões abertas pudessem ser recuperados o conteúdo das falas dos entrevistados na íntegra.

Posteriormente à revisão do questionário, a coleta dos dados da pesquisa junto aos profissionais de nível superior da ESF de Olinda ocorreu no período entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012. Previamente, a SMS do município concedeu a carta de anuência (ANEXO 4) – mediante apreciação do projeto de pesquisa – consentindo a realização do estudo, além de ter fornecido uma listagem com endereço e telefone de todas as USFs de Olinda, bem como com os nomes e funções de todos os profissionais que atuam na ESF do município. Finalizada a etapa da coleta dos dados, construímos um banco com estes e realizamos o processamento dos mesmos.

5.6 Processamento de dados

As informações obtidas foram revisadas e introduzidas em um banco de entrada de dados construído para consultas imediatas e posteriores, como também para que fosse realizada uma análise com fins estatísticos de forma sistematizada. Esse banco foi criado no *software* Epi Info versão 2000 (*for Windows*)¹⁷, onde elaboramos uma máscara do questionário aplicado, ou seja, transpomos as perguntas do questionário (feito no *Microsoft Word 2007*) para o referido programa, a fim de que esse pudesse ler e processar os dados no formato com o qual o *software* trabalha, o *Microsoft Access 2007*.

O Epi Info 2000 é uma série de programas que pode ser utilizada por profissionais de Saúde Coletiva que, por exemplo, administram investigações de epidemias e gerenciam bancos de dados de vigilância epidemiológica. Nesse mesmo programa, é possível também

¹⁷ O Epi Info versão 2000 (*for Windows*) é um software desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos para o sistema operacional Microsoft Windows 95, 98, NT, 2000, ME, XP e Vista. Última versão: 3.5.1, original em inglês de 13/08/2008.

padronizar o processo de entrada de dados, alimentar e analisar o banco de dados, produzir estatísticas epidemiológicas, gráficos e tabelas através de comandos existentes no *software*.

Para a elaboração do banco de dados da pesquisa, cumpriram-se quatro rigorosas etapas durante o processamento: codificação, dupla digitação de todos os questionários, crítica dos dados digitados e análise das informações (essa última etapa será detalhada no tópico seguinte). Além disso, as gravações de todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra para o *Microsoft Word 2007* com o objetivo de subsidiar a Análise de Conteúdo que foi realizada, como veremos mais adiante.

5.7 Plano de análise (quantitativa e qualitativa)

A escolha do modelo de análise não é uma tarefa fácil para os pesquisadores, uma vez que ele varia de acordo com o tipo de pesquisa realizada. De modo geral, nas pesquisas quantitativas descrevemos os modelos e testes estatísticos empregados para a comprovação ou rejeição de hipóteses. Já nas pesquisas qualitativas, a análise dos dados, embora se valha de medidas estatísticas descritivas, normalmente utiliza um discurso subjetivo por meio de análises semânticas ou de conteúdo dos textos e depoimentos coletados, a fim de comporem um caminho coerente e lógico que permita chegar a uma solução para o problema de pesquisa (NEVES, 2007).

Como essa pesquisa utilizou tanto procedimentos quantitativos quanto qualitativos, dividiremos em dois tópicos específicos os detalhamentos de como procedemos cada análise. Contudo, adiantamos que as respostas das questões fechadas foram submetidas a análises quantitativas (estatísticas) de frequência e associação bivariada e multivariada (segundo o modelo de Regressão Logística). E as respostas das questões abertas foram analisadas qualitativamente em seu conteúdo conforme os pressupostos apontados por Laurence Bardin (BARDIN, 2009).

5.7.1 Análise quantitativa (descritiva e associações)

Na primeira etapa da análise quantitativa, os dados foram inicialmente analisados através da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, segundo o cruzamento de variáveis), o que possibilitou, entre outras coisas:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de nível superior atuantes em Olinda;

- Identificar o percentual de entrevistados que já procederam em algum momento à notificação da violência contra crianças e adolescentes;
- Reconhecer as dificuldades mais apontadas pelos profissionais participantes da pesquisa no tocante à notificação da violência;
- Verificar o conhecimento desses profissionais acerca da existência de serviços intra e extra setor Saúde que compõem a rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda.

Após essa primeira etapa, realizamos uma análise de associação bivariada, na qual a diferença entre as proporções foi avaliada baseando-se no teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2). Esse é um teste de hipóteses que se destina a encontrar o valor da dispersão para duas variáveis nominais, e avaliar a associação existente entre variáveis. Como é um teste não paramétrico, ou seja, não depende de parâmetros populacionais, como média e variância, seu princípio básico é comparar proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para determinado evento (BEIGUELMAN, 1996).

De acordo com Doria Filho (1999), Karl Pearson propôs a seguinte fórmula para medir as possíveis discrepâncias entre proporções observadas e esperadas:

$$\chi^2 = \sum [(o - e)^2 / e]$$

Onde:

- χ^2 = é o símbolo que representa o qui-quadrado;
- Σ = refere-se ao somatório;
- o = frequência observada para cada classe;
- e = frequência esperada para uma determinada classe.

É importante lembrar que o pesquisador trabalha com duas hipóteses:

- **Hipótese nula:** essa é a hipótese que será colocada à prova, será contestada. Postula que as frequências observadas, entre os grupos, não são diferentes das frequências esperadas. Portanto, se não existe diferença entre as frequências, não há associação entre as variáveis;
- **Hipótese alternativa:** postula que há diferenças entre as frequências observadas e as frequências esperadas. Assim, se existe diferença entre as frequências há associação entre as variáveis.

O resultado desse teste de hipóteses vai ser traduzido sinteticamente através de um valor de p , o qual transita entre 0 e 1, significando a probabilidade da associação entre as variáveis estudadas ter acontecido (ou não) por obra do acaso, onde:

- Se o valor de p for igual ou maior que 0,05 (ou seja, $p \geq 0,05$), aceitaremos a **Hipótese Nula** como verdadeira, pois não há diferenças entre os grupos estudados e não há associação entre as variáveis;
- Se o valor de p for menor que 0,05 (ou seja, $p < 0,05$), rejeitaremos a **Hipótese Nula**, pois há evidências estatísticas de que existem diferenças entre os grupos e associação entre as variáveis estudadas, aceitando assim a **Hipótese alternativa**.

Ao aplicar o teste de χ^2 , supõe-se que o tamanho das amostras seja relativamente grande. Entretanto, quando se obtém um valor de χ^2 significativo, mas a amostra (ou o universo) é pequena e/ou que a frequência esperada em uma das classes é menor que 5, a fórmula de obtenção de χ^2 poderá produzir um valor maior que o real. Para esses casos é possível utilizar a Correção de Yates (ou correção de continuidade), a qual foi empregada nesse estudo em alguns momentos como será constatado em algumas tabelas presentes nos resultados referentes à associação estática bivariada.

Essa etapa do processo de análise quantitativa (ou seja, a análise bivariada) permitiu que elegêssemos quais seriam as variáveis independentes que entrariam no modelo final de análise quantitativa, a análise multivariada por meio da Regressão Logística. Dessa forma, considerando a “notificação da violência contra crianças e adolescentes” como variável dependente, procedemos ao cruzamento desta com as variáveis independentes, em busca de associações entre as mesmas. Em seguida, todas as associações que apresentaram um valor de p até 0,20 ($p \leq 0,20$) foram incluídas na próxima etapa da análise, que é a análise multivariada por meio do modelo de Regressão Logística.

Com isso, objetivando analisar o efeito simultâneo de todas as variáveis independentes (que mostraram associação de até 0,20 na etapa anterior da análise) sobre a dependente (a notificação da violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde) realizou-se uma análise multivariada por meio da Regressão Logística (procedimento estatístico que nos permitiu investigar o efeito de cada variável independente, controlado por eventuais vieses e fatores de confusão). Essa função logística é perfeitamente aplicável aos problemas epidemiológicos uma vez que consiste numa função que (como o valor de p) varia entre 0 e 1. Seu modelo calcula a probabilidade do efeito não se dá por obra do acaso pela seguinte fórmula:

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_i X_i)}}$$

Onde:

- Os termos α e β_i , neste modelo, representam parâmetros desconhecidos que serão estimados com base nos dados amostrais obtidos pelo método da máxima verossimilhança (maximiza a probabilidade de obter o grupo observado de dados);
- Através do modelo estimamos α e β_i e, assim, conhecendo esses parâmetros e os valores das variáveis independentes para um indivíduo, podemos aplicar a fórmula apresentada para calcular a probabilidade de que esse indivíduo notifique os casos de violência contra crianças e adolescentes – P (X).

A medida de associação calculada tanto no modelo logístico bivariado quanto no logístico multivariado é o *odds ratio*¹⁸, o qual é ajustado estatisticamente através da comparação entre indivíduos que diferem apenas na característica de interesse (cada uma das variáveis independente) mantendo constantes os valores das outras variáveis. Uma das grandes vantagens da Regressão Logística é que cada coeficiente estimado fornece uma estimativa direta do *odds ratio* ajustado para todas as variáveis do modelo, sendo o intervalo de confiança de 95% (para o *odds ratio*) calculado da mesma maneira, indicando que os resultados encontrados na pesquisa têm 95% de chances de serem corretos (confiáveis).

Esse intervalo de confiança mantém uma relação de proporcionalidade inversa com o tamanho da amostra (ou do universo) estudado. Ou seja, quanto mais estreito for o intervalo de confiança a 95%, maior será a amostra ou o universo estudado. De forma contrária, quanto mais largo for esse intervalo, menores serão a amostra ou o universo em estudo. Quando esse intervalo de confiança compreende (contém) o número 1, pode-se dizer que não existe

¹⁸ O termo *odds ration* é próprio da língua inglesa e poder ser traduzido como “razão de chances” ou “razão de possibilidades”, sendo definido como a razão entre a chance de um evento ocorrer em um grupo (exposto a algum fator) e a chance desse evento ocorrer em outro grupo (não exposto ao mesmo fator). Dessa forma, define-se chance como sendo a probabilidade de ocorrência desse evento dividida pela probabilidade da não ocorrência do mesmo evento. Como resultado dessa divisão pode-ser ter 3 observações distintas. Primeiro, uma razão de chances igual a 1 indica que o evento estudado tem a mesma chance de ocorrer entre os dois grupos. Já, uma razão de chances maior do que 1 indica que a condição ou evento tem maior probabilidade de ocorrer no primeiro grupo (sendo considerado, então, como um fator de risco). Por fim, uma razão de chances menor do que 1 indica que a probabilidade é menor no primeiro grupo do que no segundo (sendo considerado como um fator de proteção). Para transformar o valor da *odds ration* em porcentagem é necessário subtrair o valor de 1 do resultado encontrado e multiplicar por 100. Por exemplo, uma *odds ration* de 0,60 é igual 40% (0,60 - 1 x100) – onde pode-se dizer que há 40% menos chance de contrair uma doença. Ou então, uma *odds ration* de 1,15 é igual a 15% (1,15 - 1 x 100) – onde pode-se interpretar que há 15% mais chances de contrair uma determinada doença num grupo exposto a um certo fator de risco.

associação entre as variáveis estudadas. Por exemplo, se o intervalo variar entre 5 e 10, há uma provável associação entre as variáveis. Ou então, se a variação for entre, por exemplo, 2 e 95, há alguma associação entre as variáveis (mesmo que a amostra ou o universo sejam pequenos). Entretanto, se essa variação passar entre 0,6 e 13, não há associação entre as variáveis, pois não existe significância estatística, dado que o número 1 está contido nesse intervalo. Embora o pesquisador possa arbitrar algum outro valor para o intervalo de confiança de seu estudo, adota-se classicamente (na literatura científica) que esse intervalo seja de 95%, pois a variação máxima tolerada para a margem de erro num estudo é de 5% (correspondente ao valor de $p < 0,05$).

Por fim, o modelo de Regressão Logística também nos apresentará um valor de p , que segue a mesma interpretação do que foi apresentado anteriormente no teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2). Ou seja, haverá uma associação entre as variáveis estudadas sempre esse valor de p for menor que 0,05 ($p < 0,05$). Na verdade, esse valor de p representa um índice decrescente da confiabilidade de um resultado, ou seja, quanto mais alto esse valor (mais próximo de 1), menos se pode acreditar que a relação observada entre as variáveis na amostra seja um indicador confiável da relação entre as respectivas variáveis na população.

Em resumo, podemos avaliar se existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas de duas formas. Primeiramente, através do valor do intervalo de confiança (no qual não deve estar contido o número 1 para que indique a presença de associação entre os fatores estudados). A outra maneira de comprovação de associação é através do valor de p , o qual não pode exceder 0,05 se houver associação estatística presente entre as variáveis.

É importante ainda apontar que, nessa pesquisa, foi utilizada como técnica de seleção e inclusão de variáveis, dentro do modelo final, a Regressão Stepwise. Esse procedimento constrói interativamente uma sequência de modelos de regressão pela adição ou remoção de variáveis em cada etapa, bloco por bloco do questionário.

Finalizadas todas as etapas da análise quantitativa (estatística descritiva, análise bivariada e multivariada – esta última, por meio da Regressão Logística), procedemos à análise qualitativa dos dados. Para tanto, como já explicitado brevemente, nos fundamentamos nos postulados de Bardin (2009) e analisamos o conteúdo das falas dos entrevistados referentes às questões abertas presentes nos questionários, conforme detalharemos no próximo tópico desta metodologia.

5.7.2 Análise qualitativa (análise do conteúdo das falas dos entrevistados)

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, buscou-se uma aproximação da realidade a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, cabendo-nos, enquanto pesquisadores, compreender o significado da ação humana e não apenas descrevê-la. Para tanto, procedemos à análise de conteúdo das falas dos sujeitos entrevistados – técnica bastante empregada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais – a qual, segundo Minayo (2010), é um dos métodos mais comumente adotados no tratamento de dados de pesquisas qualitativas e que permite ao pesquisador apreender a visão social de mundo por parte dos sujeitos, autores do material textual em análise. Assim, antes de tratar das etapas por meio das quais se desenvolve a análise de conteúdo, é necessário apresentar algumas de suas definições e concepções adotadas.

Conforme Bardin (2009), a análise de conteúdo abrange as atividades de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens (faladas, escritas e não verbais), com o objetivo de buscar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens, levando-se em consideração quem as emitiu, em que contexto foram emitidas e/ou quais efeitos se pretendem causar por meio delas. Em outras palavras, a referida autora afirma que a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa a obter (através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens) indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Segundo Minayo (2010), essa compreensão do material textual, que vem substituir a leitura dita “normal” por parte do leigo, busca revelar o que está escondido, latente, ou subentendido na mensagem. Entretanto, a autora lembra que a análise de conteúdo, desde seu surgimento (no início do século XX) até os dias atuais, tem sua evolução marcada por períodos de aceitação e de negação entre a comunidade científica, despertando, ainda hoje, contradição e questionamento, embora constitua um notório meio de apreender a dinâmica das relações sociais em determinados espaços.

Bardin (2009) afirma também que, a análise de conteúdo possui duas funções que podem coexistir de maneira complementar. Primeiro, uma função heurística, que visa a enriquecer a pesquisa exploratória, aumentando a propensão à descoberta e proporcionando o surgimento de hipóteses quando se examinam mensagens pouco exploradas anteriormente. A segunda é a função de administração da prova, ou seja, servir de prova para a verificação de hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias.

Nessa pesquisa, todas as entrevistas foram gravadas, como apontado anteriormente, e as respostas das questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, que tem por base a inferência. Dessa forma, trabalhou-se com a modalidade mais empregada dentro da análise de conteúdo, que é a análise temática, a qual – de acordo com Bardin (2009) – possui o tema como principal unidade de registro. A análise temática permite encontrar os núcleos de sentido que constituem a comunicação, cuja presença e frequência de aparição podem ter algum significado para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2009).

A autora caracteriza a análise de conteúdo como sendo empírica e, por esse motivo, não pode ser desenvolvida com base em um modelo exato. Contudo, para sua operacionalização, devem ser seguidas algumas regras de base, por meio das quais se parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado de compreensão. Destarte, após a transcrição das entrevistas para o *Microsoft Word 2007*, seguiram-se 3 importantes etapas da análise em movimentos de ir e vir que em alguns momentos se deram simultaneamente, a saber:

- ***Leitura flutuante*** – nessa primeira fase, realizamos a leitura de todas as perguntas subjetivas e de suas respectivas respostas – fornecidas pelos entrevistados – com o objetivo de organizar e tornar operacional todo o material a ser analisado (previamente transcrito). Procuramos também sistematizar as ideias iniciais e estabelecer uma relação entre os dados contidos no material de análise e os objetivos da pesquisa.
- ***Leitura exaustiva*** – nessa etapa, foram selecionadas apenas as respostas que apresentavam relação com os objetivos da pesquisa. Em seguida, identificamos os pontos que convergiam e divergiam entre as respostas dadas pelos profissionais confirmando ou descartando as impressões depreendidas da etapa anterior (a leitura flutuante). Dessa forma, constituímos o *corpus* que seria submetido à análise temática de conteúdo, sendo agrupados os parágrafos e as sentenças com teor semelhante. Esse agrupamento possibilitou a identificação dos temas centrais presentes nas falas dos entrevistados, por meio dos quais se procedeu ao aprofundamento de cada categoria.
- ***Preparação do material*** – nessa fase, os parágrafos e as sentenças reunidos na etapa anterior foram inseridos em um quadro de síntese (ideias centrais), sendo organizadas segundo ordem crescente de frequência de temas abordados.

Minayo (2010), expressa que a análise de conteúdo relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características. Nesse sentido, não se trata de cruzar significantes para atingir significados – como se faz na leitura normal – mas

de, por meio dos significantes e dos significados (manipulados), buscar diferentes significados de natureza sociológica, política, histórica, cognitiva, perceptiva, psicológica, dentre outros.

Assim, na presente pesquisa, foram destacadas as informações mais significativas nas falas dos profissionais entrevistados, buscando, ao longo do processo de interpretação dos resultados, minimizar os efeitos da influência dos julgamentos prévios do pesquisador sem, contudo, comprometer a imprescindível articulação das ideias para que chegássemos a conclusões (e considerações) pertinentes e relevantes a respeito do processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes na APS. Desse modo, como preconizado por Bardin (2009), oscilamos entre o “rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade” nesse processo interpretativo.

Com objetivo de facilitar a análise das informações, bem como para caucionar o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo, foram adotados codinomes relacionados à categoria profissional dos entrevistados e ordem de aparecimento na pesquisa (por exemplo: “cirurgião-dentista 1”, “enfermeira 5” e “médico 10”). Por fim, além da categorização e descrição das percepções, realizamos uma discussão, com base no referencial teórico construído, integrando o mapeamento feito a partir da análise quantitativa com as percepções e grandezas coletadas nas entrevistas e escalas.

5.8 Aspectos éticos relacionados à pesquisa

A metodologia empregada em nosso estudo segue os preceitos de bioética em pesquisa, respaldada nos princípios fundamentais de autonomia, beneficência, justiça e não maleficência, como ressaltam a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) e a Declaração de Helsinque (HELSINQUE, 2000) e podemos visualizar através do esquema a seguir (apresentado por VALLADARES NETO, 2001), onde:

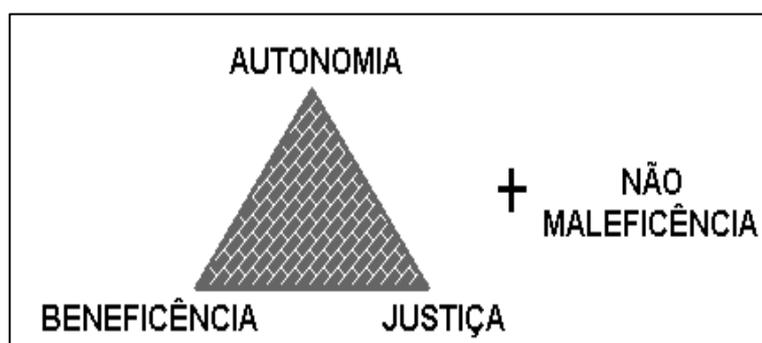


Fig. 11 Princípios da bioética (VALLADARES NETO, 2001)

- **Autonomia:** refere-se ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, à proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes – de modo que sejam tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade;
- **Beneficência:** reporta-se à ponderação entre riscos e benefícios (atuais e potenciais, individuais e coletivos) comprometendo-se com o máximo de benefícios aos participantes do estudo e o mínimo de danos e riscos oferecidos aos mesmos;
- **Justiça:** referindo-se à equidade com a qual deve fundamentar a relevância social da pesquisa;
- **Não-maleficência:** garantia de que danos passíveis de prevenção serão evitados.

Os referidos documentos determinam também que qualquer investigação científica só deve acontecer após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos ou de seu representante legal. Desse modo, todos os profissionais de saúde de nível superior atuantes em Olinda que participaram desse estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) por meio do qual foi garantido o seu anonimato. Os mesmos foram informados sobre o objetivo do estudo e que suas informações poderão contribuir para a identificação dos obstáculos que dificultam a notificação e prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

Em 30/06/2011, uma cópia do projeto dessa pesquisa foi entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) – sob o registro de nº 339/11 – para que fosse submetida à apreciação por esse órgão, com vistas a obter a aprovação para realizar a pesquisa e iniciar o processo de coleta dos dados do estudo. Dessa forma, no dia 08/09/2011, obteve-se a aprovação e o aval para a realização da pesquisa, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 0319.0.172.000-11 (ANEXOS 2 e 3). É importante apontar que uma cópia do projeto de pesquisa também foi encaminhada à SMS de Olinda, a qual nos concedeu sua anuência para que este trabalho fosse realizado em seu território, conforme explicitado anteriormente (ANEXO 4).

6. RESULTADOS

6.1 Análise quantitativa de frequência (estatística descritiva)

No período de realização da coleta de dados dessa pesquisa, o município de Olinda possuía um total de 120 profissionais de nível superior atuantes na ESF, entre cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos. Desse quantitativo, 107 profissionais (o que corresponde a um total de 89,2% de todos os profissionais de nível superior da ESF da referida cidade) aceitaram participar do estudo e 13 negaram sua participação alegando que não dispunham de tempo para responder ao questionário, resultando num percentual de recusa de 10,8%.

O primeiro bloco do questionário investigou qual era o perfil sociodemográfico dos profissionais que atuam na ESF de Olinda e que participaram da pesquisa. Os 107 profissionais entrevistados estão distribuídos da seguinte forma, quanto à categoria profissional: 26 são cirurgiões-dentistas, correspondendo a 24,3% do total; 53 são enfermeiros, compondo 49,5% – numérica e percentualmente a maior categoria profissional dentre as presentes no estudo – e os médicos, num total de 28, representam 26,2% dos entrevistados.

Como podemos observar na Tabela 1, de modo geral, as principais características dos profissionais que participaram do estudo apontam para uma maioria de mulheres (69,2%), com idades entre 31 e 50 anos (79,4%) e uma idade média de 41,6 anos (podendo variar em 7,7 anos para mais ou para menos). Entretanto, quando estratificamos essas características segundo a categoria profissional (Tabela 2), podemos observar que alguns aspectos mostraram-se de forma diferente do encontrado no geral, como a predominância de profissionais médicos do sexo masculino (60,7%), que contrasta com a extrema feminilização (92,5%) da categoria da enfermagem, ocorrendo um maior equilíbrio dessa proporção entre os cirurgiões dentistas (46,2% são homens e 53,8% são mulheres).

Da mesma forma, quando focalizamos a análise das faixas e médias de idade, conforme a categoria profissional, notamos que a maior parte dos dentistas (50%) e médicos (64,3%) tem idades entre 41 e 50 anos e nenhum profissional na faixa dos 21 a 30 anos de idade. Já a maioria dos enfermeiros (60,4%) tem idades na casa dos 31 e 40 anos. As médias de idade, por profissão, também se apresentam diferentes da média geral (que é de 41,6 anos), sendo essa média de 37,9 anos para os enfermeiros, 42,6 anos para os cirurgiões-dentistas e 47,6 para os médicos (Tabela 2). Em relação ao estado civil, 50,5% dos participantes responderam não ter companheiro(a) atualmente, contudo 63,6% afirmaram ter filhos. Além disso, 72% dos profissionais entrevistados afirmaram ser praticantes de alguma religião (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais da ESF. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis sociodemográficas	n	%
Total de profissionais atuantes na ESF em Olinda	120	100,0
Total de profissionais atuantes na ESF em Olinda entrevistados	107	89,2
Categoria profissional		
Cirurgião(ã)-dentista	26	24,3
Enfermeiro(a)	53	49,5
Médico(a)	28	26,2
Sexo		
Masculino	33	30,8
Feminino	74	69,2
Idade (anos)*		
Média \pm dp**		41,6 \pm 7,7
21 – 30	9	8,5
31 – 40	46	43,0
41 – 50	39	36,4
>50	13	12,1
Estado civil		
C/ companheiro(a)	53	49,5
S/ companheiro(a)	54	50,5
Tem filhos		
Não	39	36,4
Sim	68	63,6
Pratica alguma religião		
Não	30	28,0
Sim	77	72,0
Tempo de formado(a)		
Média \pm dp		16 \pm 7,8
0 – 5	9	8,4
6 – 10	20	18,7
11 – 15	25	23,4
>15	53	49,5
Tempo de atuação na ESF de Olinda		
Média \pm dp		5,5 \pm 3,4
0 – 5	59	55,1
6 – 10	37	34,6
11 – 15	9	8,4
>15	2	1,9
Pós em Saúde Coletiva		
Não	57	53,3
Sim	50	46,7
Pós em outra área		
Não	49	45,8
Sim	58	54,2

*Estratificação da idade segundo a população economicamente ativa proposta pelo IBGE (2010).

** \pm dp: o desvio padrão se refere à variação máxima e mínima que os dados podem sofrer (para + ou para -).

Tabela 2. Características sociodemográficas dos profissionais da ESF por categoria profissional. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis sociodemográficas	Profissão					
	Cirurgião(a)-dentista		Enfermeiro(a)		Médico(a)	
	(n=26) 24,3%		(n=53) 49,5%		(n=28) 26,2%	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	12	46,2	4	7,5	17	60,7
Feminino	14	53,8	49	92,5	11	39,3
Idade (anos)*						
Média \pm dp	42,6 \pm 5,3		37,9 \pm 7,3		47,6 \pm 6,1	
21 – 30	-	-	9	17,0	-	-
31 – 40	11	42,3	32	60,4	3	10,7
41 – 50	13	50,0	8	15,1	18	64,3
>50	2	7,7	4	7,5	7	25,0
Estado civil						
C/ companheiro(a)	12	46,2	27	50,9	14	50,0
S/ companheiro(a)	14	53,8	26	49,1	14	50,0
Tem filhos						
Sim	19	73,1	25	47,2	24	85,7
Não	7	26,9	28	52,8	4	14,3
Pratica alguma religião						
Sim	18	69,2	41	77,4	18	64,3
Não	8	30,8	12	22,6	10	35,7
Tempo de formado(a)						
Média \pm dp	18,3 \pm 4,9		11,8 \pm 7,2		21,7 \pm 6,7	
0 – 5	-	-	9	17,0	-	-
6 – 10	1	3,8	18	34,0	1	3,6
11 – 15	7	27,0	15	28,0	3	10,7
>15	18	69,2	11	21,0	24	85,7
Tempo de atuação na ESF em Olinda						
Média \pm dp	5,8 \pm 1,2		5,7 \pm 4,3		5,0 \pm 2,8	
0 – 5	10	38,5	32	60,4	17	61,0
6 – 10	16	61,5	12	22,6	9	32,0
11 – 15	-	-	7	13,2	2	7,0
>15	-	-	2	3,8	-	-
Pós em Saúde Coletiva						
Não	16	61,5	18	34,0	23	82,1
Sim	10	38,5	35	66,0	5	17,9
Pós em outra área						
Não	7	26,9	33	62,3	9	32,1
Sim	19	73,1	20	37,7	19	67,9

*Estratificação da idade segundo a população economicamente ativa proposta pelo IBGE (2010).

** \pm dp: o desvio padrão se refere à variação máxima e mínima que os dados podem sofrer (para + ou para -).

Ainda analisando a Tabela 1, é possível observar que a maior parte dos profissionais (49,5%) é formada há mais de 15 anos (sendo a média de 16 anos de formados, com 7,8 anos para mais ou para menos), embora a maior parte dos enfermeiros (34%) tenha entre 6 e 10 anos de formação (Tabela 2). Quando perguntados sobre o quantitativo de tempo que atuam na ESF de Olinda, 55,1% dos entrevistados disseram que estão inseridos há, no máximo, 5 anos (com média de 5,5 anos e possibilidade de variação de 3,4 anos para mais ou para menos), como exposto na Tabela 1.

No tocante à formação mais especializada, temos que 46,7% dos profissionais possuem alguma pós-graduação na área de Saúde Coletiva (estando aí incluídas áreas afins como Saúde da Família e Saúde Pública) e 54,2% possuem pós-graduação em outra área da Saúde, que não seja a Saúde Coletiva, estando mais relacionada às questões de assistência clínica (Tabela 1). Mais uma vez, ao analisarmos por categoria profissional, os dados mostram que há uma diferença em relação ao percentual de profissionais que têm algum curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. Assim os enfermeiros são os que possuem um maior percentual de profissionais com pós-graduação em Saúde Coletiva (66%). Em contrapartida, é expressivo o percentual de profissionais médicos que não têm pós-graduação em Saúde Coletiva (82,1%), mas que atuam segundo a égide do SUS e da ESF (Tabela 2).

O segundo bloco de perguntas da entrevista investigou as concepções e percepções gerais que os profissionais de saúde têm a respeito da violência, bem como sobre experiências vivenciadas na condição de vítima desses agravos em algum momento de suas vidas. Desse modo, vemos na Tabela 3 que quando inquiridos se a violência é um tema que deve ser abordado pela área da Saúde, 77,6% dos entrevistados responderam que sim, ou seja, que esta é uma importante questão que precisa ser abordada pelo referido setor. Dos 22,4% que discordam dessa opinião, 70,8% alegam que o campo da Saúde não deve abordar essa problemática (a da violência), pois tal questão diz respeito apenas à área Criminal ou à Justiça e 29,2% disseram que essa é uma questão da área social e que, portanto, a Saúde não deve trabalhar questões sobre o tema.

Ainda no mesmo bloco, perguntamos se os profissionais achavam que os casos de violência deveriam ser atendidos nas USF. Pode-se observar que 43% responderam que sim, todos os casos devem ser atendidos nessas unidades, e 37,4% declararam que só deveriam ser atendidos os casos com lesão física ou danos psicológicos. Há ainda um percentual de 19,6% que defende que os casos de violência não podem ser atendidos nos referidos serviços, apontando três principais argumentos, a saber: problemas relativos à exposição dos profissionais nas USF (47,6%), à falta de estrutura nas unidades de saúde para o correto

atendimento desses casos (42,9%) e à inexistência de uma rede de suporte, formada pelo setor Saúde e por outros setores sociais, que forneça um respaldo no intuito de que os profissionais de saúde possam intervir adequadamente nos casos (9,5%).

Em relação à vivência de violência, 59,8% do total de profissionais entrevistados afirmaram ter sofrido algum tipo de violência em alguma fase de suas vidas. Esse dado e os apresentados no parágrafo anterior podem ser conferidos na Tabela 3. Além disso, algumas dessas respostas também foram analisadas qualitativamente no tópico referente à análise do conteúdo, segundo Bardin, como será apontado mais adiante.

Tabela 3. Fatores relacionados a percepções e vivências de violência pelo profissional. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	n	%
A violência é um tema que deve ser abordado pela área de Saúde?		
Não	24	22,4
Sim	83	77,6
Se NÃO, por quê?		
Questão da área Criminal/Justiça	17	70,8
Questão da área Social	7	29,2
Os casos de violência devem ser atendidos nas USF?		
Não	21	19,6
Sim, mas apenas os casos com lesões físicas/psicológicas	40	37,4
Sim, todos os casos	46	43,0
Se NÃO, por quê?		
Os profissionais ficam expostos nas unidades	10	47,6
Não há estrutura nas unidades para atendimento dos casos	9	42,9
Não há uma rede que de um respaldo/suporte	2	9,5
Sofreu violência em alguma fase da vida?		
Não	43	40,2
Sim	64	59,8

A próxima seção de perguntas abordou aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, bem como ao cotidiano neste. Tem-se, então, que 53,3% dos entrevistados atuam no DS I e 46,7% estão localizados no DS II. A primeira pergunta desse bloco foi se o profissional considerava a comunidade, na qual está localizada a USF em que atua, como sendo uma localidade violenta. Assim, 82,2% responderam que sim, a comunidade é violenta, embora apenas 38,3% dos profissionais tenham testemunhado alguma situação de violência na comunidade (Tabela 4). Em seguida, perguntamos se o tema da violência contra crianças e adolescentes é discutido no ambiente de trabalho, onde 63,6% afirmaram que ocorrem discussões sobre o assunto, sendo mais frequentes nas reuniões da equipe de saúde (59%), nas reuniões com o NUPAV (28%) e nos grupos de gestantes e adolescentes (13%).

A maioria dos profissionais (68,2%) afirmou que a USF em que atua possui procedimentos estabelecidos para notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes e 73,8% disseram que a unidade possui uma ficha específica para a notificação desses agravos. Além disso, a maioria (44,9%) também relatou que a unidade em que atua possui procedimentos estabelecidos para encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes que chegam à USF.

Tabela 4. Fatores relacionados ao ambiente de atuação profissional. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis ambientais	n	%
Distrito Sanitário em que atua		
I	57	53,3
II	50	46,7
Considera a comunidade em que atua uma localidade violenta?		
Não	19	17,8
Sim	88	82,2
Já testemunhou alguma situação de violência na comunidade em que atua?		
Não	66	61,7
Sim	41	38,3
O tema da violência contra crianças e adolescentes é discutido no seu ambiente de trabalho?		
Não	39	36,4
Sim	68	63,6
Se SIM, em que situação/momento?		
Reuniões de equipe	40	59,0
Reuniões com o NUPAV	19	28,0
Grupos de gestantes/adolescentes	9	13,0
Existem procedimentos estabelecidos para NOTIFICAR os casos de violência que chegam à USF?		
Não	10	9,3
Não sei	24	22,5
Sim	73	68,2
Na USF, existe alguma ficha de notificação específica para casos de violência?		
Não	5	4,7
Não sei	23	21,5
Sim	79	73,8
Existem procedimentos estabelecidos para ENCAMINHAR os casos de violência que chegam à USF?		
Não	35	32,7
Não sei	24	22,4
Sim	48	44,9

Contudo, é importante apontar o percentual de profissionais que afirmou não saber da existência procedimentos na unidade para notificar (22,5%) e encaminhar (22,4%) os casos,

bem como desconhecer a existência da ficha de notificação (21,5%) – Tabela 4. Esses últimos indicadores podem apontar para uma possível desarticulação da equipe, uma vez que, em diversas ocasiões, um profissional afirmava que havia na unidade procedimentos para notificar e encaminhar os casos, assim como a existência da ficha de notificação, e um outro profissional da mesma equipe negava ou desconhecia essas questões.

Quanto ao bloco de questões referentes à formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência, 58,9% afirmaram que, ao longo de sua formação profissional, não foram abordados temas relativos à violência contra crianças e adolescentes, mas 70,1% disseram já ter participado de algum treinamento/capacitação na área de combate ou prevenção a esse tipo de violência. A maioria nunca leu livros e/ou artigos científicos sobre o tema (57,9%), mas 78,5% afirmaram conhecer o ECA (Tabela 5).

Da mesma forma que não houve discussão sobre a temática da violência na formação da maior parte dos profissionais de saúde, 86,9% dos entrevistados apontaram que a obrigatoriedade da notificação da violência nunca foi abordada em sua formação. Quando perguntados se conheciam alguma lei ou portaria que obrigue os profissionais de saúde a notificarem a violência contra crianças e adolescente, 77,6% afirmaram não conhecer documentos que versem sobre isso, embora 78,5% tenham afirmado anteriormente que conheciam o ECA, justamente uma das leis que tocam na questão da obrigatoriedade da notificação (Tabela 5).

Tabela 5. Perguntas relacionadas à formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	n	%
Em sua formação profissional, foram abordados temas relativos à violência contra crianças e adolescentes?		
Não	63	58,9
Sim	44	41,1
Participou de algum treinamento/capacitação na área de combate ou prevenção à violência contra crianças e adolescentes?		
Não	32	29,9
Sim	75	70,1
Leu livros ou artigos sobre a violência contra crianças e adolescentes?		
Não	62	57,9
Sim	45	42,1
Conhece o ECA?		
Não	23	21,5
Sim	84	78,5

Tabela 5. Perguntas relacionadas à formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	n	%
<i>(Continuação)</i>		
Ao longo de sua formação profissional, foi abordada a obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde?		
Não	93	86,9
Sim	14	13,1
Conhece alguma lei ou portaria que obrigue a notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde?		
Não	83	77,6
Sim	24	22,4

Na Tabela 6, encontram-se os dados referentes ao diagnóstico e atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes na prática dos profissionais de saúde de nível superior que atuam na ESF de Olinda. A maior parte destes (77,6%) sente-se capacitada para identificar um caso de violência que chegue à USF em que atua. Assim, 86% dos entrevistados já suspeitaram de ao menos 1 (um) caso de violência contra crianças ou adolescente, embora 72,9% nunca tenham presenciado esse tipo de agressão, nem atendido casos dessa natureza (54,2%).

Tabela 6. Questões relacionadas ao diagnóstico e atendimento de casos de violência na prática profissional. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	n	%
Sente-se capacitado(a) para IDENTIFICAR um caso de violência contra criança ou adolescente?		
Não	24	22,4
Sim	83	77,6
Em sua prática profissional, em Olinda, já SUSPEITOU de alguma situação característica de violência contra criança ou adolescente?		
Não	15	14,0
Sim	92	86,0
Em sua prática profissional, em Olinda, já PRESENCIOU alguma situação de violência contra criança ou adolescente?		
Não	78	72,9
Sim	29	27,1
Em sua prática profissional, em Olinda, já ATENDEU alguma criança ou adolescente vítima de violência?		
Não	58	54,2
Sim	49	45,8

No penúltimo bloco de questões, investigamos o conhecimento e as percepções dos profissionais entrevistados no que se refere à notificação da violência e aos instrumentos para procedê-la. É interessante observar que, embora 86% dos entrevistados já tenham suspeitado, ao menos uma vez, de algum caso de violência (conforme constatamos na Tabela 6), apenas 36,4% dos profissionais notificaram algum caso (Tabela 7). Consequentemente, a maior parte dos entrevistados nunca notificou casos de violência contra crianças ou adolescente perfazendo um percentual de 63,6% (Tabela 7).

Para 64,5% dos entrevistados, os profissionais de saúde são obrigados a notificar os casos de violência de que tiverem conhecimento no exercício de seu ofício. Ademais, 53,3% do total de entrevistados acham que essa deve ser uma das atribuições (funções) que competem aos profissionais de saúde que atuam no atendimento clínico da população e não apenas aos assistentes sociais e psicólogos (Tabela 7). Continuando a análise dos dados apresentados na Tabela 7, podemos perceber que a maior parte dos participantes dessa pesquisa (72%) sente-se capacitada para notificar os casos, todavia 69,2% não se sentem encorajados a notificar por conta das várias dificuldades encontradas, como analisaremos mais à frente. Nesse mesmo bloco do questionário, observa-se que 75,7% dos profissionais conhecem a ficha de notificação da violência e que a maioria deles nunca a utilizou (67,3%).

Tabela 7. Perguntas relacionadas aos instrumentos e concepções acerca da notificação da violência. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	n	%
Já notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescente?		
Não	68	63,6
Sim	39	36,4
O profissional de saúde é obrigado a notificar?		
Não	21	19,6
Não sei	17	15,9
Sim	69	64,5
A notificação deve ser uma função do profissional de saúde?		
Não	50	46,7
Sim	57	53,3
Sente-se capacitado(a) para NOTIFICAR um caso de violência contra criança ou adolescente?		
Não	30	28,0
Sim	77	72,0
Sente-se encorajado(a) a NOTIFICAR situações de violência contra crianças e adolescentes?		
Não	74	69,2
Sim	33	30,8

Tabela 7. Perguntas relacionadas aos instrumentos e concepções acerca da notificação da violência. Olinda-PE, 2011-2012

<i>(Continuação)</i>		
Variáveis	n	%
Conhece a ficha de notificação da violência?		
Não	26	24,3
Sim	81	75,7
Já utilizou a ficha de notificação da violência?		
Não	72	67,3
Sim	35	32,7

Em seguida, perguntamos aos participantes quais são os principais obstáculos que os impedem ou poderiam impedi-los de realizar a notificação de algum caso de violência contra crianças ou adolescentes que chegue a USF em que atua. Como já explicitado no tópico da metodologia, essa era uma questão mista com opções fechadas e com espaço para colocações abertas por parte dos entrevistados. Para tanto, disponibilizamos como opções de resposta fechada 9 (nove) das dificuldades mais relatadas na literatura e abrimos espaço para que os(as) profissionais pudessem indicar outras dificuldades vivenciadas e que não estavam contempladas entre as opções prévias.

É importante salientar que, para essa pergunta, os entrevistados poderiam indicar mais de uma resposta, no intuito de que nós pudéssemos perceber quais eram as mais recorrentes de forma acumulada. Dessa maneira, foi apontado um total de 19 dificuldades que atuam impedindo a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, conforme esquematizado no Gráfico 1. As três dificuldades mais relatadas foram: o receio de sofrer represálias por parte do agressor (81,3%), o receio de sofrer consequências no trabalho (72%) e a falta de comunicação e articulação com outros setores da sociedade (62,6%).

Pode-se então perceber que a prática dos profissionais entrevistados é permeada pelo medo e pela sensação de vulnerabilidade, além deles se sentirem isolados dos profissionais que atuam em outros setores sociais, os quais poderiam contribuir na abordagem e tratamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes junto a eles. A ausência de uma rede de suporte às vítimas foi o quarto obstáculo mais referido (29%), uma vez que a escassez de fluxos de referência para onde encaminhar os casos – tanto para os serviços de saúde quanto para outros serviços que lidam com a questão da violência – pode desencorajar o profissional da ESF a notificar. Além disso, 2,8% apontaram que o não *feedback* e a burocracia (0,9%) por parte dos outros setores são fatores que podem desestimular o profissional que já notificou a voltar a notificar. Ou seja, o não retorno dos casos – nas poucas vezes em que seguem para

outros setores – faz com que o agente não saiba quais as providências e ações foram tomadas para além da unidade de saúde.

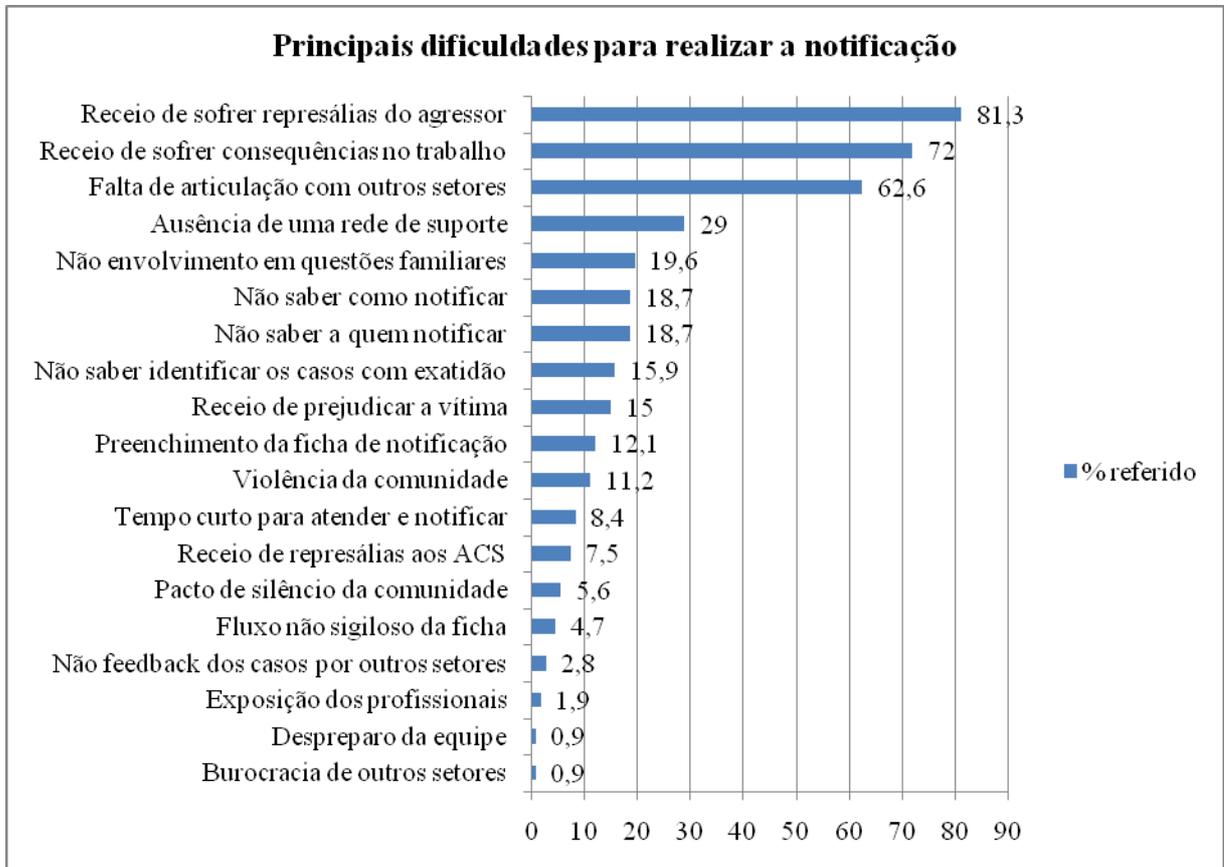


Gráfico 1. Principais dificuldades encontradas pelos profissionais para proceder à notificação da violência

Surpreendentemente, a opção dos profissionais por não se envolver em questões familiares foi o quinto entrave mais reportado (19,6%). Isso nos surpreende, pois acreditamos que, uma vez que o profissional escolheu atuar na ESF, fazendo parte de uma Equipe de Saúde da Família, não há como ele não se envolver em questões da unidade familiar. E se levarmos em conta o conceito vigente de saúde, o engajamento desse profissional mediante a tais questões nada mais é do que a principal função que ele deve desenvolver na ESF.

Aliado a isso 8,4% dos interrogados afirmaram que o tempo curto para desenvolver as atividades de rotina e ainda notificar também é um obstáculo para proceder à notificação da violência contra crianças e adolescentes, o que indica que essa iniciativa pode não está incorporada à rotina desses profissionais. Dados como esses reforçam o quanto as questões relativas à violência e mediação de conflitos precisam ser trabalhadas junto aos profissionais de saúde em geral, no intuito de que estes não só percebam esse agravo como um importante problema de saúde – o qual convoca a sua intervenção – mas também para que se reconheçam

como importantes agentes mediadores desse processo, tendo em vista seu dever socio-sanitário.

Não saber como e a quem notificar foram outros dois importantes óbices registrados nas falas dos inquiridos, relatados por 18,7% dos profissionais. Mesmo não sendo reportada pela maioria dos participantes, a presença desses fatores como possível entrave à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes evidencia a necessidade constante de realização de oficinas junto às equipes de saúde (considerada despreparada por 0,9%) para que os profissionais aprendam a identificar os casos com exatidão (dificuldade referida por 15,9%), reconheçam e utilizem a ficha de notificação (a qual foi apontada por 12,1% dos respondentes como sendo de difícil preenchimento e por 4,7% como não tendo fluxo sigiloso e, por conta disso, passível de identificação do agente notificador) e saibam para onde devem encaminhar as vítimas após o atendimento inicial (Gráfico 1).

Foram ainda apontados como fatores que dificultam a notificação dos casos de violência: o medo de acabar prejudicando a vítima (15%) e de represália aos ACS (7,5%), a violência comunitária (11,2%) e o pacto de silêncio dos residentes na região (5,6%), além da exposição dos profissionais (1,9%). Como as falas de todos os profissionais entrevistados – no que tange aos empecilhos encontrados para notificar – foram gravadas, as mesmas também serão objeto do tópico da análise qualitativa mais adiante.

No último conjunto de perguntas, indagamos os participantes do estudo acerca da atuação junto a outros serviços e instituições que compõem a rede proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. Dessa maneira, 57,9% dos profissionais disseram que têm conhecimento sobre para onde devem encaminhar a vítima ao notificar um caso de violência e 42,1% disseram que não tem ideia de para que serviço poderiam encaminhar esses pacientes. Daqueles que notificaram, 61,5% conseguiram acompanhar a situação da vítima posteriormente ao longo da rede de cuidados (Tabela 8).

A maior parte dos entrevistados (53,3%) conhece algum serviço de saúde de Olinda que atue como referência para encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes. Desse total, 80,7% apontaram o nome do NASF como principal local para atendimento de casos dessa ordem. Já, quando perguntados se conheciam algum serviço – que não seja da área de saúde – mas que trabalha com crianças e adolescentes vítimas de violência, 50,5% disseram não saberem da existência de instituições dessa natureza em Olinda. Porém, entre os 49,5% que conhecem algum serviço desses, o Conselho Tutelar foi o mais lembrado (81,1%), seguido do Centro de Referência de Assistência Social (9,4%) e da Pastoral da Criança (7,5%) – Tabela 8.

Encerrando o questionário, perguntamos se a Equipe de Saúde da Família em que o profissional atua discute assuntos relacionados à violência contra crianças e adolescentes com outros setores da sociedade (e, portanto, também possíveis componentes da rede de proteção às vítimas). Os resultados mostram que 79,4% disseram que suas equipes não discutem o tema com outros setores (Tabela 8). Perguntamos então aos 12,1% que afirmaram existir esse diálogo com outras instituições quais são esses setores e em que locais ocorrem essas reuniões para discussão. Nesse momento, poderiam ser citados mais de 1 (um) setor e local, os quais se encontram respectivamente nos Gráficos 2 e 3.

Tabela 8. Fatores relacionados à atuação em rede. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	n	%
Ao notificar um caso de violência contra criança ou adolescente, saberia para onde ENCAMINHAR esse paciente?		
Não	45	42,1
Sim	62	57,9
Se já notificou, acompanhou o caso e a situação da vítima posteriormente?		
Não	15	38,5
Sim	24	61,5
Conhece algum SERVIÇO DE SAÚDE que atenda crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda?		
Não	50	46,7
Sim	57	53,3
Se SIM, qual o nome?		
NASF	46	80,7
Não lembra	11	19,3
Conhece alguma instituição, EXTRA ÁREA DA SAÚDE, que trabalha com crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda?		
Não	54	50,5
Sim	53	49,5
Se SIM, qual o nome?		
Conselho Tutelar	43	81,1
CRAS	5	9,4
Pastoral da Criança	4	7,5
Não lembra	1	2,0
A Equipe de Saúde da Família em que você atua discute assuntos relacionados à violência contra crianças e adolescentes com outros setores da sociedade?		
Não	85	79,4
Não sei	9	8,5
Sim	13	12,1

Dessa maneira, o Gráfico 2 aponta que o setor mais referido – logo o que mais dialoga com a ESF – é o da Educação (60%), mas também foram referidos Assistência Social (13%), Movimentos Religiosos (13%) e Organizações comunitárias – como o Clube de Mães – (13%). As escolas são apontadas como os principais espaços físicos onde se dá essa discussão (50%), que também pode ocorrer nas próprias USF (25%), nas igrejas (18,7%) e nas associações de moradores 6,3% (Gráfico 3). É importante deixar claro que os 13 (treze) profissionais que afirmaram que a ESF discute a temática da violência junto com outros setores poderiam apontar mais de 1 (um) nome de setores com quem mantém esse fórum e mais de 1(um) local onde ocorrem esses encontros para debate.

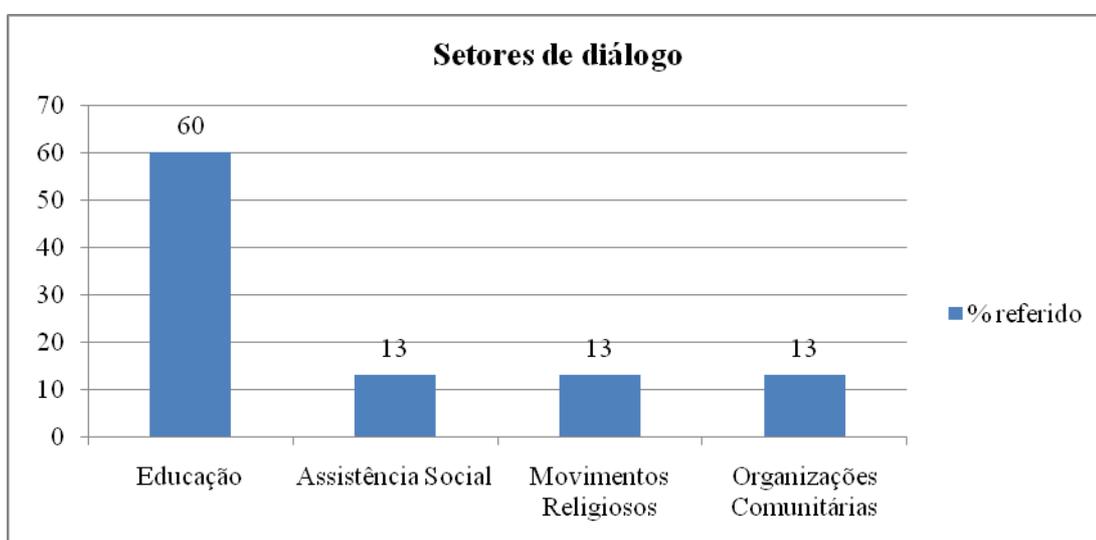


Gráfico 2. Principais setores com quem os profissionais da Equipe de Saúde da Família dialogam

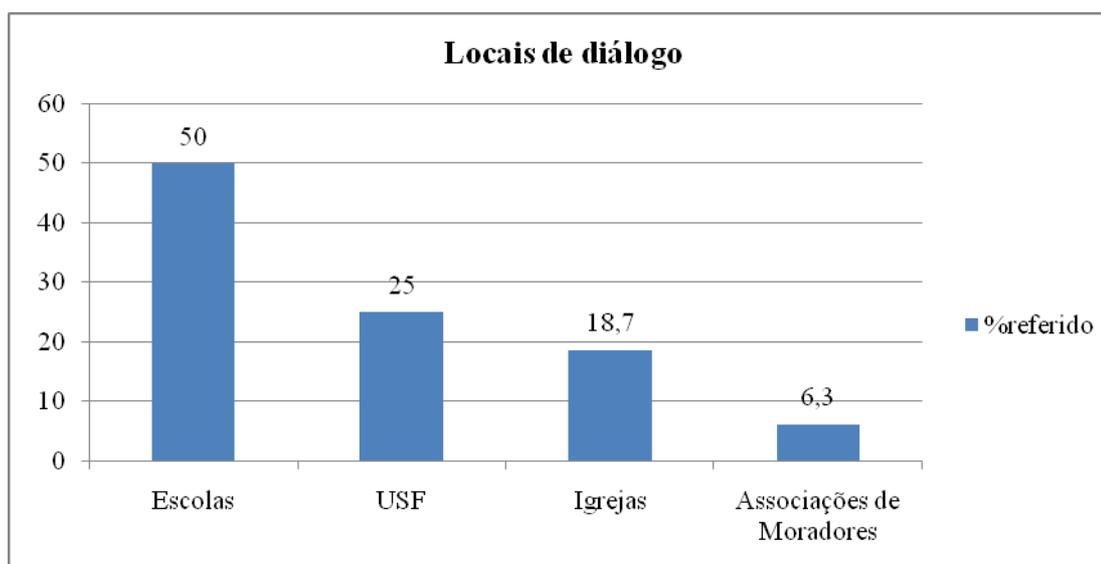


Gráfico 3. Principais espaços físicos de diálogo entre os profissionais da ESF e outros setores

6.2 Análise quantitativa de associação bivariada (estatística analítica ou indutiva)

Após a análise estatística descritiva, iniciamos agora o segundo momento da análise quantitativa em busca de possíveis associações entre as variáveis estudadas. Como apontado na metodologia, utilizamos o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2) para avaliar a diferença entre as proporções das variáveis independentes – em relação à variável dependente – entre os dois grupos estudados (profissionais que já notificaram algum caso de violência contra crianças ou adolescentes e profissionais que não notificaram).

As perguntas do questionário que tinham mais de duas opções de resposta (como por exemplo: “sim”, “não” e “não sei”), foram dicotomizadas (através do agrupamento/junção de respostas) por conta da não significância estatística de algumas das alternativas e para facilitar a interpretação do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2). Além disso, as perguntas que possuíam respostas abertas foram suprimidas dessa análise, pois já foram objetos da análise anterior (estatística descritiva) e também serão objetos da análise qualitativa. Por fim, antes de iniciarmos essa análise propriamente dita, é importante justificar que alguns intervalos de confiança mostraram-se elevados por conta do pequeno tamanho que constitui o universo estudado, fato que não nos impediu de realizar inferências.

Assim, na Tabela 9, têm-se o cruzamento entre características individuais sociodemográficas dos profissionais da ESF (referentes ao primeiro bloco do questionário) e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. É importante mencionar que nenhuma variável desse conjunto foi dicotomizada ou suprimida dessa etapa da análise. Dessa forma, temos que, das 10 (dez) variáveis independentes estudadas nessa seção, apenas duas apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação à notificação da violência contra crianças e adolescentes, a saber:

- Possuir pós-graduação em Saúde Coletiva;
- Possuir pós-graduação em outra área.

Contudo essas variáveis comportaram-se de maneira inversa em relação ao desfecho em análise. Ou seja, o fato de o profissional ter pós-graduação em Saúde Coletiva (ou áreas afins) aumenta as chances em quase 10 (dez) vezes de que este venha a notificar casos de violência contra crianças ou adolescentes quando comparado ao profissional que não tem essa especialização. Porém, os profissionais que possuem cursos de pós-graduação em outras áreas, geralmente mais clínicas, têm diminuídas suas chances de notificar casos dessa natureza, sendo da ordem de 0,43 (ou 57% menos chance de notificar) quando comparados àqueles que não possuem a mesma titulação em outra área (Tabela 9).

Tabela 9. Associação entre características sociodemográficas dos profissionais da ESF e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?						
	Não		Sim		OR (bruto)	95% IC	p-valor*
	n	%	n	%			
Categoria profissional							
Cirurgião(ã)-dentista	19	73,1	7	26,9	1	-	-
Enfermeiro(a)	29	54,7	24	45,3	2,25	0,73 - 7,10	0,116
Médico(a)	20	71,4	8	28,6	1,09	0,28 - 4,20	0,892
Sexo							
Masculino	23	69,7	10	30,3	1	-	-
Feminino	45	60,8	29	39,2	1,48	0,57 - 3,91	0,377
Idade (anos)**							
21 - 30	8	88,9	1	11,1	1	-	-
31 - 40	23	50,0	23	50,0	8,00	0,87 - 184	0,074•
41 - 50	30	76,9	9	23,1	2,40	0,24 - 58,0	0,732•
>50	7	53,8	6	46,2	6,86	0,53 - 193	0,204•
Estado civil							
S/ companheiro(a)	36	66,7	18	33,3	1	-	-
C/ companheiro(a)	32	60,4	21	39,6	1,31	0,55 - 3,12	0,499
Tem filhos							
Não	28	71,8	11	28,2	1	-	-
Sim	40	58,8	28	41,2	1,78	0,76 - 4,16	0,179
Pratica alguma religião							
Não	21	70,0	9	30,0	1	-	-
Sim	47	61,0	30	39,0	1,48	0,60 - 3,68	0,386
Tempo de formado(a)							
0 - 5	8	88,9	1	11,1	1	-	-
6 - 10	10	50,0	10	50,0	8,00	0,72 - 204	0,113•
11 - 15	12	48,0	13	52,0	8,67	0,84 - 213	0,081•
>15	38	71,7	15	28,3	3,16	0,34 - 73,1	0,497•
Tempo de atuação na ESF de Olinda							
0 - 5	40	67,8	19	32,2	1	-	-
6 - 10	23	62,2	14	37,8	1,28	0,50 - 3,30	0,571
11 - 15	5	55,6	4	44,4	1,68	0,33 - 8,45	0,730•
>15	-	-	2	100,0	Não definido	Não definido	0,219•
Pós em Saúde Coletiva							
Não	49	86,0	8	14,0	1	-	-
Sim	19	38,0	31	62,0	9,99	3,90 - 25,5	< 0,001
Pós em outra área							
Não	26	53,1	23	46,9	1	-	-
Sim	42	72,4	16	27,6	0,43	0,19 - 0,96	0,038

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

**Estratificação da idade segundo a população economicamente ativa proposta pelo IBGE (2010).

•Correção de Yates.

Na Tabela 10, encontram-se as interseções entre as percepções e vivências do entrevistado acerca da violência (segundo bloco de perguntas do questionário) e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. A segunda questão (que versa sobre o atendimento dos casos de violência nas USF) dessa seção teve suas alternativas dicotomizadas. Além disso, duas questões dessa parte do inquérito foram suprimidas por terem respostas subjetivas e, assim, ficaram a cargo da análise estatística descritiva, bem como serão assunto da análise qualitativa. Todas as variáveis independentes dessa seção apresentaram-se associadas ao desfecho estudado e podem ser observadas na referida tabela, seguindo a descrição abaixo:

- Percepção de que a violência deve ser abordada pelo setor Saúde: os entrevistados que acreditam que a violência é um tema que deve ser abordado pela área da Saúde apresentam 19 (dezenove) vezes mais chances de notificar um caso de maus tratos infantis, em relação aos profissionais que mostraram opinião contrária;
- Percepção de que os casos devem ser atendidos nas USF: aqueles que concordam que os casos de violência devem ser atendidos nas USF têm aproximadamente 4 (quatro) vezes mais chances proceder a notificação;
- Ter sofrido violência: os profissionais que já sofreram violência em alguma fase da vida possuem em torno de 5 (cinco) vezes mais chances de notificar a violência.

Tabela 10. Associação entre percepções e vivências de violência pelo profissional e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?							
	Não		Sim		OR (bruto)	95% IC	p-valor*	
	n	%	n	%				
A violência é um tema que deve ser abordado pela área de Saúde?								
Não	23	95,8	1	4,2	1	-		
Sim	45	54,2	38	45,8	19,4	2,50 - 150	< 0,001•	
Os casos de violência devem ser atendidos nas USF?								
Não	18	85,7	3	14,3	1	-		
Sim	50	58,1	36	41,9	4,32	1,18 - 15,7	0,035•	
Sofreu violência em alguma fase da vida?								
Não	36	83,7	7	16,3	1	-		
Sim	32	50,0	32	50,0	5,14	1,99 - 13,2	< 0,001	

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

•Correção de Yates.

As associações entre as características do ambiente de atuação profissional (referentes à terceira seção do questionário) e a notificação da violência contra crianças e adolescentes, encontram-se esquematizados na Tabela 11. Apenas três variáveis foram dicotomizadas e uma foi suprimida por ter respostas subjetivas (contudo, esta última já foi analisada anteriormente por meio da estatística descritiva e terá seu conteúdo analisado na qualitativa). As seguintes variáveis mostraram-se associadas ao desfecho em questão (Tabela 11):

- Testemunho de situações de violência na comunidade: os profissionais que já testemunharam alguma situação de violência na comunidade (seja essa de qualquer natureza, contra qualquer pessoa ou ciclo da vida), apresentaram aproximadamente 8 (oito) vezes mais chances de notificar um caso de agressão contra crianças ou adolescentes, quando comparados aos profissionais que nunca presenciaram situações desse gênero;
- Discussão do tema na unidade em que atua: os entrevistados que atuam em equipes de saúde que discutem internamente questões relacionadas à violência contra crianças e adolescentes têm 5 (cinco) vezes mais chances de notificar esse tipo de agressão;
- Existência de procedimentos estabelecidos para notificar: da mesma forma, aqueles que atuam em unidades nas quais já existem procedimentos estabelecidos para notificar os casos de violência possuem quase 7 (sete) vezes chances executar a notificação;
- Existência de ficha para a notificação da violência nas unidades de saúde: os profissionais que atuam em USFs que possuem uma ficha específica para a notificação da violência notificam 11 (onze) vezes mais, quando comparados aos profissionais que atuam em locais onde não há o mencionado formulário;
- Existência de procedimentos estabelecidos para encaminhar os casos notificados: os inquiridos que atuam em unidades onde existem procedimentos estabelecidos para encaminhar os casos de violência que foram notificados, possuem 7 (sete) vezes chances executar a notificação.

Tabela 11. Associação entre características do ambiente de atuação profissional e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis ambientais	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?						p-valor*
	Não		Sim		OR	95% IC	
	n	%	n	%	(bruto)		
Distrito Sanitário em que atua							
I	38	66,7	19	33,3	1	-	
II	30	60,0	20	40,0	1,33	0,56 - 3,17	0,474
Considera a comunidade em que atua uma localidade violenta?							
Não	13	68,4	6	31,6	1	-	
Sim	55	62,5	33	37,5	1,30	0,45 - 3,74	0,626
Já testemunhou alguma situação de violência na comunidade em que atua?							
Não	54	81,8	12	18,2	1	-	
Sim	14	34,1	27	65,9	8,67	3,53 - 21,3	< 0,001
O tema da violência contra crianças e adolescentes é discutido no seu ambiente de trabalho?							
Não	33	84,6	6	15,4	1	-	
Sim	35	51,5	33	48,5	5,18	1,92 - 13,9	< 0,001
Existem procedimentos estabelecidos para NOTIFICAR os casos de violência que chegam à USF?							
Não	30	88,2	4	11,8	1	-	
Sim	38	52,1	35	47,9	6,91	2,03 - 25,8	< 0,001•
Na USF, existe alguma ficha de notificação específica para casos de violência?							
Não	26	93	2	7	1	-	
Sim	42	53,2	37	46,8	11,4	2,38 - 74,9	< 0,001•
Existem procedimentos estabelecidos para ENCAMINHAR os casos de violência que chegam à USF?							
Não	49	83	10	17	1	-	
Sim	19	39,6	29	60,4	7,48	2,82 - 20,3	< 0,001

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

•Correção de Yates.

A Tabela 12 apresenta a relação entre a formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência (quarto bloco de variáveis) e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Como todas as questões dessa seção eram de caráter objetivo, nenhuma variável foi excluída dessa etapa de análise como também não foram dicotomizadas. Mostraram-se estatisticamente associados os seguintes fatores:

- Abordagem de temas relativos à violência contra crianças e adolescentes durante a formação do profissional: os profissionais que tiveram acesso a discussões sobre violência contra crianças e adolescentes têm 3 (três) vezes mais chances de notificar os casos;
- Participação em capacitações na área de combate ou prevenção à violência: os entrevistados que já tiveram a oportunidade de participar de treinamentos que abordaram o combate ou prevenção à violência possuem 6 (seis) vezes mais chances de notificar, quando comparados aos que não participaram;
- Ler livros e/ou artigos sobre o assunto: os profissionais que já leram algum livro ou artigos científicos que abordam o tema da violência contra crianças e adolescentes têm 3 (três) vezes mais chances de notificar os casos que chegam às USF, em comparação ao que não acessaram essa literatura;
- Conhecer o ECA: os inquiridos que afirmaram conhecer o ECA possuem aproximadamente 8 (oito) vezes mais chances de notificar os casos de violência contra menores de 19 anos;
- Abordagem da obrigatoriedade da notificação durante a formação profissional: os entrevistados que disseram que a obrigatoriedade da notificação da violência pelos profissionais de saúde foi abordada durante sua formação acadêmica (graduação ou pós) têm quase 15 vezes mais chances de notificar os casos de maus tratos de que tiverem conhecimento;
- Conhecimento de alguma lei que obrigue os profissionais de saúde a notificar: aqueles que têm conhecimento acerca de alguma lei ou portaria que verse sobre a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência por parte dos profissionais de saúde apresentam 5 (cinco) vezes mais chances proceder a notificação desses agravos.

Tabela 12. Associação entre a formação do profissional voltada à discussão e estudo da violência e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?						p-valor*
	Não		Sim		OR	95% IC	
	n	%	n	%	(bruto)		
Em sua formação profissional, foram abordados temas relativos à violência contra crianças e adolescentes?							
Não	47	74,6	16	25,4	1	-	
Sim	21	47,7	23	52,3	3,21	1,41 - 7,30	0,004
Participou de algum treinamento/capacitação na área de combate ou prevenção à violência contra crianças e adolescentes?							
Não	28	87,5	4	12,5	1	-	
Sim	40	53,3	35	46,7	6,12	1,95 - 19,1	0,001•
Leu livros ou artigos sobre a violência contra crianças e adolescentes?							
Não	46	74,2	16	25,8	1	-	
Sim	22	48,9	23	51,1	3,00	1,32 - 6,79	0,007
Conhece o ECA?							
Não	21	91,3	2	8,7	1	-	
Sim	47	56,0	37	44,0	8,26	1,82 - 37,5	0,004•
Ao longo de sua formação profissional, foi abordada a obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde?							
Não	66	71,0	27	29,0	1	-	
Sim	2	14,3	12	85,7	14,6	3,07 - 69,9	< 0,001•
Conhece alguma lei ou portaria que obrigue a notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde?							
Não	60	72,3	23	27,7	1	-	
Sim	8	33,3	16	66,7	5,21	1,96 - 13,8	< 0,001

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

•Correção de Yates.

A tabela seguinte refere-se ao quinto bloco de questões realizadas, onde buscamos investigar associações existentes entre o diagnóstico e atendimento realizado pelos

profissionais de saúde (em relação aos casos de violência) e a notificação da violência contra crianças e adolescentes (Tabela 13). Das 4 (quatro) perguntas que compunham esse segmento da entrevista, duas foram suprimidas devido ao intervalo de confiança ter apresentado limites muito extremos e ao *odds ratio* indefinido, além disso, nenhuma das alternativas de respostas às perguntas desse bloco precisou ser dicotomizada. Apresentaram associações estatisticamente relacionadas ao desfecho, os seguintes fatores:

- Sentir-se capacitado para identificar um caso de violência: os profissionais que se sentem capacitados para identificar corretamente um caso de agressão contra a população em questão têm 5 vezes mais chances de notificar esse caso;
- Ter presenciado alguma situação de violência contra crianças ou adolescentes: os entrevistados que já presenciaram ao menos uma situação de violência contra crianças ou adolescentes em sua prática profissional na cidade de Olinda possuem 20 vezes mais chances de notificar algum caso dessa natureza.

Tabela 13. Associação entre o diagnóstico e atendimento de casos de violência e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?					95% IC	p-valor*
	Não		Sim		OR (bruto)		
	n	%	n	%			
Sente-se capacitado(a) para IDENTIFICAR um caso de violência contra criança ou adolescente?							
Não	21	87,5	3	12,5	1	-	
Sim	47	56,6	36	43,4	5,36	1,48 - 19,3	0,011•
Em sua prática profissional, em Olinda, já PRESENCIOU alguma situação de violência contra criança ou adolescente?							
Não	63	80,8	15	19,2	1	-	
Sim	5	17,2	24	82,8	20,1	6,60 - 61,5	< 0,001

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

•Correção de Yates.

As possíveis associações entre o conhecimento e percepções que os profissionais de saúde possuem a respeito dos instrumentos de notificação e de sua execução são apresentados a Tabela 14, que corresponde ao sexto bloco de perguntas do questionário. Entre todas as variáveis apresentadas nessa seção, apenas a primeira pergunta da precisou ter suas respostas dicotomizadas para facilitar a interpretação do teste de hipóteses, contudo, não houve exclusão de nenhuma variável. Os seguintes fatores mostram-se associados:

- Conhecimento de que o profissional de saúde é obrigado a notificar: os entrevistados que afirmaram que os profissionais de saúde devem notificar compulsoriamente os casos de violência contra crianças e adolescentes têm 6 (seis) vezes mais chances de executar essa notificação;
- Concepção de a notificação deve ser uma função dos profissionais de saúde: os participantes que acreditam que a notificação deve ser uma das atribuições dos profissionais de saúde apresentaram 18 (dezoito) vezes mais chances de notificar um caso de agressão contra crianças e adolescentes;
- Sentir-se capacitado para notificar situações de violência: os profissionais que se sentem capacitados para notificar casos de violência contra crianças ou adolescentes têm quase 8 (oito) vezes mais chances realizar a notificação em relação aos que não se sentem capacitados para essa atividade;
- Sentir-se encorajado a notificar situações de violência: os profissionais que se sentem encorajados a notificar casos de violência contra crianças ou adolescentes apresentaram 13 (treze) vezes mais chances realizar a notificação;
- Conhecer a ficha de notificação: os participantes que disseram conhecer a ficha de notificação específica para os casos de violência têm 10 (dez) vezes mais chances de notificar os casos de violência, em relação aos profissionais que não conhecem a referida ficha.

Tabela 14. Associação entre o conhecimento dos instrumentos, concepções acerca da notificação da violência e sua execução. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?						p-valor*
	Não		Sim		OR (bruto)	95% IC	
	n	%	n	%			
O profissional de saúde é obrigado a notificar?							
Não	33	87,0	5	13,0	1	-	
Sim	35	50,7	34	49,3	6,41	2,06 - 21,2	< 0,001
A notificação deve ser uma função do profissional de saúde?							
Não	46	92,0	4	8,0	1	-	
Sim	22	38,6	35	61,4	18,2	5,77 - 57,9	< 0,001•
Sente-se capacitado(a) para NOTIFICAR algum caso de violência contra criança ou adolescente?							
Não	27	90,0	3	10,0	1	-	
Sim	41	53,2	36	46,8	7,90	2,21 - 28,2	< 0,001•
Sente-se encorajado(a) a NOTIFICAR situações de violência contra crianças e adolescentes?							
Não	60	81,1	14	18,9	1	-	
Sim	8	24,2	25	75,8	13,3	4,99 - 35,9	< 0,001
Conhece a ficha de notificação da violência?							
Não	24	92,3	2	7,7	1	-	
Sim	44	54,3	37	45,7	10,0	2,23 - 45,5	0,001•

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

•Correção de Yates.

A próxima tabela dessa análise está relacionada ao último bloco de perguntas feitas na entrevista (Tabela 15) e mostra as associações existentes entre o conhecimento que os profissionais entrevistados têm a respeito dos serviços que compõem a rede de proteção (em Olinda) e a notificação da violência contra crianças e adolescentes. A última variável trabalhada na tabela foi dicotomizada e três questões desse conjunto da entrevista foram submetidas apenas à análise estatística descritiva, pois não apresentavam influência direta sob a variável dependente do estudo, sendo consequência desta. Desse modo, mostraram-se associados:

- Saber para onde encaminhar os casos notificados: os entrevistados que sabem para que setores e instâncias devem encaminhar os casos notificados, têm em torno de 13 (treze) vezes mais chances realizar a notificação, em comparação com os profissionais que não sabem para onde devem encaminhar as vítimas após a notificação;

- Conhecer outros serviços de saúde que trabalhem com crianças e adolescentes vítimas de violência: os profissionais que conhecem outras instituições de saúde da cidade de Olinda que atendem crianças e adolescentes em situação de violência possuem 4 (quatro) vezes mais chances de notificar casos desse tipo;
- Discutir a temática junto a outros setores da rede de proteção: os profissionais de saúde que atuam em Equipes de Saúde da Família que discutem assuntos ligados à violência contra menores de 19 anos com outros setores sociais apresentaram 7 (sete) vezes mais chances de notificar um caso que chegue a USF.

Tabela 15. Associação entre o conhecimento da rede e a notificação da violência. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis	Notificou algum caso de violência contra crianças ou adolescentes?						p-valor*
	Não		Sim		OR	95% IC	
	n	%	n	%	(bruto)		
Ao notificar um caso de violência contra criança ou adolescente, saberia para onde ENCAMINHAR esse paciente?							
Não	41	91,1	4	8,9	1	-	
Sim	27	43,5	35	56,5	13,2	4,23 - 41,6	< 0,001•
Conhece algum SERVIÇO DE SAÚDE que atenda crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda?							
Não	40	80,0	10	20,0	1	-	
Sim	28	49,1	29	50,9	4,14	1,74 - 9,84	< 0,001
Conhece alguma instituição, EXTRA ÁREA DA SAÚDE, que trabalha com crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda?							
Não	38	70,4	16	29,6	1	-	
Sim	30	56,6	23	43,4	1,82	0,82 - 4,04	0,139
A Equipe de Saúde da Família em que você atua discute assuntos relacionados à violência contra crianças e adolescentes com outros setores da sociedade?							
Não	65	67,1	29	32,9	1	-	
Sim	3	23,1	10	76,9	7,47	1,71 - 37,3	0,003•

*p-valor do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2): significativo quando $p < 0,05$.

•Correção de Yates.

6.3 Análise de Regressão Logística (Modelo final)

Das 37 (trinta e sete) variáveis submetidas à análise bivariada, por meio do qui-quadrado de Pearson (χ^2), passaram para o modelo final de Regressão Logística todas aquelas que apresentaram um valor de p até 0,20. Dessas variáveis, 8 (oito) mostraram-se associadas à notificação da violência contra crianças e adolescentes ($p < 0,05$) e estão elencadas na Tabela 16.

Tabela 16. Modelo final com as variáveis que se mostraram associadas ao processo de notificação da violência pelos profissionais da saúde. Olinda-PE, 2011-2012

Variáveis associadas	Notificou algum caso de violência contra crianças e/ou adolescentes?				OR (<i>ajust.</i>)	95% IC	p-valor*
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Tem filhos							
Não	28	71,8	11	28,2	1	-	0,023
Sim	40	58,8	28	41,2	16,8	1,47 - 193	
Pós em Saúde Coletiva							
Não	49	86,0	8	14,0	1	-	0,002
Sim	19	38,0	31	62,0	111	5,43 - 2286	
Na USF, existe alguma ficha de notificação específica para casos de violência?							
Não	26	93	2	7	1	-	0,008
Sim	42	53,2	37	46,8	181	3,75 - 8798	
Leu livros ou artigos sobre a violência contra crianças e adolescentes?							
Não	46	74,2	16	25,8	1	-	0,043
Sim	22	48,9	23	51,1	7,08	1,05 - 47,5	
Em sua prática profissional, em Olinda, já PRESENCIOU alguma situação de violência contra criança ou adolescente?							
Não	63	80,8	15	19,2	1	-	0,000
Sim	5	17,2	24	82,8	863	17,5 - 42395	
A notificação deve ser uma função do profissional de saúde?							
Não	46	92,0	4	8,0	1	-	0,008
Sim	22	38,6	35	61,4	19,5	2,14 - 177,9	

Tabela 16. Modelo final com as variáveis que se mostraram associadas ao processo de notificação da violência pelos profissionais da saúde. Olinda-PE, 2011-2012*(Continuação)*

Variáveis associadas	Notificou algum caso de violência contra crianças e/ou adolescentes?							
	Não		Sim		OR (ajust.)	95% IC	p- valor*	
	n	%	n	%				
Sente-se capacitado(a) para NOTIFICAR um caso de violência contra criança ou adolescente?								
Não	27	90,0	3	10,0	1	-		
Sim	41	53,2	36	46,8	0,0437	0,00 - 0,87	0,040	
Sente-se encorajado(a) a NOTIFICAR situações de violência contra crianças e adolescentes?								
Não	60	81,1	14	18,9	1	-		
Sim	8	24,2	25	75,8	45,2	3,40 - 601	0,003	

*p-valor da Regressão Logística: significativo quando $p < 0,05$.

Os resultados finais da análise de Regressão Logística apresentaram valores de p e intervalos de confiança significativos. Entretanto, é importante apontar que esses intervalos mostraram-se bastante dispersos. Tal dispersão se deveu – provavelmente – ao fato de o universo ser composto por um número relativamente pequeno de componentes, que quando estratificados segundo as diversas variáveis estudadas, deram origem a grupos ainda menores.

Por esse motivo, decidimos empreender a discussão dos resultados encontrados nessa pesquisa levando-se em consideração apenas as análises quantitativas de frequência e de associação bivariada, além da análise qualitativa de conteúdo. Essa situação não constitui necessariamente uma limitação desse estudo, dado que não existem trabalhos na literatura que utilizem a Regressão Logística para verificar a existência de associação entre as variáveis aqui estudadas, limitando-se apenas à análise de associação bivariada. Dessa maneira, das 37 variáveis submetidas à análise de associação bivariada, por meio do o qui-quadrado de Pearson (χ^2), 26 mostraram-se estatisticamente associadas e serão objetos de nossa discussão.

6.4 Análise qualitativa de conteúdo (segundo Laurence Bardin)

Na presente análise, procuramos dar relevo ao uso dos repertórios interpretativos associados às percepções presentes nas falas dos profissionais entrevistados, sobre as seguintes questões de caráter subjetivo:

- Por que os entrevistados acham que a violência não deve ser uma temática abordada pelo setor Saúde?
- Por que os casos de violência não devem ser atendidos nas USF?
- Quais as principais dificuldades encontradas para notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes?

Para tanto, relacionamos as respostas dessas perguntas ao que está posto na literatura científica por outros estudiosos que se debruçaram sobre tais questões em pesquisas anteriores a esta. A partir de então, verificou-se a necessidade de elaborar categorias onde fossem agrupados os principais temas contidos nas falas dos sujeitos entrevistados, conforme sugere Bardin (2009). Isso possibilitou que obtivéssemos uma melhor visibilidade e compreensão acerca dos objetos em estudo. Dessa maneira, esquematizamos de forma sintética a análise de conteúdo (por meio da identificação dos temas principais e das categorias de agrupamento) nos 3 (três) quadros que veremos neste tópico, sendo 1 (um) para a cada questão subjetiva.

Como observado na análise quantitativa descritiva, 22,4% dos profissionais entrevistados disseram que a violência não deve compor a pauta de assuntos abordados pelo setor Saúde. Quando convidados a justificar essa percepção, os 24 entrevistados com essa postura apresentaram alguns motivos, os quais foram agrupados em duas categorias conforme apresentado no Quadro 1 e mencionadas *en passant* na análise estatística descritiva (Tabela 3), a saber: motivos relacionados à concepção da violência como um tema que diz respeito apenas à área Criminal ou Jurídica e motivos relacionados à percepção de que a violência é um objeto exclusivo da área Social.

Quadro 1. Por que a violência não deve ser uma temática abordada pelo setor Saúde?			
Motivos (TEMAS principais)	Categoria	Total de profissionais	%
<ul style="list-style-type: none"> • É um tema que diz respeito à polícia; • É dever de profissionais do Direito; • É um tema para a Segurança Pública; • A Justiça já aborda essa questão. 	Questão da área Criminal/Justiça	17	70,8
<ul style="list-style-type: none"> • A Assistência Social é mais próxima ao problema; • É função do Conselho Tutelar. 	Questão da área Social	7	29,2
TOTAL		24	100

Dos 24 entrevistados que defendem que a Saúde não deve trabalhar assuntos relacionados às situações de violência, 70,8% responderam que essa é uma questão que deve

ficar sob a incumbência apenas das áreas da Justiça ou Criminal (Quadro 1). Pode-se observar esse posicionamento nas falas dos participantes a seguir:

A Saúde já fala sobre tanta coisa[...] Deixa isso pra polícia. Aliás, a Justiça já trabalha tanto esse tema e não resolve muita coisa, né? Mas eu acho que essa é a função deles mesmo, da Segurança Pública... Essas áreas criminais de Justiça mesmo. O que é que a gente ia poder fazer, né? (CIRURGIÃO-DENTISTA – 14).

Eu acho que isso é mais um caso policial. A Saúde não tem como ajudar muito nisso não. (ENFERMEIRA – 47).

Um profissional de saúde não pode cuidar de uma coisa que é dever de um juiz, de um promotor, dessas pessoas que trabalham com a parte de Direito, sabe? Da mesma forma que um profissional da área da Justiça não pode fazer uma cirurgia em ninguém. A gente precisa respeitar o campo de atuação de cada um se não vira uma bagunça e ninguém faz nada. (MÉDICO – 12).

Quase 30% dos profissionais que acreditam que a Saúde não deve abordar o tema da violência apontaram que essa é uma problemática ligada à Área Social e, portanto, não diz respeito à Saúde (Quadro 1). Esse posicionamento é constatado nos seguintes excertos, onde podemos observar também que a Saúde não é percebida, por alguns profissionais, como um campo que lida com questões majoritariamente de cunho social, já que os mesmos indiciam ter uma visão bastante reduzida do que é saúde, bem como sobre quais são as formas de atuação no campo para além da óbvia clínica biomédica:

Pra mim, assim, na minha opinião mesmo, o Conselho Tutelar é quem precisa trabalhar com esses casos de violência. A gente daqui [da USF] já tem tanta doença mesmo pra cuidar[...], assim da saúde mesmo, entende? Isso é mais social, né? (ENFERMEIRO – 16).

Se chegar um caso de violência aqui [na USF], eu coloco logo pra assistente social do NASF, que isso é da área deles lá. A Saúde pode fazer o que? Um curativo, pontear alguma lesão, prescrever alguma medicação, só isso! Dá uma assistência. Lá [no NASF], eles vão e notificam o caso tudo direitinho. Isso não deve ser uma atribuição da gente mesmo. Essa parte mais burocrática da coisa é dever deles lá. A gente da Saúde já faz demais[...] (MÉDICA – 5).

Conforme apontado no tópico 6.1 – referente à estatística descritiva –, 21 profissionais responderam que as USF não devem atender os casos de violência, correspondendo a aproximadamente 20% dos participantes desse estudo (Tabela 3). As razões postas pelos entrevistados estão sintetizadas no Quadro 2, onde foram agrupadas em 3 (três) categorias, e são exemplificadas na transcrição das falas que vem em seguida.

Quadro 2. Por que os casos de violência não devem ser atendidos nas USF?			
Motivos (TEMAS principais)	Categoria	Total de profissionais	%
<ul style="list-style-type: none"> • Não há segurança nas USF; • É arriscado para os profissionais. 	Os profissionais ficam expostos nas unidades	10	47,6
<ul style="list-style-type: none"> • A unidade é muito pequena; • São casos para os serviços de urgência e emergência. 	Não há estrutura nas unidades para atendimento dos casos	9	42,9
<ul style="list-style-type: none"> • Não há parcerias com outros setores; • Não há Conselho Tutelar ou Delegacias na área para ajudar a conduzir os casos. 	Não há uma rede que dê um respaldo/suporte	2	9,5
TOTAL		21	100

Se a gente passar a atender todos os casos de violência, a gente vai criar uma demanda e ficaremos muito mais expostos à violência. Aqui, nessa região da gente, é cada um por si e Deus que nos proteja. A comunidade é muito violenta, tem muitos crimes e deve ter muito caso de violência que nem chega pra nós aqui. A gente tenta fazer a política da boa vizinhança, mas claro que dá medo na gente. Não é fácil, pra quem tá na ponta. (CIRURGIÃ-DENTISTA – 5).

Tá vendo o tamanho dessa unidade? Não é pequena? Então! Se a gente for atender, não tem nem espaço. E também, o povo pode pensar que aqui é um posto de saúde que atende urgência e emergência, daí vem tudo pra cá, né? Aí fica mais saturado ainda. A lógica aqui é de PSF e não de posto de saúde. Não há condições[...] (ENFERMEIRA – 22).

É interessante perceber, ao analisar o conteúdo da fala dessa última profissional, que há certo desconhecimento sobre uma das premissas básicas da Atenção Primária, a qual diz respeito ao atendimento de casos de urgência e emergência. Está estabelecido e pactuado entre o MS e as SMS que esses casos devem ter o atendimento inicial nas USF e, em seguida, se necessitarem, podem ser encaminhados para os serviços de saúde detentores de um maior nível de complexidade tecnológica. Ainda sobre essa questão, a fala de um profissional médico ilustra bem outras razões pelas quais, segundo o entrevistado, os casos de violência não devem ser atendidos nas USF:

Se tivesse uma parceria, por exemplo, com o Conselho Tutelar ou com o Juizado de Menores, aí sim[...] Seria mais fácil pra a gente atender esses casos. Mas, como não tem, a gente não pode negar atendimento, claro. Mas também não pode fazer muita coisa, aí complica. Pra você ter uma ideia, aqui nesse bairro não tem delegacia pra prestar queixa[...] Não que eu saiba. Daí a gente fica na mão e de mãos atadas. (MÉDICO – 19).

No penúltimo bloco de perguntas do questionário, os profissionais foram indagados sobre quais eram as principais dificuldades encontradas para notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes que chegam à USF. Conforme, observado no Gráfico 1 da análise estatística descritiva, foram apontados 19 (dezenove) entraves. Desses, 9 (nove) foram postos previamente no questionário com base no que já é indicado pela literatura. Contudo, como os profissionais poderiam fazer comentários e considerações referindo outras dificuldades além das explicitadas no questionário, foram relacionados mais 10 (dez) entraves, perfazendo um total de 19 (dezenove) óbices, que foram classificados em 5 (cinco) categorias (Quadro 3). Mais uma vez, deixamos claro que cada profissional poderia referir mais de uma dificuldade encontrada e, por esse motivo, optamos por não tomar como

referência o total de participantes que referiu uma ou outra dificuldade, mas o percentual que aquela categoria representa dentro do total das 5 (cinco).

Quadro 3. Quais as principais dificuldades encontradas para notificar os casos de violência?		
Dificuldades (TEMAS principais)	Categoria	%
<ul style="list-style-type: none"> • Receio de sofrer represálias por parte do agressor; • Receio de sofrer consequências no trabalho; • Receio de prejudicar a vítima; • Receio de represálias aos ACS; • Exposição dos profissionais; • Fluxo não sigiloso da ficha. 	Fatores relacionados a medos dos profissionais	32
<ul style="list-style-type: none"> • Não saber como notificar; • Não saber a quem notificar; • Não saber identificar os casos com exatidão; • Preenchimento da ficha de notificação; • Despreparo da equipe. 	Fatores relacionados ao despreparo do profissional e/ou da equipe em que atua	26
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação com outros setores; • Ausência de uma rede de suporte; • Não <i>feedback</i> dos casos por outros setores; • Burocracia de outros setores. 	Fatores relacionados à ausência de rede e articulação com outros setores	21
<ul style="list-style-type: none"> • Tempo curto para atender e notificar; • Opção pelo não envolvimento em questões familiares dos pacientes. 	Fatores relacionados ao processo de trabalho	10,5
<ul style="list-style-type: none"> • Violência da comunidade; • Pacto de silêncio da comunidade. 	Fatores relacionados à comunidade	10,5
TOTAL		100

Analisando este último quadro, tem-se que 6 (seis) dos 19 (dezenove) temas – ou seja, 32% dos temas presentes nas falas dos inquiridos acerca dessa questão – podem ser classificados como fatores relacionados aos diversos receios vivenciados pelo profissional em seu cotidiano. Como a prática cotidiana desses indivíduos é permeada pelo medo haverá reflexos desses determinantes na conduta adotada pelo profissional no momento em que este se depara com uma criança ou adolescente vítima de violência. Os trechos a seguir podem exemplificar melhor esse panorama:

A gente fica numa corda bamba mesmo. Porque, assim, eu sei que sou obrigado a notificar. Mas, por exemplo, chega um filho do chefe do tráfico aqui da comunidade. Vamos dizer que essa criança tem algum sinal de que foi mal tratada. Eu sabendo quem é o pai dela, eu vou

notificar? Eu vou chamar o Conselho Tutelar? Aqui no Alto [região onde fica a USF]? E depois, como é que eu fico? E minha família também, né? Eles [os possíveis agressores] podem querer se vingar da gente ou dos ACS, que é pior ainda, né? Eles [os ACS] moram aqui na comunidade. Eles mesmos [os ACS] são os primeiros a não dizer nada pra não se queimar e ter confusão com ninguém, mesmo que eles estejam sabendo que a criança é abusada. Aliás, ninguém fala. (CIRURGIÃO-DENTISTA – 20).

Veja só[...] Há uns quatro anos, mais ou menos, quando eu ainda tava no outro PSF daqui mesmo de Olinda[...] Foi logo quando eu entrei pra trabalhar aqui[...] Numa visita domiciliar, eu cheguei numa casa e encontrei um pai com um menino amarrado, assim no pé da cama mesmo. No pé mesmo. E o pai nem disfarçou, nem nada. Disse que era um castigo por causa de umas coisas que ele [o menino] tinha feito, que tava aperreando muito[...] Conversei com o cara [o pai], mas ele disse que o filho era dele e que ele educava como queria e que tinha que bater mesmo pra o menino virar gente. Oxe! No outro dia, meu carro apareceu todo arranhado e eu acho que foi ele [o pai] que fez ou mandou alguém fazer só pra se vingar, sei lá. Já pensou? Eu fiquei com medo depois disso. É muito fácil mandar notificar e tudo, quando você não está aqui no dia a dia. Aí são outros quinhentos[...] Não tem como. A gente fica exposta demais aqui, sabe? E eles [a comunidade] sabem de tudo da vida de quem trabalha aqui. É se arriscar muito, às vezes[...] (ENFERMEIRA – 2).

Eu trabalho aqui nesse PSF há quase seis anos e já vi, ou então, ouvi falar pelos relatos que chegam de muita coisa. Todos [os profissionais da USF] aqui ficam muito expostos e não podem colocar a vida em risco sempre, né? Eu mesmo tenho medo de notificar a situação toda, o caso, e, depois, o pai ou a mãe bater ainda mais na criança. Aí acabou prejudicando, em vez de ajudar. Tem gente que pode perseguir a gente também. Tem que ter muito cuidado, entende? Muito cuidado[...] (ENFERMEIRA – 33).

O fluxo que a ficha tem não tem sigilo nenhum e todo mundo sabe quem notificou o caso porque tem o nome da gente lá no final. A gente não tem que assinar, né? Pois, então. O cara que agrediu pode ficar sabendo quem notificou e vim tirar satisfação aqui mesmo no posto, no ambiente mesmo de trabalho, né? Daqui que chegue no Conselho Tutelar, ou no distrito, ou sei onde[...] O cara [possível agressor] já sabe. Tem como ele saber. Eu acho que a gente não tinha que assinar nada dessa ficha aí. A gente pode notificar e tal, mas precisa se proteger também. Isso acaba é inibindo a gente pra não se comprometer assim, desse jeito. (MÉDICO – 13).

No mesmo esquema (Quadro 3), 26% dos temas contidos nas falas dos entrevistados se relacionam à fatores como o despreparo do profissional e/ou da equipe em que este atua. Não saber como ou a quem notificar, não saber identificar os casos e as dificuldades no preenchimento da ficha de notificação da violência são alguns dos temas recorrentes nessa categoria explicitados em alguns dos próximos relatos:

Eu não aprendi esse tipo de coisa na faculdade. Você aprendeu? Eu não![...] Eu sei que tem a ficha própria para isso, mas a gente da Odonto não fica muito com essa parte. Isso é mais assim da Enfermagem, né? Elas conhecem melhor. Devem ter treinamento pra notificar. Eu não sei notificar, não aprendi. Se chegar algum caso, eu mando pra enfermeira e ela resolve. Mas nunca chegou nenhum [caso] assim pra mim[...] (CIRURGIÃO-DENTISTA – 1).

A fala desse profissional retrata bem o que o ostracismo que o tema da violência goza na maioria dos cursos de formação da área da Saúde, como o curso de Odontologia. Contudo, é importante ressaltar que o dever de primar pelo bem-estar completo dos cidadãos que procuram os serviços de saúde é transversal a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Ainda sobre a questão abordada no Quadro 3, ligada ao despreparo dos profissionais, temos outros depoimentos:

Conhecer a ficha, eu conheço, mas acho ela muito longa. E tem umas perguntas que a gente poderia pular, mas tem que preencher tudo.

Também fico com dúvida, às vezes, de como preencher, porque isso não é uma coisa que a gente faz todo dia, né? Aí esquece mesmo. Mas é complicadinho. (ENFERMEIRA – 9).

Eu acho as equipes muito despreparadas. Tem que ter manejo. Essa equipe mesmo é muito despreparada para essas coisas e para outras também. O povo só diz que é pra notificar, mas não ensina como, né? Acha que porque a gente é médico já sabe tudo mesmo. Se for pra notificar eu não tenho nem o telefone do Conselho Tutelar daqui de Olinda. Eu ligo pra quem? Porque tem que ligar, não é? (MÉDICO – 11).

Os conteúdos das falas dos participantes da pesquisa possuem 21% dos temas mantendo relação com a ausência de redes de suporte e articulação com outros setores sociais como possíveis dificuldades para notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes. Vejamos os fragmentos adiante:

Se notificar, pra onde a gente vai encaminhar? Vai notificar pra que? Pra nada? Tem que encaminhar pra algum lugar! Ou então, é melhor não notificar[...] Um trabalho danado! Eu acho que esse é um assunto muito sério, mas a gente sozinha não consegue resolver nada. Também cada cabeça é um mundo e tem gente que nem liga mesmo pra isso[...] (CIRURGIÃ-DENTISTA – 19).

A gente se sente isolado porque não dialoga sobre isso com ninguém. Nas escolas, a gente faz promoção de saúde, mas não fala assim diretamente sobre violência. A gente poderia se reunir com o NASF também, mas ninguém propõe isso. E isso desestimula a gente. A gente fica ilhado e nem mesmo na equipe a gente discute muito, mas acho importante ter esse debate. (ENFERMEIRA – 28).

Se a gente tivesse uma parceria, por exemplo, com o Conselho Tutelar ou com o Juizado de Menores, aí sim[...] Seria mais fácil pra a gente atender esses casos. (MÉDICO – 19).

Também há temas relacionados a fatores concernentes aos processos de trabalho nos temas contidos nas falas dos entrevistados da ordem de 10,5%. Esses fatores são capazes de nos fazer inferir o quanto o diagnóstico, a identificação, o tratamento, a notificação e o encaminhamento dos casos para outras instâncias da rede não estão inseridos na práxis cotidiana desses profissionais, como examinar nos trechos a seguir:

Tem muitas demandas na Atenção Básica, né? Que já trabalhou ou trabalha com PSF sabe disso. A gente fica sem muito tempo pra fazer as coisas da rotina mesmo e, ainda por cima, notificar[...] É uma carga grande e sempre tem alguma coisa que acaba ficando pra o outro dia, assim, pra o dia seguinte, entende? (ENFERMEIRA – 36).

Eu não me intrometo nessas brigas de família, porque se fosse eu, eu não ia gostar. Nós não sabemos o que se passa no interior da casa das pessoas pra chegar assim e interferir. A gente não tem esse direito[...] Nosso trabalho é outro[...] Eu não me envolvo[...] Chegar assim cantando de galo pro outro e arrumar confusão[...] Eu não! A própria família se entende. Agora, eu procuro fazer o meu trabalho aqui na unidade [de saúde] bem feito[...] Aí é outra coisa. (MÉDICO – 8).

Por fim, os fatores próprios da comunidade também estão presentes em 10,5% dos 19 temas encontrados no conteúdo das falas dos profissionais. A violência da comunidade e o pacto de silêncio em torno das situações de violências foram os temas predominantes nessa categoria, exemplificados nos excertos seguintes:

[...]A comunidade é muito violenta, tem muitos crimes e deve ter muito caso de violência que nem chega pra nós aqui. A gente tenta fazer a política da boa vizinhança, mas claro que dá medo na gente. Não é fácil, pra quem tá na ponta. (CIRURGIÃ-DENTISTA – 5).

[...]Eles mesmos [os ACS] são os primeiros a não dizer nada pra não se queimar e ter confusão com ninguém, mesmo que eles estejam

sabendo que a criança é abusada. Aliás, ninguém fala. (CIRURGIÃO-DENTISTA – 20).

Há uns 15 dias, mataram um aí na frente da unidade de saúde. Aqui mesmo, aí na frente. Ainda bem que foi no domingo de noite. Mas quando a gente chegou de manhã, na segunda, tava o zum-zum-zum do povo. Mas impera a lei silêncio, né? Porque ninguém é besta. (ENFERMEIRA – 6).

Deve ter muito casos assim [de violência contra crianças e adolescentes] aqui. Mas não chega pra gente. Mas pelo perfil da comunidade, deve ter caso sim. Eu nunca atendi nenhum. Eu acho que a enfermeira já atendeu, eu tenho a impressão[...] Mas eu mesmo, não, nunca. (MÉDICO – 2).

No próximo tópico desta dissertação realizaremos uma discussão comparando os resultados por nós encontrados, com os de outras pesquisas científicas sobre o tema. E, em seguida, virão as conclusões e considerações finais a que podemos chegar após as análises realizadas.

7. DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos profissionais que atuam na ESF de Olinda e que participaram desta pesquisa, uma das características que mais chamou atenção foi o fato desse grupo ser majoritariamente formado por mulheres. Resultados semelhantes também foram encontrados nos trabalhos que se debruçaram sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais da ESF em outras cidades brasileira como visto em Canesqui e Spinelli (2006); Luna, Ferreira e Vieira (2010), Garbin et al (2011) e Oliveira et al (2012).

Esse processo de feminilização do setor Saúde tem sido vastamente reportado por autores como Ávila e Correia (1999), Lopes e Leal (2005) e Gil (2005), os quais afirmam que tal situação se dá principalmente por motivos que vão desde as influências dos movimentos feministas ocorridos no século XX (que levaram as mulheres a lutarem pela conquista de espaços compreendidos classicamente como exclusivamente masculinos) ao fato de que as atividades relacionadas ao cuidado são entendidas socialmente como próprias da mulher. Corroboram ainda para isso, conforme também indicado por Luna, Ferreira e Vieira (2010), o fato de que a enfermagem – área historicamente composta por integrantes do sexo feminino – foi a categoria profissional com maior percentual de participação no presente estudo (representando 49,5% do total de entrevistados).

A idade dos profissionais encontra-se predominantemente entre 31 e 50 anos (79,4%), contudo, com média de 41,6 anos. Esse perfil de faixa etária é semelhante ao apontado por Canesqui e Spinelli (2006), que identificou a predominância de profissionais “maduros” atuantes na ESF do estado do Mato Grosso. Porém, enquanto esse mesmo trabalho e os de Luna, Ferreira e Vieira (2010) – que foi realizado com profissionais da ESF da cidade de Fortaleza-CE – e Oliveira et al (2012) – realizado nas USF de São Joaquim do Monte-PE – encontraram uma maioria percentual de profissionais com estado civil casado (51,4%; 53,2% e 58,5%, respectivamente), na presente pesquisa foi encontrada uma ligeira maioria de profissionais sem companheiros(as) (50,5%). Apesar disso, da mesma forma que nas investigações de Lima et al (2011) e Oliveira et al (2012), a maioria dos entrevistados afirmou ter filhos.

Não foi evidenciada associação entre o desfecho estudado (a notificação da violência) e as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, ter filhos, praticar alguma religião, tempo de formação e tempo de atuação na ESF de Olinda. Apesar da categoria profissional também não ter se mostrado associada à variável dependente, é importante destacar que os profissionais da Odontologia foram aqueles que apresentaram o

menor percentual de realização da notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes. Esse dado corrobora os resultados encontrados por Silveira et al (2005), Luna, Ferreira e Vieira (2010) e Lima et al (2011).

É interessante destacar que trabalhos como os de Carvalho et al (2001) e Silva (2009) apontam que os cirurgiões-dentistas possuem grandes possibilidades de identificar a violência perpetrada contra crianças e adolescentes, em função da natureza contínua do atendimento odontológico, assim como da alta frequência da ocorrência de agressões nas regiões da face, cabeça e pescoço. Dessa forma, uma das possíveis explicações para que a presente pesquisa e os outros estudos citados no parágrafo anterior tenham encontrado um diminuto percentual de notificações realizadas por esses profissionais provavelmente se deve a uma atuação eminentemente clínica desses trabalhadores, voltada principalmente para os problemas da cavidade oral – desconsiderando o atendimento integral e humanizado como princípio a ser seguido –, exceto nos casos em que ocorram traumas orofaciais ou dentais. Contribuem também para isso o fato de que as questões relativas à violência tradicionalmente não são abordadas nos cursos de formação da área de Saúde, como claramente explicitado pelo “Cirurgião-dentista – 1” na abordagem qualitativa.

Ainda no tocante ao perfil dos profissionais, a pós-graduação mostrou-se como uma variável intimamente relacionada à tomada de decisão do profissional em notificar, ou não, os casos de violência contra crianças e adolescentes. Embora a menor parte dos entrevistados tenha especializações na área de Saúde Coletiva (46,7%), aqueles que as possuem mostraram quase 10 (dez) vezes mais chances de notificar os casos, quando comparados aos que não têm essa formação. No mesmo sentido, a pesquisa de Luna (2007) encontrou 46,8% dos profissionais atuantes na ESF de Fortaleza-CE com especialização em Saúde Coletiva. Porém, mesmo também tendo evidenciado associação entre essa variável e a notificação por parte do profissional, a pesquisadora não chegou a mensurar o quantitativo de chances a mais que esse profissional tem em proceder à notificação da violência contra crianças e adolescentes em comparação a profissionais que não apresentam essa titulação.

Outro fator relacionado à formação mais especializada do profissional é observado entre aqueles que possuem pós-graduação em outra área que não seja a Saúde Coletiva. Esse aspecto é importante, pois, os profissionais que aludiram ter especialização em outra área de formação apresentaram 57% menos chance de notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes. Como essas especializações são majoritariamente voltadas a questões clínicas específicas, esses dados podem ser um reforço do que demonstram os trabalhos de Deslandes (1999), Moura e Reichenheim (2005), Luna, Ferreira e Vieira (2010) e Oliveira et al (2012).

Esses autores afirmam que, diante dos casos de violência, muitos profissionais de saúde tendem a tornar sua prática meramente curativista, voltando-se exclusivamente aos cuidados das lesões físicas e raramente se empenhando em prevenir, diagnosticar e, conseqüentemente, notificar a origem das injúrias apresentadas pelos usuários que chegam às unidades de saúde.

Essa conduta pode ser explicada pelo fato de que a grande maioria dos profissionais de saúde ainda é formada dentro de um paradigma biomédico que orienta sua atuação clínica, o que gera nesses profissionais uma supervalorização das lesões visíveis e pouquíssimo interesse em investigar e conhecer as causas que levaram à ocorrência da lesão. Em detrimento disso, as ações de escuta clínica ampliada, prevenção e promoção da saúde – capazes de evitar (impedir, refrear) o surgimento de novos casos – ficam relegadas quando muito a um segundo plano.

Apenas 36,4% dos profissionais da ESF de Olinda já notificaram algum caso de violência contra crianças e adolescentes e a maioria desses acompanhou o caso posteriormente. Esse percentual encontrado no presente estudo é similar aos relatados nas pesquisas empreendidas por Luna, Ferreira e Vieira (2010), Lima et al (2011) e Oliveira et al (2012) – respectivamente 41,4%; 25,3% e 19,5% –, as quais também investigaram a conduta dos profissionais da ESF de outros municípios brasileiros diante dos casos de agressões contra menores de 19 anos.

É de notório conhecimento da sociedade em geral e da comunidade acadêmica que o fenômeno da violência atinge importante parcela da população abrangendo todas as camadas sociais e repercutindo de forma significativa na saúde e na vida das pessoas por ela atingidas. Apesar disso, trata-se de uma problemática extremamente subnotificada, cujos dados obtidos até o presente não são capazes de expressar sua real dimensão. Dessa forma, tanto pelas razões já apresentadas quanto por sua relevância, a violência requer atenção e ações de caráter emergencial, uma vez que se configura numa “epidemia” ainda que “silenciosa” (BRASIL, 2008a), o que faz com que situações dessa natureza tendam a ficar encobertas aos olhos do profissional que trabalha nos serviços de saúde.

Em nosso estudo, é possível constatar um fato inegável: ainda ocorre muita subnotificação de violência contra crianças e adolescentes. E isso se dá em decorrência de vários motivos como o receio do agente notificador sofrer represálias por parte do agressor, além de fatores – como afirmado por Vecina e Machado (2010) – que vão desde a fragmentação dos diversos saberes da área da Saúde (que têm dificuldades para dialogar entre si e com outros setores), passando pela falta de treinamento dos profissionais para a identificação de casos, até a compreensão equivocada por parte de alguns de que lidar com

peças em situação de violência é um trabalho a ser realizado especificamente por assistentes sociais ou psicólogos. Essa última situação é apontada na fala da profissional identificada como “Médica – 5”.

Pode-se citar ainda, dentre outros fatores que contribuem para a não notificação, a aceitação social da violência contra essa população com finalidade educativa, o que faz com que situações que envolvem castigos severos e espancamentos sejam naturalizadas. Essa conduta reforça a crença de que as situações vivenciadas no ambiente familiar são algo de foro privado, interessando apenas aos que fazem parte daquele grupo social, não devendo se tornar público. Tal mentalidade precisa ser urgentemente revista, pois, quando a violência consiste numa forma de relação que se estabelece no interior das famílias é preciso sim desnaturalizá-la e denunciá-la, tratando-a como um desafio a ser superado.

Deslandes et al (2011) destaca que a informação é essencial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes e a restauração de seus direitos que foram violados. Esses autores lembram também que, ainda que de forma lenta, o setor Saúde tem progredido no aperfeiçoamento de sistemas de informações voltados para as situações de violência, no entanto os demais setores públicos, exceto a Segurança Pública e o Judiciário, ainda não apresentaram iniciativas abrangentes e sistematizadas sobre essa problemática, como é o caso da Educação, por exemplo. Essas informações possibilitam que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS (nos âmbitos federal, estadual e municipal) definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção a violências e promoção da saúde e da cultura de paz. Tais políticas devem ser pensadas através da articulação dos diversos integrantes da rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes, tanto intra-setorial como intersetorialmente.

Dessa forma, é consensual na literatura científica que a notificação consiste, portanto, num instrumento de suma importância para dimensionar a magnitude dos casos de violência, permitindo também estimar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência, assim como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de redes de proteção (FERREIRA e SCHRAMM, 2000; GONÇALVES e FERREIRA, 2002; SALIBA et al, 2007; DESLANDES et al, 2011). Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento adequado para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação (SALIBA et al, 2007).

Considerando o ECA e o papel dos profissionais de saúde na formação das redes de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência, a notificação deve, sobretudo, acionar o Sistema de Garantia de Direitos, visando proteção infanto-juvenil e a interrupção das formas de abuso (DESLANDES, 2011). É necessário também deixar claro que o profissional notifica um determinado caso de violência no intuito de proteger a vítima e não com o objetivo de punir o agressor.

Encontramos nesta pesquisa um elevado percentual de profissionais (86%) que já suspeitaram ao menos uma vez de alguma situação característica de violência contra crianças e adolescentes durante o desenvolvimento de suas atividades em Olinda. Contudo, menos da metade deles já presenciou esse tipo de violência, bem como prestou atendimento a vítimas dessas situações. Esses dados dialogam com aqueles apresentados por Garbin et al (2011), no qual 90,7% dos profissionais entrevistados na ESF de São José do Rio Preto-SP afirmaram ter suspeitado ou presenciado situações de violência contra crianças e adolescentes ao menos uma vez durante o exercício de sua profissão no SUS.

Mesmo que as vítimas da violência muitas vezes não cheguem à USF em busca de ajuda ou o profissional não consiga identificar casos nas visitas domiciliares, os casos que ocorrem na região próxima à USF podem ser levados informalmente ao conhecimento do profissional pelos ACSs, por exemplo. Essa informação pode ser oportuna para investigação e notificação, mesmo que exista apenas a suspeita sem confirmação da agressão (BRASIL, 2010a). Também é interessante observar que, embora 86% dos entrevistados já tenham suspeitado, ao menos uma vez, de algum caso de violência, apenas 36,4% dos profissionais notificaram esse caso, o que demonstra a magnitude da subnotificação da violência contra crianças e adolescente em Olinda, uma vez que o ECA e o MS estabelecem que a simples suspeita de violência deve ser obrigatoriamente notificada.

A maioria dos profissionais da ESF de Olinda concorda que a violência é um tema que precisa fazer parte das discussões empreendidas pelo setor Saúde. Os entrevistados que partilham dessa opinião apresentaram quase 20 vezes mais chances de notificar um caso de violência contra crianças e adolescentes em comparação aos que se posicionam de forma contrária a essa percepção. Contudo, entre os profissionais que discordam desse posicionamento, 70,8% alegam que a violência é um assunto que diz respeito apenas à área criminal ou à Justiça e 29,2% argumentam que essa é uma questão que deve ser abordada pelas Ciências Sociais, mas não pela saúde. Tal percepção dos profissionais também é apontada por D'Oliveira e Schraiber (1999), Schraiber et al (2003) e Vecina e Machado (2010). Ela nos faz deduzir o quanto as concepções pessoais dos profissionais de saúde podem

interferir em sua práxis de atuação, o que só reforça a necessidade da criação de estratégias para a sensibilização de todos aqueles que atuam na rede de assistência à saúde.

Para Vecina e Machado (2010), pode-se observar que embora existam profissionais de saúde que tentam colocar a violência distante de suas vivências no ambiente de trabalho (considerando-a como uma problemática que não lhe diz respeito) cada vez mais, eles se deparam com situações de violência que os obrigam a retirar a venda dos olhos. Dessa forma, ao tratar a violência como um problema de saúde, o MS cria uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes, pois, passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor, nem da vítima, mas, uma questão multifatorial em que a sociedade participa da sua gênese e chega ao setor Saúde frequentemente camuflada como lesão, traumas entre outros. Segundo o documento Normas e Manuais Técnicos do MS (BRASIL, 2002b), o manejo dos casos de violência exige uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar evitando a clássica divisão entre a Clínica e a Saúde Coletiva, uma vez que, para lidar com tais situações, os profissionais necessitam lançar mão de um plano de intervenção que reúna aspectos das duas vertentes.

Assim, sob a articulação desses dois principais ramos das Ciências da Saúde, podem-se compreender os diversos escopos da violência, bem como as relações que ela mantém tanto com os fatores que a determinam quanto com as consequências que causa na saúde dos indivíduos. Nesse sentido, de acordo com Assis e Constantino (2003), a área da Saúde acabou assumindo para si uma considerável responsabilidade, uma vez que, além de participar da prevenção dos casos, as instituições de saúde são, geralmente, os locais de mais frequente identificação da violência.

A maior parte dos profissionais da ESF de Olinda concorda que os casos de violência devem ser atendidos na USF e essa percepção faz com que eles tenham 4 (quatro) vezes mais chances de notificar esses casos em comparação com aqueles que não concordam com essa premissa. Esses últimos apresentaram como justificativas para o não atendimento de tais casos na USF: os riscos a que os profissionais estão expostos pela falta de segurança das unidades, a falta de estrutura das unidades para a prestação de um atendimento de qualidade e a ausência de uma rede de suporte que auxilie os profissionais da USF.

É verdade que a ESF tem se organizado de maneiras muito variadas entre os municípios brasileiros, possuindo diferentes momentos de implantação, pluralidade de modelos de trabalho e formas de gestão da saúde, como apresentado pela Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos (BRASIL, 2002a). Essas e outras características podem contribuir para que uma parcela dos profissionais

não concorde que as vítimas de violência devam ser atendidas nas USF, contudo, não se pode perder de vista que um dos principais pilares que alicerçam a APS é o chamado primeiro contato, uma vez que, como amplamente já explicitado, a ESF constitui a porta de acesso primordial em relação a todas as instâncias e níveis de atenção da rede de serviços de saúde do SUS (OPAS, 2007; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012).

Os participantes que relataram ter sofrido violência em alguma fase da vida são 5 (cinco) vezes mais sensíveis a notificar casos de violência contra crianças e adolescentes. Esse resultado é dissonante do referido por Luna, Ferreira e Vieira (2010), trabalho no qual não foi encontrada uma associação com significância estatística entre essas duas variáveis. Porém, embora seja difícil para o profissional lidar com questões dessa natureza, acreditamos que, pelo fato dele ter vivenciado situações semelhantes na condição de vítima, provavelmente ocorra mais facilmente o processo de empatia entre ele e o vitimado. Em outras palavras, é mais fácil para os entrevistados que já sofreram violência se colocar no lugar daqueles que se encontram nessa situação, fator que pode ser capaz de provocar uma mobilização dos profissionais com vistas a notificar os casos.

Embora a maior parte dos entrevistados perceba a comunidade em que atua como sendo uma localidade violenta, apenas 38,3% já presenciaram alguma situação de violência no território adscrito. Por sua vez, esses foram os que apresentaram aproximadamente 8 (oito) vezes mais chances de notificar casos de violência quando comparados a quem nunca presenciou. Essa associação talvez também possa ser explicada pelo processo de empatia para com a vítima, como pela consciência da conduta que o profissional deve adotar na intervenção de casos de maus-tratos conforme aponta o ECA (BRASIL, 1990).

Da mesma forma, os profissionais que trabalham em USFs em que há discussões internas sobre o tema da violência contra crianças e adolescentes têm 5 (cinco) vezes mais chances de notificar esse tipo de agressão. Esse resultado dialoga no mesmo sentido do apresentado no estudo conduzido por Garbin et al (2011), realizado na cidade de São José do Rio Preto-SP, que também encontrou associação entre o fato de haver esse tipo de discussão nas USFs do município e a notificação da violência. Portanto, como ressaltado pelo MS (BRASIL, 2010a), é importante que sejam promovidas discussões sobre temas relacionados a essa questão durante as reuniões da equipe multiprofissional atuante na ESF.

Os profissionais que atuam em USFs que já possuem procedimentos estabelecidos para notificar e encaminhar os casos de violência apresentaram maiores chances de notificá-los, quando comparados aos profissionais que trabalham em serviços que ainda não possuem protocolos estabelecidos para o mesmo fim. Sobre essa questão, Moura e Reichenheim (2005)

afirmam que, embora a ESF já esteja implantada na grande totalidade de municípios do Brasil, muitas USFs ainda não contam com protocolos de atendimento implantados e tampouco com uma rede de informação que permita mapear e prevenir a violência no ambiente em que é produzida. Essa realidade apontada por esse estudo, juntamente com os dados obtidos na presente investigação podem nos levar a crer que o estabelecimento de protocolos fixos com vistas a proceder à notificação e o encaminhamento dos casos de violência contra crianças adolescentes que chegam à USF são fatores que atuam estimulando os profissionais a registrar essas ocorrências conforme afirmam Gonçalves e Ferreira (2002).

O fato de os profissionais conhecerem a ficha de notificação contribuiu em 10 (dez) vezes mais chances para o ato da notificação quando comparados aos que não conhecem esse mesmo formulário. Embora 75,7% dos entrevistados tenham afirmado que conheciam a ficha de notificação em Olinda, os trabalhos de Luna, Ferreira e Vieira (2010) e Garbin (2011) mostram percentuais diferentes do encontrado em nossa pesquisa. No trabalho cearense, 48% dos entrevistados afirmaram conhecer a ficha e no estudo paulista apenas 11,1% dos entrevistados aludiram conhecê-la. Como em Olinda 73,8% dos profissionais afirmaram que a USF em que atuam possui uma ficha específica de notificação da violência, acreditamos que essa presença da referida ficha nas USFs justifique o elevado grau de conhecimento dos profissionais acerca da mesma.

O fato de a USF possuir a ficha de notificação favorece que o profissional notifique, o que reforça a imprescindibilidade de que todas as unidades de saúde possuam esse formulário e de que os profissionais saibam de sua existência no ambiente de trabalho. Embora o trabalho de Luna (2007) aponte que 41,5% dos participantes de seu estudo tenham afirmado que a USF em que atuam possui uma ficha de notificação de violência, não foi pesquisada uma possível associação entre essa variável e a notificação.

A maior parte dos profissionais disse que não foram abordadas questões sobre a violência contra crianças e adolescentes em sua formação, corroborando o que afirmam Jaramillo e Uribe (2001) e Oliveira (2002). De acordo com Murofuse et al (2009), a educação permanente mantém estreita relação entre o processo formativo e o processo de trabalho em saúde, porém observa-se hoje que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Esse é um dos motivos que contribuem para o despreparo dos profissionais de saúde nos momentos em que precisam oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas de violência.

Nesse sentido, os profissionais que vivenciaram discussões dessa natureza em seus cursos de formação profissional apresentaram 3 (três) vezes mais chances de notificar os casos de violência. De forma semelhante, encontramos um maior percentual de profissionais que afirmou que a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde não foi abordada ao longo de sua formação acadêmica e profissional. Em contrapartida, os poucos profissionais que tiveram acesso a essa informação em seu processo de formação apresentaram 14 (catorze) vezes mais chances de notificar casos de violência contra crianças e adolescentes.

Esses resultados revelam a existência de uma dicotomia entre o ensino nas universidades e os preceitos do SUS no que tange à prática profissional. Teoria e prática não andam juntas e não se complementam, o que pode sugerir que esse é um dos fatores responsáveis pelo despreparo dos profissionais em lidar com os casos. Indagamo-nos como um profissional pode ser obrigado a notificar algo que em sua formação sequer foi abordado e que, portanto, não conhece? Souza et al (2009) apontam que apesar de considerar o esforço do setor Saúde em recomendar as ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção de violência e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implementação da política específica, as modificações curriculares das graduações nessa direção ainda são lentas, pontuais e pouco conhecidas.

Essas questões substanciam a importância da abordagem de temas relativos à violência (e à obrigatoriedade de sua notificação) nos cursos de graduação e pós-graduação, uma vez que o ECA e, mais recentemente, o MS tornaram compulsória a notificação da violência. Entretanto, é preciso, antes de tudo, sensibilizar o profissional para que ele notifique os casos de que tiver conhecimento, pois as leis que tornam esse ato compulsório, *per si*, são incapazes de mudar culturas, percepções e condutas de trabalho. Se não houver essa abordagem no currículo dos profissionais, os mesmos não estarão sensibilizados acerca da importância do ato de notificar e dos benefícios atrelados a tal ação, sobretudo quando ela é executada sob a forma de rede (ou seja, articulada a outras instâncias da sociedade). Em consequência dessa não sensibilização, esses profissionais terão que corrigir, já no processo de trabalho, essa deficiência.

A maior parte dos inquiridos nessa pesquisa respondeu que o profissional de saúde é obrigado a notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes e apresentou mais chances de notificar essas situações quando comparada aos que responderam que os trabalhadores da saúde não são obrigados a notificar tais casos. É fato que os profissionais de saúde, no dia a dia do serviço, quando vivenciam a suspeita ou a constatação de violência

contra criança e adolescente em seu ambiente de trabalho, possuem a obrigação legal e moral de identificar e notificar os casos, obrigação prevista, entre outros, no ECA, nas Portarias nº 1968/2001 e 104/2011 do MS, nos Códigos de Ética Profissionais (BRASIL, 1990; BRASIL 2001b; BRASIL, 2011; SALIBA et al 2007). Entretanto, uma questão pertinente a se mencionar sobre essa obrigatoriedade é o fato de que, embora o MS tenha incluído a violência na lista de doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2011) – passando a figurar ao lado de enfermidades como dengue, hanseníase e tuberculose –, há de se considerar o fato de que dificilmente algum profissional de saúde sofrerá retaliação por parte da comunidade só porque notificou um caso de dengue, por exemplo. Isso faz com que percebamos o quão diferente é a lógica, a dinâmica e a prática da notificação da violência contra crianças e adolescentes, em comparação a qualquer outra doença que faça parte de mesma lista ministerial.

Os entrevistados que acreditam que a notificação deve sim ser uma das atribuições que competem ao profissional da área de saúde também apresentaram maiores chances de notificar, em relação aos que pensam o contrário. Nesse sentido, Vecina e Machado (2010) apontam que ainda existe uma compreensão equivocada por parte de alguns profissionais de que lidar com pessoas em situação de violência deve ser uma atribuição de outros profissionais como os assistentes sociais ou psicólogos, o que também foi observado nas falas de alguns entrevistados da presente investigação.

Como em outras regiões do país, na cidade de Olinda, foi estabelecido pela SMS que os únicos profissionais que podem notificar situações de violência são aqueles que possuem nível superior. Essa decisão foi tomada com o objetivo de proteger os profissionais de nível médio, como o ACS, dado que este é um membro da Equipe de Saúde da Família que reside na comunidade onde acontecem os casos de violência e, assim, poderia se tornar um alvo potencial de retaliações por parte do agressor, da família e/ou da comunidade, caso executasse a notificação. Contudo, de acordo com o ECA e as já citadas Portarias publicadas pelo MS que versam sobre a obrigatoriedade da notificação por profissionais de saúde, todo e qualquer profissional pode notificar tais situações. Seria esse um exemplo de interpretação da Lei para que esta esteja a favor do homem e não o homem subjugado inflexivelmente a esta.

Os profissionais que tiveram a oportunidade de participar de processos de capacitação ou treinamentos na área de intervenção ou prevenção à violência também mostraram mais chances de notificar casos de violência contra crianças e adolescentes quando comparados aos que nunca participaram, o que está em consonância com os resultados encontrados no estudo de Lima et al (2011). Por outro lado, a pesquisa de Luna, Ferreira e Vieira (2010) não

apresentou associação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Dessa forma, supomos que a associação encontrada em nossa pesquisa deve-se ao fato de que 70% dos profissionais da ESF de Olinda relataram já ter participado de capacitações na área de combate e prevenção à violência, enquanto no estudo realizado em Fortaleza esse percentual foi de aproximadamente apenas 30%. Para nós, é patente que se o profissional vivenciou momentos de treinamento com o objetivo de atuar frente à situação de violência contra crianças e adolescentes, ele está mais sensibilizado, qualificado e disposto a notificar os casos de que tiver conhecimento.

Segundo Minayo e Deslandes (2007), a Secretaria de Vigilância à Saúde do MS tem procurado capacitar os profissionais responsáveis pelos registros dos dados do tema aqui tratado, para que busquem qualificar os registros em diversas partes do país. Entretanto, a constante rotatividade de profissionais da ESF, não só de Olinda como de outras cidades, faz com que alguns treinamentos e capacitações não surtam o efeito esperado nos municípios e que muitas ações de intervenção desenvolvidas pela SMS não se efetivem.

A maior parte dos profissionais entrevistados nunca leu livros e/ou artigos científicos sobre o tema, porém aqueles que já leram apresentaram mais chances de notificar casos de violência contra crianças e adolescentes. Este estudo também encontrou associação entre o conhecimento que os profissionais possuem a respeito do ECA e a notificação da violência, uma vez que aqueles que conhecem o ECA têm 8 (oito) vezes mais chances de notificar casos. Tais associações também foram apontadas em Luna (2007), mas não foram encontradas por Garbin et al (2011). Defendemos que, numa sociedade em que há a violação de tantos direitos humanos diariamente, conhecer o ECA e a função que ele atribui ao profissional de saúde é qualificar ainda mais o “fazer em saúde”.

Apenas 22,4% dos entrevistados conhecem alguma lei ou portaria que versem sobre a obrigatoriedade da notificação da violência pelos profissionais de saúde. Esse dado encontra eco no resultado apontado pelo estudo de Garbin (2011), no qual apenas 24,5% dos entrevistados afirmaram conhecer algum documento dessa ordem. Além disso, constatamos que os profissionais que têm esse conhecimento apresentaram mais chances de notificar os casos. Esse desconhecimento acerca da obrigatoriedade da notificação – também indicado por D’Oliveira e Schraiber (1999), Schraiber et al (2003), Ishida (2008) e Vecina e Machado (2010) – é extremamente preocupante, posto que muitos casos de violência poderiam ser identificados e os profissionais podem estar deixando passar essas oportunidades por não terem conhecimento legal dessa compulsoriedade.

Um dado contraditório que encontramos diz respeito ao fato de que enquanto 78,5% dos entrevistados alegaram conhecer o ECA, 22,% afirmaram não ter conhecimento sobre documentos que tornam a notificação da violência um ato compulsório. Uma vez que o ECA é um desses documentos legais, esse achado contraditório pode refletir que ter conhecimento do ECA não significa que o profissional o leu e saiba do que se trata. No estudo de Garbin et al (2011), foi constatado que a grande maioria dos profissionais ainda desconhece os aspectos legais e práticos relacionados com a notificação de violência contra crianças e adolescentes.

Embora mais da metade dos profissionais se considere capacitada para identificar e notificar um caso de violência infanto-juvenil, apenas 30,8% se sentem encorajados a notificá-lo. Aqueles que se sentem capacitados para identificar e notificar apresentaram respectivamente 5 (cinco) e 8 (oito) vezes mais chances de notificar os casos agressões contra crianças e adolescentes. Já os que se sentem encorajados a realizar a notificação apresentaram 13 vezes mais chances de notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes. Observamos que essas associações se comportam de maneira gradual, ou seja, as chances de notificação aumentam à medida que os profissionais se sentem capacitados para identificar os casos, aptos a notificar essa situação e encorajados a registrar tal ocorrência.

O baixo percentual de profissionais pouco encorajados a notificar os casos se deve a vários motivos que atuam como entraves no processo de notificação. Entre estes, destacamos 5 (cinco) categorias detectadas na abordagem qualitativa: fatores relacionados ao medo, ao despreparo dos profissionais e da equipe da ESF, à ausência de rede e articulação com outros setores, ao processo de trabalho e à comunidade.

No primeiro grupo apresentado, estão o receio de sofrer represálias por parte do agressor (óbice mais referido pelos entrevistados), o receio de sofrer consequências no trabalho, o medo de acabar prejudicando a vítima e o medo de represália aos ACS. Também fazem parte desse conjunto a possibilidade do fluxo da ficha não ser sigiloso – com consequente identificação do agente notificador – e a exposição dos profissionais que podem se tornar mais vulneráveis a retaliações. Essa prática profissional calcada no medo constante que os profissionais de saúde vivenciam e que acaba por agir como um obstáculo para a notificação da violência também é apontada por Faleiros (2006), Luna (2007) e Oliveira et al (2012).

Dessa forma, pode-se afirmar que, em Olinda, os profissionais da ESF encontram-se entre as amarras do medo e o dever socio sanitário no momento em que precisam tomar a decisão de notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes. Entretanto, acreditamos que, a partir da implementação de processos de educação continuada, da

ampliação de redes que forneçam um suporte para os agentes notificadores e da melhoria dos entes protetores à criança e ao adolescente, pode-se diminuir o grau de insegurança dos profissionais da ESF e, assim, aumentar o número de notificações de maus tratos sofridos pela população infanto-juvenil, como também apontam Luna, Ferreira e Vieira (2010).

No segundo grupo (referente aos fatores relacionados ao despreparo dos profissionais e da equipe da ESF), figuram o fato do profissional não saber como ou a quem notificar, não saber identificar os casos com exatidão, o preenchimento complexo da ficha e o despreparo da equipe de saúde para lidar com situações marcadas pela violência. Tais fatores obstaculizadores também são referidos nos escritos de Oliveira (2002), Mendez et al (2003); Nunes, Sarti e Ohara (2009); Luna, Ferreira e Vieira (2010) e Oliveira et al (2012).

Alguns dos entrevistados alegam que a ficha de notificação é extensa, complexa e de difícil preenchimento, além de requerer informações de difícil abordagem e acesso como a alusão à orientação sexual e detalhes nos casos de violência sexual, podendo, por vezes, causar constrangimentos à vítima ao expor ou relatar os fatos. Mesmo não sendo reportados pela maioria dos participantes da presente pesquisa, esses possíveis entraves à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes mais uma vez evidenciam a necessidade constante de realização de oficinas de treinamento e capacitação junto às equipes de saúde, servindo como estratégia para superar tais obstáculos. Esses momentos de formação devem ser conduzidos com o objetivo de auxiliar os profissionais a se sentirem preparados para identificar os casos com exatidão, despertar para o manejo adequado das situações de violência, reconhecer e utilizar a ficha de notificação, como também saber para onde devem encaminhar as vítimas após o atendimento inicial na USF, conforme indicam a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) e o trabalho de Garbin et al (2011).

Dentre os fatores dificultadores do terceiro grupo encontram-se: a falta de comunicação e articulação com outros setores, a ausência de uma rede de suporte, o não *feedback* dos casos por outros setores, como também a burocracia presente nestes – fatores também apontados por Nunes, Sarti e Ohara (2009). O fato de os entrevistados se sentirem isolados dos profissionais que atuam em outros setores sociais – os quais poderiam contribuir na abordagem e tratamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes junto com os profissionais de saúde – reforça a importância da construção de uma rede social de suporte às crianças e adolescentes vítimas de violência.

Meirelles e Silva (2007) afirmam que o conceito de rede se transformou em uma alternativa prática de organização solidária com capacidade integrativa das várias políticas e setores públicos e privados que compartilham do mesmo objetivo. Assim, dependendo das

situações concretas, as ações coletivas demandam o estabelecimento de alianças com as áreas de Educação, Serviço social, Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Poder Legislativo e, imprescindivelmente, com os movimentos sociais, visando à promoção de uma sociedade cujo valor primordial seja a vida (e não a morte) e à convivência saudável entre seus cidadãos.

Como a violência exige intervenções múltiplas por parte de todos os setores da sociedade, as redes se constituem em meios eficazes para atuação sobre a violência, dividindo as responsabilidades e apoiando os profissionais das várias áreas, com o objetivo de transformar realidades sociais. O trabalho em rede junto ao fenômeno da violência implica na alteração de padrões de comportamento por parte dos profissionais, instituições, famílias e comunidades para que possam se co-responsabilizar pela tarefa de proteção daqueles que necessitam.

Contudo, antes de o setor Saúde se articular com outras instâncias sociais, é necessário que sua rede interna de serviços esteja trabalhando com foco sobre uma mesma ótica de atuação através da pactuação e estabelecimento de fluxos de encadeamento assistencial (referência e contra referência) para onde os casos devem ser encaminhados. Na abordagem quantitativa dessa pesquisa, verificou-se que os profissionais que sabem para onde devem encaminhar as vítimas e os que conhecem outros serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência apresentaram mais chances de notificar os casos, resultado consoante com o encontrado por Luna, Ferreira e Vieira (2010).

Através dos relatos dos entrevistados em Olinda, pode-se deduzir que a SMS ainda não estabeleceu protocolos de atendimento e fluxos de referência para encaminhamento dos casos de violência ao longo da linha de cuidado integral que deve ser fornecido às vítimas. Nesse sentido, é fundamental que se estabeleça um diálogo entre os serviços clínicos (USF, policlínicas e hospitais) e a Saúde Pública, ultrapassando a tentação de medicalizar a violência.

Os profissionais que atuam em Equipes de Saúde da Família as quais discutem questões relacionadas à violência com outros setores da sociedade apresentaram mais chances de notificar um caso de violência contra crianças e adolescentes que chegue à USF. Entretanto, o percentual de equipes que promovem e participam desse debate é apenas 12,1%. O setor mais referido – logo, o que mais dialoga com a ESF – é o da Educação e as escolas são apontadas como os principais espaços físicos onde se dá essa discussão.

Tais resultados demonstram uma fragilidade da rede social de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência, bem como a tímida participação do setor Saúde (por meio

de seus profissionais) na mesma. Essa realidade pode-nos fazer suspeitar de que a cidade ainda não conta com uma rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência. Ou, se conta com essa rede, o setor Saúde ainda não participa formalmente da mesma, dada a tamanha falta de articulação dos profissionais da ESF com outros órgãos que mourejam com as questões ligadas à violência contra crianças e adolescentes.

Dessa forma, instituições intra e extra Saúde – cuja proposta de atuação seja a redução da violência e a edificação de uma sociedade pautada em princípios igualitários, solidários e de respeito aos direitos humanos – devem ser parceiras na construção de redes de proteção que permitam o acompanhamento posterior dos casos de violência e ampliem os resultados provenientes da notificação. Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estruture a sua rede de saúde articulada com as demais redes existentes em seu território em co-autoria com todos os atores envolvidos no processo de notificação e assistência às vítimas (BRASIL, 2010a), uma vez que é função do gestor local pactuar e organizar o fluxo intersetorial do seguimento da criança, adolescente e suas famílias em situação de violências.

Pode-se afirmar, então, que, se o ato de notificar não estiver aliado a uma subsequente atuação articulada em rede junto aos outros setores de proteção à crianças e adolescentes, a notificação da violência corre o risco de se tornar apenas mais um procedimento meramente pontual e burocrático executado pelo setor Saúde e que não consegue transpor as barreiras físicas dos serviços e unidades. Questionamo-nos o quão eficiente é uma notificação realizada por um profissional que não conta com o apoio de outros setores. Nesse sentido, o documento Linha do cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010a) estabelece que a notificação é apenas uma das dimensões da linha de cuidado, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, da responsabilização pelo preenchimento, bem como o seu encaminhamento ao Conselho Tutelar.

Em relação ao fato dos profissionais não receberem um *feedback* acerca das medidas adotadas e desencadeadas após a notificação dos casos encaminhados, Ramos e Silva (2011), dizem que esse é um importante motivo que ajuda a explicar a não notificação dos casos. Como os profissionais não recebem esse retorno, tal fato pode levar à convicção de que não adianta notificar, já que essa prática pode parecer uma atitude ineficaz, improdutora e que não leva a lugar algum. Ou seja, o não retorno dos casos – nas poucas vezes em que seguem para outros setores – faz com que o agente notificador não saiba quais as providências e ações foram tomadas para além da unidade de saúde. Contudo, o próprio serviço de Vigilância Epidemiológica pode atuar oferecendo uma devolutiva para que os profissionais tenham

acesso a um consolidado das informações geradas pela notificação. Essa informação para ação poderá auxiliá-los em futuras situações semelhantes além de servir de estímulo para que este continue a notificar os casos de que tiver conhecimento.

Entre os fatores relacionados ao processo de trabalho, foram citadas as seguintes dificuldades encontradas pelo profissional para notificar: o tempo curto para atender e notificar (igualmente referenciado por Vecina e Machado, 2010) e a opção pelo não envolvimento em questões familiares dos pacientes. Esses dados indicam que a notificação não está incorporada à rotina de atividades desenvolvidas por esses profissionais e reforçam o quanto as questões relativas à violência e mediação de conflitos precisam ser trabalhadas junto aos profissionais de saúde, para que se reconheçam como importantes agentes mediadores desse processo, tendo em vista seu dever socio-sanitário. Além disso, Vecina e Machado (2010) afirmam que o conluio mantido entre os profissionais sobre o motivo pelo qual não fazem registros (a falta de tempo) é parcialmente real, e que na verdade o profissional teme registrar as falas colhidas durante a anamnese da vítima por medo de posteriormente ser chamado a responder por isso, ou então, devido a questões relativas ao sigilo profissional.

A postura dos profissionais ao mencionarem como dificuldade para notificação a opção por não se envolver em questões de ordem familiar nos surpreende, embora também tenha sido reportada no estudo de Luna, Ferreira e Vieira (2010). Acreditamos que, uma vez que o profissional optou por atuar na ESF, não há como ele não se envolver em questões familiares. E, se levarmos em conta o conceito vigente ampliado de saúde, o engajamento desse profissional mediante as questões familiares na ESF nada mais é do que uma das principais funções que ele deve desenvolver. Entretanto, Oliveira et al (2012) relatam que a falta de conscientização social dos profissionais de saúde também concorrem para os baixos índices de notificação em nosso país.

Entre os fatores intrínsecos à comunidade e que se apresentam como dificuldades encontradas pelos entrevistados no momento de notificar os casos estão a violência da localidade e a existência do pacto de silêncio na região, aspectos também mencionados por Vecina e Machado (2010). A violência se perpetua através do complô do silêncio, contudo a notificação só é capaz de quebrar essa cadeia velada quando o profissional é realmente comprometido e não notifica apenas para passar o caso para frente e não ser penalizado por conta da descoberta de sua omissão frente ao caso.

Percebe-se também que os profissionais responsabilizam a família pelo silêncio, como se coubesse apenas a ela a denúncia de situações que envolvem esse tipo de violência, sendo

que muitas vezes a família também é refém do medo (ASSIS e CONSTANTINO, 2003). É interessante notar que essa a ruptura do complô do silêncio pode se dar mais facilmente nos casos de violência doméstica do que nos de violência intrafamiliar, pelo fato de existir um componente familiar nessa última que modifica a dinâmica da violência e reforça a necessidade da manutenção do sigilo. Para Vecina e Machado (2010), o trabalho em rede apresenta-se como uma alternativa para quebrar os pactos de silêncio, assim como no fortalecimento de todos os atores de modo a tornar possível a realização de um trabalho conjunto de quebra de silêncios, de tabus e de medos, e de estabelecimento de proposições possíveis para o seu enfrentamento (VECINA e MACHADO, 2010).

É necessário ainda fazer uma ressalva ao se observar casos em que defendemos que a obrigatoriedade da notificação da violência contra crianças e adolescente precise ser revista. Segundo Santos (2005), há ocasiões nas quais o lidar cotidiano com casos de violência em comunidades consideradas violentas se caracteriza pela discrição e prudência com respeito às regras de convivência estabelecidas por um poder paralelo que domina os profissionais através do terror e medo. Essa conjuntura estimula um comportamento peculiar das equipes da ESF, caracterizado pelo imobilismo, em nome da sobrevivência, conforme explicitado por alguns dos profissionais entrevistados. Posto isso, nos indagamos se é justo obrigar a notificação num cenário onde não há uma rede que forneça algum respaldo para esse profissional.

Faz-se necessário reforçar que não são as leis, portarias, capacitações, existência da ficha de notificação entre outros fatores que serão decisivos para que a notificação, intervenção e prevenção aconteçam sob a lógica de rede. O estabelecimento de uma rede de proteção depende muito mais dos pactos estabelecidos entre os profissionais dos setores que devem atuar sobre problema, assim como do diálogo com a população no sentido de esclarecer os danos que a violência é capaz de causar nesse ciclo de vida (como o impacto na saúde mental, a deficiência no desempenho escolar, a delinquência, a baixa autoestima, a depressão etc.), prejudicando toda a família e a comunidade.

Uma das limitações desse estudo diz respeito ao número de elementos que compõem o universo pesquisado (profissionais de nível superior da ESF de Olinda), levando-se em conta a quantidade de variáveis existente no questionário para a análise quantitativa analítica na identificação dos possíveis fatores facilitadores e dificultadores do ato de notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes. Ao estratificar o número de profissionais pesquisados pelas supostas variáveis explicativas para notificação, optamos por não considerar os resultados obtidos na análise de regressão logística multivariada, pois os

intervalos de confiança das *odds ratio* mostraram-se bastante largos perdendo assim seu poder de verificar a precisão, embora seja significativa.

Essa condição nos levou a considerar apenas a análise bivariada para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, seguindo a mesma estratégia de análise adotada por vários estudos sobre o tema, como os de Luna (2007); Nunes, Sarti e Ohara (2009); Luna, Ferreira e Vieira (2010), Lima et al (2011), Garbin et al (2011) e Oliveira et al (2012). Ao usar a triangulação de métodos, atrelando a abordagem quantitativa à qualitativa, conseguimos ir um pouco mais além do que números evidenciaram, encontrando novos elementos esclarecedores sobre a questão em estudo.

Mesmo não dispondo uma validação externa para inferir a outros lugares, os resultados encontrados propiciaram uma rica informação referente à realidade da ESF na cidade de Olinda que não deve diferir muito da APS estruturada na maioria das cidades do Brasil. Desse modo, para a realidade local o estudo traz elementos que podem contribuir para as mudanças necessárias e as decisões na implementação das políticas públicas intersetoriais envolvidas no enfrentamento a violência, tendo com foco imediato o setor Saúde na perspectiva da formação de uma rede de proteção social que venha regatar os direitos humanos e sociais das crianças e adolescentes.

Por fim, cabe considerar que a violência, antes de ser um problema para investigação acadêmica, constitui-se como uma questão sociopolítica que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos e sua organização. Além disso, ela envolve também os profissionais de saúde como vítimas (muitas vezes alvos da delinquência que penetra os espaços dos serviços) e também como atores que podem contribuir para superar ou exacerbar suas expressões.

Portanto, o que não podemos é compartilhar do imaginário da naturalização, inevitabilidade e falta de controle das situações de violência contra crianças e adolescentes. Do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não-violência, mas sim a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto dos direitos humanos e da solidariedade entre seus pares e a sociedade. Por isso, o marco da promoção da saúde é central para que se instalem mecanismos e práticas a partir da APS e de outras instâncias que visem debelar ou, ao menos, minimizar essa realidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos na presente pesquisa, pode-se concluir que a maior parte dos profissionais que atuam na ESF da cidade de Olinda é do sexo feminino, com idade entre 31 e 50 anos e média de 41,6 anos. Além disso, a maioria não tem companheiro(a) em relação a situação marital, tem filhos, é formada há mais de 15 anos e atua na ESF de Olinda há, no máximo, 5 anos.

Há um baixo percentual de profissionais que já notificaram algum caso de violência contra crianças e adolescentes, sendo os cirurgiões-dentista a categoria profissional que menos notificou essas situações. Isso reforça a necessidade de sensibilização constante junto a esses profissionais para que eles percebam a importância do registro e comunicação dessas situações às outras instâncias que compõem a rede de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda.

Em relação ao conhecimento que os profissionais da ESF possuem acerca da existência de serviços que integram a rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda, pode-se concluir que há graus semelhantes de conhecimento tanto sobre os serviços intra como extra setor Saúde (embora o conhecimento sobre este último seja um pouco menor). Contudo, os relatos dos entrevistados permitiram-nos inferir que a SMS do município ainda não estabeleceu protocolos de atendimento e fluxos de referência para encaminhamento dos casos de violência nas USFs. De outra forma, caso tenha estabelecido algum protocolo, esse possui características frágeis a ponto dos profissionais da ESF não estarem empoderados do mesmo.

Além disso, podemos suspeitar de que a cidade ainda não conta com uma rede de proteção social a crianças e adolescentes em situação de violência. Ou, se conta com essa rede, o setor Saúde encontra-se consideravelmente à parte dela, dada a expressiva falta de articulação dos profissionais da ESF com os demais atores que compõem essa rede.

Muitos determinantes apresentaram-se capazes de influenciar o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de nível superior atuantes na ESF de Olinda. Entre os fatores que se mostraram associados à notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes – atuando como agentes facilitadores do processo – podem ser citados:

- o fato de o profissional possuir pós-graduação na área de Saúde Coletiva;
- a percepção, por parte do profissional, de que a violência deve ser abordada pelo setor Saúde e de que os casos devem ser atendidos nas USFs;

- o fato de o profissional ter sofrido violência em alguma fase da vida;
- o testemunho de situações de violência (em geral e contra crianças e adolescentes) na comunidade pelo profissional;
- a discussão, tanto entre a equipe de saúde quanto desta com outros setores, sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes;
- a existência de procedimentos estabelecidos na USF para notificar e encaminhar os casos;
- a existência de ficha para a notificação da violência nas unidades de saúde;
- a abordagem de temas relativos à violência contra crianças e adolescentes durante a formação do profissional, bem como sobre a obrigatoriedade de notificação dela;
- as capacitações na área de combate ou prevenção à violência vivenciadas pelos profissionais;
- a leitura de livros e/ou artigos sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes;
- o conhecimento a respeito do ECA, bem como de outras leis que obrigam os profissionais de saúde a notificar os casos de violência;
- o fato de o profissional sentir-se capacitado e encorajado para identificar e notificar os casos de violência;
- o fato de o profissional ter conhecimento de que é obrigado a notificar e conhecer a ficha de notificação;
- a concepção de que a notificação da violência deve ser uma das atribuições dos profissionais de saúde;
- o fato do profissional saber para onde deve referenciar (encaminhar) os casos notificados;
- o conhecimento por parte do profissional acerca de outros serviços de saúde que trabalham com crianças e adolescentes vítimas de violência.

Entre os elementos que se mostraram como agentes obstaculizadores do processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes podem ser citados:

- o receio que o profissional tem de sofrer represálias por parte do agressor;
- o receio que o profissional tem de sofrer consequências no ambiente de trabalho;
- a falta de articulação do setor Saúde com outros setores;

- a ausência de uma rede de proteção que forneça um suporte à vítima, à sua família e ao agente notificador;
- não saber como e a quem notificar;
- não saber identificar os casos com exatidão;
- o receio que o profissional tem de acabar prejudicando a vítima, quando o intuito é ajudá-la por meio da notificação da violência;
- o preenchimento da ficha de notificação que pode parecer complexo e extenso;
- a violência presente na comunidade;
- o tempo curto para atender os casos de rotina que chegam às USF e ainda notificar as situações de violência;
- o receio de represálias aos ACSs;
- o pacto de silêncio presente em algumas comunidades;
- o fluxo não sigiloso da ficha de notificação e a conseqüente identificação do profissional notificador;
- o não *feedback* dos casos por parte dos outros setores, bem como a burocracia deles;
- a exposição dos profissionais nas USFs, que faz com que eles fiquem mais vulneráveis à violência;
- O despreparo da Equipe de Saúde da Família para manejar da forma mais adequada as situações de violência contra crianças e adolescentes.

Todas as dificuldades apontadas pelos profissionais, aliadas muitas vezes à falta de estrutura dos serviços de saúde, colaboram para que a violência contra crianças e adolescentes continue subnotificada nos serviços de saúde. Ao incluir a violência na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, o MS avança na ampliação do reconhecimento da violência como um problema de Saúde Pública. Contudo, há de se analisar se é prudente e justo obrigar a notificação dos casos num cenário onde, muitas vezes, não há um respaldo que resguarde, ampare e auxilie os profissionais de saúde encarregados de notificar a violência.

Tendo em vista que a cultura de paz deve ser estimulada como uma conduta de promoção de saúde, julgamos que a formulação de estratégias intersetoriais que objetivem o enfrentamento da violência deve resultar na construção de uma sociedade onde o valor primordial seja a vida. Para tanto, é necessário que o setor Saúde capacite seus profissionais no intuito de que esses possam adotar as condutas mais adequadas frente aos casos de violência e reconheçam o importante papel que tem a desempenhar, junto a outros segmentos

da sociedade, na advocacia pela garantia de direitos e exercício da cidadania, construção de cidades saudáveis e melhorias na qualidade de vida, dentre outras causas.

Acreditamos que essa pesquisa cumpriu sua função oferecendo como principais contribuições à Academia e à cidade de Olinda: ter apontado algumas das causas predominantes da subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes e ter contribuído para a formulação de políticas públicas voltadas à problemática da violência, respeitando as características singulares de cada conglomerado populacional de nosso país. Contudo, como a violência possui uma grande variabilidade e mutabilidade de expressões, é importante que outros pesquisadores – comprometidos com a transformação da realidade social na qual estão inseridos – empreendam estudos que se ocupem dessa mesma seara no futuro.

9. RECOMENDAÇÕES

Fundamentando-se no panorama encontrado na presente pesquisa, ousamos sugerir algumas recomendações à SMS de Olinda com vistas a qualificar ainda mais o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por parte dos profissionais da ESF na perspectiva de formação de uma rede de proteção. Antes de qualquer coisa, ressaltamos que a notificação consiste numa das mais colaborativas ações que profissionais de saúde podem desempenhar no combate à violência. Ação esta que, quando articulada a uma rede de proteção a crianças e adolescentes, é capaz de fortalecer formulação de políticas públicas, pelo Estado, que sejam contra práticas violentas e a favor da vida. Isso posto, sugerimos:

- o desenvolvimento de programas de educação continuada que sejam paradigmáticos e tenham foco principal sobre a necessidade de instrumentalização e sensibilização dos profissionais para um olhar mais qualificado sobre a violência, uma vez que a percepção desta passa pelo seu reconhecimento;
- a inclusão, nas capacitações, de temas como noções legais que fundamentam a prática da notificação, definição de caso suspeito e confirmado de violência, fluxos de atendimento, atuação em rede e conhecimento dos serviços e atores que a compõe;
- o diálogo com todos os profissionais da APS quanto aos sinais que devem ser pesquisados para a identificação dos casos de violência, a obrigatoriedade da notificação e às estratégias de como minimizar as dificuldades que eles trazem como obstaculizadores para a notificação;

- a elaboração de manuais de orientação para a notificação e encaminhamento dos casos;
- o estabelecimento de fluxos não engessados de referência e contra-referência dentro e fora dos serviços de saúde, com várias possibilidades de encaminhamento seguindo-se os preceitos do matriciamento (cruzando projetos e funções, e sob uma gestão participativa, na qual estão envolvidos os diversos profissionais que atuam na rede de proteção social);
- a divulgação e afixação das informações relativas ao fluxo da rede de cuidados e de proteção social em locais públicos de fácil acesso, serviços de saúde, assistência social, escolas, shoppings, rodoviárias, hotéis e outros locais de grande circulação;
- proporcionar um *feedback* aos profissionais de saúde acerca das notificações da violência, para que eles percebam o quão importante é a ação de notificação que executam. Isso pode ser feito através da divulgação de boletins periódicos pela Vigilância Epidemiológica ou mesmo pelo NUPAV;
- estimular e subsidiar a elaboração de políticas intersetoriais voltadas ao combate da violência contra crianças e adolescentes sob a lógica de uma atuação em rede, fazendo com que o setor Saúde seja um agente congregador dos demais setores que trabalham com a violência contra crianças e adolescentes;
- firmar parcerias com instituições (como os conselhos tutelares, a Secretaria de Educação, as universidades, as ONGs, os movimentos sociais entre outras) com o objetivo de fortalecer os laços de convivência e confiança existentes entre elas, bem como para promover a formação de vínculos e canais de comunicação social entre as mesmas;
- atuar como ente evidenciador da necessidade de inclusão das questões relativas à violência nos currículos dos cursos da área de Saúde em instituições de ensino superior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁹

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

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836.

_____; _____; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Org.) **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.

ARANTES M. G.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr/jun. 2009.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Violência sob o olhar a saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 163-89.

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

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. **Crianças Vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

BARDIN. L. **Análise de Conteúdo**. Coimbra: Edições 70, 2009.

BEIGUELMAN, B. **Curso Prático de Bioestatística** - 4a ed. rev. Sociedade Brasileira de Genética, Ribeirão Preto, 1996.

BONALUME NETO, R. Palmada não educa, conclui análise de 20 anos de pesquisas. **Folha de S. Paulo**. Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1073966-palmada-nao-educa-conclui-analise-de-20-anos-de-pesquisas.shtml>>. Acesso em 11 de abril 2012.

BOWDITCH, J.; BUONO, A. Motivação. In: _____. **Elementos de comportamento organizacional**. Cap. 3. São Paulo: Pioneira, 1992.

BRASIL. Lei nº. 3.688, de 3 de outubro de 1941. **Lei das Contravenções Penais**. Rio de Janeiro, 1941.

¹⁹ Elaboradas de acordo com a NBR 6.023-2011 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

BRASIL. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. **Diretrizes e normas técnicas de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, v. 4, n. 2, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União.** Brasília, nº. 96, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

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. **Normas e Manuais Técnicos.** Brasília, nº. 167, série A, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano nacional de redução de violência e acidentes.** Brasília, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. **CONASS Documenta.** Brasília, nº. 16, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático prevenção de violência e cultura de paz III.** Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde às crianças e adolescentes.** Prevenção de violência e promoção da cultura de paz. Você é a peça principal para enfrentar este problema. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha do cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL 7672/2010**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante. 2010b. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>>. Acesso em 30 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, nº. 18, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família – Brasil**. Brasília, 2012a. Disponível em Sala de Situação em Saúde <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 12 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família – Olinda**. Brasília, 2012b. Disponível em Sala de Situação em Saúde <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 12 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2011. Brasília, 2012c.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005.

BUTCHART, A.; HARVEY, A. P. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2009.

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

CARIOLA, T. C. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 158-162, 1995.

CARVALHO, A. C. R.; GARRIDO, L. C.; BARROS, S. G.; ALVES, A. C. Abuso e negligência: estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente. **J. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 117-123, 2001.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CASTRO NETO, A. A criança maltratada. **Pediatria moderna**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 219-227, 1994.

CAVALCANTI, F. G.; SCHENKER, M. Violência, família e sociedade. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 57-77.

CORBO, A. M. D.; MOROSINI, M. V. Saúde da família: história da recente organização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 60-84.

_____; _____.; PONTES, A. L. M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: _____.; _____. (Orgs.). **Modelos de atenção e saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

COSTA, D. D. G.; AREJANO, V. L. T.; OLIVEIRA, A. M. N. A violência infantil e a intervenção da equipe de enfermagem na unidade básica de saúde. In: LUZ, A. M. H.; MACIA, J. R.; MOTTA, M. G. C. (Orgs.). **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. p. 113-119.

CUNHA, J. M.; ASSIS, S. G.; PACHECO, S. T. A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 462-465, 2005.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência**. 3. Ed. Curitiba, 2008.

DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. Redes: **El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2002.

DATASUS. **Mortalidade por causas externas – Brasil**, 2009a. Disponível em <www.datasus.gov.br/tabnet>. Acesso em: 27 abr. 2012.

_____. **Mortalidade por causas externas – Olinda**, 2009b. Disponível em <www.datasus.gov.br/tabnet>. Acesso em: 27 abr. 2012.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Violência Doméstica e Comunitária. In: CONTINI, M. de L.; BARROS, M. N. dos S. **Adolescência e Psicologia: Concepções Práticas e Reflexões Críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2002. p. 85-91.

DELGADO, L. F.; FISBERG, M. SIBE - Síndrome do bebê espancado. **Pediatria moderna. São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 111-116, 1990.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

_____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 4, supl. 1, p. 81-94, 1999.

_____. Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora. In: LIMA, C. A. (Org.). **Violência faz mal à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 135-141.

_____.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 16, supl. 1, p. 129-137, 2000.

_____; MENDES, C. H. F.; LIMA, J. S.; CAMPOS, D. S. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 27(8), p. 1633-1645, ago, 2011.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 19, p. 3-4, 1999.

DORIA FILHO, U. **Introdução à bioestatística para simples mortais**. Ed. 1 (7ª tiragem). Negócio: São Paulo, 1999.

DURRANT, J.; ENSON, R. Physical punishment of children: lessons from 20 years of research. **CMAJ**, DOI: 10.1503/cmaj.101314, february 6, 2012.

FALEIROS, J. M. **Estudo da prevalência de maus-tratos em crianças matriculadas de 1ª à 4ª série do ensino fundamental em escolas da rede pública e particular da cidade de Ribeirão Preto**. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

FARIA FILHO, L. M. **A infância e sua educação** – materiais, práticas e representações. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

FAUSTO, M. C. R.; MOTTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FERREIRA, A. L.; MOURA, A. T. M. S.; MORGADO, R.; GRYNER, S.; CASTELLO BRANCO, V. M. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009. p. 127-148.

_____; SCHRAMM F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-65, 2000.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. S. **Gestão em redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FONTES, E. M.; LIRA, M. M. F. L. Violência física contra a criança e o adolescente. In: VILELA, L. F. (Org.). **Enfrentando a violência na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2005.

GALLUCCI, M. Sexo com menor pode não ser estupro: STJ revê jurisprudência em caso de vítimas de 12 anos que já tinham vida sexual anterior; na época, lei falava em 'violência presumida'. **Jornal O Estado de S. Paulo**, 27 de março de 2012.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O.; COSTA, A. C. O.; QUEIROZ, A. P. D. G. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 13, n. 2, p. 17-23, 2011.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas no discurso de professoras e cuidadoras. **Texto & contexto enferm**, v. 14, n. (especial), p. 32-37, 2005.

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

GONZALES, R. S. Criança também é gente: a trajetória brasileira na luta pelo respeito aos direitos humanos da infância e da juventude. In: PIRES, C. et al (Orgs). **Direitos humanos: pobreza e exclusão**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2000.

HABIGZANG, L. F.; AZEVEDO, G. A.; KOLLER, S. H.; MACHADO, P. X. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. reflex. crit**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.

HELSINQUE. **Declaração de Helsinque**. Sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. Edimburgo, 2000.

HERMANN, I. L. **Empreendedorismo e estratégias**. Palhoça: Unisul Virtual, 2005.

HIDALGO, N. T. R.; GAWRYSZEWSKI, V. P. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes** (Guia para os profissionais de saúde). São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

ISHIDA, V. K. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Doutrina e Jurisprudência. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JARAMILLO, D. E.; URIBE, T. M. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. **Invest. educ. enferm**, Universidad de Antioquia – Facultad de Enfermería. Medellin, n. 19, supl. 1, p. 38-45, 2001.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. Abuso sexual da criança: contextualização. **Pediatr. mod**, São Paulo, v. 34, n. 27, p. 432-433, 1998.

_____; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p.227-235, 2003.

KANCHAN, T.; MENEZES, R. G. Mortalities among children and adolescents in manipal, southern Índia. **J. trauma**, Baltimore, v. 64, n. 6, p. 1600-7, 2008.

KAYE, D. K.; MIREMBE, F. M.; BANTEBYA, G.; JOHANSSON, A.; EKSTROM, A. M. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. **Trop. med. int. health**, Oxford, v. 11, n. 10, p. 1576-1584, 2006.

KELLE, U. Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods. **Forum, qualitative social research, Bonn**, v. 2, n. 1, art. 5. 2001. Disponível em <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/966/2109>>. Acesso em 20 de julho de 2012.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v. 11, n. 23, 485-501, 2007.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. (Org.) **Epidemiologia**. Atheneu, São Paulo, 2009. p. 193-220.

KORN, G. P.; CRESPO, A. C. A.; ULSON, G.; CARNEDUTTO, M. D. & GUTIEREZ, M. T. Síndrome dos maus tratos em crianças. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 34, n. 8, p. 455-460, 1998.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 419-31, 2005.

LIBERAL, E. F.; AIRES, R. T.; AIRES, M. T.; OSÓRIO, A. C. A. Escola segura. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 155-163, 2005.

LIMA, M. C. C. S.; COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M.; SANTANA, M. A. O.; ALVES, T. D. B.; NASCIMENTO, O. C.; SILVA, M. R. S. Atuação profissional da Atenção Básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 118-137, jan/jun, 2011.

LIMA, M. L. C.; SCHRAIBER, L. B. Violência e Atenção Primária à Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S.; BELTRÃO, A. B. (Orgs.). **Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade**. Volume 1: o ensino da saúde na comunidade. Recife: EDUFPE. 2008. p. 175-178.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 24, jan/jun, 105-125, 2005.

LUNA, G. L. M. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família – Fortaleza (CE)**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.

_____; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-91, 2010.

MARTINHO, C. **Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização**. Brasília: WWF, 2003.

MARTINS C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. 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. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-34, 2009.

_____; _____. **Violência contra crianças e adolescentes: contexto e reflexões sob a ótica da saúde**. Londrina: Eduel, 2011.

MAUAD, A. M. A vida das crianças de elite durante o império. In: DEL PRIORE, M. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Contexto, 2004. p. 137-176.

MEIRELLES, Z. V.; SILVA, C. A. Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. In: TAQUETE, S. R. (Org.) **Violência contra a mulher adolescente/Jovem**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007. p. 141-149.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. O sistema de informação da atenção básica como fonte de dados para os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. **Inf. epidemiol. SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p.7-18, 2001.

_____; _____. LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 2009.

MENDEZ, H. P.; VALDEZ, S. R.; VINIEGRA, V. L.; RIVIERA, R. L.; SALMERÓN, C. J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano Del Seguro Social. **Salud pública Méx**, Morelos, v. 6, n. 45, p. 472-482, 2003.

MINAYO M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant**, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, 2001.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006a.

_____. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes In: LIMA, C. A. (Org.) **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. p. 13-16.

_____. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.) **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 21-42.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

_____; DESLANDES, S. F **Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____; LIMA, C. A.; Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009. p. 43-56.

MOORE, G. W. **Developing and Evaluating Educational Research**. New York: Harper Collins Publishers, 1983.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 21, p. 1124-133, 2005.

MUÑOZ, C. **Pedagogia da vida cotidiana e participação cidadã**. São Paulo: Cortez, 2004.

MUROFUSE, N. T.; RIZZOTTO, M. L. F.; MUZZOLON, A. B. F.; NICOLA, A. L. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. **Rev. latinoam. Enferm**, Ribeirão Preto, p. 17(3), p. 314-20, 2009.

NEVES, E. B. Escrevendo a metodologia do estudo. In: NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. (Orgs.). **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Rio de Janeiro: EB/CEP, 2007. p. 45-68.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1313-1322, 2006.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e a violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 22, n. especial, p. 903-908, 2009.

OLINDA. Prefeitura Municipal de Olinda. Secretaria de Saúde. Núcleo de Geoprocessamento de Olinda / Diretoria de Planejamento em Saúde. **Olinda em mapas 2010**. Olinda, 2010. Disponível em < <http://www.slideshare.net/alhinne/olinda-em-mapas#13416685360921&hideSpinner> >. Acesso em 07 de julho de 2012.

OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: **Seminário combate à violência contra a mulher**. Minas Gerais: Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

OLIVEIRA, H. A. A violência doméstica contra a criança e o adolescente. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: EDUSP. 2002. p. 137-140.

OLIVEIRA, V.; RIBEIRO, C. R.; ALBUQUERQUE, M. C. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. **Divulg. saúde debate**, Londrina, n. 26, p. 66-72, 2003.

OLIVEIRA, M. T.; SAMICO, I; ISHIGAMI, A. B. M.; NASCIMENTO, R. M. M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

OLIVEIRA, M. L. C.; SOUZA, L. A. C. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito do Distrito Federal, Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 245-250, 2007.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª Rev. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **World report on violence and health**. Geneva: OMS, 2003.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **World report on child injury prevention**. Geneva: OMS, 2008.

OPAS – Organización Pan-americana de Saúde. **Renewing Primary Health Care in the Americas**. Washington, D.C: OPS, julho, 2007.

PAES, C. E. N.; GASPAR, V. L. V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. **J. pediatria**, Rio de Janeiro, n. 81, p.146-154, 2005.

PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (Org.). **Desenvolvimento Psicológico e Educação: psicologia evolutiva**. Tradução Francisco Franke Settineri, Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas, v. 1, 1995. p. 10-12.

PARAJARA, F. STJ diz que não é crime pagar por sexo com menores de idade e revolta juízes e promotores. **O Globo**. Disponível em <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/stj-diz-que-nao-crime-pagar-por-sexo-com-menores-de-idade-revolta-juizes-promotores-304900.html>>. Acesso em: 23 jun. 2009.

PHEBO, L.; NJAINE, K.; ASSIS, S. G. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito da gestão em saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 371-375.

PIMENTEL, A.; ARAÚJO, L. S. Concepção de criança na pós-modernidade. **Psicol. cienc. Prof**, Brasília, v. 27, n. 2, p.184-193, 2007.

RAMOS, M. L. C. O; SILVA, A. L. Estudo sobre a violência domestica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo – Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 20, n.1 p.136-146, 2011.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora São Paulo, 1985.

SACAVINO, S. Direitos Humanos à educação no Brasil: uma conquista para todos/as? In: SILVEIRA, R. M. G. (Org.) **Educação em Direitos Humanos** – fundamentos teóricos metodológicos. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. 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.

SANTANA, J. P. Desafios para as redes no campo da Saúde. In: Organização Panamericana de Saúde/OPAS. **Fórum nacional de redes em saúde**. Belo Horizonte: OPS, 2005.

SANTANA, V. S.; ARAÚJO-FILHO, J. B.; SILVA, M.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P. R.; BARBOSA-BRANCO, A.; NOBRE, L. C. C. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v 23, n. 11, p. 2643-2652, 2007.

SANTOS, N. C. **Práticas Sanitárias Frente à Violência intrafamiliar no âmbito do PSF** – Um Estudo de Caso. 2005. 155 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. A violência intrafamiliar no mundo da criança de creche e pré-escola. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 524-529, 2007.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, Proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol. estud**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher**: estudo entre três capitais. Relatório final de pesquisa. São Paulo: Ministério da Justiça/SENASP, 2007.

_____; _____. HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu. v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCODELARIO, A. S.; CAMARGO, C. N. M. F.; FERRARI, D. C. A.; SILVA, M. A. S.; MIYAHARA, R. P. **O fim da omissão**: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq, 2004.

SEI, M. B. **Desenvolvimento emocional e os maus tratos infantis: uma perspectiva winnicottiana**. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, J. L. O papel do cirurgião-dentista na notificação de casos de violência doméstica. In: 27º CIOSP - Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 2009, São Paulo - SP. **Anais Eletrônicos 27º CIOSP**. São Paulo - SP, 2009. p. 79. Disponível em <http://www.ciosp.com.br/ciosp2009/anais/PAINEL_REVISAO_LITERATURA_ANAIS_27_CIOSP.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2012.

SILVEIRA, J. L. G. C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O. B. S. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr**, João Pessoa, v. 5, n. 2, maio/ago, p. 119-126, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: SBP/ CLAVES/ ENSP/ FIOCRUZ/ Ministério da Justiça, 2001.

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Impacto da violência na infância e adolescência brasileira: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. de (Org.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004, p. 23-28.

SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; PENNA, L. H. G.; FERREIRA, A. L.; SANTOS, N. C.; TAVARES, C. M. M. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1709-1719, 2009.

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

STRECK, D. R.; VIOLA, S. E. A. A criança no Brasil: avanços e desafios na década de cultura de paz e não violência. In: PELIZZOLI, M. (Org). **Cultura de paz: restauração e direitos**. Recife: EDUFPE, 2010, p. 127-146.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. **Innocent Report Card**; n. 5. Florece: UNICEF. 2003. Disponível em: <www.unicef-icdc.org>. Acesso em 26 de abril de 2012.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília, UNICEF, 2011.

VALLADARES NETO, J. Ética em Pesquisa. In: ESTRELA, C. (Org). **Metodologia Científica**. Ensino e Pesquisa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2001, p. 407-447.

VECINA, T. C. C.; MACHADO, A. L. Desafios e possibilidades para o enfrentamento da violência: fortalecendo vínculos e construindo redes In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Orgs). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p 303-317.

VENDRÚSCOLO, T. S.; RIBEIRO, M. A.; ARMOND, L. C.; ALMEIDA, E. C. S.; FERRIANI, M. G. C.. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. **Rev. latinoam. enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 564-567, 2004.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. 1 ed. CEBELA/FLACSO: Rio de Janeiro, 2012.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. C. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São, Série Saúde & Cidadania, v. 7, 1998.

YUNES, J. Prefácio. In: WESTPHAL, M. F (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 11-12.

ZAVASCHI, M. L. S.; QUINALHA, A. F.; ENK, I.; TELELBOM, M.; DEFAVERY, R. Abuso sexual em crianças: uma revisão. **J. pediatr**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3/4, p. 130-136, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada **ENTRE AS AMARRAS DO MEDO E O DEVER SOCIOSSANITÁRIO: NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB A PERSPECTIVA DE REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**, sob responsabilidade do pesquisador **JOÃO LUÍS DA SILVA**.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em duas vias, uma das quais ficará com o Sr.(^a) e a outra, com o pesquisador responsável. Desde já, ficam garantidos o sigilo das informações fornecidas e a não penalização em caso de recusa de participação.

Este estudo tem a finalidade de identificar que fatores influenciam o processo de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes – pelos profissionais de nível superior atuantes nas unidades da ESF da cidade de Olinda – e a execução desta ação sob a perspectiva de uma atuação em rede. Sua participação poderá contribuir para a elaboração de um diagnóstico da realidade vivenciada por esses profissionais, no intuito de discutir propostas que potencializem ações de combate à violência através da articulação da Saúde com outros setores da sociedade.

Mesmo sendo garantido o anonimato dos profissionais participantes, há o risco destes sentirem-se desconfortáveis em estar fornecendo informações a cerca de sua conduta profissional. Dentre os benefícios de retorno social, estes são aplicáveis tanto à população em geral, quanto aos profissionais e gestores do setor Saúde, uma vez que a participação dos entrevistados poderá contribuir para a elaboração do já citado diagnóstico.

Os questionários, após respondidos, bem como uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficarão de posse do pesquisador responsável pela pesquisa. As informações obtidas através do questionário serão armazenadas, tabuladas e codificadas em um banco de dados para que se proceda à análise estatística.

Contato com o pesquisador responsável:

- João Luís da Silva

Rua Almirante Cochrane, 208, Santo Amaro, Recife-PE.

Telefone: (81) 8805-8663.

E-mail: joaokluis@bol.com.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

- CEP – UFPE

Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Cidade Universitária, Recife-PE.

CEP: 50740-600.

Telefone: (81) 2126 8588.

* Elaborado com base na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial. Nº 201, 16/10/96.

Tendo sido convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada ENTRE AS AMARRAS DO MEDO E O DEVER SOCIOSSANITÁRIO: NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB A PERSPECTIVA DE REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, fui informado(a) que esse estudo objetiva identificar de que forma ocorre o processo de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais das unidades da ESF na cidade de Olinda e como esta ação é executada sob a perspectiva de atuação em rede. Foi-me esclarecido que minha participação poderá contribuir para a elaboração de um diagnóstico da realidade vivenciada por esses profissionais, no intuito de discutir propostas que potencializem ações de combate à violência através da articulação da Saúde com outros setores da sociedade.

Após ler o presente termo, receber explicações sobre a pesquisa e ter assegurados meus direitos de:

1. obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado (anonimato) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. procurar esclarecimentos com o pesquisador responsável por este estudo, através dos contatos fornecidos, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Olinda, _____ de _____ de 2011.

(Nome do participante entrevistado)

(Assinatura do participante entrevistado)

Eu, **João Luís da Silva**, pesquisador responsável frente ao Comitê de Ética que aprovou a presente pesquisa, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE 2

ENTRE AS AMARRAS DO MEDO E O DEVER SOCIOSSANITÁRIO: NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB A PERSPECTIVA DE REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

QUESTIONÁRIO

1. Identificação sociodemográfica

1.1 Sexo:

Masculino[1]; Feminino[2].

1.2 Idade _____

1.3 Estado civil:

Com companheiro(a); Sem companheiro(a).

1.4 Tem filhos?

Sim[1]; Não[2].

1.5 Praticante de alguma religião?

Sim[1]; Não[2].

1.6 Profissão:

Cirurgião(ã)-dentista[1]; Enfermeiro(a)[2]; Médico(a)[3].

1.7 Tempo de formado(a) _____

1.8 Tempo de atuação profissional na ESF em Olinda _____

1.9 Possui pós-graduação em Saúde Pública/Coletiva?

Sim[1]; Não[2].

1.10 Possui pós-graduação em outra área?

Sim[1]; Não[2].

2. Percepção da violência

2.1 A violência é um tema que deve ser abordado pela área de Saúde?

Sim (passe para a questão 2.3)[1]; Não[2].

2.2 Se NÃO, por quê? _____

2.3 Os casos de violência devem ser atendidos nas USF?

Sim (passe para a questão 2.5) [1]; Não[2].

2.4 Se NÃO, por quê? _____

2.5 Você já sofreu violência em alguma fase da vida?

Sim[1]; Não[2].

3. Ambiente de trabalho e violência

3.1 Distrito Sanitário em que atua I[1] II[2]

3.2 Você considera a comunidade em que atua uma localidade violenta?

Sim[1]; Não[2].

3.3 Já testemunhou alguma situação de violência na comunidade em que atua?

Sim[1]; Não[2].

3.4 O tema da violência contra crianças e adolescentes é discutido no seu ambiente de trabalho?

Sim[1]; Não (passe para a questão 3.6)[2].

3.5 Se SIM, em que situação/momento? _____

3.6 Em sua unidade de saúde existem procedimentos estabelecidos para NOTIFICAR os casos de violência contra crianças e adolescentes?

Sim[1]; Não[2]; Não sei[3].

3.7 A unidade de saúde em que você atua possui alguma ficha de notificação específica para casos de violência?

Sim[1]; Não[2]; Não sei[3].

3.8 Em sua unidade de saúde, existem procedimentos estabelecidos para ENCAMINHAR os casos de violência contra crianças e adolescentes?

Sim[1]; Não[2]; Não sei[3].

4. Formação voltada à discussão e estudo da violência contra crianças e adolescentes

4.1 Em sua formação acadêmica ou profissional, foram abordados temas relativos à violência contra crianças e adolescentes?

Sim[1]; Não[2].

4.2 Já participou de algum treinamento/capacitação na área de combate ou prevenção à violência contra crianças e adolescentes?

Sim[1]; Não[2].

4.3 Já leu livros ou artigos sobre a violência contra crianças e adolescentes?

Sim[1]; Não[2].

4.4 Conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente?

Sim[1]; Não[2].

4.5 Ao longo de sua formação acadêmica ou profissional, foi abordada a obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde?

Sim[1]; Não[2].

4.6 Você conhece alguma lei ou portaria que obrigue a notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde?

Sim[1]; Não[2].

5. Diagnóstico e atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes

5.1 Sente-se capacitado(a) para IDENTIFICAR um caso de violência contra criança ou adolescente em sua unidade?

Sim[1]; Não[2].

5.2 Em sua prática profissional, em Olinda, já SUSPEITOU de alguma situação característica de violência contra criança ou adolescente?

Sim[1]; Não[2].

5.3 Em sua prática profissional, em Olinda, já PRESENCIOU alguma situação de violência contra criança ou adolescente?

Sim[1]; Não[2].

5.4 Em sua prática profissional, em Olinda, já ATENDEU alguma criança ou adolescente vítima de violência?

Sim[1]; Não[2].

6. Notificação da violência contra crianças e adolescentes

6.1 Já NOTIFICOU algum caso de violência contra criança ou adolescente no exercício de sua profissão em Olinda?

Sim[1]; Não[2].

6.2 O profissional de saúde é obrigado a notificar os casos de violência de que tiver conhecimento?

Sim[1]; Não[2]; Não sei[3].

6.3 Você acha que a notificação da violência contra crianças e adolescentes deve ser uma função dos profissionais de saúde?

Sim[1]; Não[2].

6.4 Sente-se capacitado(a) para NOTIFICAR algum caso de violência contra criança ou adolescente em sua unidade?

Sim[1]; Não[2].

6.5 Sente-se encorajado(a) a NOTIFICAR situações de violência contra crianças e adolescentes que possam chegar a sua unidade de saúde?

Sim[1]; Não[2].

6.6 Você conhece a ficha de notificação da violência?

Sim[1]; Não[2].

6.7 Você já utilizou a ficha de notificação da violência em sua unidade?

Sim[1]; Não[2].

6.8 Quais as principais dificuldades em NOTIFICAR?*

Não saber identificar os casos com exatidão[1]; Receio de sofrer consequências no trabalho[6];

Não saber como notificar[2]; Receio de sofrer represálias por parte do agressor[7];

Não saber a quem notificar[3]; Opção por não se envolver em questões familiares[8];

Preenchimento da ficha de notificação[4]; Falta de articulação com outros setores[9];

Receio de acabar prejudicando a vítima[5]; Outro motivo. Qual?[10] _____

7. Articulação com outros setores/atores da rede de proteção à criança e ao adolescente

7.1 Ao notificar um caso de violência contra criança ou adolescente, você saberia para onde ENCAMINHAR esse paciente?

Sim[1]; Não[2].

7.2 Se você já notificou algum caso, acompanhou a situação da vítima posteriormente?

Sim[1]; Não[2]; Não lembro[3].

7.3 Você conhece algum SERVIÇO DE SAÚDE que atenda crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda?

Sim[1]; Não (passe para a questão 7.5)[2].

7.4 Se SIM, qual o nome? _____

7.5 Você conhece alguma instituição, QUE NÃO SEJA DA ÁREA DA SAÚDE, que trabalha com crianças e adolescentes vítimas de violência em Olinda?

Sim[1]; Não (passe para a questão 7.7)[2].

7.6 Se SIM, qual o nome? _____

7.7 A equipe de saúde da família em que você atua discute assuntos relacionados à violência contra crianças e adolescentes com outros setores da sociedade?

Sim[1]; Não (finaliza)[2]; Não sei (finaliza)[3].

7.8 Se SIM, com qual setor?* _____

7.9 Se SIM, onde?* _____

**Se necessário, podem ser citadas mais de uma opção.*

ANEXOS

ANEXO 1

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.089/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 6.089 de 03/08/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y08	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Nome do paciente		8 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - idade gestacional/ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasial ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasial ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		16 Número do Cartão SUS		
	16 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	18 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	26 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
Dados da Pessoa Acusada	31 Ocupação		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		34 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	36 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? Física Visual Transorno mental Mental Auditiva Transorno de comportamento		35 Outras deficiências/Síndromes		
Dados da Ocorrência	38 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito	
	38 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	48 Local de ocorrência		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Tipo da violência	61 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			62 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro _____
Consequências da violência	63 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			64 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Consequências da ocorrência da violência	65 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência		
Lesão	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	66 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
Lesão	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático		
	<input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno comportamental	<input type="checkbox"/> Outros _____		
Lesão	67 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)					
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura	<input type="checkbox"/>	
Lesão	02 - Corte/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo	11 - Outros _____	<input type="checkbox"/>	
	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	88 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>	
Dados do provedor autor diagnóstico	68 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)					
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	10 - Órgãos genitais/língua	<input type="checkbox"/>	
Dados do provedor autor diagnóstico	02 - Pescoço	05 - Tórax/dorso	08 - Membros superiores	11 - Múltiplos órgãos/regiões	<input type="checkbox"/>	
	03 - Boca/dentes	06 - Abdomem	09 - Membros inferiores	88 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>	
Dados do provedor autor diagnóstico	68 Número de envolvidos	69 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			70 Sexo do provável autor da agressão	82 Suspeita de uso de álcool
	1- Um <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei	<input type="checkbox"/>
Dados do provedor autor diagnóstico	2- Dois ou mais <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa	1- Sim <input type="checkbox"/>
	9- Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____	2- Não <input type="checkbox"/>
Dados do provedor autor diagnóstico		<input type="checkbox"/> Madrinha	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe		9- Ignorado <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
Dados do provedor autor diagnóstico	68 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Dados do provedor autor diagnóstico	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher			
	<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude	<input type="checkbox"/> Delegada de Prot. da Criança e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS			
Dados do provedor autor diagnóstico	<input type="checkbox"/> Casa Abrigo	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)			
	<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Outros _____			
Dados do provedor autor diagnóstico	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>	68 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>			
	68 Classificação final 1- Confirmado <input type="checkbox"/>	68 Evolução do caso 1- Alta <input type="checkbox"/>	3- Óbito por Violência <input type="checkbox"/>	70 Se óbito por violência, data <input type="checkbox"/>	71 Data de encerramento <input type="checkbox"/>	
Dados do provedor autor diagnóstico	2- Descartado <input type="checkbox"/>	2- Evasão / Fuga <input type="checkbox"/>	4- Óbito por outras causas <input type="checkbox"/>			
	3- Provável <input type="checkbox"/>	3- Ignorado <input type="checkbox"/>				
Dados do provedor autor diagnóstico	8- Inconclusivo <input type="checkbox"/>					
	Informações complementares e observações					
Dados do provedor autor diagnóstico	Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____		(DDD) Telefone _____	
	Observações Adicionais: _____					
Dados do provedor autor diagnóstico	_____					

Dados do provedor autor diagnóstico	TELEFONES ÚTEIS					
	Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Dados do provedor autor diagnóstico	Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____		Função _____		Assinatura _____	
Dados do provedor autor diagnóstico	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências					
	Sinon NET		SVS		10/07/2008	

ANEXO 2



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 581/2011 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 08 de setembro de 2011

Registro do SISNEP FR – 441959

CAAE – 0319.0.172.000-11

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 339/11

Titulo: Notificação da violência contra crianças e adolescentes na atenção primária: inserção e atuação do setor saúde na rede de proteção em Olinda.

Pesquisador Responsável: João Luís da Silva

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 06 de setembro de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE

Ao (Á) Pesquisador (a)
João Luís da Silva
Departamento de Medicina Social

ANEXO 3

Andamento do projeto - CAAE - 0319.0.172.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO SETOR SAÚDE NA REDE DE PROTEÇÃO EM OLINDA				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	30/06/2011 10:21:02	08/09/2011 11:08:44		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	27/06/2011 09:14:40	Folha de Rosto	FR441959	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	08/09/2011 11:08:43	Folha de Rosto	339/11	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	30/06/2011 10:21:02	Folha de Rosto	0319.0.172.000-11	CEP

ANEXO 4**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**
Secretaria de Saúde**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE**

Olinda, 01 de Junho de 2011.

Carta nº 18/ 2011

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação do estudante João Luís da Silva, responsável técnico pela pesquisa intitulada: **NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO SETOR SAÚDE NA REDE DE PROTEÇÃO EM OLINDA**. Resolve autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA
Secretária Municipal de Saúde