



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LIMITES E
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Milene Maria Xavier Veloso

Belém-PA

2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO**

**MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LIMITES E
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Milene Maria Xavier Veloso

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Teoria e
Pesquisa do Comportamento
como requisito para a obtenção do título de
Doutor

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Celina Maria Colino
Magalhães

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Rosa Cabral

Fonte de Financiamento: FAPESPA/PPSUS: Edital 003/2012 PPSUS e CAPES

Belém-PA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Veloso, Milene Maria Xavier, 1968-
Maus-tratos contra crianças e adolescentes: limites
e possibilidades de atuação de profissionais de saúde /
Milene Maria Xavier Veloso. - 2015.

Orientadora: Celina Magalhães;
Coorientadora: Isabel Cabral.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2015.

1. Psicologia infantil - Pará. 2. Crianças -
maus tratos - Pará. 3. Adolescentes - maus
tratos - Pará. 4. Saúde Pública - Pesquisa -
Pará. I. Título.

CDD 23. ed. 155.4

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

TESE DE DOUTORADO

**MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LIMITES E
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

CANDIDATA: MILENE MARIA XAVIER VELOSO

DATA DA DEFESA: 17 de abril de 2015

Matrícula: 201100980001


Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a Dr.^a Celina Maria Colino Magalhães (UFPA – Orientadora).


Prof.^a Dr.^a Isabel Rosa Cabral (UFPA – Co-Orientadora).


Prof.^a Dr.^a Débora Dalbosco Dell'Aglio (UFERS – Membro).


Prof.^a Dr.^a Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher (UCB – Membro).


Prof.^a Dr.^a Sandra Helena Isse Poliano (UFPA – Membro).


Prof.^a Dr.^a Lúcia Isabel da Conceição Silva (UFPA – Membro).

*“Acusaram-me de fugir à realidade e de
refugiar-me no sonho.
Penso que não se pode considerar a realidade
como um panorama de uma superfície única,
pois uma paisagem tem várias espessuras. E a
mais profunda – aquela que somente a
linguagem poética pode revelar- não é a
menos real.
Quero ir além da epiderme das coisas.
Chamam isso o gosto do mistério”*

*(A alma do cinema-Frederico Fellini, in: As
mais belas orações de todos os tempos. São
Paulo: Ed. Prensamento,2001)*

*Dedico este trabalho aos que sonham com um
mundo melhor
para todas às crianças e adolescente, mas que
sabem que não basta sonhar!
Ao meu pai Iran e meu filho Luan!*

AGRADECIMENTOS

Apesar de parecer apenas uma formalidade, agradecer é um ato de reconhecimento público às pessoas e instituições que foram decisivas para a realização de um trabalho.

Então gostaria de iniciar esse importante ritual, agradecendo à Universidade Federal do Pará, através da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, a Faculdade de Psicologia, o Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) pela oportunidade que me foi concedida para realização do doutorado.

Serei sempre grata a CAPES que me concedeu bolsas de estudo nos períodos dos estágios sanduiche na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/2011) e na Universidade do Minho em Braga/Portugal (2014). Em especial às Professoras Débora Dalbosco Dell’Aglío e Sílvia Koller da UFRGS e ao Prof. Dr. Manuel Sarmento da Universidade do Minho. Agradeço pelo acolhimento que recebi quando da realização do intercâmbio e pela generosidade com que compartilham seus conhecimentos e experiências.

Além disso, tenho que ressaltar a decisiva contribuição da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará (FAPESPA), através do Edital do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS/003/2012) o que garantiu a participação de bolsistas de iniciação científica e compra de equipamentos de informática para o projeto, dentre outros recursos.

Agradeço também à Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e ao Departamento de Vigilância em Saúde (DEVS) que abriram as portas para a realização desse estudo em todas as Unidades de Saúde do município de Belém-PA. Em particular à Maisa Moreira Gomes (NUPS/SESMA) e Jecilane Pedroso (DEVS). Agradeço pela parceria e apoio ao longo de todo esse processo.

Gostaria de agradecer a todos os profissionais de saúde que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Sem a participação deles nada seria possível.

À Profa. Dra. Celina Maria Colino Magalhães que confiou na minha proposta e me deu todo apoio para a realização do doutorado, muito obrigada querida mestra, minha eterna gratidão por toda generosidade e confiança!

À Profa. Dra. Isabel Rosa Cabral obrigada pela parceria de sempre, por me fazer acreditar que seria possível finalizar a tese e pela generosidade em compartilhar comigo todo seu conhecimento. Conte comigo sempre para continuar essa jornada e também para dividir *outros pacotes de sal (rsrs)*. Muito obrigada por tudo!

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Arno Hamel pelas orientações em estatística e por todo apoio operacional. Muito obrigada!

Gostaria também de agradecer o apoio recebido pela Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira em todos os momentos da minha carreira profissional e por ter tido a honra de conviver com ela ao longo desses anos! Te admiro muito minha querida amiga e mestra!

Também sou grata aos professores do Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED), por todo apoio recebido ao longo desses anos, em especial a Profa. Dra. Lília Cavalcante, a Profa. Dra. Simone Silva e o Prof. Dr. Fernando Pontes.

Agradeço a todos os meus colegas do PPGTPC pela excelente convivência, em particular às colegas Ana Patrícia Fernandes, Thamires Vasconcelos e Fabíola Brandão. Saudades de nós em Porto Alegre! Também gostaria de agradecer aos colegas da Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, por todo apoio recebido no estágio. Em especial à Samara Santos, Lirene Finkler, Cátula Pelisole e a todo o grupo do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA), coordenado pela querida mestra Profa. Dra. Débora Dell’Aglío. Muito obrigada por tudo!

Serei sempre grata aos bolsistas de iniciação científica, Elane Borges, Thais Oliveira, Adiele Alves, Leonardo Costa, Márcio Cerdeira, Melina Souza, Thais Pires, Jaqueline. Obrigada por todo apoio e dedicação ao nosso projeto. Desejo muito sucesso a vocês na carreira profissional!

Obrigada aos amigos (as) Isabel Cabral, Emanuel Meireiles, Adriana Reis, Cláudia Pinheiro, Ana Paula Pereira, André Batista, Claudia Xerfan, Guilherme Wady, Ana Silva, Tami Macedo, Rosana Fernandes, Bruno Maia, Heloisa Nascimento, Rosemay Brito. Esses e outros amigos (uma longa lista) de todas as horas, que sempre estão dispostos a dar aquela força pra ver você vencer. Muito obrigada!

Também gostaria de agradecer o apoio dos novos amigos que fiz nessa jornada do doutorado, em particular à Cirlene Costa e Fernando Macedo. Mais que amigos foram a minha família em Braga/Portugal. Os colegas do intercâmbio na Universidade do Minho, Rachel Pereira, Andrize Costa, Roselaine Khun, Nara Rocha, Andreia Rodrigues, Helga Castro. Foi maravilhoso compartilhar com vocês esse momento único na minha vida.

Ao meu marido Rosinaldo Antônio Lima, como é difícil descrever todo apoio recebido por ele nesses anos. Foi muito importante receber seu carinho, amor, dedicação, paciência, companheirismo. Obrigada por acreditar em mim, por não me deixar desistir, por ser meu porto seguro de todas as horas! Te amo muito!

Em especial gostaria de agradecer a minha família (meu pai Iran, minha mãe Deise, meu filho Luan, meus irmãos, Marcus, Márcia e Marta). Vocês sempre foram e sempre serão a minha base, meu norte, meu porto seguro, meu tudo! Muito obrigada pela paciência e por me amarem tanto, mesmo com minha ausência física no cotidiano de vocês nesses últimos quatro anos. Sem vocês eu não teria finalizado esse trabalho. Eu amo muito todos vocês! Sou muito abençoada por tê-los em minha vida!

Agradeço a todos que me apoiaram para realização desse trabalho!

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
SUMÁRIO	v
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
APRESENTAÇÃO	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1.Epidemiologia	5
1.2.Conceitos e tipos de violência	10
1.3.Os sinais de alerta	19
1.4.O papel do profissional de saúde da atenção básica	22
1.5.O sistema de notificação de agravos à saúde	28
1.6.Contribuições da Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano	35
2 OBJETIVOS	45
2.1 Geral	45
1.2 Específicos	45
3 MÉTODO	46
3.1 Eixo 1 Análise das notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes	46
3.1.1 População do estudo	46
3.1.2 Delineamento	46
3.1.3 Fonte de informação	46
3.1.4 Critérios de inclusão	47
3.1.5 Critérios de exclusão	47
3.1.6 Variáveis do estudo	47
3.1.7 Procedimento	47
3.1.8 Análise de dados	48
3.2 Eixo 2 A percepção sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes entre profissionais da atenção básica em saúde	49
3.2.1 Participantes	49
3.2.2 Contexto	49
3.2.3 Instrumentos	54
3.2.4 Procedimentos	55
3.2.5 Análise de dados	58
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1 Eixo 1: Perfil da violência cometida contra crianças e adolescentes em Belém-PA: análise das notificações	61
4.1.2 Discussão	71
4.2 Eixo2: A percepção sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes entre profissionais da atenção básica em saúde	80

4.2.1 O profissional da Estratégia Saúde da Família	86
4.2.2 Profissionais da Atenção Básica de Nível Superior e a Percepção sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes	95
4.2.3 Discussão	108
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
5.1 Limitações e recomendações para futuros estudos	134
5.2. Recomendações para o fortalecimento das ações dos profissionais de saúde	135
6 REFERÊNCIAS	139
APENDICES	163
ANEXOS	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Principais indicadores de vulnerabilidade social no município de Belém-PA</i>	50
Tabela 2. <i>Distribuição dos casos de violência notificados em Belém-PA nos anos de 2009 a 2013, apresentando-se às estatísticas descritivas relacionadas à idade e sexo</i>	63
Tabela 3. <i>Frequência relativa dos diferentes tipos de violência notificada em Belém-PA, distribuída segundo o sexo e ano de notificação</i>	64
Tabela 4. <i>Distribuição dos principais tipos de violência notificados em Belém-PA, nos anos de 2009 a 2013, segundo sexo e faixa etária das vítimas</i>	66
Tabela 5. <i>Distribuição do número e proporção das vítimas de violência notificada em Belém – PA, no período de 2009 a 2013, segundo características da agressão</i>	69
Tabela 6. <i>Principais tipos de violência notificados em Belém-PA, nos anos de 2009 a 2013, distribuídos segundo o nível de atenção à saúde da unidade notificadora</i>	70
Tabela 7. <i>Distribuição da amostra segundo a função dos profissionais da atenção básica de um distrito administrativo do município de Belém-PA</i>	80
Tabela 8. <i>Distribuição dos profissionais de saúde segundo o tipo de violência identificado na rotina de atendimento de um distrito administrativo em Belém-PA</i>	83
Tabela 9. <i>Frequência relativa de identificação e notificação dos diferentes tipos de violência dentre profissionais da atenção básica à saúde de um distrito administrativo em Belém-PA</i>	84
Tabela 10. <i>Distribuição dos profissionais segundo a idade e o sexo e sofreram algum tipo de violência na infância ou na adolescência, Belém-PA</i>	86
Tabela 11. <i>Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo a faixa-etária e sexo, de um distrito administrativo em Belém-PA</i>	87
Tabela 12. <i>Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo o critério Brasil e o sexo de um distrito administrativo em Belém-PA</i>	88
Tabela 13. <i>Frequência relativa de profissionais da Estratégia Saúde da Família (n = 129) que identificaram sinais de violência durante atendimento de crianças e adolescentes, e as atitudes identificadas em uma questão multirresposta, Belém-PA</i>	89
Tabela 14. <i>Características sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde de um distrito administrativo em Belém- PA</i>	91

Tabela 15. <i>Características sócio-demográficas dos profissionais técnicos de nível superior da atenção básica de um distrito administrativo, Belém- PA</i>	98
Tabela 16. <i>Frequência relativa de profissionais técnicos de nível superior referente aos sinais de maus-tratos em crianças e adolescentes, segundo os tipos de violência, Belém-PA</i>	99
Tabela 17. <i>Frequência relativa de profissionais da saúde (n = 72) que, durante atendimento de crianças e adolescentes em unidade de atenção básica à saúde, identificaram sinais de violência e atitudes identificadas em uma questão multiresposta, Belém-PA</i>	104
Tabela 18. <i>Principais dúvidas e sugestões apresentadas pelos Técnicos de Nível Superior da atenção básica sobre a questão dos maus tratos contra crianças e adolescente em um distrito administrativo, Belém-PA.</i>	107

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AB – Atenção Básica
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- DABEL - Distrito Administrativo de Belém
- DAGUA- Distrito Administrativo do Guamá
- DASAC- Distrito Administrativo da Sacramento
- DABEM- Distrito Administrativo do Bengui
- DAICO- Distrito Administrativo de Icoaraci
- DAOUT- Distrito Administrativo do Outeiro
- DAMOS- Distrito Administrativo do Mosqueiro
- DAENT- Distrito do Entroncamento
- DAB – Departamento de Atenção Básica
- EAB – Equipe de Atenção Básica
- ESB – Equipe de Saúde Bucal
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GM – Gabinete do Ministro
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDHM-Índice de Desenvolvimento Humano
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PACS- Programa Agente Comunitário de Saúde
- PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
- PPSUS- Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
- PET-Saúde- Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN-Net- Sistema de Notificação de agravos de Notificação

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SESMA- Secretaria Municipal de Saúde

SESPA- Secretaria Estadual de Saúde Pública

TNS- Técnico de Nível Superior

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federação

VIVA- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VDCA- Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes

Veloso, M. M. X. (2015). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, 205 pp. Belém-Pará-Brasil. Universidade Federal do Pará.

RESUMO

A questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes se constitui em um sério problema de saúde pública, visto que pode produzir morbidades e/ou mortalidade, além de problemas para o seu desenvolvimento em todo ciclo de vida. Nesse sentido os profissionais de saúde tem um papel importante na identificação, notificação e atendimento dos casos. O presente trabalho objetivou investigar a percepção de profissionais de saúde sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes, suas atitudes e dificuldades para o manejo desse fenômeno, bem como analisar o perfil das notificações de violência realizadas no município de Belém-PA para propor possibilidades de atuação. O estudo foi desenvolvido a partir de dois eixos: dados secundários coletados no Sistema de Notificação de agravos de Notificação (SINAN-Net), do município de Belém-PA, no período de 2009 a 2013, e dados primários, a partir da aplicação de dois questionários estruturados em 174 profissionais de saúde da atenção básica de um Distrito Administrativo do mesmo município. Os dados foram analisados a partir do programa BioEstat 5.3. Foram identificados 6.381 casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no período. O tipo de violência mais prevalente foi a sexual, associada à violência física e/ou psicológica, com média anual de 89,55% para meninas, com maior prevalência na faixa etária de 11 a 14 anos (39,97%). Para os meninos a violência sexual também foi o tipo mais prevalente (74,48%), seguida da violência física, porém, mais frequentemente na faixa-etária de 6 a 10 anos (42,46%). A violência foi principalmente praticada por indivíduos identificados como amigos ou conhecidos, seguido do padrasto. O estudo, realizado com os profissionais da saúde, demonstrou que cerca de 30% referiu nunca ter percebido uma criança e ou adolescente vítima de algum tipo de violência em sua rotina de trabalho, com destaque para os agentes comunitário de saúde. A negligência foi percebida por 60,74% dos profissionais, todavia somente 19,05% desses relataram tê-la notificada. Por outro lado, a violência sexual foi a menos referida (24,14%), porém exibiu maior taxa de notificação (50,0%). A violência física foi notificada somente por 39,47% dos profissionais que a identificaram e a violência psicológica, por 34,88%. Entre os técnicos de nível superior 50,0% disseram não conhecer a ficha de notificação e 86,11% nunca a utilizaram. Além disso, 25,82% relataram ter sofrido algum tipo de violência na infância e/ou adolescência. Os dados demonstram a urgência de políticas públicas direcionadas às famílias e a comunidade para que os ciclos de violência contra crianças e adolescentes sejam interrompidos e para incentivar outras possibilidades de convivência comunitária sem violência. Aliado a isso, é indispensável uma política de educação permanente voltada aos profissionais de saúde, para que os dispositivos legais possam ser efetivados na prática cotidiana desses profissionais, garantindo a proteção integral às crianças e adolescentes a partir de ações intra e intersectoriais.

Palavras-Chave: violência contra crianças e adolescentes, profissionais de saúde, atenção básica

Veloso, M. M. X. (2015). Abuse against children and adolescents: limits and possibility of health professionals acting. Doctoral Thesis. Graduate Program in Behavior Theory and Research, 205 pp. Belém-Pará-Brazil. Federal University of Pará.

ABSTRACT

The issue of maltreatment of children and adolescents constitutes a serious public health problem, since it can produce morbidity and / or mortality, but trouble for your development throughout the life cycle. In this sense health professionals have an important role in identification, reporting and handling of cases. This study aimed to investigate the knowledge of health professionals about maltreatment of children and adolescents, their attitudes and difficulties for the management of this phenomenon and to analyze the profile of notifications of violence carried out in the city of Belém-PA to propose possibilities performance. The study was developed from two axes: secondary data collected in Notification of diseases Notification System (SINAN-Net), the city of Belém-PA, in the 2009-2013 period, and primary data from the application two structured questionnaires in 174 health professionals from primary care of an administrative district of the same township. Data were analyzed from BioEstat 5.3. program. We identified 6,381 cases of violence against children reported in the period. The most prevalent type of violence was sexual, associated with physical and / or psychological violence, with an annual average of 89.55% for girls, with higher prevalence in the age group 11-14 years (39.97%). For boys sexual violence was also the most prevalent type (74.48%), followed by physical violence, but more often in the age group 6-10 years (42.46%). The violence was mainly practiced by individuals identified as friends or acquaintances, followed by stepfather. The study, conducted with health professionals, showed that about 30% reported never having seen a child or teenager and victim of some type of violence in their routine work, especially for community health agents. Negligence was perceived by 60.74% of the professionals, but only 19.05% of those reported have it notified. Moreover, sexual abuse was less above (24.14%), but exhibited higher reporting rate (50.0%). Physical violence was reported by only 39.47% of the professionals identified and psychological violence, by 34.88%. Among the top-level technicians 50.0% said they did not know the notification form and 86.11% never used. In addition, 25.82% reported having experienced some form of violence in childhood and / or adolescence. The data demonstrate the urgency of public policies aimed at families and the community to the cycles of violence against children and adolescents are stopped and other community living opportunities can be encouraged. Allied to this, a permanent education policy geared to health professionals is essential, so that the regulations can be effected in the daily practice of these professionals, ensuring full protection to children and adolescents from intra and inter-sectoral actions.

Keywords: violence against children and adolescents, health professionals, primary care

APRESENTAÇÃO

O primeiro contato que tive com a questão da violência contra crianças e adolescentes, ainda recém-formada em Psicologia, foi em 1993, no Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, por meio de um projeto de pesquisa sobre a capacidade instalada no município de Belém-PA para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. A partir de 1994, como docente da Universidade Federal do Pará (UFPA), desenvolvi várias atividades de ensino e pesquisa, e especialmente de extensão, que me colocaram em contato direto com essa realidade quando de minha atuação em uma Organização Não Governamental, chamada Movimento de Promoção da Mulher.

Outra experiência profissional importante foi a coordenação de um projeto de atendimento a crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência realizado no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), idealizado pela Profa. Eunice Guedes entre os anos de 2001 a 2005, logo após o meu retorno do mestrado realizado na Fundação Oswaldo Cruz. Essa experiência foi crucial para a percepção dos limites, desafios e angústias, que um profissional de saúde experimenta ao entrar em contato com o atendimento de vítimas de violência, e com os entraves da rede que compõem os fluxos de atendimento no município de Belém-PA. Nessa mesma época, após participar de uma pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e coordenada pela Assistente Social Sandra Mônica Silva, fui convidada a coordenar junto com ela o projeto “Cuidando de quem cuida”, financiado também pelo UNICEF, direcionado para a formação de profissionais da rede de atendimento a crianças e adolescentes, com especial atenção para o Programa de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (PROPAZ), que foi inaugurado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em 2005, fruto de um processo de luta de vários movimentos sociais e de segmentos da sociedade civil organizada que na época lutavam pela causa das crianças e adolescentes em Belém-PA.

Posteriormente, em 2009, fui convidada pela profa. Dra. Isabel Rosa Cabral a participar como tutora do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde/Ministério da Saúde) o que possibilitou o contato com ações de pesquisa e extensão voltadas para área de educação em saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse momento, tive contato com muitas equipes de

saúde, com alunos, de diversas áreas da saúde como a Enfermagem, Medicina, Odontologia, Biomedicina, Nutrição, Farmácia, assim como da Psicologia e do Serviço Social e a experiência como Tutora do PET-Saúde, até 2011, foi crucial para a construção e desenvolvimento desta tese.

Muitas perguntas e angústias me acompanharam durante todo esse percurso profissional, tais como: os profissionais de saúde envolvidos com a assistência de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos sabem como devem conduzir situações suspeitas de maus tratos? Têm algum contato com a rede que atua com os casos de maus-tratos? Conseguem realizar um trabalho integrado, com a equipe de saúde e ou com a área da assistência social? Têm algum suporte para as suas angústias e dúvidas suscitadas com os casos atendidos? Têm contato ou estabelecem trocas com outras instituições e/ou instâncias de atendimento? Como lidam com a questão da notificação dos casos necessária nestas situações? Conhecem os direitos das crianças e adolescentes? Realizaram capacitação sobre a temática? Eram muitas questões para refletir.

A partir de fevereiro de 2011 fui aprovada como aluna do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) e pude então iniciar minhas primeiras aproximações com os fundamentos da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, o que foi de grande relevância para ampliação de um suporte teórico para o debate. Além disso, tive contato com diversas experiências acadêmicas importantes como intercâmbios na Universidade Federal do Rio Grande Sul em 2011 e na Universidade do Minho em Portugal, em 2014, o que também gerou um processo de ampliação das possibilidades de análise do meu problema de pesquisa e foi marcante para o meu desenvolvimento profissional e acadêmico.

Vale ressaltar que em 2012, o projeto de tese foi submetido ao Edital do Programa de Pesquisa para o Sistema de Saúde (PPSUS), sendo contemplado com recursos para o seu desenvolvimento. Dessa forma, foi possível contar com a participação da Profa. Dra. Isabel Cabral, na qualidade de coordenadora e de bolsistas de iniciação científica. O que antes era um projeto de tese se transformou em um projeto mais amplo, inclusive com previsão de parcerias com as Secretarias de Saúde, tanto Municipal (SESMA) quanto Estadual (SESPA). Então, em 2013, em parceria com a SESMA realizamos a capacitação dos profissionais da saúde no Município de Belém-PA, com a participação de mais de quatrocentos profissionais dos três níveis da atenção à saúde (primário, secundário e terciário), sobre a questão da linha de cuidados a vítimas de violência e a notificação dos

casos. Esses momentos me deram a certeza de que era importante conhecer suas dificuldades, seus limites e a partir de suas percepções conhecer mais de perto essa realidade e as possibilidades de enfrentamento da questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes na área da saúde.

A tese que apresento teve como objetivo principal, portanto, investigar a percepção dos profissionais de saúde sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes e suas dificuldades para o manejo desse fenômeno, visando sugerir possibilidades de atuação frente a questão. Para tanto os capítulos da introdução foram organizados tendo como foco a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes no âmbito da saúde, a epidemiologia do fenômeno, os conceitos, tipos, e os sinais de alerta para ocorrência de violência contra crianças e adolescentes; o papel do profissional de saúde frente à questão, o sistema de notificação dos casos de violência e as contribuições da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) para a reflexão sobre a temática. Os capítulos seguintes referentes ao método, aos resultados e a discussão, foram organizados a partir de duas fontes de dados, quais sejam: os dados secundários coletados no Sistema de Notificação de agravos de Notificação (SINAN-Net), referente às notificações de violência no município de Belém-PA, no período de 2009 a 2013 e os dados primários, coletados por meio da aplicação de questionários junto aos profissionais de saúde. Ainda como parte da discussão, foram sugeridas possibilidades de atuação para os profissionais de saúde, frente à questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes.

É válido ressaltar ainda que escrever uma tese é muito mais que dar corpo ao processo de construção do conhecimento, pois passa necessariamente por um processo de desenvolvimento, tanto como pesquisadora, quanto como pessoa. Nesse percurso realizei e participei de muitos encontros, com textos, artigos, livros, instituições, mundos diversos, autores diversos, pessoas diversas. Uma riqueza de ideias e experiências que seria impossível resumir em uma tese.

Ao final percebe-se que a trajetória, o processo, será sempre mais instigante do que o resultado, afinal, assim é a vida, sempre em processo, sempre em movimento. O que apresento, é uma parte formal do processo de doutoramento, mas que não define o que esses anos representaram à minha vida. Isso permanecerá intangível. Por fim, espero que os resultados desse estudo possam contribuir para fortalecer a atuação dos profissionais da saúde no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

1. INTRODUÇÃO

A questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes não é um fenômeno recente. A trajetória histórica de crianças e adolescentes no Brasil, por exemplo, confirma a procedência e a magnitude dessa realidade. Sua visibilidade, no entanto, vem ganhando novos contornos, principalmente, na proporção e extensão que vem ocorrendo nas duas últimas décadas (Faleiros & Faleiros, 2007; Francischini & Neto, 2007). Nesse sentido, a violência é um problema histórico-cultural que percorreu todo o século XX e está presente até os dias atuais como uma questão que continua a se reproduzir a partir de antigas e novas formas de manifestação (Azevedo & Guerra, 1988; 1989; 1995; Marques, 1986; Santos, 1987; Minayo, 2000; Saffioti, 1997).

A problemática dos maus tratos contra crianças e adolescentes ganhou maior visibilidade a partir 1989 com a promulgação na Assembleia Geral das Nações Unidas da Convenção sobre os Direitos da Criança. No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), representou a incorporação desse movimento mundial em torno da questão. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 25 de outubro de 2001, a Portaria 1.968, e estabeleceu a obrigatoriedade da Notificação Compulsória de violência para os profissionais dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, o que sem dúvida foi um avanço na consolidação das diretrizes do ECA e do SUS, uma vez que, a

¹ O SUS (Sistema único de Saúde) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas Leis nº 8.080/90 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e a Lei nº 8.142/90 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências). Está assentado em princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, assim como em diretrizes quais sejam: a descentralização, a hierarquização e a regionalização da saúde.

notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes é uma das dimensões da linha de cuidado que envolve a questão, cabendo aos serviços 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. O profissional de saúde deverá notificar o caso aos órgãos competentes, amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), artigos 13 e 245 (Portaria nº 8.069/13 de junho 1990), que estabelece que em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação é obrigatória e deve ser feita, sem prejuízo de outras providências legais (Brasil, 2001c).

Para dimensionar essa problemática vale ressaltar que no Brasil, crianças e adolescentes na faixa etária de zero a 18 anos constituem um grupo de 59.657.339 pessoas e representam 31,3% da população. A partir das definições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são, 35.623.594 de crianças de zero a 11 anos de idade – 18,7% do total do país – e 24.033.745 de adolescentes na faixa dos 12 aos 18 anos de idade: 12,6% da população total, segundo o censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No entanto, segundo Waiselfisz, (2012) quando se inclui a faixa-etária até 19 anos, crianças e adolescentes representam 62,9 milhões do total de 190,6 milhões, ou seja, 33% da população do país.

Nesse cenário a questão dos maus-tratos contra essa parcela da população tem grande relevância pelo impacto no desenvolvimento e na saúde das mesmas, bem como para toda a sociedade (Azevedo & Guerra, 1988; 1989; Brasil, 2002, 2010a). Segundo De Antoni, Barone e Koller (2007) a violência pode atingir diretamente os processos desenvolvimentais em relação aos aspectos físicos, psicológicos e sociais dos seres humanos envolvidos e da sociedade a qual pertencem e gerar consequências negativas para a saúde e qualidade de vida das pessoas, em especial quando são crianças e adolescentes.

A literatura tem apontado ainda que a exposição à violência é um importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes, além de um risco significativamente maior para o desenvolvimento de algum tipo de psicopatologia grave (Berman, Kurtines, Silverman & Serafini, 1996; Bross & Krugman, 2009; Ceballo, Dahl, Aretakis, & Ramirez, 2001; Durant, Getts, Cadenhead, Emans, & Woods, 1995; Freeman, Mokros, & Poznanski, 1993; Fehon, Grilo & Lipschitz, 2001; Finkelhor, Turner, Shattuck, & Hamby, 2013; Lynch & Cicchetti, 1998; Mazza & Reynolds, 1999; Overstreet, 2000). O trauma na infância também tem sido apontado por outros autores como fonte de possíveis comprometimentos neuropsicobiológicos (Borges & Dell’Aglío, 2012; Pluck et al., 2011). Outros estudos sugerem evidências de alterações fisiológicas no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal relacionadas à negligência infantil (Sullivan, Bennett & Lewis, 2013).

A questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, portanto, exerce impacto significativo sobre o campo da saúde, visto que afeta esses indivíduos, produzindo morbidades e/ou mortalidade e problemas para o seu desenvolvimento em todo ciclo de vida. Embora seja exercido, sobretudo enquanto um processo social, este fenômeno está intrinsecamente ligado à área da saúde, na medida em que esta área tem, entre outras atribuições, a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde da população (Minayo, 1998). Nesse contexto os profissionais de saúde vêm se confrontando com novos e desafiadores problemas em sua prática cotidiana, dentre os quais se destaca a identificação de sinais e sintomas de maus-tratos contra crianças e adolescentes e seus desdobramentos.

Vem sendo destacado, que a não identificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes e sua consequente não notificação na rede de saúde, pode estar relacionada à dificuldade por parte dos profissionais em detectar os sinais e sintomas.

Outros autores apontam que as estimativas de prevalência geradas em cenários de serviços de emergência, correspondem tão somente ao nível de sensibilização e capacitação dos profissionais, e não à sua ocorrência real na população atendida (Bannwart & Brino, 2011, 2012; Brasil, 2002; Gough, 1996; Ramos & Teodoro, 2012).

Vários estudos (Andrade et al., 2011; Branco, 2002; Bezerra & Monteiro, 2012; Ferreira & Fermin, 2000; Gonçalves & Ferreira, 2002) têm ressaltado alguns obstáculos que interferem negativamente na atuação dos profissionais de saúde frente à questão da violência, entre eles: 1) o desconhecimento da legislação vigente, como fazer o procedimento de notificação e dos instrumentos necessários para sua execução; 2) a falta de capacitação do profissional para a identificação de violência, das situações de risco e dos sinais de alerta; 3) o medo de represália por parte da família, do agressor e/ou da comunidade; 4) a falta de retaguarda adequada às demandas, levando a sensação de que o profissional vai expor a família e a situação da criança ou adolescente não vai ser resolvida; 5) o isolamento dos profissionais nas unidades de saúde, que se vê com um caso complexo, sem ter interlocução sobre assunto; 6) o medo de perder a confiança por parte da família, principalmente nas situações em que há carência de recursos comunitários e o atendimento na unidade de saúde, acaba sendo a única possibilidade de acompanhamento; 7) a falta de entrosamento prévio entre profissionais de saúde e conselheiros tutelares, gerando desconfiança sobre os desdobramentos do caso; e 8) a inexperiência de alguns conselheiros tutelares, que muitas vezes desencadeiam ações consideradas equivocadas pelos profissionais de saúde.

Outros autores como Day et al. (2003) consideram ainda que, os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação e temor em relação ao problema da violência doméstica e suas consequências, assim como na detecção e prevenção de situações de risco. O medo das obrigações legais contribui para não tomar

atitudes frente à questão, além disso, os profissionais que, em sua maioria, ficam isolados, sentem-se desvalorizados e com enorme sobrecarga de trabalho.

Gomes, Junqueira, Silva e Junger (2002), sugerem que houve um avanço com a promulgação do ECA em relação à problemática da violência contra crianças e adolescentes. Além disso, a criação de instrumentos que regulamentam os procedimentos necessários a serem tomados nestes casos (as fichas de notificação, o Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência, cartilhas, dentre outros), também acena para o fortalecimento das ações de proteção. Entretanto segundo esses autores, a maioria das Unidades de Saúde, hospitais e a rede de saúde, não têm equipes capacitadas para prestar atendimento adequado às vítimas de violência o que tem gerado uma dissociação entre os preceitos legais e a atuação dos profissionais de saúde diante do assunto.

Segundo Assis, Avanci, Pesce, Pires e Gomes (2012), a identificação dos casos de maus-tratos que chegam aos serviços públicos de saúde é uma realidade possível, desde que sejam fornecidas condições instrumentais aos profissionais e esclarecidas suas responsabilidades com as crianças e os adolescentes. A efetivação de um atendimento depende da possibilidade do profissional de saúde ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliado que o profissional consegue imprimir em seu atendimento (Gomes, Junqueira, Silva, & Junger, 2002). O que demonstra a importância dos profissionais de saúde frente à questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes.

1.1. Epidemiologia

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que aproximadamente 20% das mulheres, e cerca de 5 a 10% dos homens, relatam ter sido sexualmente abusados

quando crianças, enquanto 25 a 50% relatam história de abuso físico (OMS, 2006). Na maioria dos países as meninas correm mais riscos que os meninos em relação a infanticídio, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e prostituição forçada. Em muitos países, os meninos parecem correr mais risco de receberem punições físicas severas, talvez devido a uma crença de preparação para os papéis e responsabilidades do adulto, ou ainda, por se considerar que os meninos “precisam” de mais disciplina física (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

Segundo Galvani (2006); Kronbauer e Meneghel (2005) mais de 60% dos casos de violência tanto vítima quanto agressor não concluíram o Ensino Fundamental, e que entre os perpetradores, de 15 a 45% são usuários de bebidas alcoólicas e ou de substâncias tóxicas. Dados apresentados pela Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância, revelam que no Brasil, anualmente, 12% dos 55,6 milhões de crianças menores de 14 anos são vítimas de alguma forma de violência doméstica (Centro de Combate à Violência Infantil. [CECOVI], (2009).

O relatório “Hidden in Plain Sight” do United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2014), aponta que cerca de 120 milhões de mulheres com idade inferior a 20 anos em todo o mundo (cerca de uma em cada 10) foram sujeitas a relações sexuais forçadas ou outro tipo de atos sexuais forçados, e uma em cada três meninas adolescentes dos 15 aos 19 anos foram vítimas de violência emocional, física ou sexual por parte dos seus maridos ou parceiros. O relatório aponta ainda que, cerca de 17% das crianças em 58 países são submetidas a formas de castigos físicos severos (bater na cabeça, nas orelhas ou no rosto e\ou espancar a criança repetidamente). Em todo o mundo, três em cada 10 adultos acreditam que o castigo físico é necessário para educar corretamente uma criança.

O estudo de Brito, Zanetta, Mendonça, Barison e Andrade (2005), realizado no Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância, em São José do Rio Preto-SP,

descreveu as características gerais de 55 famílias nas quais houve a ocorrência de violência doméstica contra crianças. Os resultados apontaram que a forma de violência mais prevalente foi a física, presente em 58% dos casos. Sessenta por cento das vítimas eram do sexo feminino, e a mãe foi a agressora em 49% das situações analisadas. Os principais fatores desencadeantes da violência, identificados pelas famílias, foram conflitos do casal (58%), características próprias da criança (51%) e histórico de vida dos pais (49%). A maioria das famílias (80%) relatou que a intervenção proporcionou interrupção ou diminuição na intensidade da violência e a forma de acompanhamento que mais houve adesão dos pais foi por meio das visitas domiciliares.

Quando Pelisoli, Pires, Almeida e Dell'Aglio (2010), realizaram a caracterização dos atendimentos de um Centro de Referência que acolhe crianças e adolescentes em situação de violência sexual no Rio Grande do Sul, encontraram entre os anos de 2002 a 2006 um total de 4.292 casos com uma média anual de 858 acolhimentos, sendo que 75% desses casos eram do sexo feminino na faixa etária entre cinco e doze anos. Esse cenário reforça a necessidade de enfrentamento dos casos de violência que atingem crianças e adolescentes em todo o país, ainda que representem neste caso, as estimativas de um serviço especializado do Rio Grande do Sul.

Em relação aos atendimentos na rede de saúde, Malta, Mascarenhas, Silva e Macário (2009) apontam que nos anos de 2006 e 2007, foram registrados 106.075 atendimentos devido às causas externas (acidentes e violências) em serviços de urgência e emergência em unidades de saúde do SUS. Os eventos violentos foram responsáveis por 10.610 (10%) atendimentos, dos quais 519 (5%) corresponderam à vítimas menores de dez anos de idade.

Cabe ainda ressaltar os dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA-SINAN-NET/MS), relativos aos anos de 2009 a 2010, que totalizaram 113.643

notificações válidas. Dentre essas, 25,96% dos casos ocorreram entre adolescentes de 10 a 19 anos, 65,93% no sexo feminino e 34,06% no sexo masculino. Com relação ao tipo de violência na faixa etária de zero a nove anos, predominaram os atendimentos decorrentes de negligência (35,6%), de violência sexual (35,6%) e de violência física (32,8%). Ainda em relação à idade e tipo de violência, na faixa etária de 10 a 19 anos, predominaram os atendimentos decorrentes de agressão física (61%), de violência sexual (30,4%) e de violência psicológica/moral (24,3%). Aproximadamente 25,6% dos pacientes eram vítimas de violência de repetição, o que variou de 27,6% entre as meninas e 22,9% entre os meninos. Os atos de violência ocorreram predominantemente na residência (61,9%) (Brasil, 2013b). Dados semelhantes foram apontados por Waiselfisz, (2012) quando da publicação do Mapa da Violência: crianças e adolescentes no Brasil.

Outra possibilidade de caracterização do perfil das violências, que atingem as crianças e adolescentes, pode ser visualizada nos dados da Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil (SEDH/PR), referentes às ligações recebidas pela Central de atendimento (Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes, o Disque 100²). Segundo Ferreira e Mathias (2013) a negligência aparece em primeiro lugar com 68,0%, a violência psicológica em segundo com 49,2%, a violência física com 46,7% e a violência sexual com 29,2% das denúncias recebidas no ano de 2012.

No município de Belém-PA, Veloso, Magalhães, Dell’Aglío, Cabral e Gomes (2013) realizaram um estudo descritivo traçando o perfil das violências notificadas entre os anos de 2009 a 2011. Os resultados apontaram a sistematização de 3.267 notificações, representando um aumento de 240% de 2009 a 2011. Em relação ao sexo das vítimas,

² O Disque 100, mantido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, é um serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, nos sete dias da semana. As denúncias recebidas são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis.

observou-se que, em média, 83,2% dos casos atingiram as mulheres, proporção esta semelhante nos três anos analisados. A violência sexual foi a mais presente com 41,8% das notificações; seguida da violência psicológica com 26,3% e da violência física com 24,0%. A faixa-etária mais atingida foi a de crianças e adolescentes com 85,1% dos casos notificados.

No enfrentamento à violência, a sistematização dos dados é de fundamental importância para nortear as políticas públicas, todavia, essa ação deve acontecer simultaneamente àquelas exercidas pelos Conselhos Tutelares (CT). Para analisar essa questão a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), secção Pará, visitou os sete CT do município de Belém-PA e descreveu alguns dados dos quatro conselhos que repassaram informações de forma sistematizada. Em 2011 apenas no CT VII, que atende o bairro do Bengui (29.379 mil/hab.) foram atendidas 1808 crianças e adolescentes. Em 2012, no CT II, que atende o bairro de Icoaraci (133 mil/hab.) foram atendidas 849 crianças e adolescentes. No CT III, que atende o bairro da Marambaia (66.708 mil/hab.) também em 2012, foram atendidos 1440 crianças e adolescentes. O CT V, que cobre a ilha de Outeiro (26,225 mil/hab.) atendeu 907 crianças e adolescentes nesse período.

Ainda segundo o relatório, as demandas se centram em questões de convivência familiar e comunitária, respeito e dignidade, saúde e alimentação, conflito familiar, vulnerabilidade social, guarda, e, em menor escala: negligência familiar, agressão física, abuso sexual, maus tratos, pensão alimentícia, fuga do lar, abandono de incapaz. O CT I, do Distrito DAGUA, segundo o relatório, não apresentou dados sistematizados o que não permitiu descrever o perfil de atendimentos nos bairros do Guamá, Terra Firme, Cremação, Condor e Jurunas (OAB-PA, 2013).

Embora incompletos, os dados confirmam a importância do tema para o município de Belém-PA. Além disso, mostram a necessidade de investigações sobre o perfil da

violência notificada contra crianças e adolescentes. O perfil epidemiológico mundial, nacional e regional demonstram de forma contundente a magnitude do problema dos maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes e a necessidade de fortalecimento do profissional de saúde para atuação diante dessa realidade.

Nesse sentido o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, sobre os principais conceitos, natureza e tipos de violência que atingem as crianças e adolescentes e seus desdobramentos também é fundamental, embora existam muitos desafios conforme vem sendo apontado na literatura (Assis et al., 2012; Branco, 2002; Bannwart & Brino, 2011,2012; Ramos & Teodoro, 2012).

1.2. Conceitos e tipos de maus-tratos

A OMS (1999) definiu que a violência contra criança é “toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, sexual, abuso, negligência ou tratamento negligente ou outra forma de exploração, que resulte em dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência da criança, ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder” (p.59). A partir disso, o termo maus-tratos foi amplamente difundido em publicações científicas, e também é utilizado pelos profissionais de saúde que lidam com crianças e adolescentes (Assis, Avanci & Pesce , 2006; Assis, 2006; Faleiros & Faleiros, 2007).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2001) considera que os maus-tratos contra crianças e adolescentes podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou transgressão dos direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais. No âmbito familiar, institucional e de maneira mais ampla pela sociedade, o termo maus-tratos vem sendo utilizado como sinônimo de violência contra a criança e o adolescente e apesar de demonstrar certa imprecisão assim como uma conotação moral, esse termo tem sido

difundido de maneira corrente na sociedade (Assis, 2006; Assis et al., 2006; Brasil, 2002; Njaine, Assis & Constantino, 2009).

Além disso, o termo maus-tratos é utilizado para designar uma grande variedade de situações, e por esta razão pode conter em sua percepção e identificação, confusões e controvérsias. Por outro lado, pode ser observado pela perspectiva de diferentes disciplinas e com interesses distintos (Bannwart & Brino, 2011). A questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, portanto, é um fenômeno complexo e desencadeado por múltiplos fatores e precisa ser visto em seu contexto, meio cultural e momento histórico em que acontece, sobretudo, precisa ser investigado a partir da percepção que os indivíduos constroem ao longo de seu processo de desenvolvimento. Segundo Cobb (1997) a descrição do que é violento, dentro de um modelo narrativo, depende de um determinado contexto.

A percepção sobre a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes também pode derivar do lugar que estas ocupam nas preocupações de cada sociedade em diferentes tempos e contextos históricos. Das diferentes imagens de infância e adolescência, a dominante para o campo de análise em questão é a imagem da criança e ou do adolescente em risco, ou seja, aquele que é vítima de qualquer abuso ou maus-tratos (Sarmiento & Pinto, 1997; Magalhães, 2002). O conceito de risco é frequentemente incluído no campo semântico da noção de criança em perigo, uma ideia emergente em finais do século XIX (Gavarini & Petitot, 1998). É válido ressaltar que Sarmiento (2005) sugere que a infância é uma categoria social do tipo geracional e as crianças são indivíduos com sua especificidade biopsicológica que ao longo da sua infância percorrem diversos subgrupos etários o que resulta na variação de sua capacidade de locomoção, de expressão, de autonomia de movimento e de ação. Neste âmbito, as condições sociais em que vivem as crianças são o principal fator de diversidade dentro do grupo geracional. Uma das

principais preocupações da Sociologia da Infância, segundo Sarmento (2005) é demonstrar que a maneira como os adultos veem e pensam sobre as crianças interfere na maneira como se relacionam com elas.

Outra questão relevante a ser considerada diz respeito a definição de violência doméstica e/ou violência intrafamiliar. Têm sido definida pelo MS brasileiro, que a violência doméstica adquire variadas formas na chamada violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, outras) que ocorrem no âmbito da família (intrafamiliar), sendo perpetradas por um (a) ou mais autores (as) com laços de parentesco consanguíneo ou por afinidade (vínculo conjugal formal ou informal) com a vítima. Também se considera violência doméstica quando há vínculos afetivos e/ou relações de poder (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) entre autor (es) e vítima (s). Ela independe do local de ocorrência, pois pode acontecer tanto dentro como fora do domicílio (Brasil, 2010a).

Para Azevedo e Guerra (2005) a violência doméstica, contra crianças e adolescentes é “todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder / dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (p.4).

Na prática observa-se que muitos autores consideram violência doméstica e violência intrafamiliar como algo que se refere ao mesmo problema. Além disso, consideram que na violência intrafamiliar que atinge crianças e adolescentes as relações de poder são marcadas por relações hierárquicas e assimétricas. A questão relacionada a disciplina dos filhos, tem na cultura da violência, geralmente representada pelos castigos físicos e psicológicos, um forte componente transgeracional (Caminha, 2000). Os filhos tendem a

reproduzir o sistema de regras e valores que vivenciaram, o que também estimula a reprodução da cultura da violência como forma de resolução de conflitos. A violência no contexto familiar, portanto, constitui-se como um fenômeno complexo que envolve questões como a desigualdade social e é evidenciada pelo abuso de poder (Assis et al., 2006; Azevedo, 1993, 1995; Azevedo & Guerra, 1988; Milani & Loureiro, 2008; Njaine, Assis & Constantino, 2009). Na literatura sobre homem-saúde, observa-se que – quando os homens são influenciados por representações de “masculinidade” que se associam ao sucesso, ao poder e à força podem colocar em risco tanto a sua saúde quanto a de seus familiares (Gomes & Nascimento, 2006; Gomes, 2008). Essa realidade pode ser visualizada na epidemiologia da violência mencionada anteriormente.

Nessa perspectiva, diversos modelos e teorias foram desenvolvidos, na tentativa de explicar o fenômeno da violência. Azevedo (2008), por exemplo, apresentou os principais modelos explicativos sobre a Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA). A Primeira Geração, segundo ela, considerada unicausal, tem como foco principal alguns modelos oriundos da Psiquiatria, da Psicologia e da Sociologia; a Segunda Geração passou a engendrar o debate acerca da multicausalidade e a interação entre os aspectos biológicos, psíquicos e sociais; a Terceira Geração de modelos explicativos, considerada também multicausal, amplia esse debate e inicia uma reflexão sobre os aspectos processuais da violência doméstica e por fim a Quarta Geração, que segundo a autora seria a aproximação do campo da VDCA ao debate histórico-crítico incluindo também os aspectos sócio-bio-psicológicos. Ainda segundo a autora, os modelos disponíveis coexistem sem chegar a superar-se inteiramente.

Outros autores ressaltam a importância do conceito de socialização para o entendimento dos fenômenos relacionados a família e seus desdobramentos. Segundo Abrantes (2011) nas sociedades modernas, várias pesquisas têm sugerido o caráter

integrado, rígido e reprodutor da socialização familiar, assinalando que: (1) as práticas parentais são observadas, discutidas e orientadas pela ciência, pela mídia e por movimentos sociais; (2) a família apresenta a sociedade presente às novas gerações, a partir das suas vivências, mas também das suas perspectivas de um futuro desejado; e (3) as crianças interpretam a experiência familiar à luz dos seus próprios desafios. Assim, a socialização familiar não é o mero resultado da transmissão dos pais, mas é um produto da interação (implicando conflitos) entre os membros da família, influenciada por diversas instituições. Ainda segundo esse autor a maioria das crianças é, desde os primeiros anos, integrada em contextos educativos, midiáticos e/ou propriamente infantis que transcendem a esfera familiar.

No campo da saúde Azambuja (2005) ressalta que somente a partir dos anos 60 é que se percebeu um real interesse para a questão da violência contra crianças, principalmente por parte da pediatria norteamericana, influenciada pelo movimento feminista, que denunciou as agressões ocorridas dentro dos lares. Segundo Bross e Mathews (2013) e Heins (1984) deve-se ressaltar as realizações de Henry Kempe a respeito de seus estudos sobre a “Síndrome da Criança Espancada”. Entre elas, pode-se ressaltar o estabelecimento de forma irrefutável da evidência médica de abuso em crianças, geralmente a partir de um dos pais ou um pai adotivo, com ênfase em graves lesões como fraturas e hematoma subdural. Segundo esses autores, frequentemente a síndrome não era reconhecida ou, quando diagnosticada, era inadequadamente tratada pelo médico por causa de hesitação para levar o caso ao conhecimento das autoridades. Essas realizações influenciaram a cultura americana quanto a existência da agressão física grave em crianças caracterizando-a como uma forma de violência que não poderia mais ser tolerada.

Os principais tipos de maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes e que são passíveis de notificação, foram descritos por vários autores em manuais de orientação,

compilados por secretarias de saúde estaduais e municipais e por organizações não governamentais e, portanto, esses conceitos têm sido difundidos no meio acadêmico, jurídico, assim como no campo da saúde (Assis, Avanci, Pesce & Ximenes, 2009; Assis, Deslandes & Marques, 1994, Assis et al., 2006; Azevedo, 1993, 1995; Azevedo & Guerra, 1988; Brasil, 2010a; Deslandes, 1999,2000; Faleiros & Faleiros, 2007; Njaine et al., 2009; Pesce, 2009; Veloso & Silva, 2007).

A seguir, tem-se a descrição dos subtipos de maus-tratos utilizados pelo MS (Brasil, 2010a), apresentados na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência, e que dispõe de orientações para gestores e profissionais de saúde. Este documento apresenta os principais tipos e natureza da violência a partir do modelo proposto pela OMS (Krug et al.,2002). Esta proposta classifica a violência em três grandes categorias, divididas em tipos de violência mais específicos, segundo a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada), por indivíduos ou grupos (interpessoal), e por organizações maiores (coletiva), praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas. Esses tipos são relacionados à sua natureza física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono. Portanto, as violências segundo sua natureza são:

a) **Violência física e/ou sevícias física**, são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo, podendo provocar inclusive a morte. Um exemplo dessa situação pode ser observado quando um adulto provoca forte movimentação na criança, geralmente menor de seis meses (segurada pelos braços ou tronco). Esta ação provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro hemorragias, por rupturas de artérias e veias, até

hemorragias maciças e rompimento de fibras do tecido nervoso. Com frequência esse tipo de violência está associado à irritação e o estresse dos pais e/ou cuidadores com o choro da criança, ou a partir de alegações de que as crianças realizaram algum ato no qual não tem domínio, ou que desagradou a quem cuida delas. É um fenômeno que frequentemente surge para atendimento nos serviços de saúde e se refere a sofrimentos infligidos a crianças, geralmente como forma de castigo e/ou como forma de “disciplinar” e “educar”. Na verdade a vítima pode apresentar desde fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras, e outros sinais. O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões (SBP, 2001; Brasil, 2010a).

b) **Violência psicológica** constitui toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas de maus-tratos psicológicos causam danos ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial da criança e do adolescente, podendo provocar efeitos muito deletérios na formação de sua personalidade e na sua forma de encarar a vida. Pela falta de materialidade do ato que atinge, sobretudo, o campo emocional da vítima e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de ser identificado. No entanto, o olhar sensível do profissional e da equipe de saúde pode percebê-lo, frequentemente, articulado aos demais tipos de violência (Azevedo & Guerra, 1998; Assis, 2006; Assis et al., 2012). Em relação à violência psicológica no âmbito familiar este tipo é pouco estudado, apesar de trazer inúmeras consequências negativas para as crianças e adolescentes vítimas (Brodski, 2010);

c) **Violência sexual** tem sido considerada como “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou o adolescente” (Brasil, 2010a, p.33). Tem

por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição infanto-juvenil, da pornografia e o tráfico de pessoas para fins sexuais. (Azevedo & Guerra, 1988, 1994; Cordeiro, 2006; Faleiros & Faleiros, 2007).

d) **Negligência e o abandono**, definidos como as omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola (Brasil, 2010a). Segundo De Bellis (2005) a negligência infantil é a mais prevalente, mas a menos empiricamente estudada forma de maus-tratos contra crianças.

Além das citadas, há outras síndromes especificadas como é o caso, por exemplo, da Síndrome de Munchausen por procuração, definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança, impingindo-lhe sofrimentos físicos como, por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias e, entre outros, também lhe provocando

danos psicológicos, como é o caso da multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima (Brasil 2010a).

Também é importante ressaltar que dentre as formas de violência que atingem crianças e adolescentes, algumas já foram reconhecidas pela OMS (1997) como enfermidades e estão identificadas no Código Internacional de Doenças (CID 10). São elas a Síndrome de maus-tratos (T74), o Abandono (T74), Sevícias físicas (T74.1), Abuso sexual (T74.2), Abuso psicológico (T74.3), Outras síndromes especificadas de maus-tratos (T74.8) e a Síndrome não especificada de maus-tratos (T74.9).

Os conceitos aqui descritos não esgotam as possibilidades de entendimento, nem tampouco os modelos explicativos quanto ao fenômeno dos maus-tratos contra crianças e adolescentes. Tais definições permitem apenas uma referência no que diz respeito às práticas de maus-tratos e sua repercussão no campo da saúde, além disso, é importante ressaltar o quanto é difícil definir conceitos relativos a fenômenos dessa natureza de forma completa e generalizada. Essa dificuldade segundo Ramos e Oliveira (2008) está relacionada a fatores culturais nos quais conceitos universais de abuso e violência, vão se tornando como tais, de acordo com a significação negativa que poderá ser atribuída aos atos e também à amplitude e à abrangência dos conceitos de violência. Além disso, os conceitos apresentados, como os maus tratos físicos, sexuais, psicológicos e a negligência fazem parte do contexto da área da saúde e por esta razão foram considerados. O profissional de saúde de um modo geral tem momentos especiais de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias – na vacinação, em grupos de educação em saúde, consultas médicas e com os demais profissionais da saúde em visita domiciliar, dentre outros. Esses contatos são oportunos e podem criar condições favoráveis para a observação da existência de sinais que possam ser resultantes de uma situação de maus-tratos e merecessem atenção específica (Brasil, 2002, 2010a).

1.3. Sinais de alerta

Os sinais de alerta são indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de uma avaliação mais detalhada e consequente intervenção protetora. Os sinais de alerta, por si só, não permitem diagnosticar uma situação de maus-tratos, pois podem surgir como sinais e sintomas de outros quadros clínicos. Porém, apontam para a necessidade de intervenção e acompanhamento dos casos apesar de certa imprecisão, principalmente quando se considera que podem ocorrer vários tipos de violência concomitantes. (Leça, Menezes & Prazeres, 2011).

De Antoni (2005) ressalta que os “pretensos” cuidadores de crianças e adolescentes se utilizam cada vez mais de materiais que não deixam marcas físicas visíveis dificultando a identificação, sua notificação e o devido encaminhamento da situação. Por outro lado, segundo De Antoni e Koller (2010), o abuso físico ou a violência física são facilmente diagnosticados quando há, em decorrência dessas agressões, lesões orgânicas, como as cutâneas, ósseas, oculares e neurológicas. Ainda segundo essas autoras, os critérios de identificação dessa violência são descritos por manuais elaborados pelo Ministério da Saúde brasileiro e pela OMS e deveriam ser disponibilizados para que os profissionais de saúde pudessem realizar um processo de identificação com o respaldo que as situações exigem.

A seguir estão descritos alguns indicadores que podem auxiliar profissionais de saúde, no processo de identificação e diagnóstico dos casos.

Em relação à violência física podem-se destacar os seguintes sinais e sintomas: equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental; alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio; lesões provocadas que deixam marcas; sequelas de

traumatismo antigo; fraturas das costelas e corpos vertebrais; demora ou ausência na procura de cuidados médicos; história inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores; perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem); alterações graves do estado nutricional (Brasil, 2010a, Leça et al., 2011). Além das lesões orgânicas, entre os indicadores apontados, estão as alterações comportamentais como choro frequente sem motivo aparente, irritabilidade, distúrbios de alimentação, enurese, encoprese, distúrbios do sono e muitos outros (Brasil, 2010a).

Em relação aos indicadores de violência psicológica pode-se destacar: episódios repetidos de cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade e/ou automutilação); excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais; perturbações do comportamento alimentar; alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese); choro incontrolável no primeiro ano de vida; comportamento ou ideação suicida (Brasil, 2010a, Leça et al., 2011).

Em relação a violência sexual tem sido apontado os seguintes sinais físicos: lesões externas nos órgãos genitais; presença de esperma no corpo da criança/adolescente; lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; leucorréia persistente ou recorrente; prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; lesões no pênis ou região escrotal; equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios; laceração do hímen; infecções de transmissão sexual; gravidez. Além disso, é importante observar outros sinais e sintomas que podem se manifestar de diferentes maneiras como os sintomas emocionais, comportamentais, interpessoais, cognitivos e sexuais. Tem sido ressaltado como um dos principais sinais de violência sexual em crianças e adolescentes, o comportamento sexual inadequado com brinquedos e objetos, o isolamento, medos inexplicáveis de pessoas e lugares em particular, regressão a idades anteriores, mudanças

nos hábitos alimentares, distúrbios do sono, raiva, comportamento autodestrutivo, dentre outros (Brasil, 2010a; Leça et al., 2011; Sanderson, 2005).

No entanto, Sanderson (2005) alerta para o fato de que os sinais e sintomas podem variar imensamente entre as crianças e os adolescentes e que elas podem encontrar múltiplas maneiras de comunicar seus medos e ansiedades aos adultos. O abuso sexual, portanto, pode ser revelado a partir de sintomas sutis ou evidentes e podem se manifestar de maneira diferenciada em cada criança e ou adolescente. Além disso, o autor alerta para o cuidado em considerar que a presença de um sintoma indique necessariamente que uma criança e ou adolescente foi vítima de violência sexual.

No caso da violência por negligência devem-se ressaltar os seguintes sinais e sintomas: carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar); vestuário inadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas; inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília); hematomas ou outras lesões não explicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas; incumprimento dos programas de atuação em saúde infantil e juvenil e/ou dos programas de vacinação; doença crônica sem cuidados adequados (falta de adesão a terapêutica programada); intoxicações e acidentes de repetição (Brasil, 2010a; Leça et al., 2011).

Assis (1994) descreve além dos indicadores de violência na criança e no adolescente, os sinais relacionados ao comportamento e as características da família para cada tipo de violência. Segundo a autora, em casos de violência física, a família muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como “má e desobediente”. Outras características

indicadas dizem respeito ao abuso de álcool ou drogas; as expectativas irreais acerca da criança e do adolescente; defende uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família. Nos casos envolvendo violência sexual a autora chama atenção para um comportamento possessivo dos familiares, negando à criança contatos sociais normais; acusa a criança de “promiscuidade”, “sedução sexual” e de ter atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar; alega outro agressor para proteger membro da família. Quanto à violência psicológica em geral a família tem expectativas irreais sobre as crianças e adolescentes; tendem a comportamentos de rejeição para com elas; fazem exigências em demasia e buscam isolamento. Em casos envolvendo a negligência, em geral, as famílias são apáticas e passivas, não se importando com a situação da criança e do adolescente; tem baixa autoestima e severo desleixo com a higiene e cuidados relacionados à saúde e são despreocupadas em resolver as necessidades de atenção da criança e do adolescente.

Cabe ressaltar que, todos os sinais e sintomas precisam estar devidamente contextualizados com a realidade das famílias e com a história clínica das crianças e adolescentes, pois como ressaltado anteriormente os sinais de alerta, por si só, não permitem diagnosticar uma situação de maus-tratos, já que podem surgir como sinais e sintomas de outros quadros clínicos (Leça et al., 2011). Assim, o setor da saúde tornou-se um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes em situações de violência, bem como de seus familiares.

1.4. O papel do profissional de saúde da atenção básica

As atribuições dos setores da saúde no Brasil, assim como da educação, quanto a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, estão estabelecidas pelo ECA no artigo 245. Essas áreas são consideradas como esferas públicas privilegiadas de proteção e

dessa forma receberam incumbências específicas como: a identificação, a notificação da situação de maus tratos e a busca de formas para proteger a vítima e dar apoio às famílias. Segundo Bourroul (2005), em consonância ao que estabelece o ECA, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria nº 737, publicada pelo MS em 16 de maio de 2001), preconiza a realização do atendimento específico às vítimas de acidentes e da violência e enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde e da qualidade de vida das vítimas, tendo como estratégia básica a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária. Ainda segundo o autor devem ser seguidas as seguintes diretrizes: 1) a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; 2) a monitorização da ocorrência de acidentes e de violência; 3) a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência; 5) a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; 6) a capacitação de recursos humanos e 7) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

É importante destacar que a Atenção Básica é a denominação brasileira para a Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Marin (2009) essa mudança se deu pela necessidade de se diferenciar de propostas internacionais, mas, a Atenção Básica brasileira está em sinergia com uma APS forte, apontada pela OMS como aquela que supõe a universalidade dos cuidados, a coordenação dos demais níveis de atenção, ancorada na integralidade à saúde.

Nessa perspectiva a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) elegeu a Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de Atenção à Saúde em todo o território nacional. O modelo centrado na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, pode possibilitar às equipes que trabalham junto a estes sujeitos uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções

que transcendem as práticas curativas (Brasil, 2000, 2004; Rosa & Labate, 2005). Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em dezembro de 2014 existiam 39.228 equipes de saúde da família, em 5.463 municípios, com uma cobertura de 120.975.337 milhões de habitantes, o que significa 62,37% da população (Brasil, 2014a).

As Equipes de Saúde da Família devem ser compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitário de Saúde (ACS), que são responsáveis pelo atendimento de, em média, quatro mil residentes em uma área geográfica delimitada. Quando ampliada, essa equipe conta ainda com um dentista e um auxiliar de consultório dentário. O público-alvo da Estratégia Saúde da Família (ESF) compreende a população residente em uma área determinada mediante processo de territorialização realizado no âmbito do município. Portanto, são definidos recortes territoriais, que correspondem à área de atuação das equipes, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais. Na ESF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores correspondem à microárea, área, segmento e município. A microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega de 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do ACS. A área é formada pelo conjunto de microáreas, nem sempre contíguas, onde atua uma equipe de saúde da família (Brasil, 2011; Monken & Barcellos, 2007).

É importante ressaltar ainda que em relação ao ACS, esses trabalhadores, devem cumprir requisitos formais de residir na comunidade onde atuam; ter idade mínima de dezoito anos; ter ensino fundamental completo, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada. Algumas dessas prerrogativas não são exigidas para a

contratação de outros profissionais da ESF, como ser residente da área onde atuam, o que lhes confere especificidade de atuação (Brasil, 2006; Santos, Saliba, Moimaz, Arcieri & Carvalho, 2011).

De um modo geral, segundo o MS (Brasil, 2012c) os princípios e diretrizes que fundamentam as ações dos profissionais de saúde na atenção básica são:

a) A territorialização e responsabilização sanitária que consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, dentre outros.

b) A adscrição dos usuários e o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de coresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

c) A acessibilidade e o acolhimento como porta de entrada preferencial. Deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros níveis de atenção da rede.

d) O cuidado longitudinal que pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda

de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

e) A ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que deve ser organizada a partir de sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da mesma. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. A ordenação da RAS implica que os fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

f) A gestão do cuidado integral em rede, ou seja, o vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS.

g) O trabalho em equipe multiprofissional, o que requer a presença de diferentes formações profissionais e um alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. O modelo de cuidado deve ter como imperativo ético-político a organização da intervenção técnico-científica.

Nesse sentido a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das

coletividades. Ela deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Além disso, deve ser operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (Brasil, 2009, 2012c, 2012a, 2013a).

A atenção básica, portanto, é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde (Brasil, 2004, 2009). Registre-se que deve estar articulada com os demais níveis da assistência do sistema, de forma a garantir, após a triagem inicial, o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, através de referência e contra-referência, visando à integralidade do atendimento (Brasil, 2013a).

É válido ressaltar ainda que os profissionais são agentes de proteção, com a responsabilidade de notificar os casos suspeitos ou confirmados e encaminhar às instâncias de referência que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), como os Conselhos Tutelares de sua respectiva localidade (Souza et al., 2014). Segundo Faleiros e Faleiros (2001) o SGDCA engloba vários fluxos tais como: os fluxos de defesa (que se ocupam com a garantia da cidadania e é operacionalizado por Conselhos Tutelares, Varas da Infância e da Juventude, Ministério Público, Defensoria Pública e Centros de Defesa), os fluxos de atendimento (que se ocupam com as vítimas, familiares e agressores e os danos causados e é constituído por executores das políticas sociais, saúde, educação assistência, trabalho, cultura, lazer,

profissionalização e programas de proteção) e os fluxos de responsabilização (que se ocupam da violação da lei, da penalização dos agressores e é composto pelas Delegacias de Polícia, Delegacias Especializadas de proteção à criança e ao adolescente, do Instituto Médico Legal, Varas Criminais, Vara da Infância e Juventude e o Ministério Público). Dessa forma, Souza et al. (2014) ressaltam que o profissional tem responsabilidades tanto com os aspectos relacionados ao atendimento das vítimas, quanto com os aspectos relacionados a ética pessoal e profissional. Apesar disso, os autores pontuam ainda que, embora o reconhecimento das vítimas e a atuação no enfrentamento da violência faça parte das atribuições desses profissionais, muitas vezes os mesmos ainda não se encontram familiarizados com os procedimentos legais a serem adotados diante dos casos, sobretudo a notificação dos casos.

1.5. O sistema de notificação de agravos à saúde

Desde a década de 1990, o SUS recebeu do ECA a atribuição para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes. Esse fato gerou a necessidade de criar mecanismos de vigilância em saúde e linhas de cuidado e proteção dessa população. Apesar disso, o Brasil não possui ainda um sistema de registro unificado, que possa avaliar de forma mais ampla a prevalência dos maus-tratos contra crianças e adolescentes. Os principais sistemas de informação implantados, como os registros dos Conselhos Tutelares que alimentam o Sistema de Informação para Infância e Adolescência (SIPIA), as Delegacias de Polícia em geral ou as Delegacias Especializadas no atendimento de crianças e adolescentes e o Disque Direitos Humanos (Disque 100), geram informações importantes, mas ainda de forma desarticulada.

Lima e Deslandes (2011) e Assis et al. (2012) observam que entre as várias formas de proteção adotadas pelo poder público, a criação de um instrumento de notificação dos

casos de suspeita ou confirmação de violência contra a criança e o adolescente, através da Portaria nº 1.968/2001 do MS, principalmente pelo setor saúde, visa a garantia de direitos e proteção social destes, pois, ao notificar o profissional informa as autoridades sobre o caso e partilha com os vários setores da sociedade seu enfrentamento. Esta portaria apoia-se também na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em sua diretriz sobre o monitoramento das violências (Brasil, 2001b).

Neste sentido, a notificação constitui-se em um instrumento de garantia dos direitos e proteção social de crianças e adolescentes, permitindo aos profissionais de saúde, de educação, da assistência social, assim como os Conselhos Tutelares e a justiça, a adotarem medidas imediatas para cessar a violência (Brasil, 2008; Lima & Deslandes, 2011). Dessa forma, a notificação compulsória insere-se como uma das estratégias primordiais do MS no âmbito das ações contra a violência dirigida às crianças e adolescentes, e em 2006, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do SUS, em dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela) (Brasil, 2010a). A implementação do VIVA em seu componente do VIVA-Contínuo é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde. O registro dos dados no módulo do SINAN-Net é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, além do perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) de agressão (Brasil, 2010b).

A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente contida no manual do MS (Brasil, 2002) diz que a mesma é “uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor” (p.14). O manual também ressalta que a notificação não é e nem vale como denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer outra pessoa que informa uma situação de maus-tratos está informando ao Conselho Tutelar que àquela criança ou adolescente e sua família precisam de ajuda. Mas, é válido ressaltar que o profissional de saúde tem uma obrigação adicional, a de registrar que houve maus-tratos também através do preenchimento de uma ficha específica para este fim, o que o coloca numa posição diferenciada em relação às outras pessoas que também devem comunicar os casos.

Portanto, para os profissionais de saúde, notificar os casos, significa também preencher a Ficha de Notificação (Anexo 1) em três vias e no caso de criança e adolescentes, uma deve ficar no serviço de saúde, outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e a terceira ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes. As secretarias municipais de saúde são responsáveis pela digitação, consolidação, análise dos dados e disseminação das informações. A vigilância contínua objetiva, também, a articulação e a integração com a Rede de Atenção e de Proteção Social às pessoas em situação de Violências, visando assim, a atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e de proteção e garantia de direitos humanos (Brasil, 2001a, 2010a).

Nesse sentido, o dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, a definição de prioridades e políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes da rede de cuidado e proteção de crianças e adolescentes. Dessa forma, a notificação compulsória insere-se como uma das estratégias primordiais do MS no âmbito das ações contra a violência contra crianças e adolescentes, destacando-se também: 1) promover ações de sensibilização e mobilização e defesa de direitos; 2) conversar com crianças e adolescentes orientando-os sobre os riscos da violência no cotidiano e suas formas de prevenção; 3) adotar posturas proativas frente a qualquer situação de violência; 4) debater o assunto nas escolas, comunidades, família, serviços de saúde, dentre outros setores da sociedade (Brasil, 2010a).

Souza et al. (2014) ressaltam também que a notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde transcende os limites do serviço e tem como objetivo interromper a cadeia de eventos e consequências. Uma vez identificado, o caso exige a intervenção interdisciplinar e parcerias institucionais, cujas ações são imprescindíveis para a resolutividade dos atendimentos. A partir da notificação, é esperado que se realize o acompanhamento ampliado da família, procedimento que constitui uma importante estratégia de cuidado e proteção às vítimas, além do que representa um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão e determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência.

Apesar disso, vários autores têm demonstrado que os dados notificados não correspondem a realidade dos casos existentes (Assis et al.,2012; Deslandes, 1994, 1999, 2000; Lima & Deslandes, 2011). A responsabilidade que a identificação e o manejo dos casos de violência representam, assim como as dificuldades encontradas pelos

profissionais de saúde em relação à notificação, tem sido estudada por vários autores, (Assis et al., 2012; Granville-Garcia et al.,2008; Gonçalves & Ferreira, 2002; Gomes, et al., 2002 ; Lima & Deslandes, 2011; Luna, Ferreira & Vieira, 2010; Marcon, Tiradentes & Kato,2001; Rossi, 2004; Silva, Lunardi, Silva & Filho, 2009). Entre as dificuldades mais apontadas por esses autores destacam-se: a falta de preparo do profissional para identificar e lidar com os casos, medo em fazer a notificação em função de futuras represálias por parte do agressor e consequências legais, insatisfação com a atuação dos conselhos tutelares, descrença no poder público e na efetiva possibilidade de intervenção nos casos, visão de que se trata de uma questão da intimidade da família, falta de suporte e grandes demandas de atendimento, a resistência ao preenchimento de mais um instrumento com número grande de questões, complexidade dos casos, proximidade com a comunidade, em especial para os profissionais da atenção primária.

Outro aspecto relevante diz respeito às orientações do “Manual de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência”, desenvolvido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e publicado em 2011, que define os encaminhamentos a serem tomados em casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Segundo o referido manual, quando “*a criança ou adolescente em situação de violência apresentar lesões leves e não for detectado risco de revitimização com o seu retorno para a moradia, deve-se notificar o conselho tutelar de sua região*”. Diz ainda que a notificação pode ser feita mediante relatório institucional elaborado por um membro da equipe interprofissional ou através do preenchimento da ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências e acidentes onde esta esteja implantada, podendo ser encaminhada no primeiro dia útil após o ocorrido. Define como *risco de revitimização* o fato do agressor não ser “*controlável ou a família ou cuidadores do paciente não parecerem competentes e capazes de proteger a criança ou adolescente*”. Quando houver presença de lesões graves ou quando o retorno da

criança ou adolescente para sua moradia puder resultar em “*revitimização*”, essa deve ser internada, para que permaneça sob a proteção da instituição hospitalar – e deve-se notificar a Vara da Infância e Juventude de sua região (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2011).

Ressalvado o fato de que o manual do CFM define de forma adequada que em casos suspeitos e ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes a notificação deve ser realizada, bem como a ficha preenchida e encaminhada aos órgãos competentes, a sugestão quanto à decisão em fazê-lo parece se apoiar em critérios subjetivos, quando aponta o risco de *revitimização* no fato do agressor não *ser controlável* ou a família *não parecer competente* e capaz de proteger a criança ou adolescente. Informações disseminadas dessa forma podem dificultar a tomada de decisão, em especial do profissional da medicina, em realizar a notificação, assim como interferir de modo a gerar um procedimento inadequado no tocante à violência contra crianças e adolescentes, o que deve ser problematizado.

Recentemente o MS publicou a Portaria nº 1.271, em seis de junho de 2014, com o objetivo de padronizar os procedimentos relacionados à notificação compulsória no âmbito do SUS. Para fins de notificação compulsória foram considerados os seguintes conceitos: como *agravo*: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; como *autoridades de saúde*: o MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do SUS. E por fim, como *notificação compulsória*: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de

suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública podendo ser imediata ou semanal. A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. Estabelece ainda que a comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento (Brasil, 2014b). Se comparada à Portaria do ano de 2001, observa-se uma ampliação das responsabilidades governamentais, assim como, uma definição mais clara das atribuições de todos, no tocante à notificação de violência no âmbito da saúde. Apesar disso, não deixa evidente em que momento a ficha deve ser preenchida pelos profissionais de saúde e se no caso de um cidadão comum ou de outros profissionais da rede e de outros setores como da educação, esta comunicação também envolve o preenchimento da ficha.

Na esfera da lei, as diretrizes estão dispostas, mas sua efetivação ocorre de maneira diferenciada em cada localidade do país. No município de Belém-PA, por exemplo, o sistema de notificação foi implantado em 2009 e fez parte de um inquérito nacional que buscou caracterizar as vítimas de violência e acidentes atendidos em serviços de urgência, no período de trinta dias, em todas as capitais do Brasil. Ainda como parte desse processo, no dia 30 de abril de 2010, a Secretaria de Saúde do município de Belém-PA criou o Núcleo de Prevenção às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Promoção da Paz - NUPVID, por meio da Portaria nº 0374/2010 GABS/SESMA/PMB, com o objetivo de articular a rede de atenção integral às pessoas em situação de violência. A partir de então, foram realizadas capacitações dos profissionais de saúde dos hospitais municipais, estaduais e militares, assim como das Unidades Básicas de Saúde, das Unidades Saúde da

Família e Casas Especializadas do município de Belém para o uso da ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, bem como para o conhecimento do fluxo dessas na rede até o seu registro no SINAN-Net (Secretaria Municipal de Saúde [SESMA], 2012). Como se pode perceber, esse contexto de implantação ainda é recente em Belém-PA. Cabe ressaltar ainda que a notificação permite a entrada, a articulação e a atuação de outros profissionais da rede, o acompanhamento da evolução de cada caso, bem como a quantificação e qualificação das expressões da violência, subsidiando ações de prevenção e de promoção próprias da área da saúde coletiva.

1.6. Contribuições da Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano

Diversos autores têm sugerido que a violência se apresenta como a conversão de uma desigualdade, exercida na forma de opressão-dominação, e por esta característica, encontra no ambiente familiar uma ecologia propícia para a sua ocorrência, visto que nela se estruturam de forma desigual as relações de gênero, de gerações e de poder (Azevedo & Guerra, 1995, Ceconello & Koller, 2003; Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006; Prati, Couto, Moura, Poletto, & Koller, 2008).

Segundo De Antoni e Koller (2010) esse tipo de interação familiar deve ser analisado como um fenômeno complexo e multicausal, pois é influenciada e influencia outros contextos. Ainda segundo as autoras, a perspectiva sistêmica permite essa compreensão, com base em uma abordagem multifacetada na qual o problema é visto de forma processual e dinâmico, envolvendo o contexto, a história e as pessoas como protagonistas e observadores do fenômeno.

Nesse contexto a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) de Bronfenbrenner se mostra apropriada ao se considerar o fenômeno da vitimização infantil

(Batista, Trigueiro, Lenard, Mazza & Labronici, 2013; Belsky, 1991; Ceconello & Koller 2003; Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006; Prati, Couto, Moura, Poletto, & Koller, 2008). A adoção da TBDH, portanto, apoia-se na busca das múltiplas interações entre a pessoa e os ambientes. Como salientam Yunes, Miranda e Cuello (2003) e Polleto e Koller (2008), uma das maiores contribuições dessa abordagem reside no fato de que ela torna o pesquisador capaz de "pensar ecologicamente", possibilitando que sua atenção seja dirigida não só para o indivíduo e os ambientes imediatos nos quais ele se encontra, mas também para as interações do indivíduo com os ambientes mais distantes, dos quais muitas vezes, ele sequer participa diretamente.

Segundo Maturana (1995), a violência é um modo de conviver, um estilo relacional que surge e se estabiliza em uma rede de conversações que a faz possível e conserva o emocional que a constitui, e no qual as condutas violentas são vividas como algo natural. Outros estudos sobre o tema têm apontado que, ao mesmo tempo em que características biológicas e outros fatores individuais explicam algumas das predisposições à violência, é mais frequente haver uma interação entre questões individuais e os fatores familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, se configurar uma situação propícia à violência (De Bellis, 2005; Krug et al., 2002).

Belsky (1980) sugeriu um modelo de análise a partir da ideia de uma rede de subsistemas em permanente interação para a produção da violência doméstica. Tais subsistemas são relativos ao desenvolvimento **ontogênico** (os efeitos da história dos pais em suas práticas de criação dos filhos), o **Microsistema** (características da família e da criança), o **Exossistema** (características da vizinhança e ao tipo de suporte social oferecido à família), e o **Macrossistema** (características da Sociedade e Cultura na qual se dá a violência).

Em resumo Belsky (1991,1993) salientou que a etiologia dos maus-tratos deve ser considerada a partir de fatores históricos, contemporâneos, culturais, situacionais, além das características dos pais e dos filhos. Segundo Azevedo (2008) esse modelo, de Belsky, representa uma tentativa de superação dos modelos unidimensionais, quais sejam, o modelo psicopatológico ou médico e o modelo social, centrados na ideia de uma causalidade linear entre fatores representados por déficits (individuais ou sociais) e a violência doméstica como resultante.

Ainda segundo Azevedo (2008) as pesquisas na área da (VDCA) são majoritariamente fundamentadas no modelo ecológico de desenvolvimento humano e são muitos os pesquisadores que propuseram a TBDH como base para explicar a produção da violência doméstica na infância e adolescência. É fato que a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes é de natureza complexa, multicausal e multifacetada, e a TBDH pode auxiliar na compreensão do fenômeno da violência, visto que a mesma propõe que o desenvolvimento seja estudado através da interação de quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, ou seja, o modelo PPCT (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Nesse modelo o ser humano descrito por Bronfenbrenner é um ser biológico e psicológico e interage constantemente com seu contexto e é produto deste processo de interação multicausal e processual. O processo de desenvolvimento, portanto, irá ocorrer segundo ele, através de ampliações e aproximações entre a pessoa e os diversos elementos do contexto que se influenciam mutuamente de forma dinâmica ao longo do tempo.

Para Bronfenbrenner (2004), as características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais da pessoa, durante o ciclo vital, produzem, dinamicamente, a maneira como ocorrem suas relações interpessoais. Segundo Cecconello e Koller (2003), características inibidoras do desenvolvimento da pessoa, como a falta de escolaridade,

afetam as relações interpessoais, podendo provocar uma dinâmica de relações propiciadoras à agressão.

Bronfenbrenner e Morris (1998) e Bronfenbrenner (1999) apontam uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento e procuram reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento. Outro aspecto sugerido no novo modelo é o construto teórico definido como “*processos proximais*”, entendido como “formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (p. 994). Nesse modelo, são rerepresentados quatro aspectos multidirecionais inter-relacionados, designado como modelo PPCT: “*pessoa, processo, contexto e tempo*”.

A **Pessoa** refere-se ao fenômeno de constâncias e mudanças na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer de sua existência. Deve-se se considerar as características do indivíduo em desenvolvimento, como suas convicções, nível de atividade, temperamento, além de suas metas e motivações. Para o autor, isso tudo tem considerável impacto na maneira pela qual os contextos são experienciados pela pessoa, tanto quanto os tipos de contextos nos quais o sujeito se insere. Características do tipo pessoais, como gênero ou cor da pele, que podem influenciar na maneira pela qual os outros lidam com a pessoa em desenvolvimento, como valores e expectativas que se têm na relação social devem ser considerados. Qualidades pessoais podem nutrir ou romper a operação de processos de crescimento psicológico. Além disso, o autor aponta que nenhuma característica da pessoa pode existir ou exercer influência sobre o desenvolvimento isoladamente. Bronfenbrenner e Morris (1998) definem três tipos de características da pessoa que influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano. O primeiro tipo são as *disposições* que podem colocar os processos proximais em

movimento e continuam sustentando a sua operação. O segundo diz respeito aos *recursos bioecológicos* de habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento e, por último, há características de *demanda*, que convidam ou desencorajam reações do contexto social que pode nutrir ou romper a operação de processos proximais.

O **Processo** tem a ver com as ligações entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente um ser humano, criança ou adulto, requer a participação ativa em interações progressivamente mais complexas, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Para ser efetiva, a interação tem que ocorrer em uma base bastante regular em períodos estendidos de tempo. Tais formas duradouras de interação no ambiente imediato referem-se aos *processos proximais* que são o motor do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

O **Contexto** se refere ao meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais. Os ambientes podem ser considerados, tanto os ambientes mais imediatos nos quais vive a pessoa em desenvolvimento, como os mais remotos, em que a pessoa nunca esteve presente, mas que se relacionam e têm o poder de influenciar o curso de desenvolvimento humano. O **Tempo** pode ser entendido como o desenvolvimento no sentido histórico ou, em outras palavras, como ocorrem as mudanças nos eventos no decorrer dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento. Para Bronfenbrenner e Morris (1998), eventos históricos podem alterar o curso de desenvolvimento humano, em qualquer direção, não só para indivíduos, mas para segmentos grandes da população. A passagem de tempo em termos históricos tem efeitos profundos em todas as sociedades.

Por outro lado, o modelo de Bronfenbrenner (1994,1996) também descreve o contexto de desenvolvimento, que segundo ele, consiste em um sistema de quatro níveis. O primeiro nível imediato e onde se encontra o indivíduo em desenvolvimento, se refere ao *microsistema* que é definido por ele como um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experiências da pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas. Portanto, ambientes em que a pessoa é envolvida em interações face-a-face. O segundo nível seria o chamado *mesossistema*, que diz respeito às inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais uma pessoa participa ativamente, podendo ser formado ou ampliado sempre que ela passe a fazer parte de novos ambientes. No terceiro nível está o *exossistema*, onde a pessoa em desenvolvimento não é participante ativa, mas nesse contexto podem ocorrer eventos que a afetem, ou ainda vice e versa, podem ser afetados por acontecimentos do ambiente imediato onde a pessoa se encontra.

Bronfenbrenner (1996) ressalta ainda, o exemplo da televisão que introduz para as experiências cotidianas da pessoa em desenvolvimento, eventos violentos de outros lugares, que então encontram uma expressão violenta nas atividades cotidianas dessas pessoas, acrescentando assim um exo e, talvez, ainda mais tragicamente, um microsistema inteiro ao mundo fenomenológico delas. E finalmente o quarto nível, chamado de *macrossistema* e que é composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores religiosos, formas de governo e culturas, que envolve todos os outros contextos/níveis/ambientes, formando uma rede de interconexões entre eles e que se diferenciam de uma cultura para outra.

Outros autores como Martins e Szymanski (2004) assinalam que no modelo teórico de rede, a compreensão científica de processos interpessoais básicos de desenvolvimento humano existem quando há uma investigação nos ambientes concretos, imediatos e

remotos onde os seres humanos vivem. Para isso, é necessário que o pesquisador busque a construção de um esquema teórico e metodológico, na tentativa de permitir a descrição detalhada e análises sistemáticas dos contextos em que se desenrolaram as ações e interações humanas entre todas as pessoas envolvidas no estudo.

Essa premissa reforça a importância dos ambientes e das estruturas interpessoais nos contextos de desenvolvimento humano, visto que Bronfenbrenner (1996) salienta o grande mérito das relações entre as pessoas, estabelecendo como condição mínima para a formação de díades a presença de uma relação interpessoal recíproca. A premissa básica e mais importante na formação de uma díade é que, se um dos membros passa por um processo de desenvolvimento, estará contribuindo para a ocorrência do mesmo processo no outro. Desse modo, para o autor, "uma díade é formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas atividades uma da outra ou delas participam" (p. 46). A díade tem sua importância, enquanto elemento favorecedor de desenvolvimento humano, podendo contribuir para a formação de outras estruturas interpessoais maiores, incluindo mais de duas pessoas, o que pode ser chamado de tríade ou tétrades, por exemplo. As díades podem assumir três formas funcionais diferentes no que se refere ao seu potencial para fomentar o crescimento psicológico. A *díade observacional* ocorre quando uma pessoa está prestando uma cuidadosa atenção à atividade do outro e este, por sua vez, reconhece o interesse demonstrado por aquilo que está fazendo. Já a *díade de atividade conjunta* refere-se à situação em que duas pessoas percebem-se fazendo alguma tarefa juntas e a *díade primária* consiste naquela que, mesmo quando os dois membros não estão próximos, ainda continua existindo fenomenologicamente. Os dois membros são objetos de fortes sentimentos um para com o outro e aparecem sempre em seus pensamentos. Mesmo separados, um influencia o comportamento do outro.

Nessa perspectiva Minayo (2000) recomenda, que qualquer violência seja vista em rede, ou seja, relações entre sujeitos que desempenham papéis dentro e fora do domicílio, inseridas em estruturas maiores e, não raro, também violentas. Nos serviços de saúde, portanto, o reconhecimento do risco de violência é fundamental para abrir a possibilidade de mudança visto que o profissional de saúde faz parte do contexto ecológico das famílias e influencia o desenvolvimento de crianças e adolescentes, assim como a estruturação da rede de assistência a saúde interfere diretamente no trabalho que deverá ser desenvolvido por esses profissionais. Outros autores como Traverso-Yépez (2001) sugere que:

Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas deveriam ter oportunidade de compartilhar, desde os anos da graduação, um espaço permanente de encontro baseado numa concepção sistêmica-ecológica da vida humana. Este espaço teria como objetivo a geração de uma base conceitual comum para lidar com o processo saúde-doença, numa perspectiva interdisciplinar. Objetivaria também desenvolver critérios reais para viabilizar o trabalho em equipe, tentando amenizar as marcantes hierarquias salariais em função da profissão, considerando que se parte da premissa de que todos os profissionais possuem responsabilidades e valor equivalentes (p. 54).

Segundo Ramos e Teodoro (2012), a boa formação, o desenvolvimento e treinamento de competências são uma área ainda mais sensível quando os profissionais de saúde lidam com a população em situação de vulnerabilidade social. Ainda segundo esses autores, uma tomada de decisão equivocada pode produzir danos que poderão revitimizar os pacientes, o que gera ainda maior responsabilidade no enfrentamento dos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes por parte dos profissionais de saúde.

Outro aspecto importante a ser considerado, reside no fato de que Bronfenbrenner (1974) destacava o vínculo necessário entre a teoria e a prática. Seus argumentos visavam

o engajamento com as políticas públicas, não somente para favorecer a pesquisa sobre o desenvolvimento humano, mas também para a compreensão de questões teóricas pertinentes à natureza das relações pessoa- contexto. Suas proposições consideravam que o primeiro axioma entre os cientistas sociais seria o de que as políticas públicas devem ser fundamentadas na ciência, não como verdade, mas como fonte de conhecimento para àqueles que fazem as normas. Essa necessidade segundo ele promoveria dois elementos essenciais para qualquer desafio científico: a vitalidade e a validade dos achados. O modelo de Bronfenbrenner pode oferecer subsídios para reflexão sobre a percepção dos profissionais da saúde sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes e como parte dos contextos dos quais fazem parte, influenciam e são influenciados.

Nesse contexto, as atitudes dos profissionais, frente à abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente, estão relacionadas com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano. Ou seja, o processo está relacionado a ligação destes profissionais em diferentes níveis de interação complexa, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato, mas também aos ambientes mais distantes e que envolvem tanto os níveis meso, quanto o exo e o macrossistêmico. Dessa forma, investigar os profissionais de saúde a partir da abordagem bioecológica do desenvolvimento humano remete a forma como eles percebem o outro, o mundo e a si mesmos.

Em resumo, o papel fundamental do ambiente no desenvolvimento do indivíduo é considerado na forma como o indivíduo percebe aquilo que o rodeia, e na forma como se altera de acordo com a sua exposição e interação com esse ambiente. O ambiente inclui tudo o que é exterior ao organismo, como por exemplo, pessoas (família, amigos, professores) e, também, forças mais distantes como leis, normas sociais e instituições com influência direta ou indireta na pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1987). Nesse

sentido pode-se perguntar: o profissional de saúde sabe identificar sinais e sintomas de que uma criança ou adolescente está sofrendo maus-tratos? Suas práticas estão relacionadas às suas características pessoais e profissionais? Na percepção desses profissionais, quais fatores interferem na sua atuação em casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes? Qual o perfil das violências praticadas contra crianças e adolescentes e notificadas pelos profissionais de saúde através do SINAN-Net em Belém-PA? Essas perguntas foram as questões norteadoras do presente estudo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar a percepção de profissionais de saúde sobre maus tratos contra crianças e adolescentes, os fatores que interferem no manejo desse fenômeno em sua rotina de trabalho e o perfil da violência notificada em Belém-PA.

2.2. Objetivos Específicos

Descrever o perfil da violência contra a criança e o adolescente notificada em Belém-PA, segundo parâmetros sócio-epidemiológicos;

Caracterizar os dados de violência em relação ao local de ocorrência da violência, unidade notificadora; vínculo com o agressor, tipos e consequências da violência;

Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde;

Identificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde frente a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes;

Analisar diferenças na percepção dos profissionais de saúde acerca dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, a partir da função exercida e o local de atuação;

Descrever e analisar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na identificação e notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Identificar possibilidades de aprimoramento de atuação para os profissionais de saúde em relação à temática.

3. MÉTODO

Conforme proposto nos objetivos do presente estudo procurou-se investigar a percepção dos profissionais de saúde frente aos casos de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Em busca de uma maior visibilidade de tal fenômeno o trabalho desenhou-se em torno de dois eixos: a) análise das notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes; e b) análise dos questionários aplicados nos profissionais de saúde.

3.1. Eixo 1 Análise das notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes

3.1.1. População do estudo

O ECA considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e o adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade, no entanto, a população deste estudo foi constituída de dados da notificação de violência contra crianças e adolescentes no município de Belém-PA, com idades entre zero e dezenove anos, pois utilizou-se como referência o recorte de faixa etária do DATASUS e do SINAN-Net que inclui dados até dezenove anos de idade. Essa faixa etária até dezenove anos, também encontra suporte nas proposições de Papalia, Olds e Feldman (2006).

3.1.2. Delineamento

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal, retrospectivo, de cunho quantitativo.

3.1.3. Fonte de informação

O estudo foi realizado com dados obtidos no banco de registros do SINAN-net, acessado por meio do Departamento de Vigilância em Saúde (DEVS) da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), com a devida autorização do referido órgão

(Anexo 5). O SINAN-Net é um sistema nacional, alimentado com a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, portanto, abriga as informações das Fichas de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (Anexo 1) que inclui dados da pessoa atendida, de sua residência, dados da ocorrência, tipologia da violência, característica da violência, consequências da violência, dados do provável autor da violência, evolução e encaminhamentos.

Há também um espaço destinado para observações adicionais de cada caso. O SINAN-Net foi implantado em Belém-PA no ano de 2009, como parte de uma política nacional que tem como objetivo básico avaliar o impacto e a caracterização da violência em todo o país.

3.1.4. Critério de inclusão

Todos os registros de violência contra a criança e o adolescente residentes em Belém-PA, notificadas nos anos de 2009 a 2013 no DEVS.

3.1.5. Critério de exclusão

Notificações incompletas que não pudessem ser esclarecidas no âmbito do DEVS.

3.1.6. Variáveis do estudo

Foram selecionadas as seguintes variáveis: idade, sexo, tipos de violência, local de ocorrência, se ocorreu outras vezes, gravidez decorrente de violência sexual, dados do provável autor (número de envolvidos, sexo, vínculo com a vítima), unidade notificadora.

3.1.7 Procedimentos

Em um estudo prévio, Veloso et al. (2013) demonstraram um número significativo de crianças e adolescentes dentre os casos de violência notificada em Belém-PA. Esse resultado apontou a necessidade de caracterizar o perfil das violências notificadas contra crianças e adolescentes, a partir do SINAN-Net. Para tal, foi realizada a análise dos dados notificados, o que deu origem ao presente estudo, que foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Para sob protocolo CAAE 22980213.3.0000.0018 e parecer nº481.615 de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Anexo 3). A coleta de dados ocorreu diretamente no SINAN-Net, acessado no período de junho a novembro de 2013 no DEVS.

3.1.8. Análise dos dados

Os dados foram inseridos em uma planilha no programa *Microsoft Excell®* contendo as variáveis de interesse do estudo. Em seguida, os mesmos foram sistematizados para a realização da estatística descritiva, utilizando-se o próprio Excel. O programa BioEstat 5.0R (Ayres, Ayres Jr, & Santos, 2007) foi utilizado para a realização de testes estatísticos, tais como Teste G, Qui-quadrado e Mann-Whitney, tendo sido definido em 5% o valor de alfa.

3.2. Eixo 2 Análise dos questionários aplicados nos profissionais de saúde.

3.2.1. Participantes

O estudo foi desenvolvido com profissionais de saúde que atuam no Distrito Sanitário DAGUA do município de Belém-PA, segundo o CNES nesse distrito estavam lotados até dezembro de 2013 um total de 531³ profissionais. Participaram do estudo 174 profissionais, o que representa 32,76% do total. Foram incluídos todos os profissionais que demonstraram interesse e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo uma amostra não probabilística, obtida por conveniência. Os 174 profissionais, ficaram assim distribuídos na USF Combu (n= 7), na USF Condor (n= 22), na USF Parque Amazônia I (n= 13), na USF Parque Amazônia II (n= 15), na USF Radional (n=15), na USF Riacho Doce (n= 21), na USF Terra Firme (n=35), na UMS Guamá (n=7), na UMS Terra Firme (n= 12), na UMS Cremação (n=5), na UMS Condor (n=10) e na UMS Jurunas (n=11).

3.2.2. Contexto

A população de Belém é estimada em cerca de 1.424.000 de habitantes (IBGE, 2010), distribuída em 71 bairros, os quais, por meio da regionalização administrativa instituída pelo Poder Público Municipal pela Lei nº 7.682 (de 5 de janeiro de 1994), foram organizados em oito distritos administrativos: Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), Distrito Administrativo do

³ É importante ressaltar que o houve uma divergência entre os dados no cadastro do CNES e as informações prestadas pela administração das unidades de saúde do Distrito DAGUA. Dessa forma a amostra do presente estudo pode representar um percentual maior em relação ao total de profissionais efetivos, visto que vários profissionais apesar de cadastrados, não estavam atuando nas unidades pesquisadas. As chefias imediatas consultadas não sabiam explicar o porquê dessa divergência. Além disso, foi encaminhado à SESMA ofício solicitando a lista atualizada de profissionais de saúde cadastrados no distrito DAGUA, mas não se obteve respostas.

Benguí (DABEN) e Distrito Administrativo da Sacramento (DASAC), mais dois distritos insulares, o Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS) e o Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT).

O município de Belém-PA ocupa a 628ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM). Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul-SP) e o menor é 0,418 (Melgaço-PA) (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2014). A Tabela 1 apresenta os principais indicadores de vulnerabilidade social no município de Belém-PA.

Tabela 1: *Principais indicadores de vulnerabilidade social em Belém-PA*

INDICADORES	ANO		
	1991	2000	2010
Crianças e Jovens			
Mortalidade infantil	38,38	26,45	16,06
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	68,44	57,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	13,50	5,11	3,87
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	15,20	12,52
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,93	3,73	2,97
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	3,74	4,95
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	14,52	16,95	12,57
% de vulneráveis e dependentes de idosos	2,03	2,44	2,44
% de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais	12,49	11,96	6,22
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	51,34	48,56	33,26
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	37,45	25,76
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	68,29	73,68	86,84

Fonte: PNUD, IPEA, FJP (2014).

Em 2002, a partir do processo de municipalização da saúde em Belém, a atenção básica desse Município ficou assim organizada: 29 Unidades Municipais de Saúde, sendo sete Pólos de Atenção do Idoso e quinze Pólos de Urgência e Emergência, e 47 Unidades de Saúde da Família com 107 equipes do Programa Saúde da Família (Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

O Distrito DAGUA, envolve os seguintes bairros: Jurunas, Condor, Guamá, Cremação, Canudos e Terra Firme, abrigando uma população de 402.294 habitantes, sendo o mais populoso dos distritos (IBGE, 2010). É atendido por seis unidades municipais de atenção básicas e sete USF, estas com 15 equipes de saúde. A escolha do Distrito DAGUA deu-se pela sua localização geográfica e, principalmente, porque já se encontra envolvido pela UFPA em ações de ensino, pesquisa e extensão, com a participação de docentes da universidade. Além disso, o referido distrito vem sendo considerado pelo poder público, como uma das áreas de maior índice de violência da capital, exemplo disso pode ser observado nos investimentos federais para o estado do Pará que, em 2008, recebeu 115 milhões de reais do governo para investir em segurança pública, com a implantação do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI): o Território de Paz, nos bairros do Guamá e da Terra Firme em parceria com a Universidade Federal do Pará (Brasil, 2012b).

O mapa apresentado na Figura 1 descreve como os distritos estão organizados na cidade de Belém-PA, e a Figura 2, estão destacados os bairros do distrito DAGUA e tem apontada a localização das unidades de saúde cujo corpo técnico foi envolvido no presente estudo.

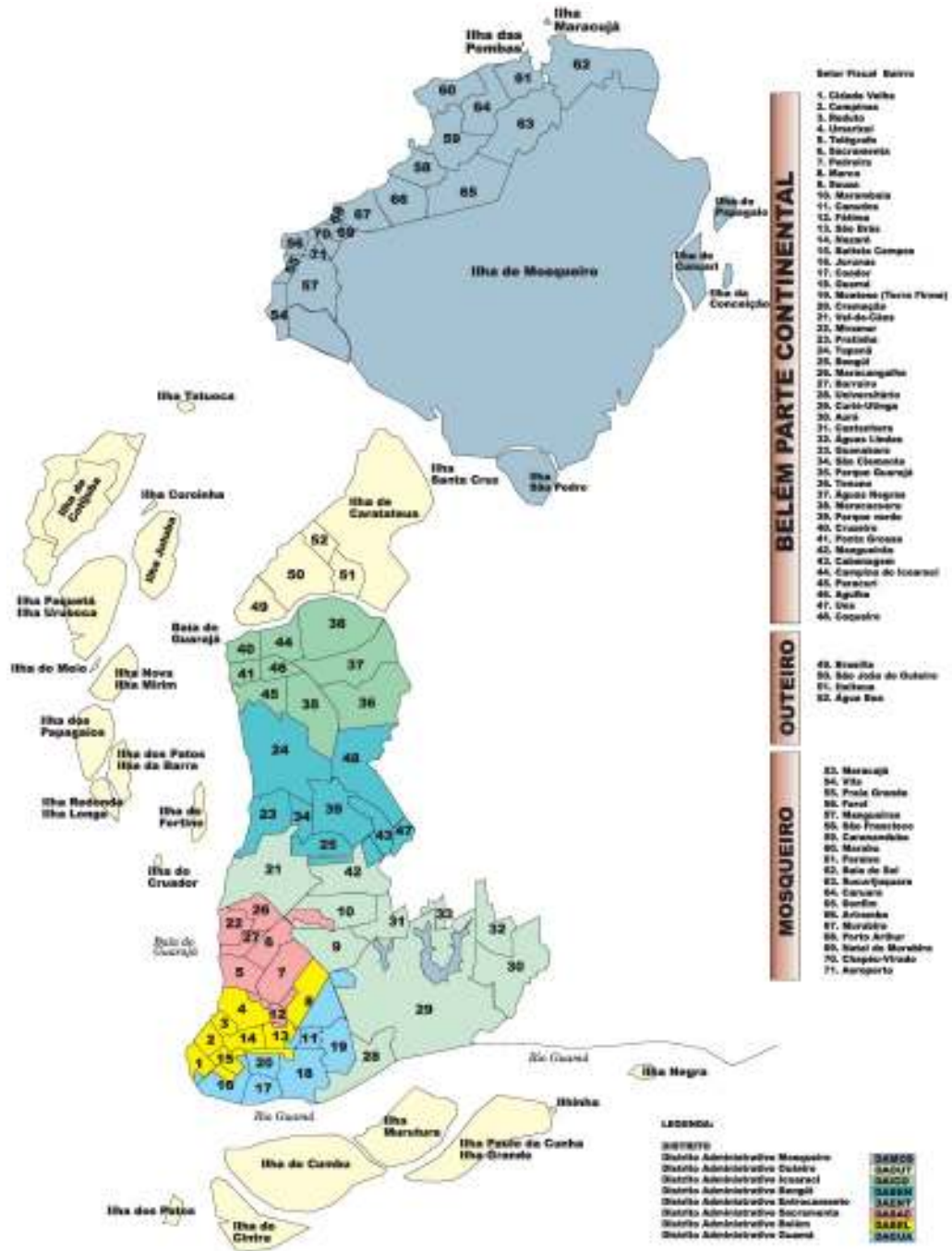


Figura 1

Mapa do município de Belém-PA com a divisão dos distritos administrativos e seus respectivos bairros

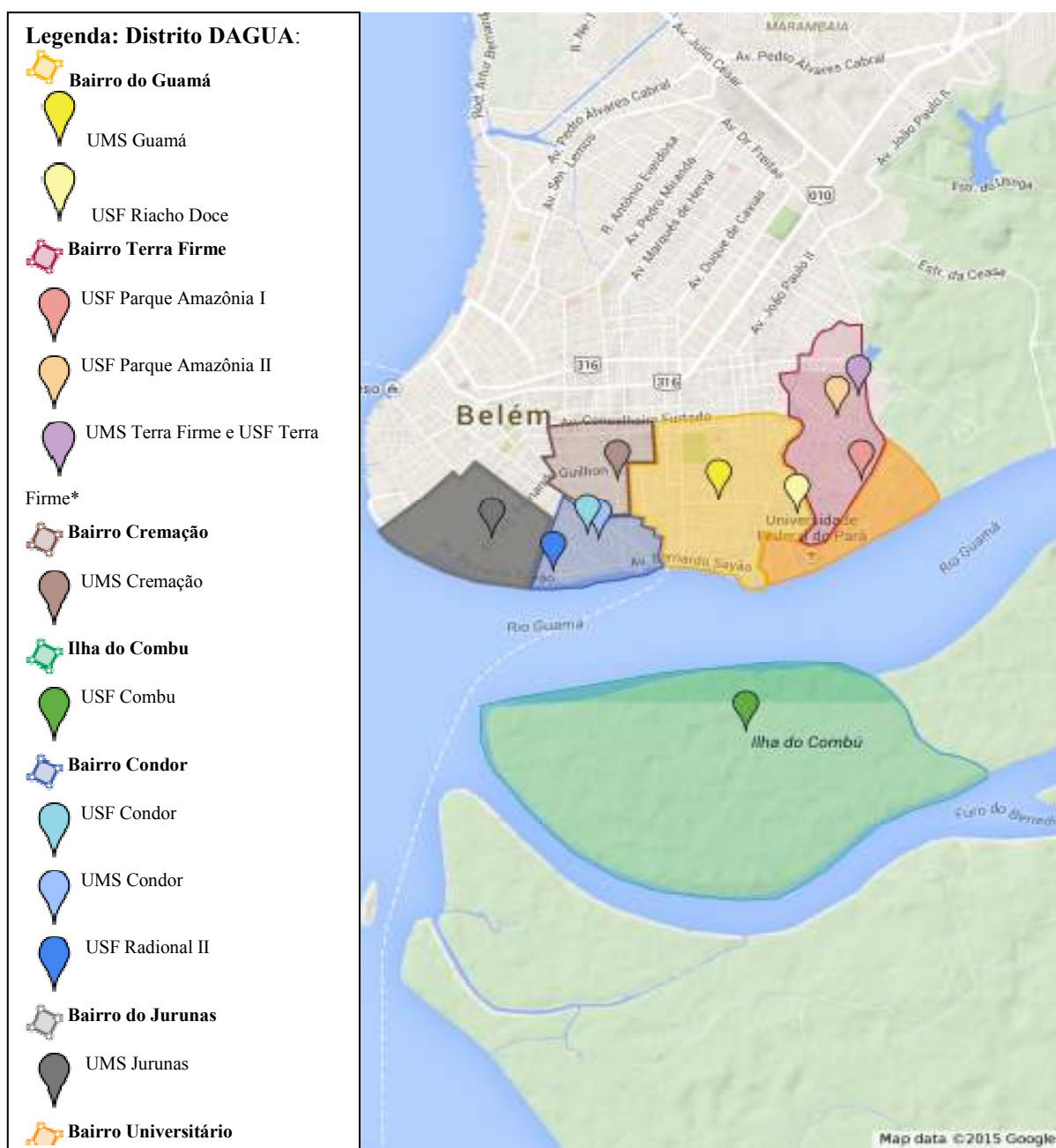


Figura 2: Mapa do município de Belém-PA, identificando o Distrito DAGUA, e o agrupamento das unidades de saúde do referido Distrito. *A USF da Terra Firme está funcionando em uma sala no mesmo prédio da UMS Terra Firme.

3.2.3. Instrumentos

1) Questionário 1 (Apêndice B): objetivou levantar informações sócio-demográficas dos profissionais de saúde, tais como idade, sexo, renda, estado civil, número de filhos, tempo de atuação, aspectos da formação profissional, graduação. Os dados sobre a renda dos profissionais foi investigada a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (2010), que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, sem a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais. A divisão de mercado é definida a partir da presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família, ou seja, a pretensão neste estudo foi apenas de utilização desse critério como um indicador de renda e para diferenciar a população. Esse critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos, em ordem, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

2) Questionário 2 (Apêndice C): objetivou investigar o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes, caracterizar as atitudes diante de casos de maus-tratos, o processo de notificação e as dificuldades enfrentadas pelo profissional em relação a temática (Apêndice C). As perguntas foram construídas a partir da literatura disponível sobre o tema, como o estudo de Luna et al., (2010), Granville-Garcia et al. (2008) e Rossi (2004). Esse último serviu de base para elaboração do referido questionário, mas não foi utilizado na íntegra. O instrumento desenvolvido por Rossi (2004) apresentava os conceitos de violência doméstica, a saber, a violência física, a violência psicológica, a violência sexual e a negligência nos enunciados das perguntas do questionário, o que foi suprimido na presente pesquisa, pois, o objetivo era analisar a percepção desse profissional de forma não

induzida. O questionário 2, portanto, apresenta um elenco de 51 perguntas, algumas abertas como as quatro primeiras questões, que solicitava ao entrevistado a descrição de três sinais que poderiam chamar a atenção que uma criança e ou adolescentes estaria sofrendo violência física, sexual, psicológica e negligência. A sexta questão foi organizada elencando situações de maus-tratos também envolvendo os tipos de violência. Pedia-se que os profissionais indicassem se a sentença descrita era ou não violência ou se tinham dúvidas. As demais perguntas versaram sobre a questão da identificação e notificação de casos de maus tratos em sua rotina de trabalho e outras questões direcionadas ao conhecimento desses profissionais sobre o tema, como a ficha de notificação, o ECA, encaminhamentos e órgãos responsáveis, se haviam sido vítimas de violência em sua infância ou adolescência. Por fim, foi perguntado se gostariam de participar de capacitação após a finalização da pesquisa e suas dúvidas e sugestões. A maioria das questões elaboradas era de multirresposta.

3.2.4. Procedimentos

Após a aprovação pelo CEP do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), sob o protocolo (CAAE 0078.0.073.073-11 e parecer nº087/11 CEP-ICS/UFPA) (Anexo 2), bem como ser autorizado pela SESMA conforme pode ser visualizado no (Anexo 4), foram iniciadas as atividades necessárias para o desenvolvimento do estudo, seguindo as etapas relacionadas a seguir: (1) estudo piloto (2) estruturação dos questionários, (3) contato com os gestores das unidades de saúde e com os participantes (4) aplicação dos instrumentos, (5) Elaboração e Alimentação do Banco de Dados.

Etapa 1 Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto com aplicação da primeira versão dos questionários elaborados para o estudo, apresentado no projeto de tese em 2012. Foram entrevistados

seis profissionais de saúde, sendo um médico e duas enfermeiras da ESF, um farmacêutico e uma técnica de nível médio de uma UBS, mas de outro distrito administrativo do município de Belém-PA que não entraria na amostra e que se disponibilizaram para tal. Os profissionais também deram sugestões para os ajustes dos questionários, bem como indicações sobre estratégias para realizar a recolha dos dados, entre elas escolher as sextas feiras como dia para abordagem dos profissionais nas USF. As equipes de saúde da família, em geral, utilizam este dia da semana para reuniões da equipe e para cursos de capacitação. Nas UBS ficou logo demonstrado nesse período, que os contatos com os profissionais de saúde seriam mais difíceis, em função da rotina de trabalho dessas Unidades.

Etapa 2 Estruturação dos questionários:

Após a realização do estudo piloto as questões dos questionários 1 e 2 mencionados acima, foram revisadas de modo a favorecer alternativas de respostas fechadas assim como perguntas organizadas de forma estruturada, ou seja, as alternativas estariam dispostas na forma de multiresposta. Apenas algumas questões foram deixadas com respostas abertas. Além disso, os conceitos de violência não foram disponibilizados no corpo do texto do questionário 2, pois o objetivo era analisar a percepção desse profissional de forma não induzida, conforme mencionado anteriormente.

Etapa 3 Contato com os gestores das unidades e com os participantes:

Foram realizados os contatos prévios com os gestores das unidades objetivando apresentar o Projeto e sensibilizar quanto aos objetivos do mesmo. Posteriormente, foi organizado com esses os profissionais de saúde um cronograma de visitas às Unidades para entrega de uma carta-convite, identificando o projeto e explicando detalhadamente seus objetivos. Sempre que possível no momento de entrega das cartas-convites procedia-se o agendamento para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, buscando dessa

forma, garantir a adesão dos participantes e não interferir na rotina de atendimento das unidades de saúde.

Etapa 4 Aplicação dos Instrumentos:

A aplicação dos questionários foi realizada de forma individual ou em grupo, em local previamente destinado pela direção das Unidades, ou pelos próprios participantes. Os instrumentos eram entregues aos participantes, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A). Aos participantes foi oferecida duas modalidades de aplicação. Uma possibilidade era o preenchimento dos questionários realizado pelo próprio profissional, mas sob a supervisão dos pesquisadores e com a entrega do questionário logo que finalizado, assim como, poderia ser preenchido pela pesquisadora na forma de entrevista. A coleta de dados contou a participação de alunos-bolsistas, que após treinamento também realizaram a coleta nas unidades de saúde.

Etapa 5 Elaboração e alimentação do banco de dados:

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas dos programas *Microsoft Excell®* e *Acess®*, que também foram utilizados para a estatística descritiva e categorização dos dados referentes à análise de conteúdo temático.

3.2.5. Análise dos Dados

Os questionários devidamente preenchidos foram codificados e os dados inseridos em uma base de dados para posterior análise. Os dados quantitativos, ou seja, as variáveis tais como idade, número de filhos e renda familiar, foram organizados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva. Os demais dados do questionário foram organizados e analisados através de testes de comparação e frequência (teste do Qui-quadrado e teste G do programa BioEstat 5.3). Também foi investigada a relação entre algumas variáveis como: idade, sexo, função na unidade, local de atuação, critério de classificação econômica, tempo de formado (Ayres et al., 2007).

Para sistematização das questões abertas, relativas ao questionário 2, optou-se por realiza-la apenas para os TNS visto que, a participação dos profissionais da atenção primária à saúde no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes tem como ponto de partida a identificação de casos suspeitos, com posterior condução do atendimento direcionado às vítimas para a promoção da saúde física e mental e a notificação do caso ao Conselho Tutelar e ao Departamento de Vigilância à Saúde do município. Considerando-se que essas ações, via de regra, são realizadas pelos Técnicos de Nível Superior (TNS), procedeu-se uma análise mais detalhada do perfil desses (n = 72). Para tal, realizou-se uma primeira leitura flutuante dos dados, com posterior categorização (a partir da frequência com que as respostas foram citadas, em especial a frequência das palavras descritas como sinais de maus tratos contra crianças e adolescentes, ou em outras questões como os motivos alegados pelos profissionais de saúde para realizar a notificação de violência na atenção básica). Posteriormente, foram organizados em categorias criadas a partir da análise de conteúdo temático. De acordo com Bardin (1997), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por

finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Ainda segundo Bardin (1997), tema é a unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura. A análise divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Foram utilizados como referência para análise dos dados os conceitos definidos pelo MS (Brasil, 2010a) na Linha de cuidado para atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, por se tratar de documento direcionado à atuação dos profissionais de saúde em todo o território brasileiro. Buscou-se estabelecer as categorias a partir de aproximações com as definições e orientações dirigidas aos profissionais de saúde quanto à questão.

A partir dos quatro tipos de violência relacionados no questionário 2 (Apêndice C), foram elaboradas as seguintes categorias a partir dos sinais descritos pelos profissionais de saúde como sendo sugestivo de que uma criança ou adolescente está sendo vítima de maus tratos: 1) Sinais evidentes no corpo da vítima (hematomas, marcas, queimaduras, cortes, feridas); 2) Sinais relacionados ao comportamento da vítima (isolamento, agressividade); 3) Sinais relacionados a sentimentos da vítima (medo, tristeza); 4) Sinais relacionados a problemas no desenvolvimento das vítimas e/ ou problemas no desempenho escolar (atraso escolar, dificuldades cognitivas); 5) Sinais relacionados ao comportamento dos pais ou responsáveis (ausência, omissão); 6) Sinais relacionados a aspectos gerais (adoecimento, maus-tratos); 7) Não respondeu, informou não saber ou deu respostas incongruentes, tais como referir sinais de uma violência diferente daquela questionada (como referir corrimento vaginal e desnutrição como sinais de violência física). No caso da violência psicológica, foi incluída também uma categoria com os sinais relacionados às psicopatologias (depressão, ansiedade). Apesar das categorias terem sido criadas a partir

da análise de conteúdo, foi dado um tratamento quantitativo e as respostas sistematizadas a partir das categorias mencionadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

EIXO 1

4.1. PERFIL DA VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BELÉM-PA: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES

No período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, foi notificado no SINAN-Net um total 6.959 casos de violência ocorridas no município de Belém-PA. As vítimas tinham idades entre 0 e 106 anos, sendo que 6.381 dessas (91,69%) tinham entre 0 e 19 anos de idade, a faixa etária objeto deste estudo, revelando a vulnerabilidade desse grupo.

Considerando-se apenas a violência contra crianças e adolescentes, em todos os anos houve maior proporção de vítimas do sexo feminino (média anual de 81,02%), estas, com idade média de 9,90 anos ($\pm 4,50$ anos), maior que aquela observada para os meninos, que foi de 7,89 anos ($\pm 4,33$ anos), o que foi confirmada pelo teste de Mann-Whitney ($p < 0,0001$). Da mesma forma, repetiu-se anualmente a classe modal, sendo a faixa etária de 11 a 14 anos no sexo feminino e de 6 a 10 anos, no masculino. Esses dados podem ser observados na Tabela 2, que apresenta dados da violência contra crianças e adolescentes notificados em Belém-PA, distribuídos segundo o ano de ocorrência e sexo da vítima, bem como os dados relacionados a idade de cada grupo.

Na Tabela 3 são apresentados os dados da notificação segundo o tipo de violência, sexo da vítima e ano de notificação. Nela pode-se confirmar a preponderância da violência sexual em todos os anos, totalizando 89,55% dos casos envolvendo vítimas do sexo feminino e 74,48% das vítimas do sexo masculino. Todavia, percebe-se uma menor participação dessa a partir de 2012, quando aumentou significativamente a notificação de negligência. A violência psicológica foi o segundo tipo mais presente nas notificações, atingindo 43,38% da amostra, sem diferença entre os sexos ($p = 0,480$). A violência física foi mais prevalente no sexo masculino que no feminino, atingindo 47,81% e 39,10% das

vítimas, respectivamente. A negligência foi o tipo de violência de menor frequência, também mais prevalente no sexo masculino, por ter sido notificada em 5,70% dos casos, e em apenas 2,77% do sexo feminino. Também foi percebido que, para a negligência, a idade média é menor que nas demais, assim como é ligeiramente maior a idade média da vítima de violência física, o que pode ser melhor visualizado na Figura 3.

A análise da distribuição dos diferentes tipos de violência segundo sexo e faixa etária da vítima, apresentada na Tabela 4, evidencia que a faixa etária de onze a catorze anos é modal para as meninas abrigando cerca de 40% dos casos de todos os tipos de violência, exceto para a negligência, cuja ocorrência é de apenas 22,38% dos casos, sendo mais preponderante em meninas de seis a dez anos (31,47%).

A faixa de seis a dez anos concentrou o maior número de casos de todos os tipos de violência notificados para meninos, mais uma vez, excetuando-se a negligência que teve maior ocorrência na faixa de zero a dois anos de idade (30,43%), porém essa ocorrência não diferiu daquelas observadas nas faixas de três a cinco anos e de seis a dez anos, ambas abrigando 27,54% dos casos.

Por ser preponderante na amostra (86,69%), é esperado que as características da violência sexual interfira fortemente no perfil da amostra como um todo. Mas, a despeito disso, observam-se diferenças significativas em dados relacionados à negligência e violência física que exhibe um perfil diferente. Foram identificados 680 casos de violência física não associada à violência sexual, sendo 37,65% relativos ao sexo masculino, uma proporção significativamente maior que aquela observada para a amostra total, uma vez que o sexo masculino corresponde a 18,92% dessa. A média de idade dos meninos foi de 9,42 anos ($\pm 5,23$), sendo que 55,47% das agressões ocorreram entre zero e dez anos de idade, quando o agressor mantinha uma relação parental com a vítima em 55,47% dos casos.

Tabela 2

Distribuição dos casos de violência notificados em Belém-PA nos anos de 2009 a 2013, apresentando-se às estatísticas descritivas relacionadas à idade e sexo

ANO	2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
Sexo	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Total de casos notificados	89	562	189	948	301	1.301	354	1.554	356	1.580	1.263	5.696
Total de casos de 0 a 19 anos	89	530	187	912	257	996	348	1.401	330	1.331	1.211	5.169
	100,00%	94,31%	98,94%	96,20%	85,38%	76,56%	98,31%	90,15%	92,70%	84,24%	95,88%	90,77%
Proporção de sexo entre 0 e 19 anos	14,38%	85,62%	17,02%	82,98%	20,51%	79,49%	19,90%	80,10%	19,87%	80,13%	18,98%	81,02%
Idade Média	7,73	10,42	7,06	9,43	7,80	10,08	8,17	9,85	8,16	9,92	7,89	9,90
Desvio Padrão	4,11	4,12	3,81	4,38	4,89	4,73	4,54	4,60	4,31	4,38	4,33	4,50
Faixas Etárias												
0 a 2 anos	4,49%	3,96%	10,16%	6,14%	12,84%	7,13%	10,06%	8,28%	9,09%	5,86%	9,99%	6,62%
3 a 5 anos	32,58%	10,57%	31,55%	16,23%	19,84%	13,76%	22,99%	12,42%	20,30%	15,48%	23,62%	13,95%
6 a 10 anos	37,08%	27,92%	38,50%	31,03%	40,08%	25,20%	35,63%	26,62%	41,82%	23,89%	38,81%	26,56%
11 a 14 anos	17,98%	42,45%	17,11%	35,86%	20,23%	37,05%	20,69%	38,54%	20,30%	41,55%	19,74%	38,96%
15 a 19 anos	7,87%	15,09%	2,67%	10,75%	7,00%	16,87%	10,63%	14,13%	8,48%	13,22%	7,84%	13,93%

Tabela 3

Frequência relativa dos diferentes tipos de violência notificada em Belém-PA, distribuída segundo o sexo e ano de notificação

ANO	TAMANHO AMOSTRAL (n)		VIOLÊNCIA SEXUAL		VIOLÊNCIA FÍSICA		VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA		NEGLIGÊNCIA	
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
2009	529	89	96,60%	98,88%	51,23%	55,06%	55,20%	65,17%	0,76%	0,00%
2010	912	187	98,46%	97,33%	43,53%	42,25%	59,98%	64,71%	1,10%	0,53%
2011	996	257	91,16%	75,88%	38,05%	42,80%	53,82%	46,69%	2,01%	5,45%
2012	1401	348	83,94%	61,21%	36,69%	52,87%	38,76%	41,95%	3,57%	7,47%
2013	1331	330	85,35%	67,88%	34,56%	47,58%	23,89%	28,18%	4,43%	8,48%
Total	5169	1211	89,55%	74,48%	39,10%	47,81%	43,26%	44,43%	2,77%	5,70%
Idade média (desvio padrão)	9,90 (4,50)	7,89 (4,33)	9,70 (4,33)	7,51 (3,88)	10,92 (4,50)	8,72 (4,60)	10,10 (4,21)	7,86 (3,95)	7,27 (4,91)	5,35 (4,29)

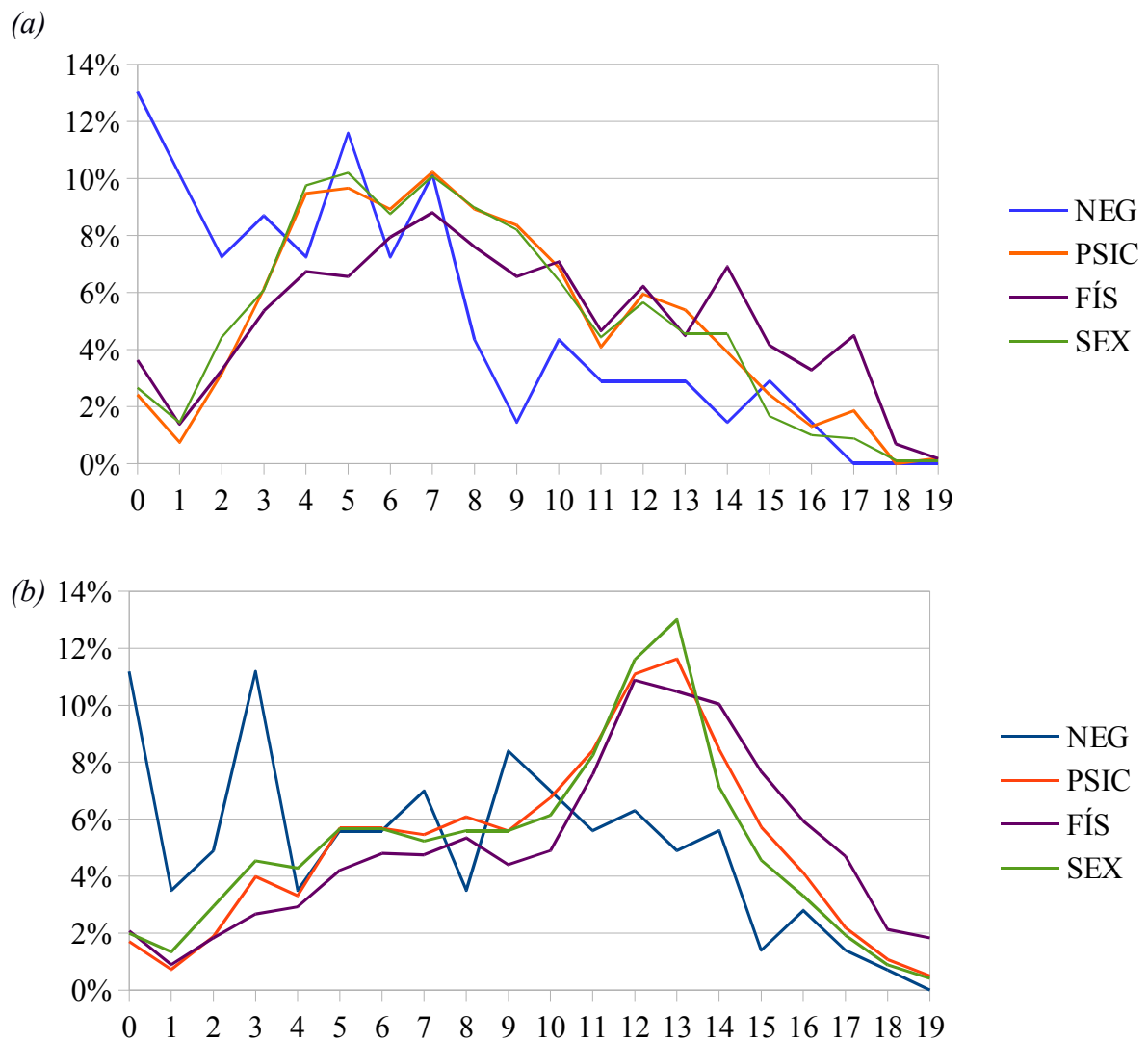


Figura 3

Frequência relativa da violência cometida contra crianças e adolescentes do sexo masculino (a) e feminino (b), distribuída segundo idade da vítima e tipos de violência (Belém-PA, 2009 a 2013)

Tabela 4

Distribuição dos principais tipos de violência notificados em Belém-PA, nos anos de 2009 a 2013, segundo sexo e faixa etária das vítimas

FAIXA ETÁRIA	Violência Sexual			Violência Física			Violência Psicológica			Negligência		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
0 a 2 anos	6,26%	8,54%	6,64%	4,80%	8,29%	5,58%	4,29%	6,32%	4,69%	19,58%	30,43%	23,11%
3 a 5 anos	14,47%	26,05%	16,36%	9,80%	18,65%	11,77%	12,97%	25,28%	15,36%	20,28%	27,54%	22,64%
6 a 10 anos	28,21%	42,46%	30,54%	24,20%	38,00%	27,27%	29,56%	43,31%	32,23%	31,47%	27,54%	30,19%
11 a 14 anos	39,97%	19,18%	36,58%	38,99%	22,28%	35,27%	39,58%	19,33%	35,65%	22,38%	10,14%	18,40%
15 a 19 anos	11,08%	3,77%	9,89%	22,22%	12,78%	20,12%	13,60%	5,76%	12,08%	6,29%	4,35%	5,66%
N	4629	902	5531	2021	579	2600	2236	538	2774	143	69	212
Proporção da amostra total*	89,55%	74,48%	86,69%	39,10%	47,81%	40,75%	43,26%	44,43%	43,48%	2,77%	5,70%	3,32%

A partir dos 10 anos de idade, mais frequentemente esse tipo de agressão é cometida por conhecidos (38,04%) e desconhecidos (53,85%), estes últimos mais prevalentes na faixa de 15 a 19 anos. Esse perfil diferiu daquele observado para as meninas, cuja média de idade das vítimas foi de 12,68 anos ($\pm 5,04$), reflexo da faixa etária modal, que foi de 15 a 19 anos (46,23%). Nessa faixa os agressores mantêm com a vítima um relacionamento afetivo-sexual (incluindo ex-relacionamentos). Assim como para meninos, em idades até dez anos as meninas também foram agredidas por pessoas que mantêm relacionamento parental (67,29%).

A negligência, além da ocorrência diferencial segundo o sexo e faixa etária da vítima, anteriormente apresentada, exibiu outras diferenças no perfil: a quase totalidade dos casos envolveu um agressor que mantêm relacionamento parental; a principal origem da notificação foi atenção primária (47,37%), seguida da atenção terciária (29,82%).

Quanto ao número de pessoas envolvidas, 85,90% informaram a participação de uma pessoa, sendo que em 53,88% dos casos a violência é um evento de repetição. Vale ressaltar que em 17,10% dos casos esse dado aparece como ignorado, o que pode ser visualizado na Tabela 5.

Pesquisou-se também a ocorrência de gravidez como consequência da violência sexual, identificando-se 259 casos, onde 70,66% das vítimas estavam na faixa etária de 11 a 14 anos e 24,71% entre 15 e 19 anos. Vale destacar que uma vítima tinha apenas 8 anos de idade e onze outras (4,25%) tinham 10 anos. Em relação ao vínculo com o agressor 39,00% deles eram amigos e conhecidos das vítimas, 22,01% namorado ou cônjuge, 14,29% o padrasto, 12,74% desconhecido e 3,86% o pai. Vale ressaltar que entre os agressores de meninas na faixa etária de seis a 10 anos, namorado e cônjuge aparecem como o suposto agressor, mas ao analisar outras variáveis da ficha de notificação, como as informações adicionais, verificou-se que talvez esses agressores sejam namorados ou

cônjuges das mães, ou de parentes próximos, no entanto não foi possível confirmar esse dado.

Para a violência notificada em Belém-PA, entre anos de 2009 a 2013, foi observado que a atenção secundária foi o nível com maior frequência de notificação em todos os anos, em especial a unidade do PROPAZ/Santa Casa, uma unidade de saúde especializada no atendimento às vítimas de violência sexual. A Tabela 6 apresenta os principais tipos de violência notificada em Belém-PA, distribuídos segundo os níveis de atenção à saúde da unidade notificadora. De um modo geral, embora a violência sexual seja a mais notificada, observou-se que no nível primário a notificação de negligência foi a mais presente e no nível terciário a violência física. Por outro lado fica demonstrado que ainda é baixa a participação da atenção primária em número de casos notificados.

Tabela 5

Distribuição do número e proporção das vítimas de violência notificada em Belém – PA, no período de 2009 a 2013, segundo características da agressão

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	N	%
Local de ocorrência						
Residência	836	82,36	4074	89,97	4910	88,58
Via Pública	115	11,33	338	7,46	453	8,17
Escola	64	6,31	116	2,56	180	3,25
Vínculo/Grau de Parentesco						
Amigos/Conhecidos	604	63,98	2032	55,93	2636	57,59
Padrasto	82	8,69	703	19,35	785	17,15
Desconhecidos	106	11,23	449	12,36	555	12,13
Pai	116	12,29	366	10,07	482	10,53
Mãe	36	3,81	83	2,28	119	2,60
Nº de pessoas Envolvidas						
Um	987	83,86	4476	86,36	5463	85,90
Dois ou mais	124	10,54	476	9,18	600	9,43
Ignorado	66	5,61	231	4,46	297	4,67
Ocorreu outras Vezes						
Sim	501	42,71	2937	56,75	3438	53,88
Não	351	29,92	1468	28,37	1819	28,51
Ignorado	321	27,37	770	14,88	1091	17,10
Suspeita de uso de álcool						
Sim	77	6,48	512	12,13	589	10,89
Não	273	22,98	1101	26,09	1374	25,41
Ignorado	838	70,54	2607	61,78	3445	63,70

Tabela 6

Principais tipos de violência notificados em Belém-PA, nos anos de 2009 a 2013, distribuídos segundo o nível de atenção à saúde da unidade notificadora

NÍVEL DE ATENÇÃO	SEM REGISTRO	TIPOS DE VIOLÊNCIA			
		Sexual	Física	Psicológica	Negligência
PRIMÁRIA	2,56%	0,42%	5,88%	2,78%	48,21%
Unidades de Urgência e Emergência e UPA	0,00%	0,16%	3,92%	2,78%	35,71%
SECUNDÁRIA	92,31%	99,22%	70,03%	94,44%	21,43%
Casa de Saúde Especializada – Casa da Mulher	0,00%	0,07%	0,56%	0,00%	0,00%
Casa de Saúde Especializada – PROPAZ	92,31%	99,11%	69,33%	94,44%	19,64%
Ambulatórios Especializados	0,00%	0,04%	0,14%	0,00%	1,79%
TERCIÁRIA	5,13%	0,36%	24,09%	2,78%	30,36%
TOTAL (n)	39	5532	714	36	56

4.1.1. Discussão

A análise dos dados apresentados sobre o perfil da violência contra crianças e adolescentes, notificada em Belém-PA, identificou um número significativo de casos na faixa etária de 0 a 19 anos. Segundo Souza et al., (2014) a promulgação do ECA, a implantação dos Conselhos Tutelares, a organização dos sistemas locais de saúde e a criação dos serviços de prevenção de violência têm contribuído para o aumento da notificação e registro da violência infanto-juvenil, assim como estimulado o controle social, com vistas à interrupção do ciclo de vitimização – agressão. Apesar disso, outros autores sugerem que esses números não representam a magnitude do fenômeno, pois em geral são subnotificados (Assis et al., 2012; Waiselfisz, 2012).

Outro fator que pode ter contribuído para este aumento pode estar relacionado a publicação da Portaria nº 1.968/2001, que estabeleceu a notificação de violência como compulsória em todas as unidades de saúde do SUS. Além disso, no município de Belém-PA a SESMA realizou capacitações direcionadas a todos os profissionais de saúde, a partir da implantação do NUPVID, em 2010, o que pode ter incentivado o processo de notificação pela rede de saúde. No entanto, vale ressaltar que no município de Belém-PA a notificação de violência era realizada em sua quase totalidade, apenas por um serviço especializado no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, localizado em um hospital materno infantil da cidade. Além disso, as fichas de notificação arquivadas nesse hospital foram resgatadas pelo DEVS/SESMA para a realização do seu registro, o que corroborou para o aumento das notificações de violência no município. Este cenário foi apontado por Veloso et al. (2013) quando apresentaram o perfil das notificações em Belém-PA, realizadas no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011.

Segundo Deslandes, Assis e Santos (2005), a notificação é fundamental ao processo de enfrentamento da violência contra criança e o adolescente, pois resgata seus

direitos, tornando-se um instrumento que auxilia na prevenção, assistência e interrupção do abuso, subsidia o trabalho de órgãos públicos na criação de mecanismos de avaliação sobre o tema visando a busca de estratégias para o combate da violência, bem como em investimentos para melhorar a prática do ato de notificar oferecendo aos profissionais de saúde condições favoráveis de trabalho e infra-estrutura adequada.

No presente estudo observou-se que os meninos têm, em média, idade inferior àquela obtida para as meninas. Considerando-se que o principal tipo de agressão foi o sexual, esses dados sugerem a preferência dos agressores por meninas na puberdade, fase em que se desenvolvem os caracteres sexuais secundários. Lins (2008) a partir de um estudo realizado na região metropolitana de Fortaleza-CE também identificou a faixa etária de 11 a 14 anos como a mais atingida com média de idade de 11,4 anos. Adicionado a isso, Santos e Barbieri (2014), quando realizaram um estudo em quatro regiões do Brasil, sobre percepções, violências baseadas em gênero e habilidades para a vida das meninas, na faixa-etária de seis a 14 anos, constataram que 25% delas afirmam apanhar dos pais com certa frequência, o que parece confirmar que há um padrão de comportamento abusivo e violento praticado pelos pais até os dias atuais.

O estudo de Souza et al. (2014) realizado em Feira de Santana-BA, a partir das notificações de violência, encontrou que a violência física apresentou maior frequência no sexo masculino, nas faixas da adolescência, ocorrência em ambiente domiciliar e causado por familiares; a violência sexual ocorreu com maior proporção no sexo feminino, nas faixas da infância, e no próprio domicílio, sendo mais frequentemente perpetrada por conhecidos e familiares, perfil semelhante ao encontrado nas notificações em Belém-PA.

A maior proporção de vítimas do sexo feminino pode ser explicada ainda pelas próprias questões de gênero, que colocam a mulher como um objeto sexual, apesar das conquistas femininas atuais, fazendo com que crianças e adolescentes estejam mais

vulneráveis quando se considera a violência sexual (Duarte & Arboleda, 1997; Oliveira, 2006).

A violência física foi bastante frequente entre os meninos e também os atingiu em idade inferior tendo os pais como agressores. Esse dado pode estar relacionado com a crença na educação através do uso da violência e como forma de disciplinar. Silva (2007) aponta que em relação à violência física, as famílias que a praticam são aquelas que, em sua maioria, acreditam na eficiência dos castigos corporais como instrumento de educação das crianças. Muitas vezes, os castigos são aplicados por pais que gostariam que seus filhos correspondessem a um padrão ou que manifestassem um comportamento social reconhecido pela sociedade, quando, muitas vezes, esses mesmos pais, não conseguem dar conta desse padrão de conduta. É comum observar maior tendência a maus-tratos físicos em famílias em que os adultos, especialmente o casal, vivem em constantes conflitos e muitas vezes a violência entre eles já está estabelecida como padrão de convivência. O que também foi apontado por Krug et al. (2002) quando destacaram que em muitos países os meninos parecem correr mais risco de receberem punições físicas severas, talvez devido a uma crença de preparação para os papéis e responsabilidades do adulto, ou ainda, por se considerar que os meninos “precisam” de mais disciplina física.

A prevalência da violência física no sexo masculino, portanto, levanta a questão do abuso físico como prática disciplinadora. Segundo Durrant (2008) os castigos corporais severos são usados para educar e disciplinar e dissemina cada vez mais a violência, a exemplo o castigo corporal, que ocorre com frequência na maioria dos países. Ainda segundo este autor, esta prática deteriora as relações familiares, compromete a internalização moral (aprendizado por meio da punição e não pela consciência de inadequação do comportamento) e transmite modelos agressivos para a solução de problemas e conflitos.

No entanto, Azevedo e Guerra (2002) ressaltam que a precariedade socioeconômica de uma família pode dificultar a criação dos filhos, mas, ela não é determinante para justificar um comportamento abusivo ou violento dos pais. Além disso, esse tipo de comportamento alimenta-se de mitos culturais construídos historicamente, como, por exemplo, a eficiência do castigo corporal na educação das crianças, o poder de propriedade que os pais acreditam ter sobre os filhos.

As pesquisas também apontam as mães como responsáveis pelas agressões físicas praticadas contra os filhos e que isso ocorre porque culturalmente, na maioria das famílias, a mulher é a responsável pela educação das crianças (Moreira & Weber, 2013; Silva, 2007). No entanto, em muitas situações, a mãe também foi vítima de violência, o que pode ser visualizado no perfil da violência notificada em Belém-PA, onde as mulheres aparecem como as principais vítimas, independente do tipo de violência e da faixa etária (Velooso et al., 2013). No presente estudo, a maioria dos casos de violência aconteceu na residência das vítimas o que levanta uma reflexão sobre a idealização do espaço do lar como o local mais seguro e harmônico para a criança e o adolescente, na medida em que a violência pode ser praticada de forma silenciosa ao longo dos anos por familiares e conhecidos das vítimas (Marques, Amparo & Faleiros, 2008; Pelisoli et al., 2010).

Souza et al. (2014) chamam atenção para as diferenças entre o impacto da violência que acontece dentro e fora da família, pois, a participação de diferentes membros da família, assim como pessoas de confiança, do ciclo de convivência da vítima, incrementam a magnitude do fenômeno e, ao mesmo tempo, adicionam dificuldades operacionais, para investigação, diagnóstico e atuação preventiva e de controle. Os autores ressaltam ainda que, na medida em que a unidade familiar e o cortejo de amigos, vizinhos, pessoas de confiança estão envolvidos, sendo a vítima uma criança ou adolescente, o processo de

revelação dos acontecimentos pode delongar muito tempo, contribuindo para graves consequências e perpetuação do ciclo de vitimização e revitimização.

Em relação à gravidez decorrente da violência sexual destacou-se a grande maioria entre 10 e 14 anos de idade. Lordelo e Costa (2014) ressaltam que na gravidez decorrente de violência sexual se intensificam as vivências e sentimentos ambivalentes em relação ao bebê. Além disso, quando a gravidez é decorrente de estupro, as mulheres devem ser esclarecidas sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. Essas mulheres têm direito a ser informadas sobre a possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei n.º 2848, art. 128, inciso II, do Código Penal, bem como sobre o direito e a possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. As autoras ressaltam ainda, que a gravidez decorrente de estupro, traz repercussões para a vida das gestantes em todos os sentidos. As famílias em geral, procuram afastar a vítima do local de moradia anterior, empreendendo, muitas vezes, uma migração para outras cidades ou bairros, por sentirem vergonha do ocorrido, ou por não se sentirem suficientemente protegidas de outras agressões. Mas como abordar essa questão quando os casos de gravidez são decorrentes de violência sexual e atingem meninas menores de 14 anos? Sem dúvida é um desafio para os profissionais de saúde e para a toda sociedade enfrentar essa questão, assim como, os desdobramentos e impactos no desenvolvimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Segundo Ribeiro, Ferreira e Reis (2004), pesquisas nacionais e internacionais revelam que 36,0% das meninas e 29,0% dos meninos sofreram abuso sexual, mas também estimam que somente algo em torno de 10,0% chegam aos órgãos competentes. Fato atribuído muitas vezes à exposição social e ao temor e vergonha que as vítimas sentem em relação à confirmação do abuso. Vale ressaltar que os meninos também aparecem como

vítimas de violência sexual no presente estudo, mas, em idade inferior à das meninas. Quando Hohendorff, Costa, Habigzang, e Koller (2014), descreveram o perfil da violência sexual praticada contra meninos e notificada no Rio Grande do Sul apontaram que a faixa etária mais frequente foi a de sete a doze anos (55,2%), seguida da faixa de dois a seis anos (26,4%) e de treze a dezoito anos (17,1%), também semelhante aos achados da pesquisa em tela. Esse perfil ressalta ainda mais a necessidade de estudos investigando a violência sexual contra meninos. Segundo Sanderson (2005) esse abuso pode gerar sentimentos confusos quanto à sexualidade, uma vez que o episódio abusivo tende a acontecer em uma relação homossexual. O autor ressalta ainda que, os homens são mais relutantes em revelar essas experiências em culturas homofóbicas e que tem fortes estereótipos sobre a masculinidade e a sexualidade. Dessa forma os meninos podem experimentar fortes sentimentos de vergonha e culpa (Hohendorff, Bavaresco, Habigzang & Koller, 2012; Sanderson, 2005).

O presente estudo identificou a predominância do sexo masculino entre os agressores, segundo Brito (2005) e Souza et al. (2014) essa predominância alavanca uma discussão sobre gênero e as diferenças entre os sexos que leva a desigualdade através da dominação e exploração entre pares, o que dificulta o desenvolvimento de um sistema de vigilância e de informações mais efetivas, na medida em que muitos casos de violência passam a ser revelados após a consolidação da exploração e dominação. Ainda segundo Brito (2005) a participação de amigos e conhecidos tem se destacado cada vez mais em estudos publicados acerca da violência, o que revela a facilidade na abordagem às vítimas, a confiança adquirida pelo agressor, que usa desta condição para se aproximar e assim desencadear o processo da violência. Esta aproximação pode ser realizada de forma sedutora, com ou sem o uso de força física e, se a vítima for adolescente, parte dos casos não é identificada como violência pela família e sociedade, um adicional na dificuldade

para o enfrentamento à violência sexual na adolescência. Segundo Habigzang et al. (2006) os casos em que as famílias não estão envolvidas, os encaminhamentos das instituições não são cumpridos, uma vez que, sendo as vítimas crianças e adolescentes, dependem dos familiares para serem conduzidas aos serviços especializados. Outro fator de risco adicional para as vítimas, que não recebem um acompanhamento adequado, prejudicando o trabalho dos profissionais da rede de apoio.

De Antoni, Barone e Koller (2007) ressaltam também a participação de agressores próximos, com laços consanguíneos e de parentesco, onde o pai e o padrasto tem uma expressiva frequência como autores da agressão, fato observado no presente estudo, em especial para a violência física. A questão da violência praticada por pessoas próximas, principalmente com laços consanguíneos, levanta o debate sobre a transmissão geracional da violência. Para Cecconello, De Antoni e Koller (2005) o “ciclo da violência” é mantido quando indivíduos tratados de modo agressivo ao longo de suas vidas tendem a utilizar os mesmos métodos com seus filhos. Apesar disso, ressaltam que se deve evitar generalizações, pois, nem todos os pais que sofreram violência durante a infância podem ser apontados como potenciais agressores. Segundo as autores, a rede de apoio social, a coesão familiar, e a resiliência infantil são capazes de romper com esse “ciclo de violência” dentro da família.

Em relação ao grande número de notificações de violência sexual, é importante ressaltar que a unidade notificadora que mais registrou os casos, foi um hospital materno-infantil que tem um serviço especializado de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, o que explica essa alta prevalência de casos deste tipo de violência nas notificações analisadas. Entretanto é preciso ressaltar a importância do fortalecimento das notificações por parte da rede de atenção básica, visto que nos

resultados deste estudo a contribuição dessas unidades não foi significativa, considerando-se a proporção de unidades de atenção primária na rede atendimento em Belém-PA.

Dessa forma, os procedimentos que envolvem a questão da notificação dos casos se colocam como uma questão crucial na ética do cuidado voltado à população, em especial àquelas com maior vulnerabilidade em relação ao fenômeno da violência. Também deveria ser considerada não só como uma obrigação profissional, mas como um instrumento de cidadania para prevenção de futuros agravos à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias. Santos e Dell’Aglío (2010) e Baia, Magalhães e Veloso (2013), apontam que o apoio recebido pelas vítimas durante a descoberta ou revelação do abuso sexual, bem como as reações dos cuidadores imediatos é de vital importância para o desenvolvimento psicossocial das vítimas. Este apoio recebido pode se manifestar através de estratégias de proteção, dentre elas a realização da notificação aos órgãos competentes.

Merece destaque ainda a discussão sobre a qualidade da notificação realizada, em especial o preenchimento da ficha. A caracterização dos casos, com destaque para os agressores de meninas na faixa etária de seis a dez anos, onde aparecem o namorado e o cônjuge como o suposto agressor, apontam para a necessidade de detalhamento desses casos. Além disso, o número de dados ignorados, ou de itens preenchidos de forma a gerar inconsistências no perfil dos casos notificados é fundamental para ser abordado em futuras capacitações com os profissionais de saúde, além de chamar atenção para o fato de que eles cumprem uma função-chave ao identificar e notificar os casos de violência. A notificação constitui uma importante estratégia de prevenção de violência, pois favorece sua diminuição ou interrupção, bem como possibilita identificar sua ocorrência em outras crianças ou adolescentes da mesma família (Assis et al, 2012; Ferreira, Gonçalves, Marques & Moraes, 1999; Marques, Amparo & Faleiros, 2008).

Muitos obstáculos e dificuldades podem ter interferido na qualidade dos registros observados no presente estudo, fato que merece estudos adicionais, além de reforçar a necessidade de capacitação e formação permanente direcionada aos profissionais de saúde. Nesse sentido é válido ressaltar que o preparo para o preenchimento da ficha de notificação deve ser uma questão relevante a ser tratada em todas as capacitações direcionadas a esse público.

Segundo Assis et al. (2012) para que haja atendimento e informações de qualidade, é importante investir na capacitação profissional que inclua o tema da notificação da violência. Os autores também ressaltaram que pouco ainda se conhece sobre as estratégias regionais adotadas para implantação desse novo sistema de notificação de violência, apesar de fazer parte da estratégia preconizada na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e na Política Nacional de Promoção da Saúde, que prioriza a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz. Por fim, a notificação compulsória da violência surge como um importante instrumento de proteção e combate ao fenômeno da violência, no município de Belém-PA, contribuindo para dimensionar a problemática em questão e apontar a necessidade de investimento em núcleos de vigilância e assistência, estruturas dos serviços e pesquisas que possam subsidiar tais políticas.

EIXO 2

4.2. A PERCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Participaram do estudo 174 profissionais de saúde, sendo 72 técnicos de nível superior e 102 técnicos de nível médio, em diferentes categorias profissionais, conforme apresentado na Tabela 7. A categoria mais representativa foi formada por ACS (50,0%), seguida de enfermeiros (13,8%), médicos (11,5%) e técnicos em enfermagem (8%). Além desses, ainda fizeram parte da amostra um auxiliar de consultório odontológico e 28 outros técnicos de nível superior, graduados em Serviço Social (9), Odontologia (9), Nutrição (4) e Psicologia (5) e Educação Física (1).

Tabela 7

Distribuição da amostra segundo a função dos profissionais da atenção básica de um distrito administrativo do município de Belém-PA

FUNÇÃO	TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE				TOTAL	
	ESF		UBS			
Agente Comunitário de Saúde	87	67,44%			87	50,00%
Técnico de Enfermagem	14	10,85%			14	8,05%
Auxiliar de odontologia	1	0,78%			1	0,57%
Enfermeiro/a	14	10,85%	10	22,22%	24	13,79%
Médico/a	12	9,30%	8	17,78%	20	11,49%
Dentista	1	0,78%	8	17,78%	9	5,17%
As. Social			9	20,00%	9	5,17%
Psicólogo			5	11,11%	5	2,87%
Nutrição			4	8,89%	4	2,30%
Educação Física			1	2,22%	1	0,57%
TOTAL	129	100%	45	100%	174	100%

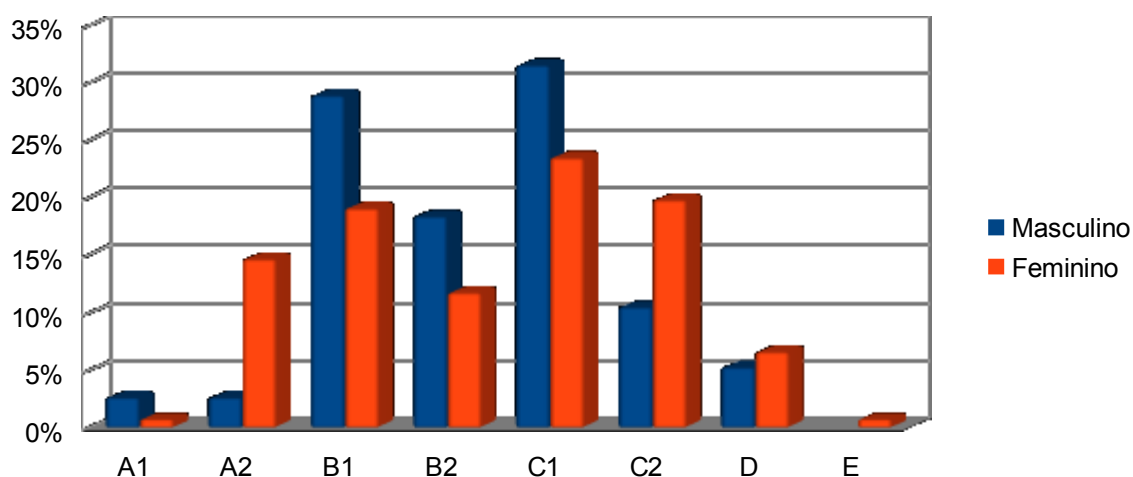
A amostra completa (n=174) foi formada por 38 homens (21,84%), com idade

média de 35,16 ($\pm 10,62$) anos, idade essa semelhante àquela observada para as mulheres ($n= 136$; 78,16%), cuja idade média foi de 37,80 ($\pm 10,65$) anos. Os grupos, segundo o sexo, não diferiram quanto ao estado civil. Assim sendo, descreve-se a amostra como sendo formada, por indivíduos casados ou em união estável ($n= 83$; 49,11%) em proporção semelhante àquela observada para solteiros, que representaram 45,56% do total ($n= 77$).

Quanto à escolaridade, o Nível Superior foi referido por 46,55% ($n=81$) da amostra, sendo que três técnicos de enfermagem e seis ACS referem ter concluído o nível superior. O Ensino Médio completo por 87 integrantes da amostra (50,00%), sendo que dezoito desses referiram estar realizando um curso de graduação. Ainda, merece destaque a presença de três ACS com o Ensino Fundamental II incompleto e um com Fundamental II completo, totalizando 4,60% da categoria sem o Ensino Médio.

Visando descrever a condição econômica da amostra, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, que tem a pretensão de estimar o poder de compra de famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Segundo esse critério, as classes B e C abrigam o maior número de indivíduos, incluindo 89,47% dos homens e 74,26% das mulheres. Essa menor participação das mulheres nessas categorias, assim como a maior prevalência delas nas classes A2 e D, não foram suficientes para determinar uma diferença entre gêneros ($p=0,1663$). (Figura 4).

Pode-se afirmar que essa amostra de profissionais entrevistada não refere dificuldades de adaptação em atuar na atenção primária à saúde, uma vez que apenas 10,91% dos entrevistados revelaram tal dificuldade após contratação, sendo 12,5% dos técnicos de nível superior e 9,8% dos técnicos de nível médio. Esses profissionais que relataram dificuldades de adaptação foram oito ACS (9,20%), dois técnicos de enfermagem (14,29%), três enfermeiras (12,50%), quatro médicos (20,00%) e dois



psicólogos (40,00%).

Figura: 4 Distribuição da amostra de profissionais de saúde de um distrito administrativo em Belém-PA, segundo as classes econômicas do Critério Brasil e sexo

Os problemas com a infraestrutura e material foram a principal queixa e esteve presente na fala de 31,58% desses profissionais. Outras questões apontadas incluem o ambiente de insegurança na comunidade, a inexperiência na função e a dificuldade de aplicar o modelo de saúde voltado à prevenção e promoção da saúde. Ainda segundo esses profissionais, o nível elevado de estresse dos pacientes durante os atendimentos, também foi apontado como entrave para o desenvolvimento do seu trabalho.

Cerca de 30% da amostra referiu nunca ter percebido uma criança e ou adolescente vítima de algum tipo de violência. Mas, deve ser destacado que a maioria desses desempenha a função de ACS (76,92%). Considerando-se apenas os técnicos de nível superior (n=72), esse número caiu para 10,81%, sendo que a mais frequente forma de violência percebida foi a negligência, referida por 60,74% da amostra, seguida da violência física (43,68%), violência psicológica (24,71%) e sexual (24,14%). Na Tabela 8 são apresentados esses dados, juntamente à taxa de identificação de cada um dos tipos de violência investigados, segundo a categoria profissional. Nela, pode-se destacar que, para

profissionais da Assistência Social e da Psicologia, o segundo tipo de violência mais identificado no serviço foi a violência sexual e psicológica, respectivamente.

A taxa de percepção da violência não foi diretamente proporcional à taxa de notificação da mesma (Tabela 9). A negligência foi percebida por 60,74% dos profissionais, todavia somente 19,05% desses referiram-se tê-la notificada. Por outro lado, a violência sexual foi a menos referida (24,14%), porém exibiu maior taxa de notificação (50,00%). A violência física foi notificada somente por 39,47% dos profissionais que a identificaram e a violência psicológica, por 34,88%.

Tabela 8

Distribuição dos profissionais de saúde segundo o tipo de violência identificado na rotina de atendimento de um distrito administrativo do município de Belém-PA

FUNÇÃO	N	TIPO DE VIOLÊNCIA IDENTIFICADO				
		Nenhum	Física	sexual	psicológica	Negligência
ACS	87	45,98%	22,99%	9,20%	17,24%	45,98%
Técnico de Enfermagem	14	28,57%	64,29%	35,71%	21,43%	57,14%
Auxiliar de odontologia	1	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Enfermeiro/a	24	16,67%	70,83%	37,50%	16,67%	70,83%
Médico/a	20	10,00%	80,00%	45,00%	40,00%	70,00%
Dentista	9	0,00%	55,56%	22,22%	44,44%	100,00%
Assistente Social	9	0,00%	66,67%	77,78%	44,44%	100,00%
Psicólogo/a	5	20,00%	20,00%	40,00%	60,00%	80,00%
Nutricionista	4	25,00%	50,00%	0,00%	0,00%	75,00%
Educação Física	1	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
TOTAL	174	52 29,89%	76 43,68%	42 24,14%	43 24,71%	105 60,74%

Tabela 9

Frequência relativa de identificação e notificação dos diferentes tipos de violência dentre profissionais da atenção primária à saúde de um distrito administrativo em Belém-PA

	ESF	%	UMS	%	Total	%
Violência física						
Não identificou	79	61,24%	19	42,22%	98	56,32%
Identificou e não a notificou	33	25,58%	13	28,89%	46	26,44%
Identificou e a notificou	17	13,18%	13	28,89%	30	17,24%
Violência sexual						
Não identificou	106	82,17%	26	57,78%	132	75,86%
Identificou e não a notificou	15	11,63%	6	13,33%	21	12,07%
Identificou e a notificou	8	6,20%	13	28,89%	21	12,07%
Violência Psicológica						
Não identificou	103	79,84%	28	62,22%	131	75,29%
Identificou e não a notificou	17	13,18%	11	24,44%	28	16,09%
Identificou e a notificou	9	6,98%	6	13,33%	15	8,62%
Negligência						
Não identificou	60	46,51%	9	20,00%	69	39,66%
Identificou e não a notificou	59	45,74%	26	57,78%	85	48,85%
Identificou e a notificou	10	7,75%	10	22,22%	20	11,49%

Em relação aos que dizem **não ter notificado os casos** de seu conhecimento foram observadas as seguintes características:

Em relação a **violência física**, os principais motivos alegados foram: 1) não sabe como fazer (37,04%); prefere não se envolver em problemas familiares (18,52%); medo de represálias da família (18,52%) e medo de sofrer consequências no trabalho (11,11%). Vale ressaltar que apenas dois profissionais indicaram medo de represálias do agressor, sendo um Técnico de Enfermagem e um profissional da Enfermagem. Entre os que alegaram não

saber fazer a notificação, estavam quatro ACS, três Odontólogos, um Nutricionista, um Médico e um Técnico em Enfermagem.

Em relação a **violência sexual** dois ACS disseram não saber fazer e ter medo de represálias da família e um Médico e um Técnico de Enfermagem disseram não saber fazer. Nesta questão vale destacar alguns outros motivos espontaneamente alegados para justificar a não notificação, tais como: a agressão ser apenas uma suspeita; a mãe não querer notificar; por achar que já estava notificado, dentre outros.

Nos casos da **violência psicológica** os profissionais emitiram as seguintes respostas: Dos seis ACS, três deles disseram ter medo de represálias da família, um disse ter medo de consequências no trabalho, um para não se envolver em problemas familiares e outro não sabia como fazer. Entre os médicos, dois disseram não saber fazer e outro disse ter medo de represálias do agressor. Um profissional da odontologia disse que não achava que era sua atribuição.

No tocante a notificação de **negligência**, este tipo de violência foi o que apresentou o maior número de profissionais que não a realizaram, a despeito de ser a mais percebida. Quanto aos motivos alegados merece destaque que 32,56% disseram não saber fazer, dentre esses, seis eram profissionais da Enfermagem, três Odontólogos, um profissional da Psicologia e outro da Nutrição.

Considerando-se a importância da formação continuada para o aprimoramento dos serviços de saúde investigou-se a participação desses profissionais em capacitação sobre a temática violência contra crianças e adolescentes. Como resposta, obteve-se que 52 deles (29,31%) disseram ter realizado, sendo que vinte deles (39,22%) fizeram por decisão pessoal, 19 (37,25%) por determinação da chefia e doze fizeram por sugestão da chefia (23,52%).

Outro fator importante na percepção da violência são as experiências pessoais do profissional entrevistado. Dentre esses, 45 (25,82%) relataram ter sofrido algum tipo de violência na infância e/ou adolescência, 98 (56,32%) afirmaram não ter sofrido e quinze (8,62%) disseram não se lembrar do fato. As prováveis vítimas de violência distribuíram-se de forma semelhante em todas as faixas etárias, e também não se observou grupo de prevalência segundo o sexo, conforme pode ser observado na Tabela 10.

Considerando-se que há diferença na dinâmica do serviço ofertado em uma USF em relação ao mesmo serviço oferecido em outro tipo de unidade de atenção primária, procedeu-se uma análise exclusivamente desses.

Tabela 10

Distribuição dos profissionais segundo a idade e o sexo e se sofreram algum tipo de violência na infância ou na adolescência, Belém-PA

Faixa etária	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
20 a 39	11/36	30,56	1/11	9,09	12/55	21,82
30 a 39	8/40	20,00	5/18	27,78	13/56	23,21
40 a 49	9/39	23,07	3/5	60,00	12/43	27,90
50 a 59	4/17	23,53	2/2	100,00	6/19	31,58
60 a 69	½	50,00	0/2	0,00	1/4	25,00
Total	33/134	24,63	11/38	28,95	44/170	25,88

4.2.1. O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Foram entrevistados 129 profissionais da ESF do Distrito DAGUA, o que representa 74,13% do total de entrevistados (n= 174). Desses profissionais da ESF, 101 são do sexo feminino (78,29%) e 28 são do sexo masculino (21,70%). Em relação idade foi observado que os ACS tem uma média de idade de 36,89 ($\pm 10,46$), semelhante à idade

média obtida para os TNS (38,42±10,12) e TNM (33,87±8,82).

Não foram encontradas diferenças significativas entre idade e sexo na amostra da ESF, cujos dados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11

Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo a faixa-etária e sexo, de um distrito administrativo em Belém-PA.

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	%
	Feminino	%	Masculino	%		
20 - 30	33	32,7	10	35,7	43	33,3
30 - 40	26	25,7	13	46,4	39	30,2
40 - 50	29	28,7	4	14,3	33	25,6
50 - 60	12	11,9	1	3,6	13	10,1
60 - 70	1	1,0	0	0,0	1	0,8
Total	101	100	28	100	129	100

P > 0,05 (Teste G de independência, p = 0,2081)

No que se refere ao Critério Brasil, foi observada uma prevalência de profissionais nas classes C1 (26,2%) e C2 (21,4%), totalizando 47,6%. Em seguida aparecem as classes B1, B2 e A2, com 19%, 11,9% e 10,3% cada, conforme Tabela 12, sem diferença perceptível entre os sexos.

O tempo de serviço na USF teve variação não significativa entre os profissionais, uma vez que os ACS apresentaram média de 4,43 anos (±4,96), os TNS 5,22 anos (±4,55) e os TNM 3,07 anos (± 3,43).

Experiências e atitudes dos profissionais da ESF diante de casos de maus tratos contra crianças e adolescentes:

Quando perguntados sobre identificação de maus tratos contra crianças e adolescentes em sua rotina de trabalho, cinquenta dos profissionais da ESF (38,75%), disseram ter identificado violência física em sua rotina de trabalho, 23 (17,82%), a

violência sexual, 26 (20,15%), a violência psicológica e 69 (53,48%), a negligência, ou seja, 32,55% da amostra afirmaram já ter identificado pelo menos uma vez algum tipo de violência.

Tabela 12

Distribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família segundo o critério Brasil e o sexo de um distrito administrativo em Belém-PA.

Critério						
Brasil	Feminino*	%	Masculino	%	Total	%
A1	1	1,0	1	3,6	2	1,6
A2	12	12,2	1	3,6	13	10,3
B1	18	18,4	6	21,4	24	19,0
B2	9	9,2	6	21,4	15	11,9
C1	24	24,5	9	32,1	33	26,2
C2	24	24,5	3	10,7	27	21,4
D	9	9,2	2	7,1	11	8,7
E	1	1,0	0	0,0	1	0,8
Total	98	100	28	100	126	100

*três indivíduos do sexo feminino não informaram os dados para a esta classificação.

Por outro lado, 87 profissionais disseram não ter identificado violência, o que corresponde a 67,44%. Apenas 7,5% disseram ter notificado algum órgão responsável. A resposta conversar com a mãe da vítima foi a mais indicada por todos os profissionais de saúde da ESF, independente do tipo de violência, com 56% dos profissionais fazendo essa afirmativa em relação à violência física, 47,83%, em relação à violência sexual, 65,38%, em relação à violência psicológica e 50,72% quanto à negligência. Alternativas como conversar com o chefe imediato ou conversar com colegas para buscar um encaminhamento foi apontado por 12,01% e 11,24% respectivamente. Chamou atenção que em relação à violência sexual, não foi apontado por nenhum dos profissionais o medo de represálias por parte do agressor e atitudes como conversar com o pai da vítima. Além disso, nenhum profissional da ESF disse não saber identificar com exatidão em se tratando

de violência psicológica e negligência. As frequências referentes a identificação de sinais de violência e atitudes dos profissionais pode ser visualizada na Tabela 13.

Em relação ao ECA, 50,38% dos profissionais da ESF disseram ter lido em parte, 41,08% disseram já ter ouvido falar por meio da mídia, mas não leu e apenas 6,20% deles disse ter feito capacitação ou treinamento sobre.

Tabela 13

Frequência relativa de profissionais da Estratégia Saúde da Família (n= 129) que identificaram sinais de violência durante atendimento de crianças e adolescentes, e as atitudes identificadas em uma questão multirresposta, Belém-PA

Tipos de violência	Física	Sexual	Psicológica	Negligência	MÉDIA
Identificou ou suspeitou					
Sim	50 (38,75%)	23 (17,82%)	26 (20,15%)	69 (53,48%)	42 (32,55%)
Não	79 (61,24%)	106 (82,17%)	103 (79,4%)	60 (46,51%)	87 (67,44%)
Notificou	17 (34,8%)	8 (34%)	4 (15,38%)	10 (14,49%)	7,5%
Conversou com o chefe imediato	17 (34%)	7 (30,43%)	8 (30,77%)	26 (37,68%)	11,24%
Conversou com os colegas de trabalho	20 (40%)	9 (39,13%)	10 (38,46%)	23 (33,33%)	12,01%
Conversou com o pai da vítima	6 (12%)		9 (34,62%)	17 (24,64%)	6,20%
Conversou com a mãe da vítima	28 (56%)	11 (47,83%)	17 (65,38%)	35 (50,72%)	17,63%
Teve medo de represálias pelo agressor	7 (14%)		1 (3,85%)	1 (1,45%)	1,74%
Teve medo de represálias por parte da família da vítima	6 (12%)	3 (13,04%)	2 (7,69%)	2 (2,90%)	2,51%
Não soube identificar sinais de violência com exatidão	2 (4%)	2 (8,70%)			0,77%
Teve medo de sofrer consequências no trabalho	2 (4%)	1 (4,35%)	2 (7,69%)	2 (2,90%)	1,35%
Não soube o que fazer	5 (10%)	2 (8,70%)	2 (7,69%)	2 (2,90%)	2,13%

O total é superior a 100% porque a questão permitia múltiplas respostas. Quanto as respostas referentes ao item "Não se envolveu porque acha que é um problema de família" foi referida por dois profissionais da ESF em relação a violência física e apenas por um profissional em relação a negligência.*

O Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Apesar dos dados do presente estudo terem considerado todos os profissionais da ESF de forma conjunta, as especificidades de atuação dos ACS mereceram uma descrição a parte, visto que esse profissional da equipe realiza visitas domiciliares de forma mais sistemática e grande parte deles mora na comunidade onde atua. Como mencionado anteriormente foi entrevistado um total de 87 ACS na amostra, sendo 64 do sexo feminino (73,56%) e 23 do sexo masculino (26,44%). A média de idade foi de 32,72 anos, variando de 20 a 52 anos, sem diferença detectável segundo o sexo. A faixa etária mais prevalente foi de 21 a 40 anos, que abrigou 81,60% da amostra. Verificou-se que 84% dos ACS atuam no próprio bairro de residência. Quanto a escolaridade, 68,96% dos ACS participantes da pesquisa possuem o nível médio completo, o que foi observado em 56,52% no sexo masculino e 73,43%, no feminino. Observou-se ainda que 14,95% dos ACS concluíram o ensino superior. Analisando-se segundo o sexo, tem-se que 39,13% dos ACS do sexo masculino possuem o ensino superior completo ou em curso, enquanto somente 18,75% do sexo feminino encontram-se nessa condição. Esses dados apontam para maior escolaridade no sexo masculino, todavia essa diferença não é sustentada em teste estatístico, possivelmente pelo tamanho da amostra do sexo masculino (teste G: $G= 9,414$; $p= 0,094$). Em relação ao estado civil, os solteiros correspondem a 47,12% em ambos os sexos, nas outras categorias: os casados do sexo masculino somam 13,04% e no sexo feminino 20,31%. Aparece apenas no sexo feminino um percentual de 4,68% como separadas/divorciadas. Em união estável 26,08% no sexo masculino e 26,56% no sexo feminino.

Quanto ao Corte Brasil, 40,22% da amostra encontra-se na classe C1, porém, ao se analisar essa variável segundo o sexo observa-se maior representatividade do sexo masculino (52,1%) em relação ao sexo feminino (38,3%). Obteve-se ainda que 8,6% das

mulheres estão na categoria B2 contra 22% dos homens. A distribuição da amostra de ACS nas classes econômicas, segundo o sexo, apresentou diferença estatisticamente significativa ($G= 14,259$; $p= 0,047$). As características sócio-demográficas estão descritas na Tabela 14.

Tabela 14

Características sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde de um distrito administrativo em Belém-PA

Variável	SEXO			
	Masculino	%	Feminino	%
Sexo	23	26,44%	64	73,56%
Estado Civil				
solteiro(a)	13	56,52%	28	43,75%
casado(a)	3	13,04%	13	20,31%
em união estável	6	26,09%	17	26,56%
separado(a)/divorciado(a)	0	0,00%	3	4,69%
Não respondeu	1	4,35%	3	4,69%
Critério Brasil*				
B1	2	8,70%	0	0,00%
B2	5	21,74%	5	7,81%
C1	12	52,17%	23	35,94%
C2	3	13,04%	22	34,38%
D	1	4,35%	9	14,06%
E	0	0,00%	1	1,56%

* $p < 0,05$

A maioria dos ACS (66,6%) trabalha entre dois a três anos na ESF. O percentual de 8,75% tem outra atividade econômica e estão divididos segundo o sexo sendo 13,04% para o sexo masculino e 6,25% para o feminino. Em relação a questão de capacitação para atuação no tocante a violência, 62,06% disseram não ter realizado treinamento sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes e 33,33% disseram que sim. Entre os que disseram ter realizado treinamento 19,54% o fizeram entre os anos de 2010 a 2013.

Percepção dos ACS sobre maus tratos contra crianças e adolescentes:

Foram apresentadas questões objetivas para identificação de situações incluindo os diferentes tipos de violência, sem tipificação. Os resultados indicaram que a violência sexual com contato físico foi a única que não gerou dúvida em qualquer ACS. A exposição das crianças e/ou adolescentes às situações de violência sem contato físico tais como: intimidades do casal ou responsáveis, falar sobre experiências sexuais, exibição de material erótico e o uso de roupas que exponham o corpo da criança como apelo à sensualidade, gerou dúvidas em 8,43% dos ACS, em média. Destaca-se que 4,60% não considera violência falar de suas experiências sexuais na frente de crianças.

Foi semelhante a identificação de situações referentes à negligência, violências psicológica e física, com uma média de 87,84% de acertos. Merece destaque que a violência física como forma de disciplinar, é aceita por 5,75% da amostra, enquanto o mesmo tema gera dúvida em 17,24%. Outras formas de violência, como o uso de punições tais como dar tapas, palmadas, cinturadas, e outras formas de punição por falhas, desobediência, ou para disciplinar as crianças parece ser mais tolerada tanto que 16,09% dos entrevistados, afirmam ter dúvidas quanto esta forma de violência, e 4,06% dizem que não é violência.

As questões que avaliaram a identificação dos diferentes tipos de violência na rotina de trabalho revelaram que 77,01% dos ACS nunca identificaram ou suspeitaram de casos de **violência física**. Dentre os 22,98% que identificaram esse tipo de violência, em questões de multirresposta, 37,84% relataram ter conversado com o chefe imediato ou colegas, buscando um encaminhamento; 37,84% conversaram com os pais da vítima; 13,52% relataram ter medo de represálias por parte da família da vítima ou do agressor; e 10,81% não souberam o que fazer. Além da pequena taxa de percepção da violência física, somente 20,00% dos que a identificaram disseram ter realizado a notificação.

Sobre a identificação de casos de **violência sexual**, 90,82% responderam nunca ter identificado ou suspeitado de casos em sua rotina de trabalho, enquanto 9,18% relataram ter identificado essa situação. Dos que responderam já ter suspeitado de casos de violência sexual em sua rotina de trabalho, 30% conversaram com o chefe imediato ou colegas de trabalho buscando um encaminhamento; 10% conversaram com a mãe da vítima; 20% teve medo de represálias por parte da família da vítima; 20% não soube identificar sinais de violência com exatidão e somente 25,00% relataram ter notificado.

Quanto à identificação de casos de **violência psicológica** em sua rotina de trabalho, 82,75% dos profissionais responderam nunca tê-la identificado ou suspeitado. Quanto ao que fez ou sentiu, somente 6,66% desses referem ter realizado a sua notificação; 33,33% conversaram com a mãe da vítima; 24,24% conversaram com o pai da vítima; 15,15% conversaram com os colegas buscando um encaminhamento; 12,12% conversaram com o chefe imediato; 3,03% tiveram medo de represálias por parte do agressor; 3,03% teve medo de represália por parte da família da vítima; 3,03% teve medo de sofrer consequências no trabalho e 6,06% não soube o que fazer.

Quanto à percepção da **negligência**, 54,02% responderam nunca ter, enquanto 45,96% responderam que a perceberam ao menos uma vez. Quanto ao que fez ou sentiu, as categorias mais prevalentes foram: 39,13% conversaram com a mãe da vítima; 27,54% responderam ter conversado com o chefe imediato; 17,39% conversaram com os colegas buscando um encaminhamento e 10,14% conversaram com o pai da vítima. Em relação à notificação dos casos, apenas 15,62% disseram ter feito a notificação.

A despeito da baixa frequência de notificação referida, cuja média ficou em 23,85%, 56,32% dos ACS disseram que notificar casos suspeitos e/ou confirmados de violência é função do profissional da saúde e 83,90% disse que concorda que a notificação seja realizada na atenção básica. Quando perguntados sobre se haviam sofrido violência na

infância, 50,58% disseram não ter sofrido e 26,44% disse que sim, os demais 22,98% disseram que não lembravam ou que preferiam não responder sobre essa questão. Em relação a questão se a violência era profissionalmente discutida na unidade onde atuam 42,27% dos ACS disse que sim, 36,78% disseram que não e 8,04% disseram não saber.

Dentre os motivos apresentados pelos ACS para a não realização da notificação encontram-se o medo de represália por parte da família (29,03%), o desconhecimento do processo de notificação (22,58%) e a decisão de não se envolver em problemas familiares (12,90%). Adicionalmente, 58,62% deles desconhecem se há um protocolo na unidade para casos envolvendo violência contra crianças e adolescentes, 14,94% disseram que existe um protocolo, mas não o conhecem, 13,79% disseram que não há um protocolo e apenas 5,74% disseram conhecer o protocolo da unidade.

Também foi observado que 8,04% dos ACS disseram não concordar que a notificação seja realizada na atenção básica, entre os motivos alegados estão: 1) “ficamos expostos com as famílias”; 2) “não tivemos capacitação para isso”; 3) “porque não tem meio de influência na forma que a criança é tratada”; 4) “porque na atenção básica é para prevenir e promover a saúde e não é dever nosso”; 5) “por inúmeras situações de não se envolver a família”; 6) “tem órgãos específicos para isso”. No entanto, 96,55% dos ACS não conhece a ficha de notificação para casos de violência. Quanto ao conhecimento sobre o ECA, 47,12% deles disseram que leram em parte, 45,97% disse que já ouviu falar através a mídia, mas não leu e apenas 4,59% deles disseram ter realizado capacitação sobre o ECA. Quanto aos órgãos da rede de proteção, o Conselho Tutelar foi o mais citado (70,11%), seguido da Divisão de Atendimento ao Adolescente (DATA) com 26,43%, do PROPAZ (Fundação Santa Casa de Misericórdia) com 16,09% e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com 14,94%. Vale ressaltar que 32,18% deles não responderam a questão.

4.2.2. O PROFISSIONAL TÉCNICO DE NÍVEL SUPERIOR DA ATENÇÃO BÁSICA E A PERCEPÇÃO SOBRE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Do total de 174 participantes do estudo, 72 eram TNS. Para essa análise, referente aos TNS não foram incluídos os demais técnicos com graduação, como os ACS, por exemplo, para que fosse possível uma análise comparativa em relação a função exercida nas Unidades de Saúde, apenas dos que foram contratados para tal. Fazem parte desta amostra de TNS, profissionais da ESF (27) e das UMS (45).

Características sócio-demográficas

Dos 72 profissionais de saúde, TNS atuantes na atenção primária, 59 eram do sexo feminino (81,94%) e treze eram do sexo masculino (18,06%), sendo que 95,83% residem no próprio município de Belém- PA (69 participantes) e dois profissionais residem no município de Ananindeua, que faz parte da região metropolitana de Belém.

Os participantes apresentam idades distribuídas entre 24 e 69 anos (média $41,91 \pm 11,79$ anos) sendo mais prevalentes na faixa etária de 30 a 40 anos, com 37,50% desses, seguida da faixa etária de 40 a 50 anos (27,77%). Os profissionais da UMS apresentaram em média 41,60 anos ($\pm 11,62$), semelhante ao observado para a ESF ($41,88 \pm 12,17$), não sendo encontradas diferenças significativas em relação a variável idade segundo o local de atuação.

Quanto ao estado civil, destacaram-se as categorias de solteiros (44,44%) e casados ou em união estável (45,83%), condição esperada pela própria distribuição da amostra nas faixas etárias. No que se refere à categoria profissional, a amostra foi composta de 24 enfermeiros (33,3%), vinte médicos (27,8%), nove odontólogos (12,5%), nove assistentes sociais (12,5%), cinco psicólogos (6,9%), quatro nutricionistas (5,6%) e um profissional de

educação física (1,4%). Da amostra total, 27 (37,50%) são profissionais da ESF, sendo quatorze da Enfermagem, doze da Medicina e um da Odontologia. Os profissionais da Assistência Social, Psicologia, Nutrição e Educação física são pertencentes apenas às UMS, uma vez que no período deste estudo essas categorias ainda não se faziam presentes na ESF da referida área, as quais deveriam compor o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF). Em relação ao tempo de atuação dos profissionais nas unidades de saúde pesquisadas observou-se que 37 (51,39%) dos TNS estão atuando nessa função entre 1 e 3 anos, a média de tempo de serviço ficou em 4,21 anos ($\pm 4,68$ anos), semelhante ao conjunto da amostra.

No que se refere ao tempo de graduado, percebeu-se uma distribuição bimodal, onde uma fração significativa dos profissionais das unidades graduou-se há, no máximo, 10 anos (40,29%), e outra entre 22 e 30 anos (37,31%). Também, deve-se destacar que 34,32% dos profissionais da amostra têm entre 10 e 21 anos de formado. Além disso, 27,77% disseram ter realizado curso de capacitação sobre a questão. Quanto à questão relacionada a adaptação às rotinas e atividades na unidade, apenas 12,5% deles disse que sentiu dificuldade.

Em relação ao Critério Brasil, os TNS estão predominantemente na classe econômica B1 (44,44%). A segunda classe mais frequente é a A2, abrigando 27,78% da amostra. Foi semelhante a distribuição das profissões na classe B1 em relação às demais ($G=7,28$; $p=0,295$), apesar de destacada redução na proporção de assistentes sociais nessa classe (6,25%), em relação às demais (20,51%), todavia essa diferença não se mostrou significativa ($G=3,18$; $p=0,07$). Não se observou diferença significativa na distribuição da amostra, quando os indivíduos foram classificados segundo o sexo e *status* econômico. Na Tabela 15 estão descritas as características sócio-demográficas dos TNS.

Percepção dos TNS sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Para os quatro tipos de violência pesquisados as categorias foram elaboradas, a partir dos sinais descritos pelos profissionais de saúde, conforme apresentado no método do presente estudo. Considerando-se essas categorias, em relação à **violência física**, os sinais mais referidos pelos TNS, foram os relacionados a sinais físicos no corpo da vítima (46,69%), com ênfase para os hematomas (28,30%), seguido de sinais relativos ao comportamento da vítima (28,19%). Em relação à **violência sexual** foram mais sugeridos os sinais relativos ao comportamento da vítima (42,02%), seguido dos sinais relacionados aos sentimentos da vítima (23,40%) com especial atenção para o sentimento de medo (34,09%). Os sinais relativos ao comportamento da vítima foram associados à **violência psicológica** por 53,03. Na **negligência** se destacaram os sinais físicos no corpo com 57,84%, seguido dos sinais relacionados ao comportamento dos pais e/ou responsáveis (22,05%). A Tabela 16 descreve os percentuais encontrados para cada categoria mencionada a partir dos tipos de violência.

Tabela 15

Características sócio-demográficas dos profissionais técnicos de nível superior da atenção básica de um distrito administrativo, Belém- PA

Variáveis sócio- demográficas	n (72)	%
Sexo		
Masculino	13	18,06%
Feminino	59	81,94%
Idade		
20 à 30 anos	16	22,22%
30 à 40 anos	27	37,50%
40 à 50 anos	20	27,77%
50 à 60 anos	5	6,94%
60 à 70 anos	4	5,55%
Estado Civil		
casado(a)/em união estável	33	45,83%
solteiro(a)	32	44,44%
separado(a)/divorciado(a)	4	5,56%
viúvo(a)	2	2,78%
Nº de filhos		
Sem filhos	30	41,7%
De 1 a 2	27	37,5%
De 3 a 4	9	12,5%
Graduação/Função		
Enfermagem	24	34,72%
Medicina	20	27,78%
Odontologia	9	12,50%
Serviço Social*	9	12,50%
Psicologia*	5	6,94%
Nutrição*	4	5,56%
Educação Física*	1	1,39%
Tempo de formado		
0-5	18	25,00%
6-10	9	12,50%
11-15	8	11,11%
16-20	4	5,56%
21-25	10	13,89%
>25	18	25,00%
Critério Brasil		
A1	2	2,77%
A2	20	27,77%
B1	32	44,44%
B2	10	13,88%
C1	2	2,77%
C2	5	6,94%
D	1	1,38

**Apenas se aplica para as UMS, uma vez que por ocasião do presente estudo os profissionais ainda não haviam sido contratados para atuação na Estratégia Saúde da Família da referida área, assim como o NASF ainda não tinha sido implantado no distrito DAGUA em Belém-PA.*

Tabela 16

Frequência relativa de profissionais técnicos de nível superior referente aos sinais de maus-tratos em crianças e adolescentes, segundo os tipos de violência, Belém-PA

CATEGORIAS	TIPOS DE VIOLÊNCIA			
	Violência Física n=227*	Violência Sexual n=188	Violência Psicológica n= 198	Negligência n= 204
Sinais físicos no corpo da vítima	106 (46,69%)	43 (22,87%)	4 (2,02%)	118 (57,84%)
Sinais relacionados ao comportamento da vítima	64 (28,19%)	79 (42,02%)	105 (53,03%)	21 (10,29%)
Sinais relacionados a sentimentos da vítima	16 (7,04%)	44 (23,40%)	37 (18,68%)	2 (9,52%)
Sinais relacionados ao comportamento dos pais e/ou responsáveis	5 (2,2%)	1 (0,53%)	9 (4,54%)	45 (22,05%)
Sinais relacionados a processos de desenvolvimento e/ou desempenho escolar das vítimas	11 (4,84%)	7 (4,78%)	18 (9,09%)	10 (4,90%)
Sinais relacionados às psicopatologias	--	2 (1,06%)	12 (6,06%)	--
Sinais relacionados a aspectos gerais	9 (3,96%)	6 (3,19%)	5 (2,52%)	--
Não respondeu ou disse não saber ou deu respostas incongruentes	16 (7,04%)	6 (3,18%)	12 (6,06%)	16 (7,84%)

*No comando da questão, pedia-se que fossem fornecidos três sinais que indicassem um determinado tipo de violência. Logo, o n corresponde ao número de respostas fornecidas pelos 72 profissionais da saúde.

Na sequência do questionário foram apresentadas questões objetivas para identificação de situações incluindo os diferentes tipos de violência, sem tipificação direta. Em relação às questões referentes a **violência física** 91,7% considera violência “*usar de punições como: ficar de joelhos, bater/prender/amarrar, objetivando disciplinar*” e 88,9% confirmou que “*dar tapas, palmadas cinturadas, e outras punições por falhas, desobediências ou para disciplinar*” são atos de violência, no entanto 5,6% não considera esses atos como violência e outros 5,6% têm dúvidas.

As questões relacionadas à **violência sexual** foram consideradas como tal por 100% dos TNS entrevistados, no entanto, quando perguntados sobre “*a exposição à intimidade dos pais ou responsáveis*”, “*falar sobre experiências sexuais na frente de crianças*”, “*manuseio ou exibição de material erótico na frente de crianças ou adolescente*”, e “*permitir ou incentivar o uso de roupas que expõem o corpo da criança*”, 6,9% dos profissionais indicaram dúvidas quanto a essas questões em especial a questão relacionada a permitir ou incentivar o uso de roupas que expõem o corpo da criança.

As questões alusivas à **violência psicológica** como “*fazer a criança e ou adolescentes repetir frases autodepreciativas*” e “*desqualificar ou falar mal da própria criança ou adolescente na sua presença*”, foram indicadas como uma forma de violência por 100% dos profissionais, mas quando perguntados se “*punir a criança e ou adolescente por não atingir alto desempenho na execução de tarefas, incluindo as escolares*”, essa proporção se alterou, apesar de 80,% considerar que essa é uma atitude violenta, um grupo de 14% desses profissionais tem dúvidas e 5,6% não considerou como uma forma de violência. Ainda em relação a violência psicológica questões como “*frequentemente gritar, xingar e ameaçar de castigo a criança e o adolescente*” e “*desqualificar ou falar mal do pai ou da mãe para a criança ou adolescente*” foram consideradas como forma de violência por 88,9% e 95% respectivamente, apesar de que 9,7% dos TNS tem dúvidas

quanto a questão relativa a desqualificar os pais na frente das crianças.

As questões alusivas à **negligência** como “*descaso com higiene, preparo e alimentação das crianças e adolescentes*” e “*ausência de acompanhamento nas atividades escolares*” foram consideradas como tal por 98,6 % e 88,9% respectivamente, no entanto 5,6% acha que não é violência e 5,6% dos profissionais tem dúvidas quanto a questão relacionada à falta de acompanhamento nas atividades escolares.

Experiências e atitudes dos TNS frente a identificação de maus tratos contra crianças e adolescentes:

A maioria dos TNS entrevistados (65,28%) respondeu já ter suspeitado ou identificado a ocorrência de casos de **violência física** contra crianças e/ou adolescentes em sua rotina de trabalho, uma ou mais vezes. Questionados quanto à atitude tomada, 76,6% respondeu que conversou com parentes da vítima, sendo a mãe a pessoa mais citada por estes profissionais (66,00%). Outros profissionais disseram que conversaram com colegas de trabalho (53,03%), sendo o chefe imediato o interlocutor que aparece em 23,04% das respostas. Entre os TNS 10,60% disseram não saber identificar os sinais com exatidão, 8,5% deles disseram ter medo de represálias por parte do agressor, 6,4% disseram ter medo de sofrer consequências no trabalho. Quanto à notificação dos casos, 46,8% disseram ter realizado e encaminhados aos órgãos responsáveis na rede de atendimento.

Em relação à **violência sexual**, 59,72% dos participantes disseram nunca ter suspeitado ou identificado a ocorrência de violência sexual contra crianças e/ou adolescentes. Quanto aos que responderam afirmativamente (n=29), a maioria (89,6%) relatou que, após tomar conhecimento do caso, conversou com um dos parentes da vítima, sendo a mãe, mais uma vez, a mais contatada (79,3%). Conversar com os colegas de trabalho também aparece como uma das atitudes mais presentes entre os profissionais

diante de casos de violência sexual contra crianças e/ou adolescentes (48,3%), assim como o chefe imediato continua surgindo como referência importante para estes profissionais (20,3%). Somente 3,5% dos profissionais alegaram não ter identificado os sinais de violência sexual com exatidão, assim como 3,5% disseram ter medo de represálias por parte da família da vítima. Chamou atenção que nenhum desses profissionais disse ter medo de represálias por parte do agressor, ou medo de consequências no trabalho.

Em relação à **violência psicológica**, parte expressiva da amostra (66,67%) relatou nunca ter suspeitado ou identificado a ocorrência de casos de violência psicológica contra crianças e/ou adolescentes em sua rotina de trabalho. Daqueles que responderam afirmativamente (33,33%), afirmaram que identificaram ou suspeitaram de violência psicológica contra crianças e adolescentes. Quanto às atitudes ou sentimentos vivenciados a partir da identificação de VP, 95,8% deles disseram ter conversado com parentes da vítima, sendo a mãe (62,5%) a mais nomeada, seguida do pai (33,3%). Outro comportamento adotado pelos participantes foi “conversar com os colegas em busca de um encaminhamento”, resposta oferecida por 50% desses. O chefe imediato aparece como referência em 20,8% das vezes. Apenas 4,2% dos profissionais disseram não saber identificar sinais de VP com exatidão. Em relação as demais atitudes como sentir medo de represálias por parte do agressor e da família da vítima, medo de sofrer consequências no trabalho, assim como não saber o que fazer, não foi apontado pelos TNS em relação a VP. E 20,8% disseram ter notificado os casos identificados.

O último tipo de violência investigado foi a **negligência**. Quanto à essa categoria de maus tratos, 77,8% dos profissionais afirmaram que já suspeitaram ou identificaram a ocorrência de casos de negligência contra crianças e/ou adolescentes. A atitude mais frequente dos participantes diante das situações de negligência é conversar com um dos parentes da vítima sendo mais frequente com a mãe (78,6%) e o pai (37,5%). Também se

mostrou presente o comportamento de conversar com colegas buscando um encaminhamento (37,5%), assim como com o chefe imediato (17,9%). Merece destaque o fato de que, apesar da elevada taxa de identificação de negligência, a maioria dos profissionais deixou de fazer a notificação (76,78%).

Na Tabela 17, pode ser visualizada a frequência relativa de profissionais TNS que durante a sua rotina de trabalho identificaram sinais de maus tratos contra crianças e adolescentes e suas atitudes frente a questão.

Quando foi analisada a identificação de violência segundo a profissão, observou-se que em termos percentuais o Assistente Social foi o profissional que mais identificou casos de maus tratos contra crianças e adolescentes independente do tipo de violência, exceto para a violência psicológica (média total de 79,76%). Em relação à violência física o médico ocupa o segundo lugar dentre os profissionais que mais a identificam (80,0%), seguido do profissional da Enfermagem (70,8%). No caso da violência sexual, novamente, os profissionais da medicina e enfermagem destacaram-se na identificação, juntamente com os psicólogos, com taxas de 45,0%, 38,5% e 40,0%. A negligência foi a forma de violência mais referida, presente na fala de, em média 53,93% de cada profissão.

Foi perguntado aos participantes se a temática da violência contra criança e adolescente era discutido profissionalmente na unidade, a maioria (54,17%) dos participantes disse que não, e a minoria (11,11%) disse não saber se o assunto era abordado, em concordância com a proporção de 40,28% da amostra que afirmou desconhecer a existência de um protocolo a ser seguido na unidade diante dos casos de violência. Quando questionados se notificar os casos de violência, mesmo os suspeitos, era função do profissional de saúde, 90,28% responderam afirmativamente, assim como, 98,61% referiram que a notificação da violência deve ser realizada na atenção básica.

Tabela 17

Frequência relativa de profissionais da saúde (n = 72) que, durante atendimento de crianças e adolescentes em unidade de atenção primária à saúde, identificaram sinais de violência e atitudes identificadas em uma questão multiresposta, Belém-PA

	TIPO DE VIOLÊNCIA				MÉDIA
	Física	Sexual	Psicológica	Negligência	
Identificou ou suspeitou	47 (65,3%)	29 (40,3%)	24 (33,3%)	56 (77,8%)	39 (54,2%)
Atitude diante da suspeita*					
Notificou	46,8%	34,5%	29,2%	23,2%	34,2%
Conversou com o chefe imediato	23,4%	20,7%	20,8%	17,9%	20,70%
Conversou com os colegas de trabalho	55,3%	48,3%	50,0%	37,5%	47,78%
Conversou com o pai da vítima	10,6%	10,3%	33,3%	37,5%	22,93%
Conversou com a mãe da vítima	66,0%	79,3%	62,5%	78,6%	71,60%
Teve medo de represálias pelo agressor	8,5%			1,8%	5,15%
Teve medo de represálias pela família da vítima	2,1%	3,5%		1,8%	2,47%
Não soube identificar sinais de violência com exatidão	10,6%	3,5%	4,2%	1,8%	5,03%
Teve medo de sofrer consequências no trabalho	6,4%				6,4%
Não soube o que fazer	2,1%				2,1%

*O total é superior a 100% porque a questão permitia múltiplas respostas.

Quando perguntados por que concordavam que a notificação de violência fosse realizada na atenção básica, foram observadas as seguintes categorias de respostas induzidas: (1) Considera a atenção básica a base do SUS, porta de entrada para o sistema e o elo entre a rede de saúde e as famílias (66,66%); (2) O profissional pode identificar nos atendimentos os casos de violência e tomar providências para a resolução de possíveis casos, de forma mais rápida e prevenir novos casos (18,05%); (3) Porque há necessidade em notificar e encaminhar ao órgão ligado à delegacia ou órgão especializado na atenção básica (5,55%); (4) Importante para o desenvolvimento físico, mental e social da criança, um dever do profissional de saúde a formação psicológica de crianças e adolescentes (4,16%).

Em relação ao processo de notificação, 35,43% dos TNS entrevistados afirmam ser a um dever de todo profissional de saúde, todavia, 50% dos participantes não a conhecem, 86,11% nunca a utilizaram e 45,83% deles não sabem se a ficha está disponível na unidade que trabalham. Merece destaque o fato de que 17,71% equivocadamente identificarem a notificação como um ato jurídico para instauração de inquérito policial. O órgão mais citado da rede de atendimento foi o Conselho Tutelar com 30,87%, vale considerar que tal questão era aberta, e 24 órgãos foram assinalados pelos profissionais. Sendo que 50,0% disse confiar nesse órgão. O segundo órgão mais citado foi o PROPAZ/Santa Casa com 18,79%, e 60,71% de confiança, em terceiro lugar foram citadas as delegacias (incluindo as especializadas) com 14,09% e 42,86% de confiança.

Quando perguntados se achavam ter sofrido algum tipo de violência na infância ou adolescência 58,33% disseram não ter sofrido, 26,4% autoidentificaram-se como vítimas de violência, 8,4% afirmaram não lembrar e 6,94% optaram por não responder a essa questão. Dos participantes que afirmaram ter sofrido algum tipo de violência, a psicológica aparece como a mais relatada com 57,1%.

Em relação ao conhecimento do Estatuto da criança e do adolescente (ECA), 60,87% declara que leu em parte e somente 15,94% diz ter feito treinamento sobre o estatuto em curso de capacitação. Além disso, 97,22% dos participantes entrevistados gostariam de ser convidados para participar de oficina de capacitação a cerca da temática.

Quanto às dúvidas mencionadas pelos profissionais, a questão da identificação de sinais e sintomas de maus tratos em especial a violência sexual, a psicológica, a negligência foi apontada por 48% dos TNS, seguida da questão da notificação, preenchimento da ficha com 27,77% e da abordagem dos casos e das famílias com 25%. A principal sugestão dos TNS para fortalecer a atuação deles foi a realização de capacitação (52,77%). As principais dúvidas e sugestões estão descritas na Tabela 18.

Tabela 18

Principais dúvidas e sugestões apresentadas pelos Técnicos de Nível Superior da atenção básica sobre a questão dos maus tratos contra crianças e adolescente em um distrito administrativo, Belém-PA.

Dúvidas sobre o tema	n (%)
Como abordar as vítimas em especial as famílias	18 (25%)
Identificação de sinais e sintomas de todos os tipos de violência, em especial, a sexual, a psicológica e a negligência	35 (48,61%)
A atribuição de cada profissional em casos de violência e as questões éticas	5 (6,94%)
O processo de notificação e encaminhamentos (preenchimento da ficha, fluxos de encaminhamentos, protocolos, e a rede de proteção)	20 (27,77%)
Sobre ECA/Aspectos Jurídicos	5 (6,94%)
Não responderam	6 (8,33%)
Sugestões	
Capacitação/Treinamento/Educação permanente	38 (52,77%)
Ter uma referência confiável e resolutiva ao se fazer uma notificação de violência (apoio dos órgãos da rede e das Secretarias de Saúde e receber feedback dos casos encaminhados)	9 (12,5%)
Atendimento das crianças e adolescentes com o foco nas famílias	8 (11,11%)
Melhoria das condições de infraestrutura das unidades de Saúde/ salas de atendimento adequadas/ambiente acolhedor	6 (8,33%)
Elaboração de um protocolo, manual de orientação nas unidades com os fluxos de atendimento.	4 (5,55%)
Priorizar a atenção dos pacientes em situação de violência e atuar na prevenção dos casos	2 (2,77%)
Não responderam	4 (5,55%)

4.2.3. Discussão

Para proporcionar uma visão mais ampla dos resultados encontrados e da articulação com os pressupostos da TBDH o presente capítulo foi subdividido em tópicos a partir do modelo PPCT: a Pessoa, o Contexto, o Processo e o Tempo. É válido ressaltar que apesar de subdivididos esses tópicos devem ser compreendidos como elementos interdependentes e interligados. Também fará parte dessa subdivisão um tópico discutindo os limites e possibilidades de atuação dos profissionais de saúde frente a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes a partir dos resultados encontrados.

Pessoa: profissionais de saúde

Os profissionais de saúde ocupavam diferentes funções e possuem um perfil sócio-demográfico heterogêneo, mas, pela ausência de diferenças estatisticamente significativas optou-se por discutir de forma mais ampla as características encontradas na amostra. Apesar disso, serão ressaltadas algumas características específicas encontradas entre os profissionais da ESF ou entre os TNS.

A amostra foi composta predominantemente por profissionais de saúde do sexo feminino. Esse perfil era esperado, visto que na área da saúde é histórica a participação feminina. Adicionalmente o censo do IBGE (2010) apontou que a taxa de atividade entre as mulheres, indicador que considera as pessoas em idade ativa empregadas ou que estão procurando trabalho, passou de 50,1%, em 2000, para 54,6%, em 2010, o que demonstra o incremento da participação das mulheres no mercado de trabalho. As faixas etárias mais presentes foram formadas por adultos jovens, o que sugere que esses profissionais estão iniciando sua carreira profissional na atenção básica. Além disso, grande parte se declarou como casada ou vivendo em união estável e metade deles, disse ter um ou dois filhos. Um estudo de Luna et al. (2010) encontrou perfil semelhante em Fortaleza(CE), com uma

maioria de mulheres (74,6%), predominantemente jovens, com idades entre 20 e 40 anos (69,9%); 53,2% eram casados e 45,1% tinham filhos.

Na ESF houve a predominância da classe C1 e C2 seguida da classe B. Cabe ressaltar que na ESF havia um número significativo de ACS, o que pode explicar em parte o grande número de participantes nessa categoria. Em relação aos TNS foi mais frequente a classe B1, o que também era esperado em função da relação entre o nível socioeconômico e escolaridade. Além disso, os TNS apresentaram mais tempo de serviço que os ACS e os TNM. Em sua maioria, os profissionais demonstraram adaptação às rotinas de trabalho nas unidades de saúde. Dentre os que relataram dificuldades de adaptação, as principais estavam relacionadas à infraestrutura da unidade e aplicação do modelo de prevenção e promoção da saúde em detrimento do modelo biomédico/curativista.

Verificou-se que os ACS atuam no próprio bairro de residência o que está de acordo com o que é preconizado pela Lei 11.350 de 05/10/2006 em seu Art. 6º inciso I.(Brasil, 2006), Além disso, esse fato é essencial para que seja estabelecido o sentimento de confiança entre eles e a comunidade. Outro ponto a se considerar, quanto à importância de se trabalhar onde reside, é o fato de compartilhar os mesmos problemas, a mesma cultura e mesma realidade, o que segundo Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002), contribui para o papel de “tradutor” que os ACS assumem, pois participam do mesmo contexto físico e social da comunidade.

Observou-se ainda que alguns ACS concluíram o Ensino Superior, o que demonstra uma ampliação do nível de escolaridade desses profissionais, embora também tenha sido identificado um ACS que não havia concluído o Ensino Fundamental. Apesar de grande parte deles declarar que não identificou casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes em sua rotina de trabalho, foi observada uma significativa participação desses

profissionais na pesquisa. Estudos como os de Palmezoni e Miranda (2011) e Scaranto, Biazevic e Crosato (2007) enfatizam a ideia de que a natureza da relação do ACS para com as comunidades com as quais estão envolvidos pode ser um aspecto relevante para a atuação profissional frente aos casos de violência, logo, fornecer informações adequadas sobre a temática para estes profissionais é passo importante à favor desta proposição. Fato que merece maior atenção do poder público e das políticas de saúde, voltadas para o desenvolvimento profissional das equipes de saúde em especial na ESF.

A questão referente a se os profissionais haviam sido vítimas de algum tipo de violência na infância ou na adolescência, identificou em 25,82% deles essa característica, o que também foi semelhante no estudo de Luna et al. (2010). Ainda nesse contexto, uma pesquisa realizada por Pires (2005) em Porto Alegre, com 92 pediatras, apontou que 11,0% relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância e, desses, apenas 50,0% notificaram casos de maus-tratos na sua prática. Além disso, parece que as experiências pessoais de violência podem tanto influenciar na mobilização do profissional de saúde para a temática, quanto inibir sua atuação, como forma de evitar o contato com experiências dolorosas do seu passado (Luna et al., 2010).

Segundo Noguchi, Assis e Santos (2004) não se pode negar que este tema desperta em muitos profissionais sentimentos intensos, que são muitas vezes difíceis de manejar. No entanto, é necessário que o profissional da saúde não perca de vista seu compromisso ético e procure estabelecer uma relação de cooperação sem angústia ou culpabilidade no trato com as vítimas e seus familiares. O compromisso ético não precisa ultrapassar as fronteiras do que está estabelecido enquanto função dos profissionais de saúde. Apesar disso, a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, pode ser tão ameaçadora para o profissional que sua única possibilidade pode ser a negação (Andrade et al., (2011). O que não seria difícil de compreender visto que a identificação dessas situações irá

mobilizar a realização de diversos procedimentos, que vão da notificação dos casos, encaminhamentos à rede de serviços, acompanhamento das famílias, dentre outros.

Nessa direção, Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013), a partir de um estudo realizado com profissionais da enfermagem que atuam no Distrito DAGUA, do município de Belém-PA, chamaram atenção para o impacto que a violência pode causar na atuação da Enfermagem na ESF, como sentimentos de medo e frustração profissional pelo constrangimento e limitação de suas funções. Segundo as autoras vários tipos e níveis de violência estão imbricados na atuação dos profissionais da enfermagem e são reconhecidos por eles como tal, sejam as violências territoriais/estruturais, institucionais e a violência intrafamiliar.

Esse processo implica em um reconhecimento de limites pessoais, para que o papel profissional não cause prejuízos à sua saúde física e emocional. Assim, precisam compreender e se aproximarem dos processos aos quais estão submetidos no seu ambiente de trabalho, bem como estar atento a fatores como a tensão emocional, o sentimento de impotência e a pressão frente ao sofrimento do outro que precisa de seus cuidados.

Segundo Ramos e Teodoro (2012) além do aspecto técnico, os profissionais precisam estar preparados psicologicamente para o contato com essa população. Sentimentos como raiva, dor, impotência, nojo, agressividade e pena deixam os profissionais desconfortáveis e inseguros em relação ao manejo dos casos. As autoras ressaltam que os aspectos emocionais dos trabalhadores podem interferir negativamente no desempenho em relação ao diagnóstico e aos encaminhamentos dos casos. Além disso, apontam que é necessário que o profissional identifique a presença de sua própria ansiedade em relação ao seu trabalho e avalie também suas emoções.

Ainda em relação às características dos profissionais de saúde, foi observado que poucos já haviam realizado capacitação específica, envolvendo a questão da violência

contra crianças e adolescentes. O que permite inferir que a política de educação permanente voltada para qualificação desses profissionais de saúde em relação a questão, ainda precisa ser intensificada no município de Belém-PA.

Processo/Contexto

O processo tem a ver com as ligações entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente um ser humano, criança ou adulto, requer uma participação ativa em interação progressivamente mais complexa, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. O contexto se refere ao meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os seus processos desenvolvimentais. Os vários ambientes (micro, meso, exo e macrossistêmico) abrangem tanto os ambientes mais imediatos, e neste caso o microsistema dos profissionais de saúde, quanto os mais remotos, em que a pessoa não está necessariamente presente. Esse contexto tem o poder de influenciar o curso do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996).

Nessa perspectiva as atitudes dos profissionais, frente à abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente, estão intimamente relacionadas com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano, ou seja, o processo está relacionado à ligação destes profissionais em diferentes níveis de interação complexa, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato, mas também aos ambientes mais remotos, A reflexão sobre a percepção dos diferentes tipos de maus-tratos e as ideias e experiências a eles associada contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão aos casos de violência quando identificáveis. Nessa perspectiva Gomes et al.,(2002) sugerem que a efetivação de um atendimento depende da possibilidade do

profissional em ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos, mas, por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento.

Quanto a suspeita ou identificação de casos de violência física, os resultados demonstram que os TNS entrevistados suspeitaram ou identificaram de forma mais significativa os casos de violência física e negligência contra crianças e/ou adolescentes, o que também é apontado pela literatura como sendo mais comum entre as modalidades de violência identificadas na rotina de trabalho de profissionais de saúde (Brito et al., 2005; Moreira & Weber, 2013). Pode-se refletir que a violência física e a negligência são os tipos mais identificados por deixarem vestígios mais evidentes de sua presença o que se diferencia da violência psicológica, pois a mesma não apresenta marcas físicas que possam justificar uma intervenção, além de poder ser percebida pelos profissionais como uma forma aceitável de disciplinar e educar crianças e adolescentes.

Em relação às atitudes dos TNS diante da violência, pôde-se perceber que estes apresentam respostas semelhantes, independente do tipo de violência identificada. A primeira atitude mais pontuada foi buscar contato com os parentes da criança, em segundo lugar, conversar com os colegas da unidade buscando encaminhamento. Segundo dados de Bannwart e Brino (2011), que realizou um estudo com médicos de um hospital em São Paulo, falar com os parentes da criança ou do adolescente em situações de violência se apresentou como uma conduta inadequada, pois não levou à realização de encaminhamentos ou consequências que protegeriam a criança e/ou adolescente, enquanto conversar com os colegas de trabalho pode ser uma conduta mais adequada, segundo os critérios referidos na pesquisa, visto que os desdobramentos seriam realizados em parceria com a equipe. Alguns profissionais também afirmaram que não souberam identificar os

sinais de violência com exatidão, o que sugere que o nível de conhecimento dos profissionais sobre o tema, apesar de significativo para a realização de uma intervenção não foi suficiente para que os mesmos se sentissem seguros para realização de tal procedimento.

Quanto à notificação dos casos, a violência sexual, embora a menos identificada, aparece como a mais notificada entre todos os profissionais entrevistados, e a menos notificada, a negligência, seguida da violência psicológica e a violência física. Observou-se ainda que a temática violência contra crianças e adolescentes não é profissionalmente discutida nas unidades de saúde. Tal situação tem impacto no conhecimento dos profissionais quanto à identificação, a notificação e intervenção em rede que deve ser realizada nesses casos. A ficha de notificação, a disponibilidade desta e a existência ou não de um protocolo ou conduta a ser tomada em casos confirmados ou suspeitos de violência contra criança e adolescente são informações desconhecidas pela maioria dos entrevistados, o que dificulta o trabalho e impossibilita que o caso possa ser devidamente acompanhado. Apesar disso, o profissional percebe sua obrigação quanto à notificação no tocante a promoção e prevenção da saúde, pois os TNS consideram que a atenção básica é a base do SUS, a porta de entrada para o sistema e o elo entre a rede de saúde e as famílias. É possível inferir que a organização dos processos de trabalho no contexto da APS para o enfrentamento de demandas sociais, em especial os procedimentos relacionados ao manejo dos casos de violência, não está respondendo às diretrizes das políticas públicas e aos princípios que tentam reorientar o modelo de atenção à saúde (Rolin, Moreira, Gondim & Vieira, 2014).

As dificuldades em relação à resolubilidade dos casos referida por parte dos profissionais, também reflete questões estruturais mais amplas. Gomes (1998), em um estudo sobre denúncia e impunidade em relação à violência cometida contra crianças e

adolescentes, faz uma reflexão questionando que, diante desses casos, o aparelho público se apresenta pouco estruturado, tanto em termos numéricos para dar conta de suas demandas quanto qualitativamente no sentido de ter uma abordagem adequada para esses casos.

É importante destacar que os problemas com a infraestrutura e material foram a principal queixa dos profissionais da amostra. Outras questões apontadas incluem a segurança deficiente na comunidade, a inexperiência na função e a dificuldade de aplicar o modelo de saúde voltado à prevenção e promoção da saúde, conforme preconizado para a atenção primária no SUS. Ainda segundo esses profissionais, o nível elevado de estresse dos pacientes durante os atendimentos, também foi apontado como entrave para o desenvolvimento do seu trabalho.

Portanto, não se pode desconsiderar o contexto em que vem se desenvolvendo as políticas públicas de saúde no Brasil. Santos e Alberto (2011), ressaltam as evidências de impasse na implantação do próprio SUS como o financiamento insuficiente; crescimento da atenção primária em ritmo e qualidade aquém da necessidade; regionalização e integração entre esferas de governo e serviços quase virtuais; eficácia e eficiência dos hospitais e serviços abaixo do esperado; frágil vínculo entre trabalhadores e usuários; precarização das relações de trabalho e heteronomia dos trabalhadores acerca de sua participação na gestão dos serviços. Estas questões segundo os autores, de forma invariável, impactam fortemente em qualquer política pública de saúde.

Em relação ao conjunto da amostra os dados sugerem que a palavra notificação talvez esteja sendo utilizada como sinônimo de “encaminhamento”, no entanto, sem o devido preenchimento da ficha de notificação, visto que apenas nove profissionais de um total de 122 disseram já ter utilizado a ficha de notificação, apesar de terem mencionado a

realização da notificação. Uma das explicações apontadas no estudo de Rolim et al. (2014) para a questão, diz respeito a possível internalização equivocada da palavra “notificação”, pois, cultural e historicamente, encontra-se associada à denúncia.

Merece destaque, que em sua maioria os profissionais da ESF, mesmo os profissionais de nível superior, não destacaram seu receio quanto a sofrer represálias, das famílias das vítimas, do suposto agressor, tampouco no trabalho. Fica a questão quanto às limitações do instrumento em avaliar essa questão, ou mesmo o temor dos profissionais em admitir que manejar os casos de violência pode ser fonte de sofrimento e, portanto, preferem “negar” ou mesmo não entrar em contato com essa problemática. Apesar disso, quase todos afirmam que tanto notificar, quanto realizar esse tipo de atendimento na atenção básica é obrigação e compromisso do profissional de saúde.

Percebeu-se que a negligência, a violência psicológica e a física, são as formas de violência mais identificadas pelos ACS, em sua rotina de trabalho. Mas há um importante percentual daqueles que mesmo em visitas constantes em sua área delimitada, não conseguem identificar ou suspeitar de casos de maus tratos contra crianças e adolescentes. O que chama atenção, pois o contexto e os indicadores sociais das comunidades assistidas por esses profissionais revelam situações de desigualdade social, violência urbana, tráfico de drogas, dentre outros. Ainda que a pobreza não seja causa direta dos maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes, e nem deve ser considerada como tal, ela pode ser fator de risco para a ocorrência de vários tipos de violência (Azevedo & Guerra, 2002).

Essa invisibilidade pode estar associada a muitas variáveis, dentre elas a negação já mencionada, para evitar o contato com essa temática, o medo das consequências que tal identificação pode gerar a partir de sua constatação, a insegurança que a falta de infraestrutura nas unidades pode causar, a descrença de que sua atitude pode gerar resultados positivos para as vítimas, o medo de perder a confiança das famílias, e até

mesmo por achar que essas ações não são de sua responsabilidade, o que foi mencionado por alguns profissionais entrevistados.

Em relação aos TNS os dados sugerem que, os profissionais da Assistência Social são os que mais identificam a violência sexual, seguidos do médico e do profissional da Psicologia. Mas cabe mencionar que parte dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, disseram encaminhar os casos de seu conhecimento para o Serviço Social, o que talvez explique essa preponderância. Os dados também apontaram que a maioria dos profissionais de saúde sabe descrever sinais de que uma criança e ou adolescente esta sendo vítima de maus tratos, embora apenas uma minoria tenha feito capacitação específica sobre esse tema. Nesse sentido Holge-Hazelton e Tulinus (2010) fizeram a seguinte indagação: por que o abuso de crianças não é descoberto por médicos ou outros profissionais que estão em contato com as famílias nas quais a abuso está ocorrendo? Será que os profissionais não conseguem identificar essas crianças e suas famílias porque os casos de outras crianças são mais evidentes ou graves? Ou será que os sinais de violência estão fora da compreensão desses profissionais? Os autores apontam que talvez uma possibilidade esteja relacionada às definições existentes, que não são operacionais em um contexto clínico ou na prática profissional em geral. A definição, por exemplo, de uma criança em vulnerabilidade, em risco, varia entre disciplinas, países e até mesmo regiões. O que também pode explicar que apesar de demonstrarem um nível de conhecimento significativo a respeito dos sinais de que uma criança está sofrendo violência, os profissionais tenham dificuldades em operacionalizar o atendimento.

Um estudo de Nunes et al. (2008) observou que os profissionais de saúde associam a violência à conjuntura econômica, social e política e a aspectos culturais, ou seja, para alguns, os atos violentos fazem parte do ciclo intergeracional e da dinâmica familiar, no entanto, para outros a punição física, apesar de ser vista como tal é defendida como medida

educativa. Constataram ainda, que os profissionais de saúde têm dificuldade em compreender a violência no contexto e para reconhecê-la como consequência de uma dinâmica relacional complexa.

Holge-Hazelton e Tulinius (2010) também chamam atenção para a constatação de que muitos dos casos não se originam em problemas das crianças, mas de problemas entre os adultos e as crianças, ou seja, as intervenções podem estar focadas na resolução de sintomas apresentados pelas crianças e ou adolescentes, mas que não atingem a família. O que provavelmente, pode resultar em mudanças pouco efetivas das situações de violência, a que estão expostas a maioria das famílias atendidas. A concomitância e complexidade entre os tipos de violência e suas formas de expressão, também podem explicar as diferenças entre as formas de identificação, os procedimentos a serem adotados, assim como as decisões quanto aos encaminhamentos necessários.

Outro contexto importante diz respeito à atuação do Conselho Tutelar, pois foi o órgão mais identificado como parte da rede de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Aparentemente, a prática adotada pelos profissionais de saúde é, dependendo do caso, comunicar o Conselho Tutelar sobre os casos, ainda que não haja um protocolo na unidade quanto aos procedimentos a serem adotados. Outros profissionais conversam entre si, ou com a chefia imediata, embora de forma isolada e desarticulada, o que dificulta ainda mais a notificação, pois não parece haver um consenso na sua prática, nem discussão desta problemática na equipe.

Quando se analisa os resultados referentes a utilização da ficha de notificação por parte dos profissionais em comparação aos que dizem ter notificado os casos identificados em sua rotina de trabalho, pode-se dizer que existe maior pretensão em fazer o que está prescrito na lei do que realizar de fato a notificação. Entre os TNS, por exemplo, 86,11% nunca utilizaram a ficha de notificação. Em relação ao conhecimento da ficha de

notificação e seu preenchimento, viu-se que 50% dos participantes não conhecem a ficha de notificação, o que reafirma que a temática da violência não é discutida na unidade de saúde e que as informações não são difundidas, ou estão sendo difundidas de forma inadequada.

No caso dos profissionais da saúde entrevistados, parece que notificar significa encaminhar a criança ou adolescente para o Conselho Tutelar, o que está de acordo com o ECA. No entanto, essa limitação pode gerar consequências negativas para a proteção integral da criança e do adolescente, bem como para o setor de vigilância em saúde. Apesar de ser uma medida importante a ser tomada, pois o Conselho Tutelar deverá tomar as providências necessárias para dar o melhor encaminhamento aos casos, esse procedimento isolado, poderá não trazer o resultado desejado, pois a manutenção dos ciclos de violência ao longo do tempo sem uma intervenção mais ampla e contínua poderá impactar de forma ainda negativa a saúde e o desenvolvimento das vítimas.

Muitos estudos têm mencionado que a falta de clareza quanto aos procedimentos adotados pelos Conselhos Tutelares e a desarticulação da rede de proteção, são entraves para que o profissional realize a notificação (Assis, 2012; Deslandes, 1993; Day, 2003; Ramos & Silva, 2011). Em relação a essa questão, Gomes et al. (2002) identificaram que há uma oscilação por parte dos profissionais entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos e a presença de medo e insegurança emocional. Também foram destacados os problemas relacionados à lacuna desse tema na formação profissional e a reprodução de padrões culturais de que não se deve interferir em assuntos familiares.

O estudo de Marcon, Tiradentes e Kato (2001) também se mostrou semelhante com as atitudes dos profissionais de saúde entrevistados, pois o diagnóstico de violência era baseado na presença de sinais físicos de agressão tais como: hematomas, arranhões, queimaduras, lesões corporais, fraturas. Esses resultados também demonstram que os

profissionais de saúde conseguem descrever sinais de violência física, no entanto isso parece não subsidiar a decisão em notificar os casos identificados em sua rotina de trabalho, apesar de serem evidências físicas.

A maioria dos profissionais afirma ter lido em parte o ECA, enquanto que poucos dizem ter feito treinamento sobre o Estatuto em curso de capacitação. A informação que os profissionais entrevistados possuem, apesar de significativa, sugere incongruências, em especial com o significado da palavra notificação dos casos, o que pode limitar a intervenção a uma visão superficial e até naturalizante do fenômeno da violência. O interesse quanto à realização de capacitação foi apontado pela maioria dos entrevistados, o que sugere a pertinência do tema para os profissionais de saúde.

Tempo:

A percepção sobre a questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes pode derivar do lugar que estas ocupam nas preocupações de cada sociedade em diferentes tempos e contextos históricos. Quando se observa o tempo de serviço dos profissionais de saúde, pode-se inferir que o contexto histórico dos mesmos foi influenciado pelos acontecimentos relacionados à promulgação do ECA e de seus desdobramentos. Além disso, se for adicionado ao tempo de serviço os anos de formado da maioria dos profissionais, pode-se sugerir que a temática deva ter sido vivenciada de alguma forma por esses profissionais. No caso dos TNS, formados entre um e dez anos pode se considerar que, a temática violência contra crianças e adolescentes deve ter sido abordada por eles em algum momento da vida acadêmica, pois esse fenômeno foi considerado nos últimos 20 anos como um tema prioritário tanto no Ministério da Saúde quanto no Ministério da Educação, com a implantação de planos nacionais para o enfrentamento da violência, incluindo ações/ programas em unidades de saúde e escolas. Consequentemente, esse tema

deve ter sido incorporado à formação dos profissionais da saúde e da educação, se não no currículo formal, mas certamente no oculto⁴, por meio de práticas e processos educativos diversos, incluindo as atividades complementares tais como conferências e reuniões acadêmico-científicas. Além disso, é um tema veiculado com certa frequência na grande mídia.

Nessa perspectiva também é importante destacar que, embora uma minoria dos profissionais tenha participado de cursos de capacitação referente à temática da violência esse fato não exclui a influência do contexto social dos mesmos no tocante às portarias relacionadas à notificação de violência. Cabe destacar, no entanto, o atraso entre a data das portarias publicadas pelo MS e a implantação dessas no município de Belém-PA. A Portaria 1.968, que estabeleceu a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do SUS, foi publicada no ano de 2001, mas apenas em 2009, foi iniciada no âmbito local sua divulgação.

Portanto, para que os profissionais possam desenvolver suas atividades, a interação entre as instituições formadoras e as políticas públicas de saúde, voltadas para o enfrentamento da violência, precisam ocorrer em uma base bastante regular, ou seja, as ações de capacitação precisam acontecer de forma continuada e processual e em sinergia com as políticas de saúde. Tais formas duradouras de interação no ambiente imediato referem-se aos *processos proximais* que são o motor do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Nesse sentido o desenvolvimento dos profissionais de saúde resultaria de um processo de interação contínuo entre os níveis micro, exo, meso e macrossistêmico. E consequentemente esse processo também poderá impactar no desenvolvimento de suas atividades profissionais.

⁴ Para Silva (1999), currículo oculto é o conjunto de atitudes, valores e comportamentos que não fazem parte explícita do currículo, mas que são implicitamente ensinados através das relações sociais, dos rituais, das práticas e da configuração espacial e temporal da unidade de ensino.

Limites e possibilidades de atuação:

A literatura vem demonstrando que as iniciativas e ações relativas ao enfrentamento da violência precisam da articulação de políticas públicas, integração entre as equipes e continuidade das ações de forma coordenada (Ramos & Teodoro, 2012). Sem o que, corre-se o risco de não se ver efetivadas as ações de proteção, prevenção e promoção da saúde de crianças e adolescentes para além das leis, portarias e normas estabelecidas. Os avanços normativos precisam se concretizar nas ações dos profissionais de saúde, mas para tal os mesmos precisam de apoio, suporte e infraestrutura técnica, administrativa e organizacional.

Uma possibilidade a ser ressaltada é a formação de díades de desenvolvimento, entre os profissionais, bem como entre os profissionais as crianças e adolescentes e as famílias. A demonstração recíproca de interesse entre as atividades realizadas pelos profissionais em parceria com as famílias pode favorecer o desenvolvimento de outras díades de atividades conjuntas. Os membros das díades de desenvolvimento podem ser objeto de fortes sentimentos um para com o outro. Mesmo separados, e vivendo em contextos diferentes, um influencia o comportamento do outro (Martins & Szymanski, 2004), o que poderá impactar sobremaneira o desenvolvimento das famílias e das comunidades assistidas pelos profissionais de saúde, numa relação de reciprocidade. Essa possibilidade deve ser também considerada nas atividades de educação em saúde, realizadas pelos profissionais.

O atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos no âmbito da saúde pode ser planejado a partir de atividades molares, que segundo Bronfenbrenner (1996), contém elementos “poderosos que instigam e influenciam o desenvolvimento” e

estão presentes no microsistema (p.47). Mas uma atividade molar, segundo o autor precisa ser um comportamento continuado, percebido como tendo significado pelos sujeitos do ambiente. Um processo contínuo que deve transmitir mais do que um início e um fim e não deve ser confundido com um ato instantâneo e, portanto, molecular. Em contrapartida, as atividades molares tem uma variação no grau e complexidade dos propósitos que a animam. A questão ressaltada pelo autor remete a complexidade da *estrutura de objetivos* das atividades molares e a sua *perspectiva temporal* que invocam objetos, pessoas, e eventos que, podem estar ou não presentes concretamente no ambiente imediato dos protagonistas. Esse fato, segundo Bronfenbrenner (1996), representa uma expansão do mundo fenomenológico dos indivíduos, ou seja, a possibilidade de uma “ecologia da vida mental” como uma estrutura isomórfica à do ambiente ecológico. Dessa forma uma das possibilidades de atuação dos profissionais de saúde pode ser direcionada para o desenvolvimento de atividades molares junto às famílias, bem como devem ser inseridos em atividades de capacitação e educação continuada, para o fortalecimento das ações de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no âmbito da saúde.

Outra possibilidade para lidar com os desafios, frente à questão da violência, pode ser a utilização de instrumentos mais didáticos para a obtenção de informações referentes à temática da violência, bem como, um esquema de classificação para conceituar os tipos de violência de uma forma mais padronizada no contexto da saúde pública. Os documentos do MS, os manuais, cartilhas e até a ficha de notificação de violência, apesar de conterem tais definições e direcionamentos, parecem não fazer parte do cotidiano desses profissionais. Além disso, muitos relataram que as unidades de saúde, onde trabalham, não possui um protocolo para atuação em casos de violência. Em relação ao ECA, 60,87% declara que leu em parte e somente 15,94% diz ter feito treinamento sobre o estatuto em curso de capacitação. Portanto, a disseminação de informações no cotidiano e na rotina dos

profissionais parece insuficiente e seu aumento poderia ampliar as possibilidades de atuação desses profissionais. Quem sabe dessa forma, sintam-se mais seguros em tomar decisões quanto da identificação e os procedimentos a serem adotados nas situações envolvendo maus tratos em crianças e adolescentes. No entanto, é sabido que apenas o suporte técnico ou mesmo a padronização de procedimentos não deve ser visto como a única ou mesmo a melhor alternativa para qualificar o trabalho dos profissionais de saúde.

Para que os profissionais dos serviços se sintam mais seguros quanto à notificação de suspeita de violência, o MS recomenda que busquem o apoio dos serviços definidos pelo gestor como unidade de referência para atenção integral às vítimas de violência que integram a rede de cuidados e proteção social, de modo a tornar mais adequadas as ações necessárias para a proteção da criança ou do adolescente. Cabe à coordenação do serviço de saúde definir o(s) responsável (eis) pela assinatura da ficha de notificação, os protocolos de atendimento e os encaminhamentos, de acordo com a realidade regional de cada município (Brasil, 2010a). Também precisam de retaguarda adequada para poderem realizar os atendimentos em parceria com outros setores da rede de proteção, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), por exemplo. A parceria com o NASF também pode fortalecer essa intervenção, caso as referências técnicas mobilizem essa articulação.

As diretrizes da atenção básica devem nortear as ações dos profissionais dessa esfera de atenção, no que se refere aos cuidados em saúde. No entanto, é possível observar nos resultados do presente estudo que muitos desses pressupostos esbarram em diferentes tipos de entraves para sua efetivação. Apesar de demonstrado que os profissionais de saúde possuem bom repertório de informação sobre o tema, esse fato isolado, pode não garantir uma intervenção efetiva e principalmente resolutiva. Alguns autores sugerem que isso se deve em parte pela descrença dos profissionais de saúde que sua intervenção trará

benefícios concretos para as vítimas, visto que não confiam na capacidade dos órgãos em dar a retaguarda necessária (Gonçalves & Ferreira, 2002, Gomes et al.,2002, Luna et al.,2010).

Também é necessário que o debate se faça no campo da ética e da cidadania, pois muitos se perguntam: quando o profissional de saúde ultrapassa a porta da casa, está invadindo a privacidade ou protegendo as possíveis vítimas? Está sendo invasivo ou estendendo a cidadania? Se omitir em nome da privacidade das famílias também não parece razoável, pois onde há vitimização falta cidadania. É especialmente importante ter em mente esse dilema, na medida em que treinamentos têm sido efetivados no sentido de fornecer aos profissionais os instrumentos necessários para o reconhecimento de famílias de risco, mas parece que isso não é suficiente. Frutificar o conhecimento é muito relevante, mas não se pode cair na armadilha de gerar novas formas de vitimização nos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde e nos desdobramentos dos casos.

A alegação de falta de conhecimento, ou mesmo na descrença de resolutividade dos casos por parte das redes de atendimento, não podem justificar a omissão em casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, mesmo quando suspeitos, até porque uma parcela significativa entre os profissionais entrevistados, disse confiar nos órgãos da rede do município de Belém-PA, o que não corroborou com outros estudos realizados no Brasil (Gonçalves & Ferreira, 2002, Gomes et al.,2002, Luna et al.,2010).

A decisão em intervir e conseqüentemente notificar os casos de que tem conhecimento pode ser uma tarefa árdua, tanto por receio em ter feito uma avaliação imprecisa e, portanto a suspeita não ser confirmada, quanto à decisão do momento que se deve interferir em situações que envolvem a “intimidade” das famílias, como mencionado anteriormente. Adicionado a isso, tem-se a questão do vínculo de confiança que em geral se estabelece entre os profissionais de saúde e as famílias, principalmente na ESF. A

diretriz da atenção básica, que orienta a questão da formação de vínculos entre profissionais de saúde e usuários, pode também representar um entrave para identificação dos indicadores de maus tratos em crianças e adolescentes, mas principalmente para a tomada de decisão quanto aos encaminhamentos subsequentes.

Desde 2001, o MS tem recomendado que os profissionais da saúde evitem perguntar se um dos pais foi o responsável pelo ocorrido, insistir em confrontar dados contraditórios ou aferir registros, confrontar os pais com descrições trazidas pela criança ou adolescente ou assumir postura de policial ou detetive. Recomenda ainda, que o profissional e a vítima não ajam sozinhos para evitar riscos maiores, devendo, sempre que possível, se inserir em uma rede de serviços especializados. Afirma ainda que a abordagem deve ser multidisciplinar e que é necessário um trabalho conjunto com os Conselhos Tutelares (Brasil 2001).

Também, é fundamental debater quanto à distinção conceitual em relação as palavras notificar, denunciar e encaminhar, a fim de evitar um comportamento de esquivas ou de insegurança do profissional quanto aos procedimentos mais adequados de encaminhamento. No presente estudo, há evidências de que essas palavras estejam sendo usadas como sinônimo. Além disso, parece haver dificuldade entre os profissionais em estabelecer o momento para o preenchimento da ficha de notificação.

Uma sugestão pode ser a criação de outra nomenclatura específica para casos envolvendo vítimas de violência. Em Portugal, por exemplo, o instrumento utilizado para esse fim é chamado de “*Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares*” (Leça et al., 2011). Além disso, os profissionais inserem as informações sobre os casos de que tem conhecimento, diretamente e em um sistema informatizado. A palavra **sinalização** pode ser mais indicada nesses casos, visto que a palavra notificação é utilizada também para outros tipos de

agravos à saúde o que pode gerar dificuldades adicionais quanto aos encaminhamentos dos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes.

Deve-se, portanto, incentivar uma atuação intersetorial dos profissionais com os demais atores da rede para proporcionar maior familiaridade com os procedimentos e normas técnicas, bem como, com a rede de atenção e o Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Adicionado a isso, é fundamental a inserção da temática nos currículos de graduação, em especial para todos os profissionais da área da saúde e educação.

Para Santos et al.(2011) se torna cada vez mais necessário e oportuno promover e fortalecer os canais de integração e parceria entre as instituições de ensino superior e os municípios, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS. Uma importante função da universidade é a de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região e, de alguma forma, buscar solucioná-los. Para esses autores o ensino e a pesquisa devem ser direcionados para ações de impacto social que possibilitem melhores condições de vida para a população. Segundo Batista et al. (2013) a atenção à saúde na perspectiva do modelo Bioecológico vai ao encontro do paradigma da atenção primária, pois fornece uma fonte de conhecimento sobre a dimensionalidade humana como subsídio para o profissional ampliar o seu olhar para além do corpo biológico, e propicia também considerar o indivíduo e sua subjetividade na forma de se relacionar com o mundo.

Um projeto de formação para profissionais de saúde deve ser visto como uma estratégia de intervenção para evitar a revitimização das crianças e adolescentes e, portanto, deve considerar as famílias como foco da atenção, e não apenas as crianças e as mães, visto que, a maioria dos profissionais do presente estudo, apontaram apenas as mães como foco de sua intervenção. Quando se coloca o problema da violência contra crianças e adolescentes dentro das preocupações do setor saúde, deve-se problematizar como atuar diante dos maus-tratos sem se limitar apenas ao tratamento médico dos traumas e lesões

resultantes desse problema. O que necessariamente deve ser priorizado é a articulação intra e intersetorial, bem como interprofissional de conhecimentos da equipe para se especializarem na capacidade de diagnosticar e acompanhar os desdobramentos dos casos. Pois, o mais comum é que, uma vez deixado o local de atendimento, as crianças e adolescentes voltem aos ambientes onde se reproduzem os mesmos comportamentos e as mesmas relações (Brasil, 2002).

Nessa direção, também merece atenção o debate sobre a responsabilização dos autores de violência, assim como o atendimento e a intervenção específicas para esta população, para que se evite a manutenção de modelos e padrões de violência. Os estudos sobre violência intrafamiliar têm destacado o fenômeno da multigeracionalidade (Araújo, 2002; Caminha, 2000; Dixon, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2005; Santos & Dell'Aglio, 2008). Segundo Caminha (2000) a multigeracionalidade pode ser entendida a partir de um adulto, que ao ser vítima de violência intencional e repetitiva, desenvolve um padrão comportamental de funcionamento inadequado baseado na violência que aprendeu na infância. Dessa forma, crianças que viveram situações de violência familiar aprendem a usá-la como mediadora de suas relações sociais, tanto na infância quanto na adolescência e na fase adulta. Nesse sentido, podem transformar-se em futuros agressores ou não conseguir proteger seus filhos de uma figura parental agressiva, perpetrando, assim, a violência.

No entanto, é de suma importância que as famílias não sejam criminalizadas, e que os canais de comunicação entre os profissionais e as famílias sejam estabelecidos a partir de um vínculo de confiança. Devem ser evitadas as posturas de cunho moralista, assim como, a tendência em julgar e apontar culpados. Os profissionais devem propiciar um ambiente favorável ao desenvolvimento de parcerias, ou seja, evitar o isolamento e a reprodução de padrões abusivos ou omissos, semelhantes àqueles vivenciados pelas

famílias. Segundo Franco e Bastos (2002) a agenda orientadora para a reorganização da saúde pela abordagem da vigilância da saúde indica que o primeiro passo se constitui na elaboração de um processo de conhecimento do território a ser objeto de atenção. A unidade mínima de informação deste território é a família. As famílias moradoras do local são as primeiras informantes de si mesmas e do lugar e do ambiente percebido. Podem dessa forma, serem parceiras e não apenas usuárias eventuais dos serviços de saúde e das intervenções dos profissionais (Deslandes, Assis & Silva, 2004).

O estudo de Brito et al. (2005) apontou, que a intervenção junto as famílias pode ser satisfatória, desde que a violência possa ser compreendida em seus vários aspectos, ou seja, um sintoma presente no grupo familiar modelado por dificuldades de diferentes naturezas: cultural, social, econômica e das relações interpessoais. Além disso, as famílias consideraram as visitas domiciliares como uma intervenção efetiva na interrupção ou diminuição da intensidade da violência o que reforça a importância da ESF, na prevenção dos maus tratos contra crianças e adolescentes e suas famílias.

Portanto, para que as dificuldades mencionadas pelos participantes sejam enfrentadas, aponta-se a necessidade de uma política de educação permanente direcionada aos profissionais acerca da violência, focalizando a necessidade de articulação intersetorial entre a área da saúde, da educação e da assistência social. Adicionado a isso, a realização de estudos que avaliem a eficácia desse treinamento. Uma possibilidade de avaliação de impacto do treinamento junto aos profissionais de saúde foi proposta por Freitas (2013), junto a Psicólogos que atendiam vítimas de violência sexual, o que pode ser adaptado para o contexto dos profissionais de saúde do município de Belém-PA.

Para Gomes et al. (2002) faz-se necessário que os serviços compostos de profissionais, cuja formação se centra no modelo biomédico, reflitam sobre alternativas para suprir as lacunas de formação no sentido de se lidar com a complexidade da violência.

É nessa perspectiva que se considera a elaboração de protocolos de atendimento. Tal elaboração tanto pode ser entendida como resultado de um amadurecimento de uma equipe capacitada, como pode servir de ponto de partida para essa capacitação.

Segundo Ramos e Teodoro (2012) para além dos aspectos técnicos desenvolvidos em capacitações, também é necessário criar uma rede de apoio para oferecer um espaço de escuta, discussão, sensibilização e auxílio às ações dos profissionais de saúde, visto que a saúde dos trabalhadores também pode ser afetada pela rotina de trabalho, em especial para aqueles que lidam diretamente com as vítimas no seu cotidiano de trabalho e no contexto comunitário.

O atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos no âmbito da atenção básica é um grande desafio. Em especial quando se observa as limitações dos profissionais de saúde para tal missão. A notificação não é apenas um ato que cabe ao profissional de saúde optar se vai ou não efetivar, é um direito constitucional de crianças e adolescentes e como tal deve ser considerado. Através dela, inicia-se um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos, portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam instrumentalizados para a realização de seu trabalho. Segundo Ramos e Teodoro (2012) a formação educacional de qualidade, que integra aspectos teóricos e práticos é essencial para a capacitação do profissional em qualquer área de atuação.

Além disso, é válido perguntar, a atuação frente a violência vai eliminando a condição humana da prática profissional? Nesse sentido, como tornar seres humanos mais humanos perguntava-se Bronfenbrenner? E ao tentar responder a essa questão ele sugeriu o que chamou de “propostas absurdas”. Uma delas seria criar para as futuras gerações o “*currículo do cuidar*”. Segundo ele, “nenhuma sociedade pode se sustentar a não ser que seus membros aprendam as motivações, sensibilidade e habilidades que as demandas de

cuidado exigem” (p.272). A finalidade desse currículo não seria aprender a cuidar, mas empenhar-se em fazê-lo, o que parece muito pertinente para ser desenvolvido desde muito cedo com todos os profissionais de saúde, seja na graduação ou nas capacitações (Bronfenbrenner, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir análise sobre as notificações, foi possível visualizar a magnitude da violência cometida contra crianças e adolescentes em Belém-PA e a vulnerabilidade dessas, quanto à exposição a este agravo. O tipo de violência mais prevalente foi a sexual, com maior prevalência na faixa de 11 a 14 anos de idade, cometida contra o sexo feminino por indivíduos identificados como amigos ou conhecidos, seguido do padrasto. Geralmente a violência sexual esteve associada à violência física e/ou psicológica. Para meninos a violência sexual também foi o tipo mais incidente, seguida da violência física, porém, na faixa-etária de 6 a 10 anos. O domicílio continua sendo o lugar onde a maioria dos casos de violência foi praticada o que confirma a necessidade de atuação junto às famílias e a comunidade por ser o lugar onde crianças e adolescente se desenvolvem e permanecem por um longo período de tempo. Somado a isso, os agressores de crianças e adolescentes são em sua maioria conhecidos das vítimas e até mesmo tem laços de parentesco, o que pode potencializar de forma negativa as consequências e traumas, além de desencadear sequelas irreversíveis tanto físicas como psicológicas.

Também foi identificado que os profissionais da atenção básica são os que menos notificam os casos de violência. Além disso, chamou atenção sobre a necessidade de preenchimento correto e completo das fichas de notificações visto que através deste, medidas irão ser tomadas, a fim de cessar a violência e elaborar políticas públicas direcionadas, assim como, irão fomentar a capacitação dos profissionais conforme suas necessidades para a realização desse procedimento.

Em relação aos profissionais de saúde participantes do estudo, ficou demonstrado que estes sabem indicar os principais sinais de que uma criança e adolescente está sendo vítima de maus-tratos, mas que há um percentual importante deles que não identifica os

casos em sua rotina de trabalho, com destaque para os ACS. Entre os tipos de violência, a negligência apareceu como a mais identificada, porém a menos notificada e a violência sexual, embora seja a menos identificada é a mais notificada. Quando se observou essa questão a partir da função exercida, em relação à violência física, o profissional da medicina apareceu como o que mais a identifica e nos casos de violência sexual observou-se maior participação do Assistente Social. Na violência psicológica, o profissional Psicólogo aparece como o que mais a identifica, seguido do profissional do Serviço Social e da Odontologia. E em relação à negligência observou-se que os profissionais da Odontologia e do Serviço Social foram àqueles que mais a identificam, seguidos dos profissionais da Medicina e da Enfermagem.

No tocante as atitudes dos profissionais frente à questão, apesar de considerarem ter realizado a notificação, em especial para a violência sexual, parece que a fizeram, sem o preenchimento da ficha de notificação. Direcionam seus encaminhamentos para os pais das crianças e adolescentes, com destaque para as mães, assim como para os colegas e as chefias imediatas. O Conselho Tutelar foi o órgão mais citado como fazendo parte da rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Outra situação que ficou ressaltada é que a maioria dos profissionais não conhece a ficha de notificação de violência e/ou se existe um protocolo na unidade para aturarem nesses casos.

Apesar de ser uma estratégia prioritária do MS, as portarias e normas relativas à questão da violência contra crianças e adolescentes, em especial a questão da notificação dos casos, ainda não está presente na rotina dos profissionais de saúde, enquanto um procedimento padrão. Ficou evidenciado que os profissionais de saúde precisam de capacitação e educação permanente, mas que a estrutura dos serviços de saúde também precisa favorecer os processos de trabalho para garantir a identificação, a notificação e o

atendimento dos casos de forma integrada e resolutiva, o que também é indispensável para fortalecer a rede de apoio às vítimas deste agravo, em especial às crianças e adolescentes.

Outra questão observada está relacionada a influência do macrosistema sobre o microsistema e sua interface com as políticas públicas voltadas para a questão da violência no âmbito da saúde. Ou seja, as políticas públicas, precisam ser efetivadas, para além das normas e se estabelecerem na prática cotidiana dos profissionais de saúde, a partir da articulação com todos os setores, órgãos e instituições que fazem parte das redes. A intersetorialidade e os princípios norteadores das ações dos profissionais de saúde da atenção básica, no município de Belém-Pa, precisam ser efetivados de modo a garantir a continuidade das ações. Para tal, seria necessário um indivíduo mais participativo inserido nos diversos níveis do sistema ecológico (Bronfenbrenner, 1994). Além disso, para este indivíduo o macrosistema (enquanto ambiente percebido) deveria ser um sistema com o qual ele tivesse contato, formas de interação e intervenção, pois o desenvolvimento dos indivíduos é uma conquista da relação com os vários níveis do sistema (Franco & Bastos, 2002).

Por fim, Minayo (2003) ressalta que não se deve partilhar a inevitabilidade da violência, como algo fora de controle que frequentemente se ouve na grande mídia e que são evidenciadas pela opinião pública. Como seres históricos podemos criar novas possibilidades de presente e de futuro, pois temos a nosso alcance muitos dispositivos e tecnologias (sociais e de cuidado), que podem ser criados e recriados.

5.1. Limitações e recomendações para futuros estudos

Algumas limitações precisam ser consideradas, para que futuros estudos possam avançar no entendimento das questões relativas à atuação dos profissionais de saúde frente

à questão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes. A primeira a ser destacada diz respeito a necessidade de aperfeiçoar os instrumentos de pesquisa, neste caso os questionários utilizados, em especial o questionário 2. Apesar de ter sido possível a obtenção de dados relevantes sobre o conhecimento dos profissionais sobre a questão, talvez fosse importante reduzir o número de itens e questões para facilitar a aplicação e a sistematização dos dados. Além disso, oferecer outras possibilidades de preenchimento dos questionários como pela internet. Essa modalidade de aplicação, apesar de não garantir a ampliação da participação dos profissionais, talvez fosse mais aceita em função do anonimato. A aplicação dos questionários face a face são importantes para o pesquisador, no entanto, podem causar algumas limitações para os participantes.

Cabe ressaltar ainda que, pode ter ocorrido um viés de memória visto que alguns profissionais atuam em outras unidades de saúde da rede privada e podem trocar lembranças dos casos identificados entre esses diferentes contextos. As questões culturais, tais como valores, crenças, religião, visão de mundo e outras que poderiam influenciar atitudes profissionais, não foram avaliadas, o que também é uma limitação e deve ser considerada em futuros estudos.

5.2. Recomendações para o fortalecimento das ações dos profissionais de saúde

1. Necessidade de capacitação continuada; englobando informações sobre epidemiologia, tratamento, prevenção, identificação, leis e a notificação dos casos.
2. Considerar o contexto Amazônico, levando em conta a diversidade de definições, modelos e arranjos familiares construídos nos últimos anos;
3. Ter uma visão mais abrangente dos conceitos de infância e adolescência e do desenvolvimento humano;

4. Incluir nas capacitações discussão sobre a sexualidade no contexto dos direitos humanos; protocolos de atendimento direcionados para questão da avaliação e diagnóstico de sinais de maus-tratos em crianças e adolescentes.
5. Considerar a importância do trabalho em grupo; ressaltando a necessidade de refletir enquanto equipe seus pontos fortes e suas dificuldades;
6. Fomentar entre os profissionais o debate sobre a responsabilidade ética em relação ao atendimento de crianças e adolescentes;
7. Discutir sobre as relações de poder que se estabelecem na prática dos profissionais e as famílias;
8. Refletir sobre a necessidade de acompanhamento dos autores de agressão no contexto da violência doméstica, seja intra ou extra-familiar;
9. Adotar uma perspectiva multidimensional, para isso deve-se: conceber a violência como um fenômeno que pode ocorrer entre diferentes indivíduos, em todas as gerações, classes, raças/etnias, religiões;
10. Ter como foco central a escuta dos usuários em um clima de confiança, que lhes permita expressão livre e franca.
11. Planejar o atendimento, de forma a proporcionar à criança ou ao adolescente e à sua família o resgate de sua autoestima, evitando transformar a vítima em responsável pela violência sofrida.
12. Considerar a singularidade de cada situação e o processo de resiliência das vítimas, visto que todos precisam ter seus direitos garantidos, e o agressor, por conseguinte, precisa ser responsabilizado para que o ciclo de violência seja interrompido.
13. É preciso considerar como o usuário percebe a violência sofrida. Paralelamente, é preciso procurar compreender o que ele espera da intervenção e se há clareza disso no contrato que se estabelece com ele.

14. O profissional deve assumir um trabalho multi e interdisciplinar, respeitando e compartilhando o espaço dos diferentes profissionais, na perspectiva de que sua competência deve somar-se à de outros profissionais sempre com o propósito de amenizar a dor da criança ou do adolescente e da família em situação de violência, sem perder de vista a ação de forma integral.
15. Na elaboração de instrumentos, formulários e sistemas informatizados, é necessário considerar informações e observações sobre o comportamento da família e sobre a rede de apoio à família. Prever perguntas como: a família em situação de violência isola-se socialmente? Como a vizinhança a percebe? Na comunidade, há uma rede de apoio?
16. Considerar a necessidade de registro das observações feitas durante a visita domiciliar, como a estrutura física da casa onde reside a família, ou a maneira como estão organizados os cômodos e não somente dados biomédicos;
17. Os espaços reservados ao atendimento devem proporcionar aos usuários privacidade, segurança e conforto; ao chegar ao serviço, o usuário deve sentir que sua privacidade está sendo respeitada e que seu problema não será exposto a comentários públicos.
18. Os procedimentos profissionais devem ser definidos coletivamente e com clareza, para que a equipe envolvida saiba que existe um protocolo na unidade para casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.
19. Devem-se determinar previamente quais são os profissionais que deverão preencher a ficha de notificação para que os que estão diretamente envolvidos no trabalho possam ter acesso às informações obtidas no atendimento e os protocolos diante da notificação dos casos.
20. Ter clareza sobre a função exercida por cada um, ou seja, ter consciência de que se trata de um trabalho técnico e não policial e/ou judicial;

21. A gestão das secretarias de saúde deve ser compartilhada, com adoção de uma referência teórica e prática, apoio institucional, atuação em equipe, supervisão técnica e retaguarda da rede.
22. Supervisão continuada das referências técnicas das secretarias de saúde, considerando a importância de retorno dos encaminhamentos realizados pelos profissionais nos casos de violência;
23. Garantia de infraestrutura, física, técnica, organizacional, para os atendimentos e para notificação dos casos.
24. Revisão de conceitos adotados dentro da perspectiva da vigilância em saúde, como a notificação em casos de maus-tratos em crianças e adolescentes;
25. Ter uma atitude de partilha, que implica saber de suas potencialidades e de seus limites e aceitar que precisamos do outro assim como o outro precisa de nós.

6. REFERÊNCIAS

- Abrantes, P. (2011). Para uma teoria da socialização. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 21: 121-139.
- Ayres M., Ayres Júnior M, Ayres D.L., & Santos A.S. (2007) *BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. 5th ed. Belém (PA): Sociedade Civil Mamirauá. CNPq.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Assis, S. G., Deslandes, F., & Marques, M. A. B. (1994). “Violência contra crianças e adolescentes – em busca de uma definição”, In Marques (Org.) *Violência contra crianças e adolescentes*. Petrópolis, RJ, Vozes.
- Assis, S. G.(1994). *Crescer sem violência: um desafio para educadores*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CLAVES, p. 24.
- Assis, S.G. (2006). *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq.
- Assis S.G. de, Avanci, J.Q., & Pesce, R.P. (2006). *Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 144p.
- Assis, S.G. de, Avanci J.Q., Pesce, R.P., & Ximenes, L.F.(2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):349-361.
- Assis S.G. de, Avanci, J.Q., Pesce, R.P. Pires, T.O., & Gomes, D.L (2012). Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2305-2317.
- Azambuja, M. P. R. (2005). Violência Doméstica: Reflexões sobre o agir profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (1), 4-13.

- Azevedo, M.A., & Guerra, V.N.A. (1994) *Ousar assumir*. Guia prático para se posicionar frente ao fenômeno, p. 18. In Módulo 2 A/B do telecurso de especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes. CRI/ IPUSP/USP, São Paulo.
- Azevedo, M.A., & Guerra V. N. A (1988). *Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes*. Editora Roca, São Paulo.
- Azevedo, M.A., & Guerra, V. N. A (1989). Vitimação e vitimização: questões conceituais, pp. 25-47. In Azevedo, M.M. & Guerra, V.N.A. (orgs). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. Iglu, São Paulo.
- Azevedo, M.A. (1995). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: compreensão do fenômeno no Brasil, pp. 1-19. In Anais da I Jornada Internacional sobre a Infância e Violência Doméstica/Proteção e prevenção. Laboratório da Criança LACRI/IPUSP, São Paulo.
- Azevedo, M.A. (1993). *Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes*, in *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo, Cortez.
- _____ (1995). *A violência doméstica na infância e adolescência*. São Paulo. Roca.
- Azevedo, M.A & Guerra, V.N.A. (1988) *Infância e violência doméstica. Pergunte o que os profissionais querem saber*. São Paulo, Roca.
- Azevedo, M. A. (1993). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: problemas teóricos de pesquisa no Brasil. *Temas em Psicologia*, 1(3), 127-135.
- Azevedo, M.A., & Guerra, V.N.A. (2002). *Infância e violência doméstica: Guia prático para prevenir o fenômeno*. Tele/LACRI/USP.

- Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. A. (2005). *Infância e Violência Doméstica: módulo 1A/B do Telecurso de especialização em Violência Doméstica contra Criança e Adolescentes*. São Paulo: LACRI/IPUSP/USP.
- Azevedo, M.A. (2008). *Bibliografia seletiva anotada sobre prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes (2000- 2007) / LACRI - São Paulo*.114 p.
- Andrade, E. M., Nakamura, E., Paula, C. S., Nascimento, R., Bordin, I. A., & Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 147-155.
- Baia, P.; Magalhães, C.M.C., & Veloso, M.M.X. (2014). Caracterização do Suporte Materno na Descoberta e Revelação do Abuso Sexual Infantil. *Temas em Psicologia*, 22[4], 691-700 Doi: 10.9788/TP2014.4-02
- Bardin, L. 1979. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, 229p.
- Bannwart, T. H., & Brino, R. F. (2011). Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus- tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *29(2)*, 138-145. Doi: 10.1590/S0103-05822011000200002.
- Bannwart, T. H., & Brino, R. F. (2012). Maus-tratos contra crianças e adolescentes e o papel dos profissionais de saúde: estratégias de enfrentamento e prevenção, in Habigzang, L. F. Koller, S. H. et al.(2012). *Violência contra crianças e adolescentes teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 280.
- Batista, J.M.S, Trigueiro, T.H., Lenard, M.H., Mazza, V.A. & Labronici, L.M. (2013). O modelo Bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. *Escola Anna Nery*. 17 (1):173 - 178
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35 (4): pp. 320-35.

- Belsky, J. (1991). Psychological maltreatment: Definitional limitations and unstated assumptions. *Development and Psychopathology*, 3: p. 31-36.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114: 413-34.
- Berman, S. L., Kurtines, W. M., Silverman, W. K., & Serafini, L. T. (1996). The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 329-336.
- Bezerra, K.P., & Monteiro, A.I. (2012). Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*; 13(2):354-64.
- Branco, V.M.C. (2002). Notificação dos maus-tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. *Revista de Pediatria. SOPERJ*, 3(1):0.
- Brasil (1940). Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal: Dispõe sobre a impunibilidade do aborto em caso de má formação do feto e gravidez resultante de estupro. [República Federativa do Brasil], Brasília, DF.
- Brasil (1990). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. Seção 16 de julho de 1990.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica – Programa da Saúde da Família*. Brasília/DF.
- Brasil (2001a). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: orientação para prática em serviço*. Brasília/DF.
- Brasil (2001b). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº737 de 16/05/2001. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Diário Oficial da União 2001; 18 de maio.

- Brasil (2001c). Ministério da Saúde. Portaria 1.968 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 [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 de outubro de 2001, seção 1, p. 86.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília/DF.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília/DF.
- Brasil (2006). Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 . Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes*. Acessado em 10 de abril de 2011 em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_impacto_violencia.pdf.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3ª. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 480 p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- Brasil (2010a). Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para*

gestores e profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília/DF.Ed.MS, 91p.

Brasil (2010b). Ministério da Saúde. *Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF. Acessado em 10 de janeiro de 2011 em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva2008200930112010.pdf>.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, segunda-feira, 24 de outubro de 2011. nº 204, seção 1, p. 48.

Brasil (2012a). Ministério da Saúde. *Indicadores da Estratégia Saúde da Família*. Departamento de Atenção Básica. Acessado em 10 de novembro de 2011 em <http://dab.saude.gov.br/portaldab>.

Brasil (2012b). Ministério da Justiça. *Implantação do Território de Paz*. Acessado em 10 de março de 2012 em [http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812B35FA90012B4A67F34171B1/aprendizagem_manual PRONASCI.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812B35FA90012B4A67F34171B1/aprendizagem_manual_PRONASCI.pdf).

Brasil (2012c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília/DF, 110 p.

Brasil (2013a). Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo, Brasília/DF. Acessado e, 14 de maio de 2014 em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf.

Brasil (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009,2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 164 p.

Brasil (2014a). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico de cobertura da Saúde da Família. Competências por unidade geográfica. Acessado em 10 de dezembro de 2014 em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

Brasil (2014b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, segunda-feira, 9 de junho de 2014. nº 108, seção 1, p. 67.

Brito, A.M.M., Zanetta, D.M.T, Mendonça, R.C.V., Barison, S.Z.P, & Andrade, V.A.G. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): p.143-149.

Borges, J.L., & Dell’Aglío, D.D. (2012). *Exposição ao abuso sexual infantil e suas repercussões neuropsicobiológicas*. In Habigzang, L. F.; Koller, S. H. (Org),

- (2012). *Violência contra crianças e adolescentes teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 280 p.
- Bourroul, M.L.M. (2005). *A violência doméstica contra a criança e o adolescente e o ensino de pediatria na residência médica*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- Brodski, S. K. (2010). *Abuso emocional: suas relações com autoestima, bem-estar subjetivo e estilos parentais em universitários*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS. (000760983).
- Bronfenbrenner, U.(1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood, *Child Development*, 45, p. 1-5.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model, *Psychological Review*, Washington, D.C., American Psychological Association, 101, 568-586.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. Original publicado em 1979.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. In: Lerner, R.M. (ed). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. 5.ed. p.993-1028.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In B. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environmental across the lifespan: emerging methods and concepts* (p.3-27). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2004). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do Desenvolvimento Humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed; 310 p.
- Bross, D.C., & Krugman, R.D. (2009). Child Maltreatment Law and Policy as a Foundation for Child Advocacy. *Pediatr Clin N Am* 56. 429–439
doi:10.1016/j.pcl.2009.01.001
- Bross, D. C., & Mathews, B. (2013). The battered-child syndrome: Changes in the law and child advocacy. In R. D. K. J. E. Korbin (Ed.), *C. Henry Kempe: A 50 year legacy to the field of child abuse and neglect* (pp. 39-50). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Caminha, R. (2000). *A violência e seus danos à criança e ao adolescente*. In: Amencar (Org.), *Violência doméstica* (pp.43-60). Brasília: UNICEF.
- Carvalho, A. C. de R., (2009). Maus-Tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais da saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. 168 pp.
- Ceballo, R., Dahl, T. A., Aretakis, M. T., & Ramirez, C. (2001). Inner-city children's exposure to community violence: How much do parents know? *Journal of Marriage and Family*, 63, 927-940.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2003). Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), p. 515-524.
- Cecconello, A.M.; De Antoni, C., & Koller, S.H. (2005). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, p.45-54.
- Centro de Combate à Violência Infantil (2009). Dados científicos. Violência física – Estatísticas. Acessado em 26 de fevereiro de 2014 em <http://cecovi.weebly.com>:

- Critério de Classificação Econômica Brasil (2010). ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE. Acessado em 5 de janeiro de 2011 em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx> .
- Cobb, S. (1997). Dolor e pareja: la fuerza contra a fuga de las narraciones de mujeres victimas en un refugio para mujeres golpeadas. In M. Pakman (Ed), *Construcciones de la experiencia humana* (p. 17-61). Barcelona: Gedi.
- Cordeiro, F. A. (2006). *Aprendendo a prevenir: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes* - Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 16 pp.
- Day, V. P. et al. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 9-21.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreat* ; 10: 150. Doi: 10.1177/1077559505275116.
- Deslandes, S. F. (1994). *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Fiocruz/ENSP/Claves, Rio de Janeiro, 39pp.
- Deslandes, S. F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência & Saúde Coletiva* 4(1): p.81-94.
- Deslandes, S. F. (2000). *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios*. (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio Janeiro.
- Deslandes, S.F.; Assis, S.G.; & Silva, H.O. (2004). *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmicas de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. CLAVES/ENSP/FIOCRUZ/UNICEF, 204p.

- Deslandes, S.F.; Assis, S.G.; & Santos, N.C. (2005). *Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante*; in *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 340 p.
- De Antoni, (2005). *Coesão e Hierarquia em famílias com história de abuso físico*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- De Antoni,C., & Koller, S. H.(2010). Uma família fisicamente violenta: Uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento. *Temas em Psicologia* (Ribeirão Preto), v. 18, p. 17-30,
- De Antoni C., Barone,L.R., & Koller, S.H. (2007). Indicadores de Risco e de Proteção em Famílias Fisicamente Abusivas. Em *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 23 n. 2, p. 125-132.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 47-57.
- Duarte, J.C. & Arboleda, M. R. C. (1997). *Malos Tratos Y Abuso Sexual Infantil*. Madrid: Siglo XXI De España.
- Durant, R. H., Getts, A., Cadenhead, C., Emans, S. J., & Woods, E. R. (1995). Exposure to violence and victimization and depression, hopelessness, and purpose in life among adolescents living in and around public housing. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 233-237.
- Durrant, J.E.(2008). *Castigos Corporais: preponderância, preditores e implicações para o comportamento e desenvolvimento da criança*. In: Hart, S.N.(Ed). *O caminho para uma disciplina infantil construtiva: eliminando castigos corporais*. São Paulo: Cortez.

- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). *Diário Oficial da União. Lei nº8069*, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Faleiros, V.P., & Faleiros, E.T.S.(2001). *Circuitos e curtos-circuitos. Atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: Veras Editora.
- Faleiros, V. de P., & Faleiros, E.(2007). *Escola que Protege: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2ª edição.
- Franco, A.L.S., & Bastos, A.C.S. (2002). Um olhar sobre o programa de saúde da família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 7, n. 2, p. 65-72.
- Francischini, R., & Neto, M. O. de S. (2007). Enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: projeto escola que protege. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*. 19 (1): 243-252.
- Fehon, D. C., Grilo, C. M., & Lipschitz, D. S. (2001). Correlates of community violence exposure in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. 42, 283-290.
- Ferreira, A.L., Gonçalves, H.S., Marques, M.J.V., & Moraes, S.R.S.(1999). A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4(1): 123-130.
- Ferreira A. L. S., & Fermin, R. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034- Acessado em 8/01/2011.

- Ferreira, R., & Mathias, T. de P. (2013). *Cenário Brasil: Principais Indicadores da Criança e do Adolescente*. Fundação Abrinq pelos direitos das crianças e adolescentes/Save the Children.
- Freeman, L. N., Mokros, H., & Poznanski, E. O. (1993). Violent events reported by normal urban school-aged children: Characteristics and depression correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 419-423.
- Freitas, C.P.P. (2013). *Avaliação de Impacto de uma Tecnologia Social para profissionais de Psicologia que trabalham com vítimas de violência sexual*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Finkler, L. (2011). *Avaliação de um projeto social para crianças e adolescentes em situação de rua e suas famílias*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Finkelhor, D., Turner, H.A.; Shattuck, M.A. A., & Hamby, S.L. (2013). Violence, Crime, and Abuse Exposure in a National Sample of Children and Youth An Update. *JAMA Pediatric* ;167(7):614-621. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.42
- Galvani, S. (2006). Alcohol and domestic violence. *Violence Against Women*, 12, 641-662.
- Gavarini, L., & Petitot, F. (1998). *La fabrique de l'enfant maltraité. Un nouveau regard sur l'enfant el la famille*. Paris: Érès.
- Granville-Garcia, A.F.; Silva, M.J.F., & Menezes, V. A. (2008). Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada*, João Pessoa, 8(3):p.301-307. Doi: 10.4034/1519.0501.2008.0083.0008
- Gomes, R. (1998). Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde Pública* 14(2):301-311.

- Gomes, R., Junqueira, M. F. P., Silva, C. O., & Junger, W. L. (2002). A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 275-283.
- Gomes, R., & Nascimento, E.F. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 901-911.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- Gonçalves, H.S., & Ferreira, A.L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 8(1): p.315-19.
- Gough, D.A. (1996) 'Defining the problem', *Child Abuse and Neglect* 20, p.993-1002.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386.
- Heins, M. (1994). The Battered Child Revisited. *Journal of the American Medical Association*. 251 (24), 3295–3300.
- Hohendorff, J. V., Bavaresco, P.D., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). *Abuso sexual contra meninos: uma revisão*. In Habigzang, L. F.; Koller, S. H. (org), (2012). *Violência contra crianças e adolescentes teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 280 p.
- Hohendorff, J. V., Costa, L. S., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2014). Documentary Analysis of Cases of Sexual Violence Against Boys Reported in Porto Alegre. *Paidéia*, 24, (58), 187-195; Doi: 10.1590/1982-43272458201406.

- Holge-Hazelton, B., & Tulinius, C. (2010). Beyond the specific child. What is 'a child's case' in general practice? *British Journal of General Practice*; 60(570); Doi: 10.3399/bjgp10X482059
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). Censo 2010. Rio de Janeiro: Acessado em 13 de janeiro de 2012 em :// www.ibge.gov.br.
- Kronbauer, J. F. D., & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 39, 695-701.
- Krug, E. G., Dalhberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde.
- Leça, A., Menezes, B., & Prazeres, V. (Org) (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção Geral da Saúde, Portugal.
- Lima, J.S., & Deslandes S.F. (2011). A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface Comunicação Saúde e Educação*1; 15(38), p.819- 832.
- Lins, M.Z.S. (2008). *Avaliação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), com foco na notificação de Violência Sexual na Região Metropolitana de Fortaleza, no período de 1999 a 2007*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro (RJ). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10, 235-257.

- Lordelo, S.R., & Costa, L.F. (2014). Gestação decorrente de violência sexual: um estudo de caso   luz do modelo bioecológico. *Contextos Clínicos*, 7 (1): 94-104. doi: 10.4013/ctc.2014.71.09
- Luna, G.L.M., Ferreira, R.C., & Vieira, L.J.E.de S. (2010). Notifica o de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2): 481-491.
- Magalhães, T. (2002). *Maus-tratos em Crianças e Jovens: guia prático para profissionais*. Quarteto, Coimbra/PT.
- Marcon, S. S., Tiradentes, L.K., & Kato, E.S. (2001). Conhecimento, atitudes e crenças de profissionais de saúde de Maringá frente a violência familiar contra a criança e o adolescente. *Família Saúde e Desenvolvimento*. Curitiba, 3(1):35-47.
- Marques, H.M.V., Amparo, D.M., & Faleiros, V.P. (2008). *O vínculo Transgeracional e o Teste de Rorschach de um abusador sexual incestuoso*. In: Penso, M. A. & Costa, L. F.(orgs.) (2008). *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa   interven o*. São Paulo, Summus.
- Marques, M.A. (1986). *Um estudo preliminar sobre a violência doméstica contra a criança numa favela do Rio de Janeiro*. Disserta o de mestrado. Columbia University. (Mimeo)
- Martins, E., & Szymanski, H.(2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 4(1).
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. M. A., & Macário, E. M. (2009). Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5): 1669- 1679.
- Marin, R.A. (2009). Saúde da Família: Aten o Primária na Amazônia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):3017-302.

- Maturana, H. (1995). Biología y violencia. In: Coddou, F. et al. *Violencia*; en sus distintos ambitos de expresion. Santiago de Chile: Dolmen.
- Mazza, J. J. & Reynolds, W. M. (1999). Exposure to violence in young inner-city adolescents: Relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 203-213.
- Minayo, M.C. de S., & Souza E.R. de, (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, IV(3): 513-531.
- Minayo, M.C.S. (2000). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão da saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, v.1, n.2, p.91-102.
- Minayo, M.C.S. (2003). *A violência dramatiza causas*. In Minayo & Souza (org) (2003). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro-Fiocruz; 284 p.
- Milani, R. G., & Loureiro, S. R. (2008). Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do Conselho Tutelar. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(1), 50-67.
- Moreira, A. C. D., & Weber, L. N. D. (2013). Maus-tratos contra crianças e adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. 1, n. 1, p. 249-258.
- Monken, M., & Barcellos, C.(2007). *O Território na Promoção e Vigilância em Saúde*, in Fonseca, A. F. & Corbo, A. M. D. (Org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Njaine, K., Assis, S. G., & Constantino, P. (Org.) (2009). *Impactos da violência na saúde*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, p. 371-375.

- Noguchi, M.S., Assis, S. G. de, & Santos, N.C. (2004). Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):963-973.
- Nunes, C. B., Sarti, C. A., & Ohara, C. V. da S.(2008). Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family. *Revista Latino Americana de Enfermagem*; 16 (1):136-41.
- Oliveira, V.L.A. (2006). *A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Curitiba*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, São Paulo-SP.
- Ordem dos Advogados do Brasil [OAB] (2013). Relatório das visitas aos Conselhos Tutelares de Belém-PA. Comissão de dos Direitos da Criança, OAB/Secção Pará.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1997). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo:Universidade de São Paulo; vol.2.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1999).WHO Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006). Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children. Background Paper to the UN Study of Violence against Children. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Overstreet, S. (2000). Exposure to community violence: Defining the problem and understanding the consequences. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 7-25.
- Palmezoni, V. P., & Miranda, F. J. S. (2011) A identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelo agente comunitário de saúde. *Saúde Coletiva*, v. 49, n. 8, p. 88-92.

- Prati, L.E., Paula Couto, M. C. P., Moura, A., Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Revisando a Inserção Ecológica: Uma Proposta de Sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), p.160-169.
- Papalia, E. D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. 8 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Pelisoli C., Pires, J.P.M., Almeida M.E., & Dell’Aglia D.D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*. 18(1), p.85-97.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 507-518.
- Pires, J.M.A.(2005). Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*; 5(1):103-108.
- Polaro, S.I.; Gonçalves, L.H.T., & Alvarez, A.M. (2013). Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*; 22(4), 935-42.
- Polleto, M., & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, Campinas. 25(3): 405-416.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2014). Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 120 p.
- Pluck, G., Lee, K. David, R., Macleod, D.C., Spence, S.A., & Randolph, W. P. (2011). Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 33–45.

- Ramos, M.E.C., & Oliveira, K.D. (2008). Transgeracionalidade percebida nos casos de maus-tratos, in Penso, M. A., & Costa, L. F.(orgs.). *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo, Summus. p. 99-122.
- Ramos, M. L.C.O., & Silva, A. L. (2011). Estudo sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 20(1),136-146.
- Ramos, M. da S., & Teodoro, M.L.M. (2012). *A importância da capacitação dos profissionais da saúde que trabalham com vítimas de violência na infância e adolescência*, in Habigzang, L. F.; Koller, S. H. (org). *Violência contra crianças e adolescentes teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, p. 242-254.
- Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
- Ribeiro, M. A., Ferreira, M. G. C., & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 456-464.
- Rolim, A.C.A., Moreira, G.A.R.; Gondim, S.M.M., Paz, S.S., & Vieira, L.J.E.S. (2014). Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 22(6):1048- Doi: 10.1590/0104-1169.0050.2515.
- Rosa W.A.G., & Labate R.C. (2005) Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*; 13(6): p.1027-34.

- Rossi, D.(2004). *Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes: Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas SP*. Tese de Doutorado. UNICAMP/SP.
- Saffioti, H. I. B (1997). *No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual*. In F.R. Madeira (org.), *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*, pp. 56-64. Ed. Record-Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso Sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abuso sexual*. São Paulo, M.Books do Brasil.
- Santos, B.R., & Barbieri, P. (2014). Por ser menina: percepções, expectativas, discriminações, barreiras, violências baseadas em gênero e habilidades para a vida das meninas de 6 a 14 anos nas cinco regiões do Brasil. Relatório Final da Pesquisa “Por ser Menina” Dimensão Quantitativa (Volume 1 - B), Brasília, DF.
- Santos, J.G.W. & Alberto, M.A.E.S. (2011). Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*; 2(3):51-58. Doi: 10.5123/S2176-62232011000300007
- Santos, S. S., & Dell’Aglia, D.D.(2010). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação da violência sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*. 22(2): 328-335.
- Santos, H.O (1987). *Crianças espancadas*. Editora Papirus, Campinas-SP.
- Santos, K. T., Saliba, N.A., Moimaz, S.A.S. Arcieri, R.M., & Carvalho, M. L.(2011). Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16:1023-1028.

- Sarmento, M. J. (2005). Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. *Educação e Sociedade*, 26,(91):361-378. Doi:10.1590/S0101-73302005000200003
- Sarmento, M. J. & Pinto, M. (1997). *As crianças e a infância: definindo conceitos delimitando o campo*. In: Pinto, M., & Sarmento, M. J. *As crianças contextos e identidades*. pp. 7- 30. Portugal. Centro de Estudos da Criança: Editora Bezerra.
- Scaranto, C. A. A., Biazevic, M. G. H., & Crosato, E. M. (2007). Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, (4) : 694-705.
- Silva, P. A., Lunardi, V. L., Silva, M. R. S., & Filho, W. D. L. (2009). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*; 8(1):56-62. Doi: 10.4025/cinccuidsaude.v8i1.7774
- Secretaria Municipal de Saúde [SESMA] (2012). *Boletim Epidemiológico do Departamento de Vigilância em Saúde*. Sistema de Informação do Município de Belém-PA.
- Silva, S.M. (2007). *Atendimento às famílias: limites e possibilidades dos serviços visitados na Região Metropolitana de Belém/PA*. In Veloso, M. M. X., & Silva, S. M. (Org). (pp.61-66). *Construindo estratégias de enfrentamento a violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Movimento de Proteção a Mulher – MOPROM, 86p.
- Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP] (2001). Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência, Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) FIOCRUZ, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça, Rio de Janeiro, 2ªed. 40p.

- Souza, C.S., Costa M.C.O., Assis, S.G. de, Musse, J.O. de, Sobrinho, C.N., & Amaral, M.T.R. (2014). Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):773-784. Doi: 10.1590/1413-81232014193.18432013
- Sullivan, M.W., Bennett, D.S., & Lewis, M. (2013). Individual Differences in the Cortisol Responses of Neglected and Comparison Children. *Child Maltreatment* 18(1) 8-16; doi: 10.1177/1077559512449378.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2014). Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children, UNICEF, New York.
- Waiselfisz, J. J. (2012). Mapa da Violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil. Centro de Estudos Latino-Americanos.
- Veloso, M. M. X., Silva, S. M. (Org) (2007). *Construindo estratégias de enfrentamento a violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Movimento de Promoção da Mulher – MOPROM, Belém-PA, 86p.
- Veloso, M. X.V, Magalhães, C.M.C, Dell'aglio, D.D., Cabral, I.R., & Gomes, M. M.(2013). Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cienc. Saúde Coletiva* vol.18 no.5. Rio de Janeiro.
- Yunes, M. A. M., Miranda, A. T., & Cuello, S. E. S. (2003). Um olhar ecológico para riscos e oportunidades no desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivem nos abrigos institucionais de Rio Grande. Congresso da Rede Sul Brasileira de Educação Ambiental, Itajaí, Santa Catarina.

APÊNDICES

Apêndice A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Projeto: **Maus Tratos contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de Saúde.**

Solicitamos a sua colaboração para participar de um estudo que pretende investigar o conhecimento dos profissionais de saúde frente à problemática da violência contra crianças e adolescentes. Através dos resultados pretendemos contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde acerca da prevenção, atendimento, manejo e encaminhamento de possíveis vítimas de violência, identificadas nas comunidades assistidas pelas equipes de saúde. A sua participação nesta pesquisa não acarretará nenhum risco para a sua saúde, bem como não comprometerá a sua atuação profissional se você não aceitar participar. Caso você concorde em colaborar sua participação se dará por meio de uma entrevista realizada em seu local de trabalho quando deverá responder dois questionários onde constam questões referentes à temática. As informações obtidas ao final deste estudo serão publicadas, mas com o cuidado de manter a sua privacidade não haverá identificação dos entrevistados. Qualquer informação adicional sobre os resultados do estudo lhe será fornecida quando este estudo estiver concluído, desde que assim deseje. Você tem total liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa. Caso concorde em participar, assine por favor seu nome abaixo, indicando que leu e compreendeu o que foi dito e que todos os seus questionamentos sobre as atividades envolvidas no estudo lhe foram respondidas para a sua completa satisfação.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Milene Maria Xavier Veloso
(CRP-10 /00709) fone: 91- 99863838

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, ____/____/____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Apêndice B**QUESTIONÁRIO 1: PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Número do Questionário: _____ Data: _____ Horário: _____ Entrevistador: _____

DADOS PESSOAIS:

1. Nome: _____
2. Telefone: _____ 3. Bairro: _____
4. Município: _____
5. Data de Nascimento: _____ Idade: _____
6. Naturalidade: _____
7. Escolaridade: (1) Fundamental 1 Incompleto (2) Fundamental 1 Completo (3) Fundamental 2 Incompleto (4) Fundamental 2 Completo (5) Médio incompleto (6) Médio completo (7) Superior completo (8) Superior incompleto
8. Graduação: (1) Enfermagem (2) Medicina (3) Odontologia (4) Outra: _____
9. Ano de conclusão da graduação: _____
10. Pós-Graduação: (1) não tem (2) Especialização (3) Residência (4) Mestrado (5) Doutorado
11. Especifique a área: _____
12. Estado Civil: (1) solteiro(a) (2) casado(a) (3) em união estável
(4) separado(a)/divorciado(a) (5) Viúvo(a)
13. Número de filhos: _____

14a- Dos itens abaixo, marque a quantidade que sua família possui.	0	1	2	3	4 ou +	PT
Televisão em cores						
Rádio						
Banheiro exclusivo da casa						
Automóvel						
Máquina de lavar						
Videocassete e/ou DVD						
Geladeira						
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)						
14b- Quantas domésticas mensalistas sua família emprega?						
14c- Marque abaixo, o grau de instrução do chefe da sua família						
() Analfabeto						
() Fundamental 1 Incompleto						
() Fundamental 1 Completo						
() Fundamental 2 Incompleto						
() Fundamental 2 Completo						
() Médio Incompleto						
() Médio Completo						
() Superior Incompleto						
() Superior Completo						
TOTAL =						
14- CORTES DO CRITÉRIO BRASIL						


NÃO PREENCHER

DADOS PROFISSIONAIS

15. Em que Unidade você trabalha atualmente? _____
16. Qual a sua função nesta unidade de saúde?
- (1) Agente Comunitário de Saúde
(2) Técnico de Enfermagem
(3) Auxiliar de odontologia
(5) Enfermeiro/a
(6) Médico/a
(7) Dentista
(8) Outro: _____
17. Em que ano começou a trabalhar nesta unidade? _____
18. No momento, você trabalha em outro lugar?
- (1) Não
(2) Sim, na mesma ocupação.
(3) Sim, em outra ocupação.
18a. Se sim, especificar: _____
19. Antes de trabalhar nesta unidade já trabalhou em outro lugar?
- (1) Não, é o meu primeiro trabalho.
(2) Sim, já trabalhei em outras Unidades de Saúde.
(3) Sim, em outras atividades.
19a. Se sim, especifique: _____
20. O que determinou sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
- (1) Buscou a vaga por afinidade pessoal com a proposta da ESF
(2) Oportunidade de emprego (concurso público/processo seletivo) (3) Outros motivos.
20a. Quais? _____
21. Depois de contratado, teve dificuldade para se adaptar ao ambiente de trabalho?
- (1) Sim (2) Não.
22a. Especifique _____
22. Nos últimos dois anos, frequentou algum curso de atualização ou capacitação profissional?
- (1) Sim (2) Não.
23a. Especifique _____
23. Você já participou de alguma capacitação/treinamento sobre violência contra a criança e o adolescente? (1) Sim (2) Não (Pular para o próximo questionário)
24. Ano da capacitação: _____
25. Motivo da capacitação:
- (1) decisão pessoal (2) sugestão da coordenação/supervisão
(3) determinação da coordenação/supervisão

Apêndice C

QUESTIONÁRIO 2: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Adaptado de Rossi, 2004)

Número do Questionário: _____ Data: _____ Horário: _____

Entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

Cargo/profissão: _____

1. Cite três **sinais** que chamariam a sua atenção e **poderiam indicar** que uma criança e/ou adolescente está sofrendo **violência física**.

2. Cite três **sinais** que chamariam a sua atenção e **poderiam indicar** que uma criança e/ou adolescente está sofrendo **violência sexual**.

3. Cite três **sinais** que chamariam a sua atenção e **poderiam indicar** que uma criança e/ou adolescente está sofrendo **violência psicológica**.

4. Cite três **sinais** que chamariam a sua atenção e **poderiam indicar** que uma criança e/ou adolescente está sofrendo negligência?

5. Cite três **consequências para saúde** de crianças e adolescentes causadas por **maus tratos nesta fase**.

6. Da lista abaixo, assinale os atos que você considera violência contra a criança e/ou adolescente.

1. Descaso com higiene e com o preparo e oferta de alimentos. () sim () não () tenho dúvidas
2. Ausência de acompanhamento das atividades escolares. () sim () não () tenho dúvidas
3. Uso de punições, tais como, obrigar a ficar de joelhos, bater ou prender/amarrar, objetivando disciplinar a criança ou adolescente. () sim () não () tenho dúvidas
4. Fazê-la repetir frases autodepreciativas. () sim () não () tenho dúvidas
5. Punir por não atingir alto desempenho na execução de tarefas, incluindo as escolares. () sim () não () tenho dúvidas
6. Dar tapas, palmadas, cinturadas e outras punições por falhas, desobediências ou para disciplinar as crianças e adolescentes. () sim () não () tenho dúvida
7. Frequentemente, gritar, xingar e ameaçar de castigo () sim () não () tenho dúvidas

8. Desqualificar ou falar mal do pai ou da mãe para a criança ou adolescente. () sim () não () tenho dúvidas
9. Desqualificar ou falar mal da própria criança ou adolescente na sua presença. () sim () não () tenho dúvidas
10. Contato sexual com uso de força física. () sim () não () tenho dúvidas
11. Contato sexual usando a sedução, a chantagem e/ou ameaça. () sim () não () tenho dúvidas
12. Exposição das crianças e/ou adolescentes às intimidades dos pais e/ou responsáveis. () sim () não () tenho dúvidas
13. Falar sobre experiências sexuais na frente de crianças. () sim () não () tenho dúvidas
14. Exibir material erótico ou permitir seu manuseio entre crianças e adolescentes. () sim () não () tenho dúvidas
15. Permitir ou incentivar o uso de roupas que expõem o corpo da criança. () sim () não () tenho dúvidas

7. Você já teve alguma suspeita ou identificou a ocorrência de **violência física** contra crianças e/ou adolescentes, na sua rotina de trabalho?

(1) Sim, uma vez 2) sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a questão 11)

8. O que você fez e/ou sentiu? (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- | | |
|---|--|
| 1. Conversou com o chefe imediato.
Conversou com os colegas, buscando um encaminhamento. | 6. Teve medo de represálias por parte do agressor. |
| 2. Conversou com o pai da vítima. | 7. Teve medo de represálias por parte família da vítima. |
| 3. Conversou com a mãe da vítima. | 8. Não soube identificar sinais de violência com exatidão. |
| 4. Conversou com outro parente da vítima. Quem? _____ | 9. Não se envolveu, porque acha que esse é um problema da família. |
| 5. Não se envolveu, pois teve medo de prejudicar a criança e/ou adolescente. | 10. Teve medo de sofrer consequências no trabalho |
| | 11. Não soube o que fazer. |

9. Notificou algum órgão responsável?

(1) sim, qual? _____ (pule para a questão 14) (2) não

10. Por que você não notificou algum órgão responsável? (após responder pule para a questão 14)

- | | |
|---|---|
| (1) Por medo de prejudicar a vítima. | (4) Para não se envolver em problemas familiares. |
| (2) Por medo de represálias por parte da família | (5) Por medo de represálias do agressor |
| (3) Por medo de sofrer consequências no trabalho. | (6) Não sei como fazer |
| | (7) Não acho que é minha atribuição notificar |
| | (8) Outro motivo. Especificar: _____ |

11. Se você suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de **violência física** contra crianças e/ou adolescentes na sua rotina de trabalho, o que faria? (assinale quantas alternativas achar necessário)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| (1) Conversaria com o chefe imediato. | (3) Conversaria com a mãe da vítima. |
| (2) Conversaria com o pai da vítima. | |

- (4) Não se manifestaria, por medo de prejudicar a criança ou adolescente.
- (5) Teria medo de represálias por parte do agressor.
- (6) Teria medo de represálias por parte família da vítima.
- (7) Não se envolveria, porque acha que é um problema da família.
- (8) Conversaria com os colegas para definir um encaminhamento.
- (9) Teria medo de sofrer consequências no trabalho.
- (10) Não saberia o que fazer
12. Você notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para questão 14) (2) não
13. Por que você não notificaria algum órgão responsável?
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (5) Por medo de represálias do agressor
 (2) Por medo de represálias por parte da família (6) Não sei como fazer
 (3) Por medo de sofrer consequências no trabalho (7) Não acho que é minha atribuição notificar
 (4) Para não se envolver em problemas familiares (8) Outro motivo. Especificar: _____.
14. Você já teve alguma suspeita ou identificou a ocorrência de **violência sexual** contra crianças e/ou adolescentes, na sua rotina de trabalho?
 (1) Sim, uma vez (2) sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a questão 18)
15. O que você fez e/ou sentiu? (assinale quantas alternativas julgar necessário)
 (1) Conversou com o chefe imediato. (7) Teve medo de represálias por parte do agressor.
 (2) Conversou com os colegas, buscando um encaminhamento. (8) Teve medo de represálias por parte família da vítima.
 (3) Conversou com o pai da vítima. (9) Não soube identificar sinal de violência com exatidão.
 (4) Conversou com a mãe da vítima. (10) Não se envolveu, porque acha que é um problema da família.
 (5) Conversou com outro parente da vítima? Quem? _____ (11) Teve medo de sofrer consequências no trabalho.
 (6) Não se envolveu, pois teve medo de prejudicar a criança e ou adolescente. (12) Não soube o que fazer.
16. Notificou algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para questão 21) (2) não
17. Por que você não notificou algum órgão responsável? (após responder pule para a questão 21)
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (5) Por medo de represálias do agressor
 (2) Por medo de represálias por parte da família (6) Não sei como fazer
 (3) Por medo de sofrer consequências no trabalho (7) Não acho que é minha atribuição notificar
 (4) Para não se envolver em problemas familiares (8) Outro motivo. Especificar: _____.
18. Se você suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de **violência sexual** contra crianças e/ou adolescentes na sua rotina de trabalho, o que faria? (marque quantas alternativa achar necessário)

- (1) Conversaria com o chefe imediato.
- (2) Conversaria com o pai da vítima.
- (3) Conversaria com a mãe da vítima.
- (4) Não se manifestaria, por medo de prejudicar a criança ou adolescente.
- (5) Teria medo de represálias por parte do agressor.
- (6) Teria medo de represálias por parte família da vítima.
- (7) Não se envolveria, porque acha que isso é um problema familiar.
- (8) Conversaria com os colegas para definir um encaminhamento.
- (9) Teria medo de sofrer consequências no trabalho.
- (10) Não saberia o que fazer.
19. Notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para questão 21) (2) não
20. Por que você não notificaria algum órgão responsável? (marque quantas alternativas julgar necessário)
- (1) Por medo de prejudicar a vítima
- (2) Por medo de represálias por parte da família
- (3) Por medo de sofrer consequências no serviço
- (4) Para não se envolver em problemas familiares
- (5) Por medo de represálias do agressor
- (6) Não sei como fazer
- (7) Não acho que é minha atribuição notificar
- (8) Outro motivo. Especificar: _____.
21. Você já teve alguma suspeita ou identificou a ocorrência de **violência psicológica** contra crianças e/ou adolescentes, na sua rotina de trabalho?
 (1) Sim, uma vez (2) sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a questão 25)
22. O que você fez e /ou sentiu? (assinale quantas alternativas julgar necessário)
- (1) Conversou com o chefe imediato.
- (2) Conversou com os colegas, buscando um encaminhamento.
- (3) Conversou com o pai da vítima.
- (4) Conversou com a mãe da vítima.
- (5) Conversou com outro parente da vítima? Quem? _____
- (6) Não se envolveu, pois teve medo de prejudicar a criança.
- (7) Teve medo de represálias por parte do agressor.
- (8) Teve medo de represálias por parte família da vítima.
- (9) Não soube identificar sinal de violência com exatidão.
- (10) Não se envolveu, porque acha que é um problema da família.
- (11) Teve medo de sofrer consequências no trabalho.
- (12) Não soube o que fazer
23. Notificou algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para questão 28) (2) não
24. Por que você não notificou algum órgão responsável? (após responder pule para a questão 28)
- (1) Por medo de prejudicar a vítima
- (2) Por medo de represálias por parte da família
- (3) Por medo de sofrer consequências no trabalho
- (4) Para não se envolver em problemas familiares
- (5) Por medo de represálias do agressor
- (6) Não sei como fazer
- (7) Não acho que é minha atribuição notificar
- (8) Outro motivo. Especificar: _____.
25. Se você suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de **violência psicológica** contra crianças e/ou adolescentes na sua rotina de trabalho, o que faria?

- (1) Conversaria com o chefe imediato. (6) Teria medo de represálias por parte família da vítima.
- (2) Conversaria com o pai da vítima. (7) Não se envolveria, porque acha que isso é problema da família.
- (3) Conversaria com a mãe da vítima. (8) Conversaria com os colegas para definir um encaminhamento.
- (4) Não se manifestaria, por medo de prejudicar a criança ou adolescente. (9) Não faria nada por medo de sofrer consequências no trabalho.
- (5) Teria medo de represálias por parte do agressor. (10) Não saberia o que fazer.
26. Notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para questão 28) (2) não
27. Por que você não notificaria algum órgão responsável?
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (5) Por medo de represálias do agressor
 (2) Por medo de represálias por parte da família (6) Não sei como fazer
 (3) Por medo de sofrer consequências no serviço (7) Não acho que é minha atribuição notificar
 (4) Para não se envolver em problemas familiares (8) Outro motivo. Especificar: _____.
28. Você já teve alguma suspeita ou identificou a ocorrência de **negligência** contra crianças e/ou adolescentes, na sua rotina de trabalho?
 (1) Sim, uma vez (2) sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a questão 32)
29. O que você fez e/ou sentiu? (assinale quantas alternativas julgar necessário)
 (1) Conversou com o chefe imediato. (8) Teve medo de represálias por parte família da vítima.
 (2) Conversou com os colegas, buscando um encaminhamento. (9) Não soube identificar sinal de violência com exatidão.
 (3) Conversou com o pai da vítima. (10) Não se envolveu, porque acha que é um problema da família.
 (4) Conversou com a mãe da vítima. (11) Teve medo de sofrer consequências no trabalho.
 (5) Conversou com outro parente da vítima? Quem? _____ (12) Não soube o que fazer.
 (6) Não se envolveu, pois teve medo de prejudicar a criança.
 (7) Teve medo de represálias por parte do agressor.
30. Notificou algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para a questão 35) (2) não
31. Por que você não notificou algum órgão responsável? (após responder pule para a questão 35)
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer consequências no trabalho (6) Não sei como fazer
 (7) Não acho que é minha atribuição notificar
 (8) Outro motivo. Especificar: _____.
32. Se você suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de **negligência** contra crianças e/ou adolescentes na sua rotina de trabalho, o que faria?

- (1) Conversaria com o chefe imediato.
- (2) Conversaria com o pai da vítima.
- (3) Conversaria com a mãe da vítima.
- (4) Não se manifestaria, por medo de prejudicar a criança ou adolescente.
- (5) Teria medo de represálias por parte do agressor.
- (6) Teria medo de represálias por parte família da vítima.
- (7) Não se envolveria, porque acha que é um problema da família.
- (8) Conversaria com os colegas para definir um encaminhamento.
- (9) Teria medo de sofrer consequências no trabalho.
- (10) Não saberia o que fazer. 33. Notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para questão 35) (2) não

34. Por que você não notificaria algum órgão responsável?

- (1) Por medo de prejudicar a vítima
- (2) Por medo de represálias por parte da família
- (3) Por medo de sofrer consequências no trabalho
- (4) Para não se envolver em problemas familiares
- (5) Por medo de represálias do agressor
- (6) Não sei como fazer
- (7) Não acho que é minha atribuição notificar
- (8) Outro motivo. Especificar: _____.

35. O assunto violência contra crianças e adolescentes é profissionalmente discutido/abordado na Unidade que você atua?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

36. Na unidade de saúde que você trabalha existe uma conduta geral ou protocolo para ser seguido diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a criança e/ou adolescentes?

- (1) Existe o protocolo, mas não o conheço.
- (2) Existe o protocolo e eu o conheço.
- (3) Não tem um protocolo.
- (4) Desconheço se há um protocolo na minha unidade

37. Notificar casos suspeitos e/ou confirmados de violência é função do profissional da área de saúde?

- (1) Sim (2) Não (3) Não tenho certeza

38. Você concorda que a Notificação de violência seja realizada na Atenção Básica?

- (1) sim (2) não

39. Por que? _____

40. Você conhece a Ficha de Notificação Compulsória para os casos de suspeita e/ou confirmação de violência e sabe fazer o preenchimento?

- (1) Sim conheço e sei preenchê-la.
- (2) Sim conheço, mas não sei preenchê-la.
- (3) Sim conheço, mas tenho dúvidas se saberia preenchê-la.
- (4) Não conheço a ficha de notificação

41. Já utilizou alguma vez? (1) Sim (2) Não

42. Você acha que a notificação de violência contra a criança e o adolescente é? (pode marcar mais de uma resposta)

- (1) Um procedimento administrativo, previsto nas normas e portarias do SUS.
- (2) Um ato jurídico para instauração de inquérito policial.

(3) Uma estratégia de vigilância em saúde, para subsidiar políticas públicas.

(4) Um dever de todo profissional de saúde em se tratando de prevenção e promoção de saúde.

43. Cite órgãos e/ou instituições que você acha que fazem parte da rede atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência.

Órgão/Instituição	44. Você confia na capacidade resolutiva dos órgãos que você citou?		
	Confio	Não confio	Confio parcialmente

45. Na sua Unidade está disponível a Ficha de Notificação para uso dos profissionais?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

46. Você acha que sofreu algum tipo de violência na sua infância e/ ou adolescência?

(1) Sim (2) Não (3) Não me lembro (4) Prefiro não responder

47. Se sua resposta anterior foi SIM você poderia nos dizer que tipo de violência você sofreu?

(1) Não sei definir (2) Violência física (3) Violência psicológica

(4) Violência sexual (5) Negligência (6)Outra: _____

48. Em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)? (marque quantas alternativas julgar necessário).

() Nunca ouviu falar

() Já ouviu falar por meio da mídia, mas não o leu

() Leu em parte

() Fez treinamento sobre o ECA em curso de capacitação

49. Baseado nas suas dúvidas, que temas você gostaria de ver abordado numa oficina de capacitação em relação à violência contra crianças e adolescentes?

50. Após a finalização desse estudo você gostaria de ser convidado a participar de uma oficina de capacitação sobre esse tema? (1) Sim (2) não

51. Que sugestões você daria para favorecer o trabalho do profissional de saúde em relação a prevenção de maus-tratos contra crianças e adolescentes na sua unidade ?

Apêndice D (Carta convite)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
CARTA-CONVITE

Aos profissionais de saúde:

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde frente à problemática da violência contra crianças e adolescentes. Este estudo abordará especificamente a formação/qualificação dos profissionais, as estratégias de avaliação e atendimento utilizadas na identificação dos casos, a familiaridade com as informações desta área de atuação e sugestões para realizar melhorias neste atendimento. Sua participação consistirá em responder um questionário individual com perguntas referentes ao tema. Os dados informados serão mantidos em caráter confidencial e serão tomados todos os cuidados para garantir sigilo e confidencialidade dos dados. Sua participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição. A entrevista será respondida em local e hora definidos, segundo a sua disponibilidade. Não há nenhuma forma de compensação financeira decorrente da participação neste projeto, mas a sua colaboração é muito importante para que possamos elaborar um manual de informações para apoiar a prática do profissional de saúde, assim como para organizar a capacitação dos mesmos para atuarem frente a esta problemática.

A pesquisa está sendo realizada pela psicóloga e doutoranda Milene Xavier Veloso, que também é professora da Universidade Federal do Pará, sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Celina Magalhães, com a participação de seis bolsistas da UFPA, treinados para realizar as entrevistas. Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através do telefone (91-82291781/TIM). Atenciosamente,

Profª. Milene Maria Xavier Veloso

ANEXOS

Anexo 1

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN 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 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/05/2004, 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			
	2 Agravado(a)	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID10)	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Nome do paciente			9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	26 Geo campo 2		25 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação				
	32 Situação conjugal / Estado civil		33 Relações sexuais		
	34 Possui algum tipo de deficiência/transorno?		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 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	
	47 Hora da ocorrência		48 Local de ocorrência		
	49 Ocorreu outras vezes?		50 A lesão foi autoprovocada?		

Tipologia da violência	81 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			82 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenções legais	<input type="checkbox"/> Força corporal/empacotamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	83 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 9 - Não se aplica 9 - Ignorado			84 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 9 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Abuso violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Explotação sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Consequências da violência	85 Procedimentos realizados 1 - Sim 2 - Não 9 - Não se aplica 9 - Ignorado			86 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1 - Sim 2 - Não 9 - 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"/> Estresse pós-traumático		
Lesão	87 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			88 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura		
Dados do provedor autor da agressão	89 Número de envolvidos			90 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	1 - Um	2 - Dois ou mais	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigo/conhecido
Encaminhamento	91 Encaminhamento no setor saúde			92 Sexo do provedor autor da agressão		
	1 - Encaminhamento ambulatorial	2 - Internação hospitalar	9 - Não se aplica	9 - Ignorado	1 - Masculino	2 - Feminino
Encaminhamento	93 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			94 Circunstância da lesão		
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM)	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher	CID 10 - Cap XX		
Encaminhamento	95 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			96 Evolução do caso		
	<input type="checkbox"/> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) 1 - Sim 2 - Não 9 - Não se aplica 9 - Ignorado	97 Classificação final			98 Data de encerramento	
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____						
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Explotação Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unit. de Saúde/CNES _____						
Notificador Nome _____ Função _____ Assinatura _____						

Anexo 2



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 115/11 CEP-ICS/UFGA

Belém, 12 de julho de 2011.

Profª, Mstª, Milene Maria Xavier

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LIMITES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE" CAAE 0078.0.073.073-11 e parecer nº087/11 CEP-ICS/UFGA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano CEP-ICS/UFGA, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará na reunião do dia 07 de Junho de 2011.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 setembro de 2011, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFGA

Anexo 3

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERFIL DAS VIOLÊNCIAS PRATICADAS CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE E NOTIFICADAS EM BELÉM- PA NO PERÍODO DE 2009 A 2013.

Pesquisador: Isabel Rosa Cabral

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22980213.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Biológicas

Patrocinador Principal: FUNDACAO AMAZONIA PARAENSE DE AMPARO A PESQUISA - FAPESPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 481.615

Data da Relatoria: 29/10/2013

Apresentação do Projeto:

O PERFIL DAS VIOLÊNCIAS PRATICADAS CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE E NOTIFICADAS EM BELÉM-PA NO PERÍODO DE 2009 A 2013

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil da violência contra a criança e o adolescente notificada na região metropolitana de Belém

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa não oferece benefícios individuais diretos, todavia, em relação ao universo amostrado, os resultados obtidos poderão servir de base para o delineamento de políticas públicas de enfrentamento, com aprimoramento das ações preventivas, de assistência e de notificação. Quanto aos riscos são mínimos visto pesquisar prontuários, isto é, dados secundários. Outrossim, os pesquisadores se comprometem em resguardar todos os dados de acordo com a Resolução 466/2012. Desta forma serão garantidas a confidencialidade e privacidade evitando que os dados analisados e publicados possam identificar os participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e de cunho social podendo gerar informações necessárias para condutas de enfrentamento à violência contra crianças.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
 Bairro: Campus Universitário do Guamã CEP: 66.075-110
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br

Anexo 4



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE - NUPS

COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA - CAPP

Autorização

Em atenção ao ofício S/N – Universidade Federal do Pará- UFPA, solicitando autorização para realizar o Projeto de Pesquisa intitulado “**MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: LIMITES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**”. De autoria da pesquisadora: Milene Maria Xavier Veloso.

Esta Comissão autoriza a realização da pesquisa, nas Unidades Municipais de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família nos Distritos do DAGUA, DASAC, DABEL, DABEN, DAMOS, DAOUT e DAICO do Município de Belém-PA.

A pesquisadora fica ciente, conforme o termo de compromisso assinado, de encaminhar a este CAPP/SESMA o relatório final da pesquisa realizada.

Belém, 10 de Agosto de 2013

Atenciosamente,



Thais de Pinho Medeiros
 Comissão para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPP

Dra. Thais de P. Medeiros
 Educação Permanente/CAPP
 NUPS/SESMA



SESMA

Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04
 Bairro do Tapenã - CEP: 66825-000 - Belém - Pará
 Tel/fax: 3184-8146
 E-mail: cappsma@gmail.com



PREFEITURA
MUNICIPAL DE BELÉM

Anexo 5



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE – DEVS
DIVISÃO DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE - DIAES

Belém, 26 de setembro de 2013

DE: Drª. Orliuda da Costa Bezerra – DEVS e Maria do Socorro Santos das Dores – DIAES/DEVS
PARA: Profª. Milene Maria Xavier Veloso

A U T O R I Z A Ç Ã O

Conforme documentação em anexo, na pessoa da Drª. Thais de P. Medeiros, a Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPNUPS/SESMA) autoriza que seja realizado o projeto de pesquisa intitulado "MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTES: LIMITES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE", de autoria da pesquisadora requisitante, a Profª. Milene Maria Xavier Veloso e sua bolsista do subprojeto "O PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NOTIFICADAS EM BELÉM-PA", a Srª. Elaine Borges do Rosário.

Nos termos citados acima, cumprido o protocolo municipal para autorização de trabalhos de pesquisa, o Departamento de Vigilância em Saúde do Município de Belém - DEVS e sua Divisão de Informação e Análises Epidemiológicas - DIAES, para fins de direito, autoriza que a requisitante utilize em sua pesquisa as informações oriundas do banco de dados sobre casos de violência notificada no Município de Belém-PA nos anos de 2009 a 2013.

Atenciosamente,


Maria do Socorro Santos das Dores
Diretora de Suporte de Informação em Saúde/DI/SSESMA

Maria do Socorro Santos das Dores
Chefe da Divisão de Informação e Análise Epidemiológica em Saúde – DIAES


Orliuda da Costa Bezerra
Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde

*Orliuda da Costa Bezerra
Diretora do Departamento de
Vigilância à Saúde
Mobi: (071) 3344-917*



Trov. Angostura, nº 2939 – Marco
entre 25 de Setembro e Daque de Caxua
Tel: (91) 3344-3471/3276-5381

