



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CAMILA DOS SANTOS SOUZA

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NAS
UNIDADES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE: ATUAÇÃO E
DIFICULDADES DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS**

**FEIRA DE SANTANA-BA
2011**

CAMILA DOS SANTOS SOUZA

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NAS
UNIDADES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE: ATUAÇÃO E
DIFICULDADES DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr. Maria Conceição Oliveira Costa

Co-orientadora: Prof^a Dr. Rosely Cabral de Carvalho

**FEIRA DE SANTANA-BA
2011**

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Souza, Camila dos Santos

S714n Notificação da violência infanto-juvenil nas unidades de emergência em saúde: atuação e dificuldades de profissionais e serviços / Camila dos Santos Souza. – Feira de Santana - BA, 2011.

105 p. : il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa

Co-orientadora: Rosely Cabral de Carvalho

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

1. Violência infanto-juvenil. 2. Unidades de emergência. 3. Unidades de emergências – Profissionais de saúde. 4. Sistemas de informação. I. Costa, Maria Conceição Oliveira. II. Carvalho, Rosely Cabral. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Departamento de Saúde. V. Título.

CDU: 343.6-053.6

NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE: ATUAÇÃO E DIFICULDADES DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Feira de Santana, 30 março de 2011.

Banca Examinadora

Profª Dr. Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Profª Dr. Tânia Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Profª Dr. Maria Conceição Oliveira Costa

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

À minha mãe, meu milagre, essa vitória é dedicada a Senhora, por tamanho exemplo de amor a Deus e espera com alegria e paz diante de tantos momentos difíceis. Amo você!

AGRADECIMENTOS

Primeiro, sou profundamente grata ao meu amado Jesus e a intercessão de Maria, por ter me dado, sabedoria, inteligência e paciência para viver esse tempo de grandes descobertas.

A toda minha família, por todo incentivo, apoio e carinho. Em especial ao meu pai Jorge, minha mãe Lúcia e meu irmão Mateus onde a cada dia sou renovada pelo amor gratuito entre nós.

Ao meu grupo de oração, Sagrado Coração de Jesus, Dan, Sam, Júnior, Nátia e em especial a Naiane, por toda ajuda nos momentos difíceis da coleta, amiga sua amizade para mim é preciosa. Ao casal D. Dolfá, Seu Zé e sua família, que foram como pais para mim aqui em Feira, muito obrigada por me ensinar que a felicidade se encontra nas coisas simples.

Algumas pessoas me são muito queridas e amigas: minha eterna professora, Nice, obrigada pela companhia, partilha e ter facilitado cruzar este momento com tanto amor a mim dedicado, a Nélia, como foi bom ter a sua amizade, sou grata pela sua companhia e acolhida em todos os momentos, a Naiara a sua alegria é simplesmente contagiante e a Clarice, o mestrado nos uniu na certeza de uma eterna amizade.

A Prof. Conceição e o NNEPA, obrigada pela orientação e confiança em meu trabalho, tecendo críticas e sugestões valiosas permitiram-me vislumbrar outras possibilidades de conhecimento e atingir esta grande meta em minha vida.

A Prof. Rose que acompanhou cada passo desta dissertação, trabalhar com a Senhora foi um privilégio. É admirável o conhecimento partilhado, o dinamismo e generosidade, usufruir dessa troca influenciou e influenciará a minha construção como pessoa e profissional.

A Prof. Tânia, suas contribuições e atenção foram fundamentais para o delineamento da pesquisa, parabéns pelo profissionalismo.

Aos professores Davi e Carlito como foi essencial para o meu crescimento cada palavra de amor, carinho e superação, vocês são admiráveis. Ao Prof. Nelson por toda disponibilidade em ajudar, um grande exemplo de profissional e aos demais

professores do mestrado, cada um de maneira especial ajudaram-me na formação trazendo novos olhares e contribuições críticas a respeito da saúde.

Aos amigos e companheiros do NNEPA, Milena, Lore, Ohana, Mari, Mona, Vanessa, Thyana, Bruna, Ívylla, Mariana, Priscila, Geris, Éllen, Helô, obrigada pelo enorme apoio na digitação dos dados, pelos momentos maravilhosos, pelo incentivo e grande apoio. Muito obrigada!!

Aos profissionais do mestrado e da instituição, em especial Jorge e Gorethi, devo especial agradecimento. Além do apoio institucional pude também, desfrutar de grande incentivo, preocupação e palavras de encorajamento.

À Secretaria de Saúde e o Hospital Clériston Andrade, foram extremamente generosos, permitindo meu trabalho, cedendo-me dados, abrindo as portas dos serviços. A eles, toda a minha gratidão.

Instituições como UEFS e a CAPES também merecem meus agradecimentos. O apoio institucional e financeiro que deram foi fundamental para a execução da pesquisa.

Finalmente, por último, agradeço àqueles que emprestaram seu tempo, compartilharam comigo suas opiniões, expectativas, medos e esperanças: todos os sujeitos da pesquisa, profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. Espero ter feito jus à confiança que em mim depositaram.

“Mas os que esperam no Senhor, renovarão as forças, subirão com asas como águias; correrão, e não se cansarão; caminharão, e não se fatigarão” (Isaías 40:31).

RESUMO

A dissertação aborda a atuação dos profissionais de saúde das Unidades de Emergência, diante dos casos de violência infanto-juvenil, considerando dificuldades operacionais no processo de identificação e notificação, assim como descreve o perfil dos casos notificados no Sistema de Vigilância a Acidentes e Violência/VIVA do município. Estudar dados primários com profissionais das Unidades de Emergência permite visualizar manifestações da violência, considerando a constância do fenômeno nesses serviços, misturando-se ao processo de trabalho e às distintas interações entre profissionais e clientela. Por outro lado, analisar o perfil dos dados secundários do sistema de notificação compulsória de violência possibilita conhecer o perfil dos casos atendidos e notificados, na Rede do SUS (Atenção Básica, Hospitais e Policlínicas) e registrado no Sistema VIVA de Feira de Santana. Os dois recortes que compõem o estudo são transversais, sendo o primeiro com amostra casual simples, selecionada a partir do universo de profissionais das Unidades Públicas de Emergência e o segundo recorte com o total de casos de crianças e adolescentes (324 casos) atendidas e notificadas no Sistema VIVA, no período 2009 e 2010, em Feira de Santana. Foram realizadas análises bivariadas e medidas de associação, o que possibilitou determinar as principais condutas e dificuldades no processo de notificação, bem como associações entre características do fenômeno e perfis de vítimas e agressores. Entre os resultados, o estudo com profissionais revelou que as principais condutas foram notificar a órgãos competentes, solicitar parecer de outro profissional e conversar com família, a maioria citou credibilidade nas Instâncias e revelou como dificuldades a omissão familiar, receio de envolvimento legal e falta de formação técnica no processo de notificação. Entre crianças e adolescentes atendidos e notificados na ficha VIVA, predominou o sexo masculino, com maior frequência das ocorrências na residência, a violência mais freqüente foi agressão física, com lesão por corte/perfuração, envolvendo força corporal, arma de fogo e ameaça verbal. Os demais tipos de violência incluíram violência psicológica, sexual e negligência e os agressores em sua maioria, eram do sexo feminino, familiares e conhecidos da vítima. Conclui-se que o conhecimento do perfil epidemiológico das violências, sua magnitude, distribuição e gravidade tornam-se essências para o processo de prevenção e enfrentamento com medidas e políticas efetivas que visem a redução de tais agravos. Nesse sentido, o incremento de programas e ações direcionadas à formação continuada dos profissionais da Rede possibilita o fortalecimento das instituições de atendimento e proteção à infância e adolescência, assim como a ampliação dos intercâmbios e redes de suporte profissional, no sentido de ampliar o processo de notificação, encaminhamentos e resolutividade dos casos.

Palavras- chave: Violência, Notificação, Emergências; Sistemas de Informação.

ABSTRACT

The thesis investigates the performance of health workers from the Emergency Units of the council, faced with cases of juvenile violence, considering operational difficulties in the process of identification and reporting, and describes the profile of the cases reported in the Accident and Surveillance Violence / VIVA the municipality. Studying primary data with the professionals of the Emergency lets you view demonstrations of violence, considering the constancy of the phenomenon in these services, mingling with the work process and the different interactions between professionals and clients. Moreover, to analyze the data side of the system of mandatory reporting of violence possible to know the profile of cases seen and reported in the SUS Network (Primary Care, Hospitals and polyclinics) and registered in the System VIVA Feira de Santana. The two cuts included in the study are transversal, the first with simple random sample, selected from the universe of professionals of the Public Emergency and the second clip from the total cases of children and adolescents (324 cases) and met System VIVA reported in the period 2009 and 2010 in Feira de Santana. We performed bivariate and association measures, which allowed us to determine the main procedures and difficulties in the process of notification as well as associations between characteristics of the phenomenon and profiles of victims and aggressors. Among the findings, the study revealed that professionals were the main procedures to notify the competent authorities, requesting an opinion from another professional and talk with family, in most instances cited credibility problems and revealed how the family failure, fear of involvement and lack of legal technical training in the notification process. Among children and adolescents and reported in the schedule VIVA, males predominated, with a greater frequency of occurrence in the home, violence was more common assault with injury by cutting / drilling, involving physical force, firearms and verbal threat. The other types of violence included psychological abuse, neglect and sexual offenders and most of them were women, relatives and acquaintances of the victim. It is concluded that knowledge of the epidemiology of violence, its magnitude, distribution and severity become essential to the process so to prevent and deal with effective measures and policies aimed at reducing such injuries. Thus, the increase of programs and actions directed to continued formation of the network enables the strengthening of institutions for care and protection of childhood and adolescence, as well as the expansion of trade and professional support networks, to expand the process of notification, referrals and resolution of cases.

Keywords: Violence, Notification, Emergency; Information of System.

LISTA DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1. Características sociodemográficas e da formação dos profissionais de saúde. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010. 62

Tabela 2. Características da atuação dos profissionais de saúde frente aos casos de violência infanto-juvenil. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010. 63

Tabela 3. Notificação de casos de violência infanto-juvenil, segundo dados sociodemográficas e da formação técnica dos profissionais de saúde. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010. 64

Tabela 4. Notificação de casos de violência infanto-juvenil, segundo encaminhamentos e dificuldades, dos profissionais de saúde. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010. 65

Tabela 5. Atuação e dificuldades para notificação da violência infanto-juvenil segundo as categorias dos profissionais de saúde. Serviço de Emergência, Feira de Santana, 2010. 66

Artigo II

Tabela 1. Características das violências contra crianças e adolescentes, encaminhamentos e evolução dos casos. Sistema de Notificação de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana, 2009-2010. 84

Tabela 2. Características sócio-demográficas de crianças e adolescentes vítimas de acidentes e seus respectivos agressores. Sistema de Notificação de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana, 2009-2010. 86

Tabela 3. Características da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes. Sistema de Notificação de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana, 2009-2010. 87

Tabela 4. Tipo de violência sofrida por crianças e adolescentes segundo 88

características de vítimas, agressores e ocorrência. Sistema de Notificação de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana, 2009-2010.

Tabela 5. Características das violências sofridas por crianças e adolescentes e agressores, segundo sexo e faixa etária das vítimas. Sistema de Notificação de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana, 2009-2010. 89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
MS	Ministério da Saúde
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e na Adolescência
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SPSS	Statistical Package for social Science
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
VIVA	Sistema de Vigilância e Violência e Acidentes

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

- Figura 1.** Fluxo de Informações da Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de 31
Violências e Acidentes.
- Figura 2.** Variável desfecho (notificação da violência) e fatores associados à 40
sua realização.
- Quadro 1.** Variáveis analisadas na avaliação de condutas destinadas a 38
notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-juvenil.
- Quadro 2.** Variáveis estudadas da ficha VIVA 44

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2	OBJETIVOS	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	VIOLÊNCIA E SAÚDE	21
3.1.1	Violência Infanto-Juvenil: Uma questão de Saúde Pública	21
3.2	ATUAÇÃO PROFISSIONAL: CENÁRIO E RESPONSABILIZAÇÃO	23
3.2.1	A Emergência como espaço de identificação da violência	23
3.2.2	Notificação: um ato de responsabilidade	26
3.2.3	Sistema de Vigilância: notificação de maus tratos e outras violências	28
3.3	SETOR SAÚDE E O CONSELHO TUTELAR: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA	32
4	METODOLOGIA	35
4.1	MÉTODO I	35
4.2	MÉTODO II	42
5	RESULTADOS	46
5.1	ARTIGO I: Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde/SUS: atuação dos profissionais de saúde.	46
5.2	ARTIGO II: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil na Rede de Atendimento do Sistema Único de Saúde/SUS.	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	96
	ANEXO	103

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência sempre fez parte da experiência humana, mas atualmente, ocupa lugar de destaque entre as instâncias nacionais e internacionais, responsáveis pelas iniciativas e propostas de atuação voltadas à prevenção, intervenção e garantias dos direitos humanos. No Brasil, a questão da violência vem sendo discutida como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando no setor saúde uma grande preocupação com esse tema que, progressivamente, deixa de ser considerado um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluído no universo da saúde pública (BRITO *et al.*, 2005).

A ocorrência e o reconhecimento da violência infanto-juvenil trouxeram como conseqüência direta a necessidade de proteção, a partir de discussões envolvendo instâncias preocupadas com a problemática, resultando em ações e políticas para a minimização de seus efeitos deletérios na saúde infanto-juvenil. No Brasil, este tipo de violência passou a ter destaque no final dos anos 80, quando na Constituição Federal (art. 227), se reconheceu esse grupo social como de sujeitos de direitos e, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamentou a constituição e por força da lei estabelece prioridade absoluta no atendimento aos direitos destes cidadãos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Conforme crescem as evidências sobre o impacto negativo da violência no bem-estar de crianças e adolescentes, cresce também o reconhecimento do papel dos serviços de saúde em sua abordagem. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o setor saúde, constitui uma esfera pública privilegiada de proteção com responsabilidades específicas: identificação, notificação e encaminhamento dos casos aos órgãos responsáveis para a proteção da vítima e apoio à família (BRASIL, 1990). Neste contexto, os profissionais de saúde apresentam-se como agentes de proteção e com responsabilidade neste processo. O artigo 13 do ECA torna obrigatória a notificação de casos suspeitos e confirmados de violência ao Conselho Tutelar e da sua respectiva localidade e atribuiu ao profissional a incumbência de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente (BRASIL, 2002).

O ato de notificação por profissionais de saúde apresenta-se como um elemento de ação contra a violência e de busca do entendimento desse fenômeno. Portanto, ao registrar que houve violência, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade. A notificação por sua vez torna-se uma fonte de comunicação às autoridades competentes sobre a necessidade de intervenção e assistência aos vitimizados e suas famílias, iniciando um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (NOGUCHI; ASSIS; SANTOS, 2004).

Além de fonte de comunicação, a notificação, pode ser fonte alimentadora do sistema de vigilância. Os dados gerados podem viabilizar um sistema de registro com informações fidedignas das situações de violência infanto-juvenil, permitindo construir formas de proteção e prevenção, além de poder informar se está sendo incorporado às rotinas institucionais o atendimento às vítimas de maus-tratos (FERREIRA; SOUZA, 2008). Nesta conjuntura, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), do Ministério da Saúde apresenta-se como ferramenta para o monitoramento dos eventos violentos não fatais e suas vítimas, nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009).

A dissertação adota dois focos de análise para o problema: busca analisar a atuação dos profissionais de saúde no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil nas Unidades de Emergência em Saúde e descrever o perfil dos casos registrados no Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) oriundos da Rede de Atenção do SUS (Atenção Básica, Hospitais e Policlínicas).

O referencial teórico aborda os principais aspectos referentes ao objeto de estudo e as duas dimensões investigadas: a atuação dos profissionais na notificação de casos e a violência infanto-juvenil, estacando os principais elementos que contribuem para sua ocorrência. Também são apresentadas informações sobre os sistemas de informação desses agravos, permitindo compreender o fluxo do processo de notificação e do acompanhamento dos casos. A discussão sobre o papel do setor saúde, especialmente a reflexão sobre os novos paradigmas de intervenção desse setor no enfrentamento da violência, abre novas perspectivas,

podendo ser um propulsor de grande impacto na redução e prevenção desse problema. Portanto, traz a discussão para um novo patamar (que questiona a atuação dos profissionais nos limites da atuação biomédica – de intervenção apenas no corpo do doente), dando atribuições novas ao profissional e resgatando a sua responsabilidade em identificar e atuar sobre as causas dos agravos.

A metodologia responde aos dois focos de análise, dividida em dois componentes:

- **Método I:** Estudo de corte transversal sobre a análise da atuação dos profissionais de saúde no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil nas Unidades de Emergência em Saúde, no período de julho a outubro de 2010.
- **Método II:** Estudo de corte transversal, baseado em dados secundários das fichas de notificação compulsória do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, referente aos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência, atendidos nas Instâncias do Sistema Único de Saúde/SUS, no período de janeiro de 2009 a setembro de 2010.

Os resultados da dissertação foram apresentados no formato de artigo. Foram originados dois produtos:

- **Artigo I:** Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência, em município da região do semi-árido da Bahia.
- **Artigo II:** Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil na Rede de Atendimento do Sistema Único de Saúde/SUS.

Desse modo, pela necessidade de estabelecer os contornos reais do problema, e considerando o papel crucial do profissional de saúde nesse processo, as considerações finais adotam uma perspectiva propositiva, revendo os limites da ação profissional e propondo novas indagações.

Ao compreender a violência como tema de grande relevância em saúde pública e seus aspectos como um dos principais problemas a serem enfrentados na sociedade contemporânea. O Núcleo de Estudo e Pesquisa na Infância e Adolescência (NNEPA), assume esta temática como uma das principais linhas de

pesquisa, investigando a violência sob diferentes aspectos, dentre eles o papel fundamental do profissional de saúde frente aos casos de violência infanto-juvenil.

Inquietos com essa realidade latente nos serviços de saúde e com os dados apresentados do projeto desenvolvido com profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), o questionamento direcionou-se às emergências onde a violência adquire visibilidade e constância, misturando-se ao próprio processo de trabalho e às distintas interações entre profissionais e clientela. Vislumbrando as possibilidades de ampliar o conhecimento nesta área, assim como aprofundar as análises do projeto anterior, este novo foco de análise é a mim apresentado, justificando a motivação pessoal.

Portanto, o aprofundamento e o conhecimento da atuação dos profissionais de saúde no processo de notificação e a descrição do perfil dos casos registrados no sistema de notificação de violência poderão subsidiar a prática e contribuir com dados para políticas e intervenções voltados à formação dos profissionais envolvidos na Rede de Proteção e Atendimento, onde crianças e adolescentes são sujeitos integrantes desta triste realidade.

1.1 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

- Como atuam os profissionais de saúde das Unidades de Emergência da Rede SUS, quanto à notificação dos casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência em Feira de Santana-BA?
- Qual o perfil de atendimento de crianças e adolescentes da Rede de Atenção do SUS (Atenção Básica, Hospitais e Policlínicas) registrados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em Feira de Santana-BA?

2 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a atuação dos profissionais de saúde no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil nas Unidades de Emergência em Saúde e descrever o perfil dos casos registrados no Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) oriundos da Rede de Atenção do SUS (Atenção Básica, Hospitais e Policlínicas).

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever características de violência infanto-juvenil e associações entre o processo de notificação, segundo dados sócio-demográficos, ocupacionais e de conduta profissional, nas Unidades de Emergência em Saúde do município;
- Descrever o perfil da violência infanto-juvenil e associações entre variáveis de vítimas, agressores, segundo tipos de violência, através de registros do sistema de Violência e Acidentes (VIVA).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE

3.1.1 Violência Infanto-Juvenil: Uma questão de Saúde Pública

A violência constitui-se em um objeto da Saúde Pública, principalmente ao considerar a sua magnitude e impacto na morbimortalidade da sociedade. Neste contexto, por que se propõe a inclusão da violência infanto-juvenil como questão de Saúde Pública?

Para responder a este questionamento, algumas considerações conceituais devem ser ressaltadas sobre o assunto. Ao discorrer sobre a violência infanto-juvenil, encontra-se uma realidade distinta da violência em geral, por trazer em sua conjuntura outras determinações, como, por exemplo, a condição de vulnerabilidade e a proteção integral. Por outro lado, a abordagem desta temática não se reduz apenas ao impacto epidemiológico, possibilitando outras discussões à luz da Saúde Pública.

Na constante busca de saúde e bem-estar confluem diferentes dimensões e aspectos. Os aspectos do biológico e social, o indivíduo e a comunidade e ainda a política social e econômica. Partindo deste pressuposto, a saúde conceitua a necessidade do equilíbrio interno do homem e desse com o ambiente, sendo um meio de realização pessoal e coletiva. A Saúde Pública, por sua vez, deve considerar em seu campo de saberes e práticas, esses diferentes aspectos relacionados (DEJOURS, 1986).

Frenk (1992) defende a idéia de que a qualidade “pública”, da expressão Saúde Pública, refere-se a uma dimensão de análise no qual consiste o nível populacional, ou seja, volta-se para uma perspectiva baseada em grupos ou populações. Este aspecto inspira novas fundamentações, práticas científicas e campos de atuação. A partir do princípio multidisciplinar de investigação, pode-se, assim, definir uma nova Saúde Pública, com abertura conceitual para a aplicação

das ciências biológicas, sociais e da conduta ao estudo do fenômeno saúde em populações humanas (GOMES, 1994).

Após essa discussão conceitual, outra consideração deve ser estabelecida sobre a violência em geral. A violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima (AGUDELO, 1989). A violência e seus danos físicos e/ou morais, fazem parte da própria condição humana. Este fenômeno aparece de forma peculiar nas sociedades, trazendo para o debate público questões fundamentais, particulares e sociais, uma vez que somos, enquanto cidadãos, ao mesmo tempo sujeitos e objetos desta problemática (MINAYO, 1994).

Assumindo a classificação proposta por Minayo (1990), considerando a violência um fenômeno em rede, pode-se distinguir diferentes níveis desse fenômeno: violência estrutural (referente às desigualdades sociais engendradas pelo sistema social, incluindo as discriminações de classe, raça, sexo e idade); violência revolucionária ou de resistência (relacionada ao protesto, de forma organizada, dos que são discriminados); e delinquência (caracterizada pelas transgressões sociais). Nesta classificação, em síntese, a pesquisa volta-se para a violência estrutural.

Ao trazer estas reflexões para o contexto infanto-juvenil, entende-se que este tipo de violência está representado como toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu completo desenvolvimento. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo domínio econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional (BRASIL, 2005a). A condição de vulnerabilidade, característica peculiar desta faixa etária, torna-os um grupo exposto e propenso a sofrer violação dos seus direitos e com conseqüências para a saúde física, mental e social (SOUZA; MELLO-JORGE, 2004).

Documentos internacionais como a Declaração dos Direitos da Criança (Declaração de Genebra, 1924), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e nossa Constituição Federal (1988) ressaltam esta condição de vulnerabilidade e propõem a proteção integral e promoção da saúde de crianças e adolescentes. Estes e demais documentos inspiraram a formulação do Estatuto da

Criança e do Adolescente (ECA) sobre esta mesma perspectiva de prioridade absoluta no atendimento aos seus direitos como cidadãos brasileiros, tornando o ECA, um rico instrumento da sociedade e do poder público para transformar a realidade vitimizada da infância e juventude quanto ao abandono, maus-tratos, exploração sexual, econômica e social.

A partir da articulação entre a Saúde Pública, enquanto campo de conhecimento e práticas multidisciplinares, e a violência infanto-juvenil, como violação dos direitos humanos, é que se configura a discussão, ou seja, o debate tem sido crucial para o entendimento das condições de saúde e qualidade de vida das populações. Neste quadro fica evidente que a existência deste tipo de violência, torna-se uma necessidade e mais uma demanda da Saúde Pública no sentido de colocá-la na pauta de discussão para se repensar conhecimentos, práticas e políticas públicas.

Torna-se claro que esta demanda não se restringe apenas a esta área, faz-se necessário a saúde articular-se com outros setores para que possa dar resolubilidade a esta realidade, numa perspectiva interdisciplinar. A compreensão deste fenômeno complexo exige, portanto, abertura para o aprofundamento da questão com a integração de esforços sob o ponto de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades. Exige, também, que as pesquisas científicas forneçam informações essenciais para a implementação de políticas, estratégias de prevenção e métodos fidedignos para avaliação das ações.

3.2. ATUAÇÃO PROFISSIONAL: CENÁRIO E RESPONSABILIZAÇÃO

3.2.1 A Emergência como espaço de identificação da violência

O cenário das emergências foi escolhido para investigar a atuação profissional quanto à notificação dos casos de violência infanto-juvenil e justifica-se por entender que nestes serviços constituem um importante local de assistência para a violência, no qual os quadros relativos à emergência são de grande relevância epidemiológica e social (BRASIL, 2006).

Considerando o item 2 do Art. 3º da Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM/MS no 1.863, de 29 de setembro de 2003, que prevê a”*organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências , enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes*”

Tendo como ponto de partida esta definição de “elo da cadeia de manutenção da vida”, algumas características marcantes reforçam este conceito. A primeira delas refere-se ao socorro imediato às vítimas, exigindo assistência eficiente e integrada, com suporte tecnológico e científico apropriados. Esta modalidade de assistência apresenta-se como um conjunto de serviços associados (atendimento pré-hospitalar de resgate, centros cirúrgicos, unidades de tratamento intensivo) que devem atuar organizadamente (DESLANDES, 1999).

É válido ressaltar que as finalidades destes serviços são oferecer atendimento imediato e de bom padrão aos doentes; promover o treinamento do pessoal médico, de enfermagem sobre as técnicas de atendimento; desenvolver a pesquisa; assumir atividades educativas e preventivas para que seus membros se tornem aptos a identificar os serviços disponíveis e agir de modo apropriado perante situações de emergência (LOVALHO, 2004).

A segunda característica relacionada à violência infanto-juvenil diz respeito ao local, considerado como propício à suspeição, detecção e primeira abordagem às vítimas (KESHAVARZ; KAWASHIMA; LOW, 2002). Durante os atendimentos podem surgir oportunidades privilegiadas para observação de lesões corporais agudas, tais como escoriações e fraturas sem motivos que as justifiquem, marcas de queimaduras propositais, dentre outros sinais considerados “típicos” de atos violentos (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008).

Outra característica refere-se a possibilidade de uma primeira intervenção das equipes em situações de estresse e conflito familiar, mesmo quando a violência não é relatada como queixa principal, a procura por assistência pode representar uma oportunidade para detecção de casos. Os serviços de emergência podem representar o primeiro e, por vezes, o único contato das vítimas com o setor saúde e seus profissionais que são sujeitos de notificação, proteção e encaminhamentos dos casos (SANDERS; COBLEY, 2005).

Portanto, os serviços de emergência integram uma organização privilegiada para análise da dimensão da violência, no setor saúde, bem como a ação dos profissionais deste serviço, ou seja, esta modalidade de assistência se constitui como “porta de entrada” das vítimas de violência delimitada por um campo de interação entre os sujeitos profissionais, familiares e vítimas de violências (DESLANDES, 2000).

Apesar desses aspectos positivos, existem importantes lacunas na abordagem da violência no âmbito dos serviços de emergência. A primeira delas refere-se a precariedade vivenciada pelo sistema de saúde, principalmente, no que diz respeito às discontinuidades do nível de promoção à saúde e da ausência ou pouca efetividade dos serviços de atenção primária e secundária. Estudos de demanda no município de São Paulo demonstram que grande parte da clientela atendida no Pronto Socorro poderia ser absorvida e atendida pela rede de Unidades Básicas de Saúde (YAMADA *et al.*, 2002).

A justificativa desta alta demanda no setor terciário, especialmente na emergência hospitalar, deve-se ao fato de encontrar nestes serviços várias especialidades médicas e relativa efetividade, além de exames e medicamentos num período de 24h. Nesta conjuntura, o perfil da demanda dos serviços de emergência reflete a baixa resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde e conseqüente agravamento das precárias condições desta modalidade de assistência (RODRIGUEZ *et al.*, 2001).

Outra lacuna refere-se às estimativas de prevalências de notificação de violência nestes serviços, as quais correspondem apenas ao nível de sensibilização e capacitação dos profissionais, e não à sua ocorrência real na clientela atendida (LARGERBERG, 2001; RUSSELL *et al.*, 2004). A rotina agitada, a falta de tempo e privacidade, a ausência de recursos, bem como o pouco treinamento dos profissionais, são algumas justificativas apontadas para subdetecção de casos, representando uma parcela do problema que favorece a perpetuação da violência e seu possível agravamento nos casos não identificados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Para este entrave a proposta de uma dinâmica de responsabilidade institucional nestes setores para a notificação dos casos deve ser adequada

segundo as características do próprio serviço, obedecendo a um atendimento dinâmico que exige rapidez e atitudes imediatas. A efetividade desta ação dá-se pela demarcação de atores (médicos (as) e enfermeiros (as), chefes de equipe médica e de enfermagem, chefias e serviço social da emergência, direção do hospital e Secretaria Municipal de Saúde) e atribuições por meio de uma ação intersetorial e integral. Dentre os atores, a equipe de Serviço Social pode desempenhar um papel-chave na articulação com demais serviços da rede SUS e viabilizar um trabalho de referência (DESLANDES, 1999).

Portanto, a articulação profissional e institucional no enfrentamento da violência, a promoção da capacitação e interação dos diversos setores (saúde, educação, justiça, e outros) favorecem o fortalecimento da Rede de Proteção e Atendimento infanto-juvenil.

3.2.2 Notificação: um ato de responsabilidade

A partir do artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente o profissional da saúde passou a ter o dever de notificar ao Conselho Tutelar os casos suspeitos e confirmados de violência infanto-juvenil (BRASIL, 1990). Em definição, a notificação da violência significa 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 (BRASIL, 2002).

O ato de notificação por profissionais de saúde apresenta-se como um elemento de ação contra a violência e no entendimento do fenômeno, portanto, ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade. A notificação por sua vez torna-se uma fonte de comunicação às autoridades competentes sobre a necessidade de intervenção e assistência aos vitimizados e suas famílias, iniciando um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (NOGUCHI; ASSIS; SANTOS, 2004).

É válido ressaltar que a notificação não é um favor, nem um ato de caridade que o profissional poderá ou não prestar. O cuidado institucional e profissional é um direito que a criança e o adolescente têm. Para o profissional, prover a assistência e notificar são deveres (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). O artigo 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de tais eventos, pelos médicos, professores ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente, sujeita à multa de três a vinte salários de referência (BRASIL, 1990).

Além de fonte de comunicação, a notificação, pode ser fonte alimentadora do sistema de vigilância. Os dados gerados podem viabilizar um sistema de registro com informações fidedignas das situações de violência infanto-juvenil, permitindo construir formas de promoção e de prevenção. Além de poder informar se estão sendo incorporado às rotinas institucionais o atendimento às vítimas de violência (FERREIRA; SOUZA, 2008).

Nesta conjuntura o Sistema de Notificação Compulsória espera garantir que a violência constituirá um evento a ser pesquisado e levado em conta no atendimento à saúde da criança e do adolescente; a criança, o adolescente e sua família serão atendidos e encaminhados ao Conselho Tutelar de onde será impulsionado a desencadear os outros procedimentos cabíveis e a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado, devendo acompanhar todo o seu desenrolar, até o final do atendimento (BRASIL, 2002).

Apesar das exigências éticas, legais, possíveis dilemas culturais e emocionais que este problema representa ao profissional de saúde podem influenciar sobre a sua decisão de notificar, tornando a subnotificação uma realidade.

Estudos qualitativos de Silva (2001), Deslandes (1999) e Almeida (1998) levantaram as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação à notificação. Segundo estes autores, os principais fatores são: 1) falta de preparo do profissional para identificar e lidar com os casos de maus-tratos; 2) medo do profissional em fazer a notificação e ter problemas com a justiça ou sofrer retaliações por parte do agressor; 3) falta de suporte para realizar um atendimento mais aprofundado em função da enorme demanda; 4) tradição de uma prática que se restringe ao atendimento das patologias, sem questionar as causas; 5) descrença

no poder público e na real possibilidade de intervenção nestes casos; 6) visão de que se trata de um “problema de família”, não sendo de responsabilidade de uma “instituição de saúde”; 7) temor de estar enganado e notificar uma “suspeita infundada”.

A atitude dos profissionais frente à abordagem da violência infanto-juvenil se encontra intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano. Assim, a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. 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 (GOMES *et al.*, 2002). Vê-se, que a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria, insuficientes.

Portanto, a efetividade do sistema de notificação se dará pela conquista de alguns desafios, dentre eles: incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais; sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e de educação para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e o de formar as alianças e parcerias necessárias para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente, à sua família ou às instituições que os abrigam (BRASIL, 2002).

3.2.3 Sistema de Vigilância: notificação de maus tratos e outras violências

A construção do perfil epidemiológico dos vitimizados pela violência dá-se essencialmente pela elaboração de indicadores, como também pelo monitoramento dos dados fornecidos pelo sistema de vigilância. Diante da magnitude que o fenômeno da violência vem assumindo e as conseqüências trazidas para a

sociedade, a quantificação dos casos possibilita o direcionamento das políticas públicas para a prevenção do problema e promoção da saúde.

O planejamento e o desenvolvimento de ações com base em indicadores permitem que os serviços produzam acompanhamento técnico profissional a partir dos casos, bem como do processo político, envolvendo busca de direitos, responsabilização, integração da rede de serviços, prevenção e promoção da saúde (FERREIRA; SOUZA, 2008).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica em Violência e Acidentes está baseado no monitoramento dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/Datasus) que permite o conhecimento dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Também é realizado o monitoramento das informações das internações hospitalares por causas externas realizadas no Sistema Único de Saúde (SIH/Datasus). Esses dados são rotineiramente analisados e as informações são divulgadas em publicações do Ministério da Saúde. Tais análises ressaltam o grande impacto que essas causas determinam sobre a vida e a morte dos brasileiros, colocando a questão na dimensão de um problema social que precisa ser mudado (BRASIL, 2005b).

Além disso, é sabido que uma parte considerável da violência que permeia a sociedade brasileira permanece silenciada no âmbito da esfera privada, não sendo conhecida sua real magnitude e gravidade. Desse modo, o estabelecimento de políticas públicas para a prevenção e o controle desses agravos deve ter por base um quadro o mais completo possível do problema, por isso é necessário conhecer também as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências.

Considerando que o SIM e SIH/SUS descrevem apenas características dos casos violentos com desfecho para óbito ou internação, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre os eventos violentos não fatais e suas vítimas, nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida: crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes físicos e trabalhadores (MALTA *et al.*, 2007).

O Sistema VIVA de notificação tem os propósitos de caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais; caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de emergências hospitalares selecionados; validar a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Sexual, Doméstica e/ou outras Violências Interpessoais e a ficha de Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de Urgência e Emergência; testar a operacionalização do sistema e utilizar a informação na definição de políticas públicas.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/ VIVA foi estruturado em dois componentes: vigilância contínua (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela por inquérito (VIVA Sentinela). O estabelecimento da vigilância de violências e acidentes em hospitais e serviços de referência de violências sentinela tem como objetivo possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de alta prevalência e de impacto na saúde das pessoas (GAWRYSZEWSKI, 2007).

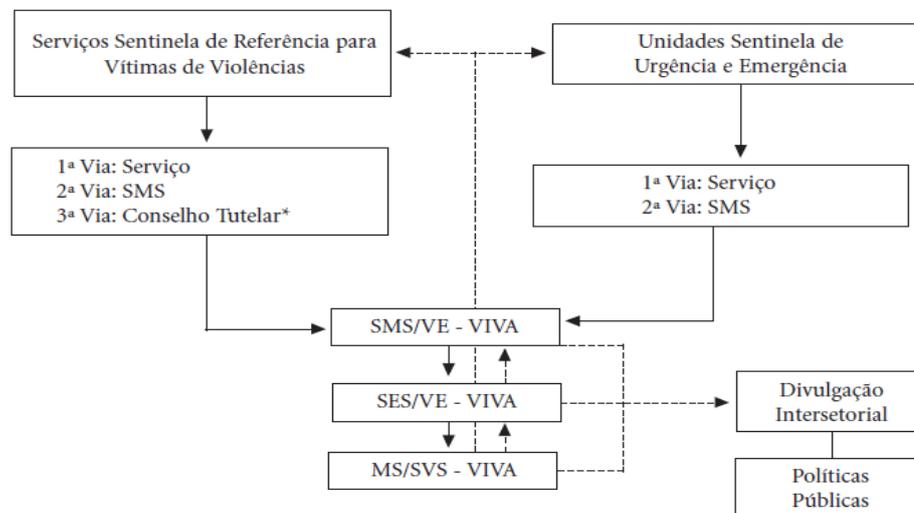
Estas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas:

- **VIVA Contínuo:** Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.
- **VIVA Sentinela:** Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência.

Segundo a orientação do Ministério da Saúde, o fluxo das informações, para os dois componentes é de um fluxo mínimo, norteado por um princípio geral compartilhado pelos sistemas de vigilância de que a informação deve chegar a quem dela necessite (BRASIL, 2009) (Figura 1).

Figura 1

Fluxo de informações da Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007.

Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. Dessa maneira, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência. É com a contribuição dos profissionais de saúde que os casos notificados se destacam, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA *et al.*, 2007).

Portanto, todo esse processo, que vai do diagnóstico à notificação e à tomada de decisões sobre como proteger a vítima e atuar junto ao agressor, é uma construção coletiva de todos os que acreditam na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança e o adolescente (SBP, 2001). Ou seja, a criação de um sistema de notificação e de atendimento à violência ganhará sentido quando responder às necessidades reais, a partir da criação de novas possibilidades de ação por aqueles envolvidos com a problemática.

O VIVA é um sistema novo, que tem o propósito de contribuir para ampliar o conhecimento acerca do impacto dos acidentes e violências na população brasileira. Deste modo, o desafio diz respeito ao melhor conhecimento do perfil epidemiológico das causas externas, sua magnitude, distribuição e gravidade, principalmente em

relação às informações sobre violência doméstica, sexual e outras violências, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito.

3.2.4 Setor Saúde e o Conselho Tutelar: uma relação necessária

O enfrentamento da violência infanto-juvenil, a partir da década de 90, teve como objetivo contribuir para redução da incidência do fenômeno, apoiando e tratando a criança, o adolescente vitimizado, a família e o abusador, realizando pesquisas, sistemas de denúncias e programas de atendimento (FERREIRA, 2002).

Ações preventivas nos três níveis de atenção podem ser realizadas na área da saúde. No nível primário, encontram-se as ações educativas a população em geral sobre medidas preventivas da violência; promoção de condições favoráveis de vida a população; sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos; e a possibilidade do exercício de cidadania através de políticas públicas concretas. No secundário compreende-se a identificação, notificação, diagnóstico e a intervenção precoce dos casos. Por fim, no nível terciário o atendimento das vítimas, envolvendo atenção aos casos, tratamento e/ou reabilitação dos vitimizados pela violência através de equipes multidisciplinares (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999).

É válido ressaltar, para que as medidas de prevenção da violência possam ser adequadamente implementadas, é necessário um plano de ação que tenha como metas a descrição do problema, fortalecimento e apoio às pesquisas, avaliação dos programas de intervenção, organização adequada dos serviços de saúde desde atenção básica até serviços de emergência e a existência de modelos com atendimento integral (OMS, 2002).

Estes objetivos facilitam a elaboração das políticas públicas voltadas para a prevenção desta temática, na medida em que possibilitam um conhecimento maior da realidade na população. Assim, a rede de proteção contra violência assume o seu potencial na intervenção, interrupção, tratamento e superação deste fenômeno. A rede por sua vez, assume as diversas formas de violência com dinâmicas específicas e suas múltiplas experiências dos diversos setores da sociedade, exigindo um movimento intenso e contínuo de integração de diferentes atores e

equipamentos sociais que atuam em sincronia frente à urgente demanda de intervenção (NJAINÉ, 2007).

Para realidade de enfrentamento, prevenção e atendimento da violência infanto-juvenil, a rede atua como um conjunto de ações integradas, onde existe o envolvimento de diversos atores sociais - como o poder público, os profissionais de educação e saúde, os Conselhos Tutelares, entre outros.

Neste contexto, o Conselho Tutelar é a instância que possibilita a defesa dos direitos da criança e do adolescente, sendo considerado pelo ECA em seu artigo 131 como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990 pg. 50).

Ao Conselho Tutelar cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir *in loco* verificar o ocorrido com a vítima. Os pais ou responsáveis (familiares ou institucionais), a não ser em casos excepcionais em que essa parceria se torne inconveniente, devem ser convidados a pensar juntamente com os conselheiros, a melhor maneira de encaminhar soluções, sempre a favor da criança ou o do adolescente. Apenas em casos mais graves que configurem crimes ou iminência de danos maiores à vítima, o Conselho Tutelar deverá levar a situação ao conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial. O trabalho do Conselho é especificamente garantir os direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2002).

A intervenção do Conselho Tutelar se dá a partir de uma denúncia ou notificação de que os direitos de uma criança ou adolescente estão sendo violados ou ameaçados. Isto significa que, a partir de então, se inicia um procedimento para restabelecer a condição desses cidadãos e também numa atuação preventiva para que essa transgressão não venha a acontecer novamente. O Conselho Tutelar não precisa de provas evidentes para apuração de uma denúncia que poderá ser feita inclusive anonimamente.

Neste contexto, a integração entre o setor Saúde e os Conselhos Tutelares e demais serviços de proteção são essenciais ao crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde

compreendam os procedimentos que os Conselhos adotam com as vítimas por eles encaminhadas. Teixeira (1998) divide a metodologia de atendimento dos conselhos nas seguintes etapas: notificação ou denúncia, constatação, aplicação de medida em caráter emergencial, estudo de caso; aplicação de medida principal; acompanhamento e arquivamento.

O acompanhamento do trabalho do Conselho Tutelar por parte dos profissionais de saúde constrói uma parceria que permite compartilhar a decisão a ser tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos. Este contato prévio dos profissionais de saúde abrevia o trabalho do Conselho, reduz a possibilidade de acontecer outra situação desgastante para a vítima, pela repetição do atendimento que muitas vezes em si é invasivo e humilhante, e permite uma avaliação multiprofissional, além de ampliar a informação sobre o caso (BRASIL, 2002).

Contudo, o enfrentamento da questão exige capacitação dos profissionais de saúde para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Trata-se de uma tarefa que não diz respeito somente à informação e ao conhecimento sobre a temática, mas, sobretudo, depende do desenvolvimento da consciência social e do fortalecimento das alianças para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte às vítimas e aos demais envolvidos.

4 METODOLOGIA

A dissertação adota dois focos de análise para o problema: busca analisar a atuação dos profissionais de saúde no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil nas Unidades de Emergência em Saúde e descrever o perfil dos casos registrados no Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) oriundos da Rede de Atenção do SUS (Atenção Básica, Hospitais e Policlínicas). A metodologia responde aos dois objetos de estudo, estruturada em dois componentes: Método I e o Método II.

4.1 MÉTODO I

4.1.2 Tipo de Estudo

Estudo de corte transversal sobre a análise da atuação dos profissionais de saúde no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil nas Unidades de Emergência em Saúde, no período de julho a outubro de 2010.

4.1.3 Área de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Feira de Santana, que está situado na região oeste e semi-árida do estado da Bahia, ocupando uma área territorial de 1.363 Km², com uma população de 556.756 habitantes, sendo 188.267 (33,8% da população total) crianças e adolescente (0 a 18 anos) (IBGE, 2010).

Feira de Santana é considerada a segunda maior cidade do Estado, é um importante entroncamento rodoviário, distando cerca de 108 km da capital do estado, cortada por três Rodovias Federais (BR 324, BR 116 e BR 101) e

cinco Rodovias Estaduais (BA 052, BA 068, BA 501, BA 502 e BA 503), explicando, assim, o grande fluxo migratório na região.

4.1.4 Universo de Estudo

As Unidades de Emergência em Saúde do município, com atendimento à crianças e adolescentes compreende os serviços desenvolvidos no Hospital Regional do Estado (Clériston Andrade) e Policlínicas (Tomba, George Américo, Parque Ipê, Rua Nova, Feira X e Distrito de Humildes). É válido ressaltar que, em outubro de 2010, o município inaugurou o Hospital da Criança, destinado ao atendimento específico infanto-juvenil, reorientando o fluxo de atendimento do Hospital Clériston de Andrade, essa unidade não participou do estudo, pois não houve tempo hábil para a coleta, nova submissão ao comitê de ética e atendimentos ainda incipientes nesta unidade.

4.1.5 Amostra

A estimativa do tamanho da amostra (N) de profissionais de saúde do estudo foi calculada a partir da amostragem casual simples, aplicando a correção de população finita para a população de 523 profissionais de saúde.

Para tanto, assumiu-se uma prevalência esperada de 20% para notificação de casos de violência infanto-juvenil aos órgãos competentes, ao considerar a subnotificação uma realidade, mesmo nos contextos onde este processo é atividade obrigatória (SANDERS; COBLEY, 2005; GONÇALVES; FERREIRA, 2002). O erro aceitável de 5%, intervalo de confiança de 95% (Z= 1,96) e poder do estudo de 80%, concluindo-se por um tamanho amostral de 168 profissionais. Foram acrescentados 10% ao tamanho da amostra devido a eventuais perdas.

$$n = \frac{Z^2 \times p'(1-p)}{d^2}$$

Z: nível de confiança de 95%

ε: erro aceitável de 0,05

P: prevalência de notificação

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os profissionais com mais de um ano efetivo na unidade, que faziam parte do quadro de funcionários, estavam desempenhando suas atividades no período da coleta, aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles profissionais que não foram encontrados nas unidades após três visitas, estavam afastados de suas atividades por férias ou licença médica no período da coleta ou não aceitaram participar do estudo.

4.1.6 Fonte e Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada fonte primária, a partir de um questionário de caráter sigiloso, elaborado a partir dos estudos de Deslandes, (2000), Pires *et al.*, (2005), Costa *et al.*, (2006), adaptados aos objetivos e a população alvo da pesquisa (APÊNDICE B).

O instrumento foi elaborado de forma simples e clara para facilitar a compreensão dos participantes, compreendendo 47 questões fechadas e semi-abertas, divididas em seções:

1ª seção: Foram utilizadas 11 questões para estudar os dados sociodemográficos e da formação dos profissionais de saúde: sexo, idade, situação conjugal, filhos, profissão, especialização, tempo de formado, de experiência profissional e no serviço de emergência, outra atividade remunerada e vínculo empregatício.

2ª seção: A atuação, credibilidades nas instâncias e dificuldades para notificação, foram analisadas através de 19 questões: condutas em caso de suspeita ou identificação da violência, ações de cuidado, encaminhamentos para instâncias de referência, preenchimento da ficha VIVA, credibilidade

(confirmação/identificação, denúncia, encaminhamento/acompanhamento), receio de notificar uma suspeita não confirmada, de envolvimento legal, de retirar a criança do seio familiar e retaliações pelo agressor, omissão da família.

3ª seção: analisou-se o atendimento à violência e capacitação dos profissionais com 14 questões: violência freqüente e atendimento de casos na emergência, formação acadêmica e capacitação no tema.

4ª seção: através de 3 questões abertas explorou-se a avaliação pessoal do profissional de saúde quanto às principais condutas, dificuldades e entraves e fatores que contribuem para o enfrentamento da violência infanto-juvenil.

4.1.7 Definição de variáveis

As variáveis do estudo foram selecionadas tendo em vista as associações pertinentes ao estudo e a discussão das mesmas.

A variável desfecho foi a atitude em notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-juvenil aos órgãos competentes. Considerou-se o fato do profissional de saúde relatar como conduta, a notificação frente aos casos. As variáveis descritoras do desfecho de interesse para este estudo foram aquelas que poderiam influenciar na notificação dos casos por profissionais de saúde.

Variável Desfecho: Conduta na notificação aos órgãos competentes	
Variáveis Descritoras	
Características Sociodemográficas	Sexo, idade, situação conjugal, filhos.
Formação Profissional	Categoria profissional, especialização, tempo de experiência profissional e no serviço de emergência, capacitação na temática, vínculo.
Casos atendidos de violência	
Tipo de violência	Física, sexual, negligência/abandono.
Condutas	Solicitar parecer de outro profissional, conversar com a família, perguntar a criança, notificar à órgãos competentes, preencher a ficha VIVA.
Credibilidade nas Instâncias	Quanto a confirmação/identificação, denúncia,

de Referência	encaminhamento/acompanhamento dos casos.
Encaminhamentos	Conselho tutelar, Polícia, Ministério Público.
Dificuldades	Receio de envolvimento legal, de retirar a criança da família e de retaliações pelo agressor, falta de formação profissional, omissão da família.

Quadro 1. Variáveis analisadas na avaliação de condutas destinadas a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-juvenil.

4.1.8 Processo de coleta de dados

Inicialmente, foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Núcleo de Educação Permanente do Hospital Regional, através de ofício, apresentado a pesquisa e solicitando a disponibilização de informações sobre o número de profissionais de saúde nas Unidades de Emergência de Feira de Santana-BA.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (CEP-UEFS), foi feito novo contato com as instituições através de um ofício elaborado aos coordenadores das unidades de saúde, solicitando autorização para coleta de dados, além de informações relevantes sobre a pesquisa (objetivos, período de coleta, anonimato, voluntariedade, importância). É válido ressaltar que para as policlínicas o referido ofício foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.

Anteriormente à coleta de dados, foi feita uma visita de reconhecimento a todas as unidades, a fim de manter contato com seus responsáveis, entregar o ofício e agendar, de acordo com a disponibilidade da equipe de saúde, as visitas subsequentes para aplicação dos questionários, sem interferir na rotina de atendimento.

Antes da entrega dos questionários, foram reforçadas verbalmente as informações sobre a pesquisa e entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Vale ressaltar que os profissionais de saúde responderam ao questionário individualmente e à distância do pesquisador.

4.1.9 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram armazenados e processados utilizando o Programa Statistical Package for Social Science/SPSS, versão 12.0 for Windows.

O alcance dos objetivos pela presente pesquisa deu-se pela associação entre a variável desfecho e as variáveis que poderiam influenciar esse desfecho (Figura 2). A análise compreendeu duas fases:

Fase I: Foi realizada análise descritiva com cálculo das freqüências simples e prevalências para as características sociodemográficas, da formação, conduta e dificuldades para notificação aos órgãos competentes pelo profissional.

Fase II: Associação entre variáveis desfecho e descritoras, sendo utilizada como medida de significância estatística, o Teste Qui-quadrado de Pearson (X^2) com valor de $p \leq 0,05$.



Figura 2. Variável desfecho (notificação da violência) e fatores associados à sua realização.

4.1.10 Aspectos Éticos

Atendendo às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS e foi aprovado sob o protocolo nº057/2010, CAAE 0055.0.059.000-10.

Quanto à participação no estudo, os profissionais que não concordaram ou que desistiram durante a coleta de dados, tiveram seus direitos reservados, não sendo incluídos na amostra. A voluntariedade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se fizeram necessária para aqueles que concordaram em participar (BRASIL, 1996).

Os dados provindos do estudo serão armazenado durante 5 anos no NNEPA, localizado no módulo VI da UEFS, sob a responsabilidade da Professora Dra. Maria conceição Oliveira Costa, coordenadora do referido núcleo. Os resultados serão divulgados através de artigos científicos, relatórios e reuniões técnicas com as instituições, oficinas e cursos de capacitação quanto à atuação no enfrentamento da violência, ministrado à todos profissionais, independente de ter participado ou não da pesquisa.

4.2 MÉTODO II

4.2.1 Tipo de Estudo

Estudo de corte transversal, baseado em dados secundários das fichas de notificação compulsória do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, referente aos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência, atendidos nas Instâncias do Sistema Único de Saúde/SUS.

4.2.2 Campo de Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Feira de Santana, que está situado na região oeste e semi-árida do estado da Bahia, ocupando uma área territorial de 1.363 Km², com uma população de 556.756 habitantes, sendo 188.267 (33,8% da população total) crianças e adolescente (0 a 18 anos) (IBGE, 2010).

4.2.3 População de Estudo

Foram estudadas os casos de crianças e adolescentes que sofreram violência, notificados no Sistema de Vigilância com faixa etária compreendida entre 0 a 18 anos. Segundo o ECA, considera-se criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1999).

4.2.4 Período de Referência

A pesquisa foi realizada com os registros de 1º de janeiro de 2009 a 31 de setembro de 2010. O ano de 2009 contempla o período de implantação do sistema no município.

4.2.5 Fonte e instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada fonte secundária, a partir da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência doméstica, sexual e outra violências (VIVA contínuo) (ANEXO B). A ficha está dividida em 11 seções e compreende 71 questões.

- 1ª Dados Gerais
- 2ª Notificação Individual
- 3ª Dados de Residência
- 4ª Dados da Pessoa Atendida
- 5ª Dados da Ocorrência
- 6ª Tipologia da Violência
- 7ª Violência Sexual
- 8ª Conseqüência da violência
- 9ª Lesão
- 10ª Dados do provável autor da agressão
- 11ª Evolução e Encaminhamentos

Para maior compreensão e limpeza dos dados contidos na ficha, foi criado um novo questionário, reorientando os dados pertinentes para análise, principalmente as informações relativas a tipologia da violência, violência sexual e lesão, possibilitando uma nova digitação com critérios estatísticos mais rigorosos.

4.2.6 Processo de coleta de dados

Inicialmente, foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde/Vigilância Epidemiológica, através do Núcleo de Prevenção à Violência e apresentada a pesquisa. O contato permitiu conhecer as atividades do referido núcleo e informações sobre o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (CEP-UEFS), foi feito novo contato com as instituições através de ofício, solicitando autorização para a coleta de dados, por meio da consulta às fichas de

notificação/investigação de violências e acidentes (VIVA). As informações pertinentes na ficha de notificação foram disponibilizadas através do banco de dados no formato Excel.

É válido ressaltar que o processo de coleta não interferiu na rotina de trabalho e obedeceu ao cronograma acordado com o núcleo de prevenção.

4.2.6 Variáveis Estudadas

Características Sociodemográficas das vítimas	Sexo, idade, cor da pele, escolaridade
Características do agressor	Número de envolvidos, sexo, uso de álcool, vínculo com a vítima
Tipo de violência	Física, sexual, negligência/abandono, psicológica, outras
Violência sexual	Abuso e exploração sexual
Penetração	Oral, vaginal, anal
Procedimento realizado	Profilaxias, exames laboratoriais
Meio de agressão	Força corporal, objetos, envenenamento, arma de fogo, ameaça verbal
Parte do corpo atingida	Crânio/face/pescoço, tronco, membros superiores e inferiores, órgãos genitais e múltiplas regiões
Local de ocorrência	Residência, instituição de ensino e amparo, ambiente social
Conseqüência da violência	Aborto, gravidez, DST, tentativa de suicídio, estresse pós-traumático
Recorrência	
Encaminhamento no setor saúde	Ambulatorial, internação hospitalar
Encaminhamento para outros setores	Instituição de proteção e atendimento à criança e adolescente, delegacias e judiciário, centro de referências, instituto médico legal e outros
Evolução dos casos	Alta, evasão/fuga, óbito

Quadro2. Variáveis estudadas da ficha VIVA

4.2.7 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram armazenados e processados utilizando o Programa Statistical Package for Social Science/SPSS, versão 12.0 for Windows.

Fase I: Análise descritiva com cálculo das freqüências simples e ocorrências para as características da violência, dos encaminhamentos, da evolução, sociodemográficas das vítimas, do agressor e da violência sexual.

Fase II: Análise bivariada associando tipo de violência (física, sexual, psicológica, negligência/abandono), faixa etária (0 a 11; 12 a 18) e sexo das vítimas com demais variáveis, tendo como medida de significância estatística, o Teste Qui-quadrado de Pearson (X^2) com valor de $p \leq 0,05$.

4.9 Questões Éticas

Atendendo às recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS e foi aprovado sob o protocolo nº057/2010, CAAE 0055.0.059.000-10. (BRASIL, 1996). Foi solicitada da instituição estudada uma permissão documental, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados provindos do estudo serão armazenado durante 5 anos no NNEPA e os resultados serão divulgados através de artigos científicos, boletim epidemiológico, relatórios e reuniões técnicas com as instituições.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo I

Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde/SUS: atuação dos profissionais de saúde.

Notification of juvenile violence in the Emergency Health System/SUS: role of health professionals.

Camila dos Santos SOUZA¹

Maria Conceição Oliveira COSTA²

Rosely Cabral de CARVALHO³

Tânia Maria de ARAÚJO⁴

Vanessa de Farias Camilo da HORA⁵

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS/
Departamento de Saúde - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva -
PPGSC; Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência -
NNEPA/UEFS

Endereço para correspondência: Maria Conceição Oliveira Costa. Avenida
Euclides da Cunha 475, Apto 1602, Graça, Salvador-Bahia, Brasil. CEP:
40.150-120.

Projeto financiado pela FAPESB: Nº SUS 027/2009

¹Mestranda em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/ UEFS e-mail: camila_s.souza@hotmail.com

²Prof. Titular – UEFS; Pós-doutorado Université du Québec à Montréal – UQAM, Professora do PPGSC, Coordenadora NNEPA/UEFS, e-mail: costamco@hotmail.com

³Prof. Adjunta - UEFS; Doutora em Saúde Pública/USP; Professora/PPGSC/UEFS.

⁴ Prof. Titular – UEFS; Pós-doutorado na University of Massachusetts, Professora do PPGSC/UEFS.

⁵Aluna de Iniciação Científica do NNEPA/UEFS.

RESUMO

Objetivo: Analisar a atuação dos profissionais das Unidades de Emergência em Saúde, quanto à notificação dos casos de violência infanto-juvenil, considerando características sociodemográficas, categoria profissional e dificuldades enfrentadas. **Métodos:** estudo transversal, com amostra casual simples (200), selecionada do universo de profissionais (523) das Unidades em Feira de Santana/Bahia (2010). Foram realizadas análises bivariadas e medidas de associação para determinar significância estatística entre a notificação e características sociodemográficas, categoria profissional e dificuldades para notificar. **Resultados:** a maioria relatou notificar às Instâncias de referência (69,5%), solicitar parecer de outro profissional (60,0%), conversar com a família (54,0%), ter credibilidade nas Instâncias de referência, quanto à confirmação, denúncia e encaminhamentos. Foi referida como dificuldades a omissão familiar (91,5%), o receio de envolvimento com o sistema judicial (63,5%) e a falta de capacitação para notificação (47,0%). A ficha de notificação do Sistema de Vigilância a Acidentes e Violência/VIVA do Ministério da Saúde foi preenchida por 42,9%. Houve significância estatística entre notificação e categorias de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, destacando a associação positiva entre a categoria de técnicos de enfermagem e o receio de envolvimento com a justiça, falta de formação na área e preenchimento da ficha VIVA. **Conclusões:** suporte operacional e formação continuada podem contribuir para aprimoramento profissional, na identificação e notificação da violência infanto-juvenil.

Palavras-Chave: Violência; Sistema de Saúde; Emergências, Notificação, Infância e Adolescência.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the performance of professionals in the Emergency Unit Health, regarding the reporting of juvenile violence, considering sociodemographic characteristics, occupation and difficulties. **Methods:** A cross-sectional study with simple random sample (200), selected from the universe of professionals of these (523) Units in Feira de Santana/ Bahia (2010). Bivariate analysis was performed and measures of association to determine statistical significance between the notification and sociodemographic characteristics, occupation and difficulties to notify. **Results:** the most notify the reported to the Reference's Instances (69.5%), requesting an opinion from another professional (60.0%), talking with family (54.0%), have credibility in the instances of reference, to the confirmation, termination and referrals. It was referred to as difficulties the omission of family (91.5%), fear of involvement with the judicial system (63.5%) and lack of training for service (47.0%). The form for notification of the Accident Surveillance System and Violence/VIVA Health Ministry has been completed by 42.9%. There was statistical significance between notification and categories of doctors, nurses and nursing technicians, highlighting the positive association between the category of nursing staff and fear of commitment to justice, lack of training in the area and completing a form VIVA. **Conclusions:** operational support and training can contribute to continuing professional development, identification and notification of juvenile violence.

Keywords: Violence; Health System; Emergency; Abuse reporting, Children and Adolescents.

INTRODUÇÃO

A violência infanto-juvenil vem ocupando posição de destaque nas agendas de organizações internacionais, configurando-se como importante desafio contemporâneo (BAIREL, 2004). As peculiaridades inerentes ao processo de desenvolvimento dessa população contribuem para múltiplas vulnerabilidades e conseqüências a saúde física, mental e social (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008).

No Brasil, desde a década de 80, a vitimização de crianças e adolescentes tem instigado a atenção do poder público e da sociedade civil, apontando a magnitude do problema e a necessidade de enfrentamento, com base nos dispositivos legais (Constituição Federal (artigo 227), regulamentados com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1998; BRASIL, 1990).

O envolvimento do setor saúde na Rede de Enfrentamento da violência infanto-juvenil sugere o reconhecimento do impacto individual e coletivo do problema, assim como da articulação Institucional, frente à implementação das políticas de intervenção e prevenção (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Integrante do Sistema de Saúde, as Unidades de Emergência constituem um dos importantes setores de assistência, integrando uma organização privilegiada para a análise da dimensão da violência, uma vez que, nesses serviços, o fenômeno adquire visibilidade e constância, fazendo parte do processo de trabalho e da interação entre profissional e clientela (DESLANDES, 1999).

A identificação e notificação da violência às autoridades competentes é um passo decisivo para o seu enfrentamento e a inserção dos profissionais de saúde torna-se crucial, pela posição privilegiada que ocupam, no atendimento das conseqüências mais evidentes. Esses profissionais apresentam-se como agentes de proteção, com responsabilidade de acionar o apoio da equipe multidisciplinar, através dos núcleos de vigilância e assistência, assim como viabilizar o processo de notificação e encaminhamento dos casos suspeitos ou confirmados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Essa prática representa a atuação além dos limites da prestação de assistência, tendo o objetivo de interromper a cadeia de eventos e suas conseqüências (BRASIL, 2002). Para o

enfrentamento da violência, a notificação constitui uma ferramenta valiosa no levantamento de indicadores que permitem quantificar e caracterizar múltiplos aspectos do fenômeno, nos diversos contextos e grupos sociais. Em nível nacional, o Conselho Tutelar, integrante do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente/SGDCA é a Instância de referência para a denúncia dos casos de violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

No Setor Saúde, os casos de vitimização com desfecho para óbito ou internamento são monitorizados através da Declaração de Óbito/DO e a Autorização de Internação em Hospitais públicos/AIH, fornecidos pelo Sistema de Informação em Mortalidade/SIM e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH/SUS, gerenciados pelo Ministério da Saúde/MS (MALTA, 2007). A partir de 2006, o Ministério da Saúde, junto às Secretarias de Estados e Municípios, vem realizando o monitoramento dos eventos violentos não fatais e vítimas, nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida, atendidos no SUS, através do Sistema de Informação de violências e acidentes/VIVA (Hospitais, Atenção Básica e Unidades de Emergência (BRASIL, 2009). O planejamento de ações com base nesses indicadores permite a integração da Rede de Serviços, fundamental no dimensionamento das práticas, bem como na reivindicação de políticas que envolvam o cumprimento de direitos e responsabilização (FERREIRA; SOUZA, 2008).

Este estudo tem como objetivo analisar a atuação dos profissionais das Unidades de Emergência em Saúde, no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil, considerando características sócio-demográficas, categoria profissional e principais dificuldades enfrentadas.

MÉTODO

Estudo transversal, realizado com amostragem dos profissionais de saúde integrantes das Unidades de Emergência de Feira de Santana, Bahia/Brasil. Foram incluídas no estudo todas as Unidades que prestam este tipo de assistência no município: Hospital Regional do Estado (Clériston Andrade) e Policlínicas (Tomba, George Américo, Parque Ipê, Rua Nova, Feira X e Distrito de Humildes), as quais foram representadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas e assistentes sociais.

O cálculo da amostragem foi casual simples, considerando o total de 523 profissionais de saúde, prevalência estimada de 20% para notificação, erro padrão de 5% e nível de confiança de 95%, resultando num tamanho amostral de 168 técnicos. Foram incluídos no estudo aqueles com mais de um ano efetivo, faziam parte do quadro de funcionários e estavam desempenhando suas atividades no período da coleta.

Um questionário padronizado foi desenvolvido para estudar a atuação dos profissionais, diante dos casos e as variáveis do estudo foram selecionadas, quanto aos aspectos relevantes, com base na literatura (LIMA, 2008; PIRES *et al*, 2005; DESLANDES, 2000). A variável desfecho foi a notificação dos casos, suspeitos ou confirmados, aos órgãos competentes, considerando os atendimentos nos últimos seis meses (evitando viés de memória). As variáveis descritoras do desfecho foram aquelas com possível influência na notificação: 1) Características sócio-demográficas dos profissionais (sexo, faixa etária, situação conjugal, presença de filhos); 2) Formação (categoria profissional, especialização, tempo de experiência na categoria e no serviço de emergência, capacitação na temática, tipo de vínculo profissional); 3) Casos atendidos de violência; 4) Tipo de violência (física, sexual, negligência/ abandono); 5) Atuação técnica (solicitar parecer de outro profissional, conversar com a família, questionar a criança, notificar a órgãos competentes, preencher a ficha VIVA); 6) Credibilidade nas Instâncias de Referência (quanto a confirmação/ identificação, denúncia, encaminhamento/acompanhamento dos casos); 7) Encaminhamentos (Conselho Tutelar, Polícia, Ministério Público); 8) Dificuldades (receio de envolvimento com a justiça; receio de retirar a criança da família, retaliações pelo agressor, falta de formação profissional e omissão da família).

O acesso às Unidades de Emergência para a coleta de dados foi documentado e autorizado pela Secretaria de Saúde e pelo setor de Educação Permanente, acordando-se um cronograma compatível com rotina do serviço e disponibilidade dos profissionais. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado, após esclarecimento dos objetivos, garantia de anonimato, confidencialidade e caráter voluntário de participação na pesquisa. O questionário foi respondido, individualmente, de forma sigilosa e acondicionado em envelope lacrado.

Para processamento dos dados utilizou-se o programa SPSS, versão 12.0. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, análise bivariada e medida de associação, utilizando-se o teste do qui-quadrado (X^2) de Pearson, com valor de $p \leq 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS protocolo nº057/2010, CAAE 0055.0.059.000-10.

Assinalamos que este artigo constitui resultado de pesquisa original dos autores, não possuindo em nenhuma instância conflitos de interesses.

RESULTADOS

Foram estudados 200 profissionais, a partir do universo (523) daqueles vinculados às Unidades de Emergência das seis Policlínicas e Hospital Regional Geral (Clériston Andrade), de Feira de Santana.

As características sociodemográficas apontaram maioria feminina (82,5%), na faixa etária entre 20 a 30 anos (38,5%), casados ou com união consensual (61,0%) e com filhos (60,0%) (Tabela 1). Os técnicos de enfermagem representaram 52,5% dos profissionais estudados; os enfermeiros, 22,5% e os médicos, 17%; mais de 50% tinham especialização e mantinham contrato de trabalho temporário (69,0%). Quarenta e oito por cento tinham até cinco anos de experiência e a maioria (71,0%) em Unidades de Emergência. A capacitação específica para atuação e notificação dos casos foi relatada por apenas 30,5%, sendo que 82,0% afirmaram atuação diferenciada após a capacitação e 95% mostraram interesse em ser capacitado (**Tabela 1**).

No quesito atuação profissional nos últimos seis meses (**Tabela 2**), 35,7% informaram ter atendido algum caso de violência física (63,4%), sexual (43,7%) e negligência/abandono (33,8%), citando, como principais formas de atuação, a solicitação de um parecer por outro profissional (60,0%), conversa com a família (54,0%), notificação aos órgãos competentes (69,5%), cabendo salientar que apenas 42,9% (N=56) preencheram a ficha de notificação de acidentes e violência, do Sistema VIVA/MS. A maioria dos profissionais relatou encaminhar os casos para o Conselho Tutelar (95,0%), embora 41,5% deles tenham referido acionar a Polícia (41,5%). A maior parte assinalou ter credibilidade nas instâncias de referência, principalmente quanto ao

encaminhamento e acompanhamento dos casos (65,0%). Entre as dificuldades para notificação da violência aos órgãos competentes, os profissionais indicaram, principalmente, omissão familiar (91,5%), receio de envolvimento judicial (63,5%) e falta de formação (47,0%).

Na análise das associações entre notificação do caso e as variáveis do estudo (**Tabelas 3 e 4**) foi verificado resultado significativo ($p \leq 0,05$) para a categoria profissional ($p \leq 0,001$); ter capacitação pela Instância de origem ($p = 0,041$); encaminhamento de casos para polícia ($p = 0,001$); credibilidade nas Instâncias de referência ($p = 0,049$); falta de formação profissional ($p = 0,004$).

No que diz respeito à atuação, segundo a ocupação profissional (**Tabela 5**), as categorias estudadas mostraram associação positiva e significativa com a notificação dos casos aos órgãos competentes: médicos (85,3% e $p = 0,028$), enfermeiros (88,9% e $p = 0,001$) e técnicos de enfermagem (58,1% e $p = 0,000$).

Foram verificados resultados significantes ($p \leq 0,05$), com associações negativas e positivas em itens diversificados. A categoria de médicos mostrou associação negativa com a solicitação de parecer a outro profissional (55,9% e $p = 0,038$); receio de envolvimento judicial (55,9% e $p = 0,010$) e falta de formação profissional para notificação (73,5% e $p = 0,008$). Entre os enfermeiros, a notificação apresentou associação positiva com o preenchimento da ficha VIVA (59,3% e $p = 0,017$), enquanto que, entre os técnicos de enfermagem, esta mesma variável mostrou associação negativa (78,9% e $p = 0,018$). Na categoria dos técnicos de enfermagem, a notificação associou-se de forma positiva com o receio de envolvimento judicial (70,5% e $p = 0,031$) e a falta de formação profissional na área (55,2% e $p = 0,014$) (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

A sub-notificação da violência é apontada como uma realidade, mesmo nos contextos onde esse processo é atividade obrigatória e faz parte dos procedimentos, no atendimento ao público (SANDERS; COBLEY, 2005; FLAHERTY *et al*, 2000). Pesquisas apontam que, apesar das determinações legais (ECA) e reconhecimento da importância da notificação, os profissionais da área de saúde têm dificuldades em adotá-la como procedimento de rotina

confirmados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). No presente estudo, muito embora a maioria dos profissionais tenha negado formação específica na área, cerca de 70% confirmaram a notificação dos casos às Instâncias de referência para denúncias (Conselhos Tutelares), com associação positiva e significativa da notificação, para as categorias de médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esses achados podem estar sugerindo possibilidade de articulação entre o Sistema de Saúde e de Garantia de Direitos, fundamental ao fortalecimento da Rede de Atendimento e de Proteção à infância e adolescência.

Entre as dificuldades apontadas no presente estudo, o receio de envolvimento judicial, reportado por grande proporção dos profissionais, corrobora com achados de outros pesquisadores que verificaram esta mesma dificuldade, atribuída à ausência ou insuficiência de suporte institucional (SALIBA *et al*, 2007). A criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos torna-se fundamental para o sucesso das ações de enfrentamento da violência, nos serviços de emergência. Nesse processo, a identificação das atribuições deve ser específica para os respectivos serviços (hospitais, policlínicas) e categorias de profissionais, chefia imediata e diretoria (serviço social, profissionais de saúde e direção das Instituições). Ao compreender que a notificação é uma responsabilidade (ética e legal) do profissional de saúde, a instituição deve garantir esta prática, protegendo o indivíduo de todas as pressões, compartilhando responsabilidades pelo caso (DESLANDES, 1999).

A omissão da família, negando informações que fundamentam suspeitas dos profissionais das Unidades de Emergência, resultado observado no presente estudo, sugere a interferência de múltiplos fatores, quanto à atitude de notificar. Na nossa sociedade, as intervenções que confrontem com o discurso da família, pais e responsáveis é encarada como intrusiva e ofensiva à autoridade paterna confirmados (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). A abordagem dos casos de violência familiar exige desenvoltura profissional, quanto à argumentação e intenção do ato de notificar (bem estar da criança e/ou adolescente). A literatura recomenda, para técnicos e Instituições, o esclarecimento da obrigatoriedade, o teor da notificação, vantagens e possíveis desdobramentos (BRASIL, 2002). Nessa negociação, a notificação deve ser

apresentada como veículo de acesso às Instituições e serviços, necessários para prevenir e intervir, diminuindo efeitos e fatores que favorecem à violência (SALIBA *et al*, 2007).

Vários estudos apontam a influência positiva da formação e acesso à capacitação na área, sobre a atitude dos profissionais de saúde em notificar casos de violência infanto-juvenil (VULLIAMY; SULLIVAN, 2000; GOMES *et al*, 2002; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999). Os achados da presente pesquisa mostraram que, a despeito de que a maioria não tivesse capacitação específica no assunto, a notificação dos casos de violência infanto-juvenil foi relatada por 69,5% dos profissionais.

Ainda sobre o quesito de capacitação, estudiosos relataram algumas dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com as vítimas que recorrem ao serviço, bem como com os procedimentos para notificação, possivelmente, pela insuficiente formação na área (JARAMILLO; URIBE, 2001). Pesquisas apontam que a maioria das disciplinas dos cursos de graduação em saúde não contempla, em seus currículos e programas, aspectos relacionados à violência, comprometendo a formação dos profissionais de saúde, quanto às medidas para notificação, encaminhamentos e resolutividade dos casos (FINKELHOR; ZELLMAN, 2000). Os achados do presente estudo, que verificaram cerca de 70% dos profissionais sem capacitação nessa área, corroboram com essas pesquisas e ratificam estudo anterior, realizado no mesmo município, onde apenas 30,5% dos profissionais de saúde da Rede Básica (USF e UBS) encontravam-se capacitados para atuar no processo de notificação (JARAMILLO; URIBE, 2001; FINKELHOR; ZELLMAN, 2000; GOLDMAN, 2003; BRAZ; CARDOSO, 2000).

Quanto à credibilidade nas Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos/SGDCA, há evidências de que pode influenciar, de forma positiva ou negativa, a notificação, mesmo em contextos onde esse procedimento é compulsório e o sistema de proteção eficiente (MELTON, 2005; NOGUCHI; ASSIS; SANTOS, 2004). No presente estudo foi observada associação positiva e significativa entre notificação e credibilidade nas Instâncias, principalmente quanto à identificação e confirmação dos casos. Esse achado pode estar sugerindo a articulação entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Garantias de Direito, quanto às práticas dos profissionais. É notório que as ações de

enfrentamento da violência infanto-juvenil têm sido divulgadas, tornando-se uma política de impacto na sociedade, especialmente no campo da saúde coletiva. Os esforços concentrados entre os diferentes setores (Universidades, agências internacionais, órgãos públicos, associações de classe, comunidades em geral), articulados através das propostas de integração, são exemplos desse processo, cujas estratégias visam o fortalecimento Institucional da Rede de Atendimento, através da qualificação de recursos humanos. Cabe assinalar a importância da participação da mídia, na veiculação de informações e conhecimentos sobre a temática, assim como no estímulo e impulsão do controle social, no desenvolvimento da consciência crítica e participativa, voltada aos direitos humanos.

No que diz respeito aos encaminhamentos, o Conselho Tutelar, órgão permanente, autônomo e não jurisdicional é a instituição de referência, no cumprimento dos direitos, acolhendo e averiguando as denúncias (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002). Os resultados apresentados nessa pesquisa destacam duas questões: a primeira refere-se que a maioria dos profissionais encaminhou os casos ao Conselho Tutelar; e a segunda é que foi observada associação significativa entre notificação e encaminhamento dos casos para o Setor da Polícia, cujas atribuições são distintas. Esses achados podem estar sugerindo que, ao mesmo tempo em que a maior parte dos profissionais encaminhou adequadamente os casos, uma parcela considerável desses encarou a violência infanto-juvenil como problema que diz respeito à esfera da Segurança Pública. Esses resultados corroboram com achados de outros estudos, que mostraram inadequação de condutas e encaminhamentos, frente às vítimas de violência, apontando a necessidade de investimento na formação dos profissionais na Rede de Atendimento, buscando fortalecer e aprimorar a articulação entre o Setor Saúde e a Rede de Garantia de Direitos, redefinindo papéis e responsabilidades, como domínio público de atendimento e defesa (LIMA, 2008; SALIBA *et al*, 2007).

Na pesquisa de Feira de Santana merece ser ressaltada a associação positiva e significativa da notificação no Sistema de Informação de Violência e Acidentes (VIVA/MS) pela categoria de enfermeiros, enquanto que, entre os técnicos de enfermagem, essa mesma associação foi negativa, sugerindo a necessidade de formação, para implementação dessa prática, em todos os

níveis de atendimento do Setor Saúde. O Sistema VIVA de vigilância tem como propósito levantar dados epidemiológicos, clínicos, procedimentos e encaminhamentos, referente aos casos atendidos nas Unidades do Sistema Único de Saúde/SUS (BRASIL, 2009). A quantificação e monitoramento desses dados viabilizam o levantamento de indicadores, assim como a avaliação da magnitude e impacto da violência, para a sociedade.

O planejamento e o desenvolvimento de práticas com base nesses índices permitem que os serviços aprimorem o desempenho técnico, no atendimento, assim como agilizem o direcionamento das ações e encaminhamentos jurídicos que envolvem o reconhecimento dos direitos e responsabilização (FERREIRA; SOUZA, 2008).

O receio de retaliações pelo agressor, assim como o impacto dessas ameaças nos familiares que informaram e apresentaram a violência ao setor saúde, são dificuldades apontadas pelos profissionais, para justificar a não notificação dos casos de violência (FERREIRA *et al*, 1999). A proximidade do agressor faz com que a revelação seja mais difícil, eleva o risco de reincidência, compromete o núcleo familiar, muitas vezes conivente com a vitimização. No presente estudo, os profissionais relataram esta, entre outras dificuldades, corroborando com a literatura e sugerindo estudos complementares que possam investigar as possíveis associações entre notificação e fatores ligados aos agressores e ao meio ambiente familiar (SCOTT, 2002; VETERE; COOPER, 2003; KESHAVARZ; KAWASHIMA; LOW, 2002).

Para concluir, cabe sinalizar que o objetivo da presente pesquisa não contemplou a quantificação dos casos de violência infanto-juvenil atendidos, cujo aspecto faz parte de outro estudo em desenvolvimento, através do Sistema VIVA de notificação. Ressalta-se a contribuição dessa pesquisa, mostrando a situação pontual do processo de notificação da violência infanto-juvenil, no âmbito das Unidades de Emergência (Hospitais e Atenção Básica) e apontando itens que podem interferir de forma positiva ou negativa nesse procedimento. Esses achados podem contribuir para subsidiar ações voltadas à sensibilização de gestores, quanto à necessidade do fortalecimento institucional e formação técnica continuada, intensificando o processo de notificação nos serviços de saúde.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

A análise da atuação dos profissionais das Unidades de Emergência, no quesito notificação, revelou algumas dificuldades operacionais, diante dos casos de crianças e adolescentes vitimizados. Embora o Setor Saúde venha empreendendo esforços, quanto ao fortalecimento Institucional e articulação com a Rede de Atendimento do Sistema de Garantia de Direitos/SGDCA, o despreparo na formação sugere a necessidade de investimento nas ações e programas de educação continuada, nesta área, com objetivo de intensificar o processo de identificação, notificação, encaminhamento e suporte dos casos, especialmente os grupos populacionais mais vulneráveis.

O apelo legítimo por cessar a violência não pode ignorar a sua complexidade, dinâmica e diversidade de manifestações, exigindo, portanto, ação diferenciada, diante da demanda nos serviços de Emergência em Saúde. A inadequação do modelo biomédico preponderante na formação dos profissionais e na assistência hospitalar exige novas alternativas para suprir as lacunas de formação, no sentido de lidar com este fenômeno. Nessa perspectiva, o setor saúde enfrenta o desafio de aprimorar e ampliar a infraestrutura, através de equipes capacitadas, com rotinas eficientes, para o atendimento às vítimas e famílias.

O dinamismo das Unidades de Emergências exige a atuação de equipes interdisciplinares para dar suporte ou subsídios às ações dos profissionais. Nesse quesito, cabe assinalar a importância da Rede de Referência e Contra-Referência do SUS e a articulação com as Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos (DESLANDES, 1999).

REFERÊNCIAS

- 1- BAIREL, L. F. Medo Social: da violência visível ao invisível da violência. São Paulo: Cortez; 2004.
- 2- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Justiça; 1988.
- 3- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 6- BRAZ, M., CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8 (1): 91-97.
- 7- DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. Cien Saude Colet 1999; 4: 81-94.
- 8- DESLANDES, S.F. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios, 2000. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- 9- D’OLIVEIRA, A.F.P.L., SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. J Rede Saude 1999; 19:3-4.
- 10- FERREIRA, A.L, SOUZA, E.R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. Cad Saude Publica 2008; 24 (1): 28-38.
- 11- FERREIRA, A.L., GONÇALVES, H.S., MARQUES, M.J.V., MORAES, S.R.S. A prevenção da violência contra criança na experiência do Ambulatório

de atendimento à Família: Entraves e possibilidades de atuação. Cien Saude Colet 1999 4: 123-130.

12- FINKELHOR, D., ZELLMAN, G.L. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. Child Abuse Negl 2000; 15:335-41.

13- FLAHERTY, E.G., SEGE, R., BINNS, H.J., MATTSON, C.L., CHRISOFFEL, K.K. Health care provider's experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatric Adolesc Med 2000; 154:489-93.

14- GOLDMAN, J., SALUS, M.K., WOLCOTT, D., KENNEDY. A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice. Child abuse and neglect user manual series. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.

15- GOMES, R., JUNQUEIRA, M.F.P.S., SILVA, C.O., JUNGER, W.L. A abordagem dos maus-tratos contra criança e adolescente em uma unidade pública de saúde. Cien Saude Colet 2002; 7 (2): 275-283.

16- GONÇALVES, H.S., FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saude Publica 2002; 18(1): 315-319.

17- JARAMILLO, D.E, URIBE, T.M. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. Invest Educ Enferm 2001; XIX(1): 38-45.

18- KESHAVARZ, R., KAWASHIMA, R., LOW, C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. J Emer Med 2002; 23: 341-5.

19- LIMA, M.C.C. Conhecimento e atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de Feira de Santana-BA frente a violência contra crianças e adolescentes, 2008. [dissertação de mestrado]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2008.

20- MALTA, D.C., LEMOS, M.A.S., SILVA, M.M.A., RODRIGUES, S.E.M., GAZAL-CARVALHO, C., MORAIS NETO, O.L. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Epidemiol e Serviços de Saúde, 16: 45-55, 2007.

21- MELTON, G.B. Mandated reporting: a policy without reason. Child Abuse Negl 2005; 29:9-18.

- 22- MOURA, A.T.M.S, MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E. Detecção de maus tratos contra criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (12): 2926-2936.
- 23- NOGUCHI, M.S., ASSIS, S.G., SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4): 963-973.
- 24- PIRES, J.M., GOLDANI, M.Z., VIEIRA, E.M., NAVA, T.R, FELDENS, L., CASTILHOS, K., SIMAS, V., FRANZON, N.S. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5 (1): 103-108.
- 25- SANDERS T., COBLEY, C. Identifying non-accidental injury in children presenting to A & E departments: an overview of the literature. *Accid Emerg Nurs* 2005; 13:130-6.
- 26- SALIBA O, GARBIN, C.A.S., GARBIN, A.J.I., DOSSI, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica* 2007; 41 (3): 472- 477.
- 27- SCOTT L. Child protection: the role of communication. *Nurs Times* 2002; 98: 34-6.
- 28- VETERE A, COOPER J. Setting up a domestic violence service. *Child Adolesc Mental Health* 2003; 8:62-7.
- 29- VULLIAMY A.P., Sullivan R. Reporting child abuse: pediatrician's experiences with child protection system. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1461-70.

Tabela 1. Características sociodemográficas e da formação dos profissionais de saúde. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010.

Profissionais de Saúde (n=200)	n	%
Sexo		
Masculino	35	17,5
Feminino	165	82,5
Idade (anos)		
20 a 30	77	38,5
31 a 40	74	37,0
>40	49	24,5
Situação Conjugal		
Solteiro	62	31,0
Casado/União Consensual	122	61,0
Outros ¹	16	8,0
Filhos		
Sim	120	60,0
Não	80	40,0
Profissão		
Técnico de Enfermagem	105	52,5
Enfermeiro	45	22,5
Médico	34	17,0
Outros ²	16	8,0
Especialização		
Sim	108	54,0
Não	92	46,0
Tempo de experiência profissional (anos)		
0 a 5	96	48,0
6 a 10	53	26,5
>10	51	25,5
Tempo no serviço de emergência (anos)		
0 a 5	142	71,0
6 a 10	41	20,5
>10	17	8,5
Capacitação		
Sim	61	30,5
Não	139	69,5
Identificação/Atuação após capacitação³		
Sim	50	82,0
Não	11	18,0
Instância oferece capacitação		
Sim	24	12,0
Não	176	88,0
Interesse em capacitação		
Sim	191	95,5
Não	9	4,5
Vínculo		
Contrato Temporário	138	69,0
Efetivo	62	31,0

¹Viúvo e Separado; ²Fisioterapeuta, Cirurgião-dentista e Assistente social; ³(N=61)

Tabela 2. Características da atuação dos profissionais de saúde frente aos casos de violência infanto-juvenil. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010.

Características (n=200)	n	%
Casos Atendidos¹	71	35,7
Tipo de violência		
Física	45	63,4
Sexual	31	43,7
Negligência/Abandono	24	33,8
Atuação¹		
Solicitou parecer de outro profissional	120	60,0
Conversou com a família	108	54,0
Perguntou a criança	72	36,0
Notificou a órgãos competentes	139	69,5
Preencheu a ficha VIVA ³	24	42,9
Credibilidade nas Instâncias de Referência		
Confirmação/Identificação	119	59,5
Denúncia	128	64,0
Encaminhamento/Acompanhamento	130	65,0
Encaminhamentos¹		
Conselho Tutelar	190	95,0
Polícia	83	41,5
Ministério Público	50	25,0
Dificuldades para notificação		
Receio de envolvimento judicial	127	63,5
Receio de retirar a criança da família	40	20,0
Receio de retaliação pelo agressor	27	13,5
Falta de formação profissional	94	47,0
Omissão familiar	183	91,5

¹As questões permitiam múltiplas escolhas; ² (N=71); ³ (N=56)

Tabela 3. Notificação de casos de violência infanto-juvenil, segundo dados sociodemográficas e da formação técnica dos profissionais de saúde. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010.

Profissionais de Saúde	Notificação				p-valor
	Notifica		Não notifica		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	28	80,0	7	20,0	0,137
Feminino	111	67,3	54	32,7	
Idade (anos)					
20 a 30	52	67,0	25	32,5	0,507
31 a 40	55	74,3	19	25,7	
>40	32	65,3	17	34,7	
Situação Conjugal					
Solteiro	44	71,0	18	29,0	0,210
Casado/União Consensual	87	71,3	35	28,7	
Outros ¹	8	50,0	8	50,0	
Profissão					
Médico	29	85,3	5	14,7	0,000*
Enfermeiro	40	88,9	5	11,1	
Técnico de Enfermagem	61	58,1	44	41,9	
Outras ²	9	56,3	7	43,8	
Especialização					
Sim	81	75,0	27	25,0	0,067
Não	58	63,0	34	37,0	
Tempo de experiência profissional (anos)					
0 a 5	86	71,1	35	28,9	0,585
6 a 10	36	64,3	20	35,7	
>10	17	73,9	6	26,1	
Tempo no serviço de emergência (anos)					
0 a 5	109	71,2	44	28,8	0,339
6 a 10	25	61,0	16	39,0	
>10	5	83,3	1	16,7	
Capacitação					
Sim	48	78,7	13	34,5	0,062
Não	91	65,5	48	21,3	
Instância oferece capacitação					
Sim	21	87,5	3	12,5	0,041*
Não	118	67,0	58	33,0	
Interesse em capacitação					
Sim	135	70,7	56	29,3	0,095
Não	4	44,4	5	55,6	

¹Viúvo e Separado; ²Fisioterapeuta, Cirurgião-Dentista e Assistente social; *Estatisticamente significante

Tabela 4. Notificação de casos de violência infanto-juvenil, segundo encaminhamentos e dificuldades, dos profissionais de saúde. Serviços de Emergência, Feira de Santana, 2010.

Encaminhamentos e Dificuldades	Notificação				p-valor
	Notifica n	%	Não Notifica n	%	
Enc. Instâncias de Referência					
Conselho Tutelar					
Sim	134	70,5	56	29,5	0,169
Não	5	50,0	5	50,0	
Polícia					
Sim	68	81,9	15	18,1	0,001*
Não	71	60,7	46	39,3	
Ministério Público					
Sim	40	80,0	10	20,0	0,063
Não	99	66,0	51	34,0	
Credibilidade nas Instâncias Confirmação/Identificação					
Sim	89	74,8	30	25,2	0,049*
Não	50	61,7	31	38,3	
Denúncia					
Sim	92	71,9	36	28,1	0,331
Não	47	65,3	25	34,7	
Encaminhamento/Acompanhamento					
Sim	94	72,3	36	27,7	0,240
Não	45	64,3	25	35,7	
Dificuldades					
Receio de envolvimento judicial					
Sim	89	70,1	38	29,9	0,815
Não	50	68,5	23	31,5	
Receio de retirar a criança da família					
Sim	25	62,5	15	37,5	0,282
Não	114	71,3	46	28,8	
Receio de retaliação pelo agressor					
Sim	15	55,6	12	44,4	0,091
Não	124	71,7	49	28,3	
Falta de formação profissional					
Sim	56	59,6	38	40,4	0,004*
Não	83	78,3	23	21,7	
Omissão da família					
Sim	128	69,9	55	30,1	0,654
Não	11	64,7	6	35,3	

*Estatisticamente significante

Tabela 5. Atuação e dificuldades para notificação da violência infanto-juvenil segundo as categorias dos profissionais de saúde. Serviço de Emergência, Feira de Santana, 2010.

Atuação e Dificuldades													
Categoria Profissional¹	n	Médico²			Enfermeiro³			Téc. de Enfermagem⁴			Outras⁵		
		%	p-valor	n	%	p-valor	n	%	p-valor	n	%	p-valor	
Atuação													
Solicita parecer de outro profissional													
Sim	15	44,1	0,038*	28	62,2	0,730	69	65,7	0,083	8	50,0	0,395	
Não	19	55,9		17	37,8		36	34,3		8	50,0		
Conversa com a família													
Sim	17	50,0	0,607	29	64,4	0,110	51	48,6	0,105	11	68,8	0,217	
Não	17	50,0		16	35,6		54	51,4		5	31,3		
Pergunta a criança													
Sim	12	35,3	0,925	21	46,7	0,090	35	33,3	0,409	4	25,0	0,339	
Não	22	64,7		24	53,3		70	66,7		12	75,0		
Notifica a órgãos competentes													
Sim	29	85,3	0,028*	40	88,9	0,001*	61	58,1	0,000*	9	56,3	0,230	
Não	5	14,7		5	11,1		44	41,9		7	43,8		
Preenche a ficha VIVA⁶													
Sim	1	20,0	0,279	16	59,3	0,017*	4	21,1	0,018*	3	60,0	0,417	
Não	4	80,0		11	40,7		15	78,9		2	40,0		
Credibilidade													
Confirmação/Identificação													
Sim	20	58,8	0,930	24	53,3	0,338	64	61,0	0,660	11	68,8	0,432	
Não	14	41,2		21	46,7		41	39,0		5	31,3		
Denúncia													
Sim	22	64,7	0,925	28	62,2	0,778	68	64,8	0,813	10	62,5	0,896	
Não	12	35,3		17	37,8		37	35,2		6	37,5		
Encaminhamento/Acompanhamento													
Sim	19	55,9	0,221	26	57,8	0,249	73	69,5	0,158	12	75,0	0,382	
Não	15	44,1		19	42,2		32	30,5		4	25,0		
Encaminhamentos													
Conselho Tutelar													
Sim	32	94,1	0,796	44	97,8	0,331	98	93,3	0,256	16	100,0	0,339	
Não	2	5,9		1	2,2		7	6,7		0	0,0		
Polícia													
Sim	12	35,3	0,420	24	53,3	0,067	41	39,0	0,459	6	37,5	0,735	

Não	22	64,7		21	46,7		64	61,0		10	62,5	
Ministério Público												
Sim	7	20,6	0,514	15	33,3	0,143	24	22,9	0,462	4	25,0	1,000
Não	27	79,4		30	66,7		81	77,1		12	75,0	
Dificuldades												
Receio de envolvimento judicial												
Sim	15	44,1	0,010*	28	62,2	0,840	74	70,5	0,031*	10	62,5	0,931
Não	19	55,9		17	37,8		31	29,5		6	37,5	
Receio de retirar a criança da família												
Sim	8	23,5	0,572	5	11,1	0,090	24	22,9	0,288	3	18,8	0,896
Não	26	76,5		40	88,9		81	77,1		13	81,3	
Receio de retaliação pelo agressor												
Sim	2	5,9	0,154	5	11,1	0,594	18	17,1	0,113	2	12,5	0,903
Não	32	94,1		40	88,9		87	82,9		14	87,5	
Falta de formação profissional												
Sim	9	26,5	0,008*	19	42,2	0,466	58	55,2	0,014*	8	50,0	0,802
Não	25	73,5		26	57,8		47	44,8		8	50,0	
Omissão familiar												
Sim	31	91,2	0,941	44	97,8	0,086	98	93,3	0,328	10	62,5	0,000*
Não	3	8,8		1	2,2		7	6,7		6	37,5	

¹(N=200); ²(N=34); ³(N=45); ⁴(N=105); ⁵(N=16); ⁶(N=56); *Estatisticamente significante

5 Artigo II

Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil na Rede de Atendimento do Sistema Único de Saúde/SUS.

Violence and Accidents Surveillance System/ VIVA and notification of children and juvenile's violence in the Public Health System

Maria Conceição O. Costa¹

Camila dos Santos Souza²

Risonete Matias Dinis Dias³

Roselyz Miranda Varjão³

Marta Macedo de Góes³

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS/Departamento de Saúde- Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva- PPGSC; Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência- NNEPA/UEFS.

Endereço para correspondência: Maria Conceição Oliveira Costa. Avenida Euclides da Cunha 475, Apto 1602, Graça, Salvador-Bahia, Brasil. CEP: 40.150-120.

Projeto financiado pela FAPESB: Nº SUS 027/2009

¹Profª Titular – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGSC/UEFS, Pós Doutorado Université du Québec à Montreal/ UQAM, Pesquisadora do CNPq e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/UEFS. E-mail: costamco@hotmail.com

²Mestranda em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, Fisioterapeuta e colaboradora NNEPA/UEFS.

³Profissionais de saúde, membros do Núcleo de Prevenção a Violência da Secretaria Municipal de Saúde/Feira de Santana/Bahia.

Resumo

Objetivos: descrever o perfil dos atendimentos relacionados à violência em crianças e adolescentes, na Rede do Sistema Único de Saúde/SUS, segundo registros do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, em Feira de Santana. **Métodos:** estudo transversal, incluindo 324 casos atendidos, no período entre janeiro de 2009 a setembro de 2010. Os dados das violências foram obtidos através das fichas de notificação (VIVA), sendo realizadas análises bivariadas e medidas de associação, para determinar significância estatística ($p < 0,05$). **Resultados:** entre 324 crianças e jovens atendidos predominou o sexo masculino (53,1%); ocorrências domiciliares (60,6%); maior frequência da violência física (67,0%), envolvendo força corporal e ameaça verbal (31,3%), com lesões tipo corte/perfuração (31,7%). A infância (0-11 anos) representou 48,4% das ocorrências que, somadas ao grupo 12 a 16 anos totalizaram 86,7% e o agressor mais freqüente foi familiar (44,4%) ou conhecido (29,9%). Foi verificada associação significativa entre violência física, vítima masculina, ameaça com arma de fogo e agressor masculino; entre violência psicológica e sexual, vítima feminina, uso da força corporal, ameaça verbal, comprometimento de órgãos genitais, agressor masculino e recorrência. Encaminhamentos foram para hospitais, ambulatórios, conselhos tutelares e delegacias especializadas. **Conclusões:** fortalecimento institucional, na formação de recursos humanos, para identificação, notificação e encaminhamentos permite demandar investimentos voltados às políticas e programas de prevenção e redução de danos, assim como ampliar cobertura do Sistema de Informação, no levantamento de indicadores da violência infanto-juvenil.

Palavras-chave: Violência; Sistema de Informação; Vigilância Epidemiológica.

Abstract

Objectives: To describe the profile of the attendances related to violence in children and adolescents in the SUS network, according to records of the Surveillance System for Violence and Accidents / VIVA, in Feira de Santana. **Methods:** A cross-sectional study with including 324 cases treated in the period between January 2009 and September 2010. The data related to violence were obtained from reporting (VIVA), and performed bivariate measures of association and to determine statistical significance ($p < 0.05$). **Results:** Among 324 children and youths attended were predominantly male (53.1%) occurrences at home (60.6%) and increased frequency of physical violence (67.0%), involving physical force and verbal threats (31.3%), with lesions type cutting / piercing (31.7%). Childhood (0-11 years) represented 48.4% of occurrences which, added to the group 12 to 16 years old were 86.7%; the most frequent perpetrator was familiar (44.4%) or acquaintance (29.9%). Was verified significant association between physical violence, male victim, threatened with a firearm and male aggressor, between psychological and sexual violence, female victim, use of physical force, verbal threat, involvement of the genital organs, male aggressor and recurrence. Referrals were for hospitals, clinics, child protection agencies and specialized stations. **Conclusions:** institutional strengthening, training of human resources, contributing to the identification, notification and follow-demand investments allows for policies and programs for prevention and harm reduction, as well as expand the coverage and quality of information system in the survey on violence juvenile.

Keywords: Violence; Information Systems; Epidemiological Surveillance

Introdução

No plano internacional, a violência tem sido reconhecida como importante questão social e de saúde pública. Ao publicar o Relatório Mundial sobre Violência a Organização Mundial da Saúde/OMS coloca o problema como desafio universal e traz a discussão para a área da saúde que, tradicionalmente, lidava apenas com as conseqüências dos eventos (OMS, 2002). Nesta perspectiva, estudiosos apontam para a importância da integração desse setor, na Rede de prevenção e enfrentamento, em conjugação com outros segmentos sociais, considerando o impacto positivo da interdisciplinaridade e intersetorialidade, no desenvolvimento de parcerias e estratégias voltadas aos grupos populacionais mais vulneráveis (BRASIL, 2005, SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

No Brasil, a articulação entre as diferentes áreas do conhecimento visa assegurar o cumprimento de princípios garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, quanto às políticas e programas direcionados a garantir direitos à sociedade e família (AZEVEDO, 2002; BEZERRA, 2004). O ECA aponta que o setor saúde constitui uma esfera pública privilegiada de atenção, com atividades específicas na identificação, notificação e encaminhamento dos casos aos órgãos responsáveis. Conscientes dessa missão, os profissionais desse setor apresentam-se como agentes de proteção, com o encargo de notificar e encaminhar os casos suspeitos ou confirmados, para o Conselho Tutelar da respectiva localidade (BRASIL, 1990).

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade/SIM do Ministério da Saúde, ao longo da década de 90 ocorreram 369.068 homicídios (43,3 por 100.000 habitantes), destacando-se a faixa etária de 15 a 24 anos. No período de 1991 a 2000, o maior crescimento dessa taxa ocorreu nos grupos etários de 10 a 14 anos (45,5%) e 15 a 19 anos (49,4%), com registro no ano 2000 de 34.132 internações em conseqüência às agressões (BRASIL, 2004).

Em nível nacional, o monitoramento das violências para fins de vigilância epidemiológica é realizado através da declaração de óbito/DO e autorização de internação em hospitais públicos/AIH, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH/SUS, gerenciados pelo Ministério da Saúde. O SIM e SIH/SUS registram características dos casos violentos com desfecho para óbito ou

internação no Sistema de Saúde. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde aceitou o desafio de viabilizar dados e divulgar informações sobre eventos violentos não fatais e suas vítimas, nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida (crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes físicos e trabalhadores. Em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, junto às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios (MALTA *et al.*, 2007a).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica em Violência e Acidentes/VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua das violências interpessoais e auto-provocadas (VIVA Contínuo); 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). Os registros da ficha de notificação do Sistema VIVA (MS) representam ferramentas de acompanhamento e diagnóstico de eventos violentos não fatais e suas vítimas, nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida, para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009).

A notificação dos casos pelos profissionais de saúde transcende os limites do serviço, cujo objetivo é interromper a cadeia de eventos e conseqüências da violência (BRASIL, 2002). O caso identificado exige a intervenção interdisciplinar e parcerias institucionais, cuja ação tem-se mostrado imprescindível, na resolução do problema. A partir da notificação, desencadeia-se a investigação da família, dos ciclos de convivência social, tornando este procedimento 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 (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

O processo de notificação tem impacto fundamental no levantamento de indicadores, assim como, no monitoramento de dados. O planejamento e o desenvolvimento de ações com base nesses índices permitem aos serviços acompanharem os casos, bem como reivindicar mudanças políticas, envolvendo cumprimento de direitos, responsabilização, integração da rede de serviços, prevenção e promoção da saúde (FERREIRA; SOUZA, 2008).

Esse artigo tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos relacionados à violência em crianças e adolescentes, na Rede de Atendimento do SUS, segundo registros do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, a

partir da sua implantação no município no período entre janeiro de 2009 a setembro de 2010.

Método

Estudo de corte transversal realizado com dados secundários coletados das fichas de notificação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA, referente aos casos de crianças e adolescentes vítimas de diferentes formas de violência, atendidos nas Instâncias do Sistema Único de Saúde/SUS (Unidades Básicas, Programa de Saúde da Família, Policlínicas e Hospitais) de Feira de Santana, desde a implantação desse Sistema (janeiro de 2009 a setembro de 2010). Esse município representa a segunda maior cidade do Estado da Bahia, localizada na região do semi-árido da Bahia, distando 108 km da capital (Salvador), importante trevo rodoviário de intersecção entre as regiões Norte e Nordeste com o Sudeste, com população em torno de 600 mil habitantes, sendo 33,8% de crianças e adolescentes (IBGE, 2010).

A coleta dos dados foi realizada no Núcleo de Violências e Acidentes, Serviço de Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde cujos dados foram classificados, processados e analisados como constam na ficha de notificação (notificação individual, tipologia da violência, lesão, dados do agressor, evolução e encaminhamentos). Para maior compreensão e limpeza dos dados contidos na ficha, foi criado um novo questionário, reorientando os dados pertinentes para análise, principalmente para as informações relativas a tipologia da violência, violência sexual e lesão, possibilitando uma nova digitação com critérios estatísticos mais rigorosos.

As variáveis foram organizadas segundo *dados das vítimas* (sexo, faixa etária, cor de pele, escolaridade); *dados do agressor* (números de envolvidos; sexo; uso de álcool e vínculo com a vítima); *característica da violência* (tipologia, meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo comprometida, local de ocorrência, recorrência e conseqüências); *evolução e encaminhamentos para setor saúde e outros setores*. Para a *violência sexual* verificou-se os tipos; presença de penetração sexual; procedimentos realizados. Encaminhamentos para o setor saúde e outros e evolução dos casos (alta; evasão/fuga e óbito).

Na análise utilizou-se o programa SPSS, versão 12.0. Foram realizadas estatísticas descritivas e análise bivariada, tendo como medida de significância estatística o teste do Qui-quadrado (X^2) de Pearson, com valor de $p \leq 0,05$, para verificar associações entre variáveis de vítimas, agressores, de acordo com os diferentes tipos de violência.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS com número nº057/2010, CAAE 0055.0.059.000-10 em atendimento aos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Resultados

No período de janeiro de 2009 a setembro de 2010, nas Instâncias que integram o Sistema Único de Saúde/SUS do município foram registrados 324 casos de crianças e adolescentes, vítimas de diferentes tipos de violência.

A análise da tipologia do evento apontou maior freqüência das violências física (67,0%), psicológica (39,2%) e sexual (28,1%), ressaltando que alguns casos apresentavam co-ocorrência (mais e um tipo de vitimização). A força corporal (37,5%) e a ameaça verbal (31,3%) foram os meios de agressão mais utilizados, embora com outros registros (arma de fogo, uso de objetos e envenenamento); os tipos de lesões mais identificados foram de corte/laceração/perfuração (31,7%); entorse/luxação/contusão (15,7%), com maior freqüência na face/crânio/pescoço (31,4%), assim como, órgãos genitais (23,7%) e outros segmentos corporais (tronco, membros e múltiplas regiões) (**Tabela 1**).

O principal local de ocorrência foi o domicílio (60,6%) e ambiente social (34,0%); a conseqüência mais relatada foi o estresse pós-traumático (52,9%), destacando-se casos de gravidez (9,3%) e DST (7,5%). As recorrências ocorreram em mais de 50% dos casos. Com relação aos encaminhamentos verificou-se distribuição equitativa, para o Sistema Ambulatorial (51,7%) e Hospitalar (48,3) e a maioria evoluiu para alta. Nos outros setores, os mais solicitados foram as Instâncias de Proteção e Atendimento (68,9%), além dos Centros de Referência (40%) e Delegacias (30,8%) (**Tabela 1**).

Os resultados relacionados às vítimas das violências (física, psicológica, sexual e negligência) apontaram maioria do sexo masculino (53,1%), de cor parda (66,5%) e mais de 95% com escolaridade entre um a sete anos de estudos. Quanto

à faixa etária, cabe ressaltar que, muito embora as maiores proporções de vitimização tenha ocorrido no grupo de 12 a 16 anos (38,3%), as faixas etárias compreendidas pela infância (0-11 anos) resultaram em 48,4% dos registros, os quais somados aos casos ocorridos na adolescência inicial e intermediária (12 a 16 anos) totalizaram 86,7% das ocorrências. Os dados de agressores mostraram que 74,6% eram do sexo masculino, 16,8% do feminino e 8,6% de ambos os sexos; maior proporção de agressor familiar (44,4%) e conhecido da vítima (29,9%), sendo que a maioria (73,5%) dos casos envolvia apenas um perpetrador, que não se encontrava alcoolizado (74,4%) **(Tabela 2)**.

No que diz respeito à violência sexual, o abuso representou a maioria (87%), com penetração vaginal (67,7%), cujos procedimentos mais freqüentes foram as profilaxias (45,6%) e exames laboratoriais (35,6%) **(Tabela 3)**.

Os resultados das análises entre os diferentes tipos de violência e variáveis de vítimas, agressor e ocorrência verificaram associações significantes ($p < 0,05$): *dados de vítimas* (violências física, psicológica e vítima masculina; violência sexual e vítima feminina); *dados do agressor* (diferentes tipos de violências, agressor masculino e familiar; violência sexual, psicológica, negligência e agressor conhecido; violência física, psicológica, negligência e agressor desconhecido); *dados da ocorrência* (violências psicológica, negligência e ocorrência na residência; violências física, psicológica e recorrências) **(Tabela 4)**.

A análise das características da violência, segundo o gênero das vítimas mostrou associações significantes ($p < 0,05$): *tipos de violências* (violência física, sexual, psicológica); *meio de agressão* (força corporal, objetos arma de fogo e ameaça verbal); *segmento corporal comprometido* (órgãos genitais). Não foi observada associação estatística entre vínculo do agressor, segundo gênero de vítima. Esta mesma análise, segundo faixa etária (0 a 11 e 12 a 18 anos) das vítimas apontou associação significativa entre: *tipo de violência* (física e negligência/abandono); *meio de agressão* (arma de fogo); *segmento corporal comprometido* (tronco) e *vínculo com a vítima* (familiar, conhecido e desconhecido) **(Tabela 5)**.

Discussão

A violência infanto-juvenil tem ocupado destaque nas agendas de organizações internacionais e políticas nacionais, compondo um trágico painel a ser enfrentado pela sociedade.

A promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente/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 estabelecido pela “lei do silêncio” (RICAS, 2006, MALTA *et al.*, 2007b, DESLANDES; LEMOS, 2008).

No presente estudo, a análise da tipologia do evento apontou maior frequência das violências física, psicológica e sexual. Para a violência física, podem-se discutir aspectos ligados à violência urbana, refletindo no comportamento das famílias e ambiente social mais amplo, relacionamentos interpessoais, familiares, entre estudantes e colegas, abrangendo os diferentes segmentos e contextos; assim como os aspectos ligados à transmissão geracional. Fatores culturais, ligados às questões de poder e de gênero propiciam à agressão física e castigos corporais, como forma de educar e resolver conflitos, sendo a gravidade dos métodos percebidos, a partir da denúncia e notificação (JUNQUEIRA, 1998).

Segundo estudiosos, os aspectos inter-geracionais da violência infanto-juvenil podem interferir de forma negativa no processo de formação educacional, desempenho e desenvolvimento psicossocial. Crianças e adolescentes vitimizados aprendem comportamentos agressivos, que tendem a reproduzir ao longo de suas vidas, perpetuando o ciclo geracional, diante dos filhos e familiares (KNAUL; RAMIRÉZ, 2005). Nesse contexto, um aspecto que pode justificar o alto índice de notificação dessa modalidade de violência é a presença de marcas corporais visíveis, facilitando a identificação, o que não ocorre nos casos de violência psicológica que, em geral é identificada quando associada às outras formas.

Para a violência psicológica, os achados desse estudo estão em consonância com a literatura, que aponta a alta frequência dessa forma de agressão, representada pelas ameaças e manifestações verbais, constrangimentos, humilhações, entre outras (KRUG, *et al.*, 2002). Apesar da dificuldade para elucidação, visto que não expressa evidências imediatas, a agressão psicológica

pode estar direta ou indiretamente envolvida na gênese do agravo que suscitou o atendimento. Esta forma de violência precisa ser identificada, considerando o comprometimento da auto-imagem e estima, as quais provocam sentimentos de desamparo e minusvalia (ASSIS; AVANCI, 2004). Durante as consultas, os profissionais podem ser testemunhas de ameaças e atitudes de depreciação direcionadas às vítimas, por familiares ou conhecidos, indicando a necessidade de atenção ao caso e investigação da situação.

No quesito violência sexual, a literatura aponta ser um fenômeno feminino, sendo as meninas as principais vítimas de abuso e exploração. Entretanto, estudos realizados com dados de Instâncias públicas de referência para denúncias têm mostrado altas proporções de acometimento do sexo masculino, nas faixas da infância (0-11 anos) (COSTA *et al.*, 2007). Na presente pesquisa, os dados revelaram que o estupro, com penetração genital, levaram as vítimas ao atendimento em serviços públicos, sendo submetidos a procedimentos, quanto às profilaxias de HIV, DST e Hepatite B, assim como encaminhamentos às Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos (Conselhos Tutelares, Delegacias especializadas).

Do ponto de vista da tipificação do agressor e motivações para esta prática, estudiosos relatam que a violência sexual infanto-juvenil costuma estar ligada a outras questões, como autoritarismo, machismo e preconceitos, as quais se articulam com as condições de vida das famílias e se manifestam nas relações afetivas e da sexualidade. As motivações dos agressores não têm origem apenas no desejo sexual, mas abrange questões relacionadas ao poder do adulto ou indivíduo mais experiente, que assume a posição de dominador, em relação ao mais jovem ou inexperiente e dominado (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Crianças e adolescentes encontram-se em fase de desenvolvimento, psicossocial, cuja imaturidade não permite compreender a teia criada pelo agressor, familiar ou pessoa de confiança, que impõe sua autoridade para concretizar a sedução e prática sexual forçada. Cabe enfatizar que, por ser um fenômeno feminino, integra questões relacionadas ao gênero, onde o masculino assume o domínio sobre o feminino, pautado em fatores culturais e representação dos papéis de homem e mulher na sociedade (FALEIROS; FALEIROS, 2001). As altas proporções de familiares e conhecidos, observado nesta e outras pesquisas

sugerem a necessidade da contextualização desse fenômeno, considerando o ambiente social e contexto cultural.

Segundo dados de Feira de Santana, a negligência mostrou baixa proporção de registro, no Sistema VIVA, comparada com outras violências registradas (física, sexual e psicológica). De acordo com a literatura, este tipo de agravo exige alguns elementos fundamentais para identificação, como o conhecimento dos fatores determinantes, especialmente em contextos de pobreza, isolamento e privação social, onde o sistema familiar apresenta outras carências e problemas, relacionados à história de vida dos pais (MORAIS; EIDT, 1999). Na perspectiva ecossistêmica, o fenômeno da negligência reflete ausência ou insuficiência dos cuidados básicos que famílias, especificamente os pais, dedicam às suas crianças (BARUDY, 1997).

Do ponto de vista da saúde pública, ressalta-se a interação entre atos violentos, negligentes ou omissos e conseqüências que, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam traumas, seqüelas e incapacidades temporárias ou permanentes; provocando sofrimentos físicos e emocionais, freqüentemente associados, levando à necessidade de atendimento médico, gerando assim aumento de gastos com a saúde (MELLO JORGE, 2002).

Os achados das ocorrências no domicílio, causada por familiar agressor ou conhecido, mostrados nessa e outras pesquisas apontam para a violência doméstica, intra ou extra-familiar, com a participação da família, parentes ou pessoas de confiança do ciclo de convívio como vítima e família (BRASIL, 2002). No presente estudo, o domicílio se destacou para a ocorrência de eventos violentos, achados esses que ratificam resultados semelhantes verificados em outros contextos. No domicílio, os limites impostos pela privacidade isolam a família do domínio público, proporcionando aos agressores um local privilegiado, seja pela ausência de testemunhas ou pelo silêncio cúmplice. As peculiaridades de cada família, tais como composição, condições de vida e componentes indicam vulnerabilidades potenciais, sofrendo impactos de mudanças sociais, culturais e econômicas que redefinem a dinâmica dos relacionamentos e agrupamentos familiares (SALVAGNI; WAGNER, 2006).

No quesito encaminhamentos, estudiosos assinalam a importância da integração entre múltiplos setores, configurando a importância do trabalho em *Rede*, baseado na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política negociam e partilham recursos, de acordo com a missão institucional e demandas.

Essa estratégia possibilita troca de informações e formulação de políticas direcionadas à implementação de práticas e projetos comuns, que contribuem para a integralidade da atenção, defesa e garantia de direitos à crianças, adolescentes e famílias em situação de vulnerabilidade (MEIRELLES; SILVA, 2007).

Ao receber a notificação, estabelece-se um circuito fundamental na proteção das vítimas e orientação das famílias, uma vez que tais instituições são responsáveis pela defesa e garantia de direitos, tendo o poder de determinar, por força de lei, as ações de atendimento e de responsabilização. Em Feira de Santana, além dos atendimentos na Rede de Saúde, os encaminhamentos foram direcionados, principalmente, às Instituições de Proteção e Atendimento à Criança e ao Adolescente e os Centros de Referências, revelando a credibilidades nessas instâncias.

Na discussão das características das vítimas de violência infanto-juvenil faz-se pertinente abordar questões de gênero, considerando a relação observada entre o comportamento de meninos e meninas e a influência de fatores sociais e culturais, na padronização de atitudes diferenciadas entre masculino e feminino. Como exemplo, a maior liberdade aos meninos, em contrapartida, maior vigilância sobre as meninas. A maior ocorrência de agressões físicas entre meninos pode estar relacionada aos aspectos simbólicos da masculinidade, onde crianças e adolescentes reproduzem atitudes dos adultos, modelos de identificação, pautados em valores culturais e nos papéis de gênero (SOUZA, 2005).

No presente estudo, foi verificado que as proporções de vitimização foram semelhantes entre os sexos, entretanto diferem segundo o tipo de violência. Os meninos são mais acometidos pela violência física e as meninas pela violência psicológica e sexual, com predomínio de casos na faixa de 12 a 16 anos, cabendo enfatizar altas proporções de vitimização registradas nas faixas da infância (0-11 anos) (48,4%), apontando maiores proporções de vitimização nos grupos com idades mais precoces.

No contexto dos fatores que podem interferir na violência infanto-juvenil, cabe salientar a importância dos adultos de referência quanto às próprias condutas, considerando a missão de garantir proteção e formação familiar, educação formal (escola) e convívio social, pautados em princípios universais de direitos humanos e deveres, no gozo da cidadania plena (COSTA; BIGRAS, 2007; JOHNSON; KENT; LEATHER, 2005). Outro desafio contemporâneo é a avaliação do papel da mídia

(televisão e internet), na disseminação de conhecimentos e informações direcionadas à infância, adolescência e juventude, considerando a massiva disseminação de mensagens violentas (jogos, filmes e outras atividades), que reforçam a presença das múltiplas formas de violência, como importantes meios de comunicação e intermediação de conflitos entre indivíduos e o meio social (COSTA; BIGRAS, 2007).

Na pesquisa de Feira de Santana, os dados apontaram conseqüências físicas e psicossociais, com utilização de força corporal, ameaça verbal e uso de arma de fogo. Segundo dados da literatura, as violências, freqüentemente, são acompanhadas de conseqüências traumáticas, agressões físicas de graus diferenciados, assim como distúrbios psicológicos, cuja gravidade está relacionada a diversos fatores tais como vínculo com o agressor, faixa etária precoce e recorrências (FERRARI, 2002; SOLLER, 2000)

Para finalizar, cabe apontar algumas limitações do estudo, considerando que a coleta não captou a parcela de vítimas atendidas nos serviços privados do município, assim como as perdas relacionadas ao preenchimento inadequado da ficha de notificação VIVA.

Conclusões

O Sistema de Informação de Violências e Acidentes/VIVA contribui para ampliar o conhecimento da violência-infanto-juvenil, na perspectiva do Setor Saúde, auxiliando no levantamento de indicadores, assim no subsídio e ampliação das políticas, programas e práticas voltadas à prevenção, enfrentamento da violência e redução de danos.

A Rede de atenção integral às vítimas de violência vem se consolidando e garantindo o acesso aos serviços de saúde, cabendo enfatizar a importância dessa Rede, no fortalecimento institucional, direcionado à formação de recursos humanos, para notificação e encaminhamento dos casos, na busca de ampliar a resolutividade e garantir proteção, especialmente a grupos vulneráveis.

Referências

- 1- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 2- AZEVEDO, M.A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizadora. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. p. 125-135.
- 3- BEZERRA SC. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 17-22.
- 4- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 1990.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tatos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.
- 6- BRASIL. Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Ministério da Educação. **Guia escolar: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Rede de Proteção à Infância Adolescência. Brasília, 2004. 163p
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos Brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 154 p.
- 9- BARUDY, J. La douleur invisible de l'enfant: approche éco-systémique de la maltraitance. Ramonville Saint-Agne: Éres, 1997.
- 10- COSTA, M.C.O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(5):1101-1109, 2007
- 11- COSTA, C.O.M. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc Saúde Coletiva**, 12: 1129-41, 2007.

- 12-DESLANDES, S.F.; LEMOS, M.P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, 24:441-8, 2008.
- 13-FALEIROS, V.P; FALEIROS, E.T.S. Circuito e curtos - circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo: Editora Veras, 2001.
- 14-FERRARI, D. C. A. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002.
- 15-FERREIRA, A. L.; SOUZA, E. R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.24, n.1, pp. 28-38, 2008.
- 16-GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1): 315-319, 2002.
- 17-JOHNSON, G.; KENT, G., LEATHER, J. Strengthening the parent- child relationship: a review of family interventions and their use in medical settings. **Child: Care, Health and Development**; 31(1):25-32, 2005.
- 18-JUNQUEIRA, M. F. Abuso sexual da criança: Contextualização. **Pediatria Moderna**, 24:432-436, 1998.
- 19-KANUL, F.; RAMÍREZ, M.A. Family violence and child abuse in **Latin America and the Caribbean: the cases of Colombia and Mexico**. Washington: Inter-American Development Bank, 2005.
- 20-KRUG, E.G. et al. World report on violence and health. Geneva: **World Health Organization**, 2002.
- 21-MALTA, D.C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 16:45-55, 2007a.
- 22-MALTA, D.C. et al. A vigilância de violências e acidentes no Sistema Único de Saúde: uma política em construção. **Divulg Saúde Debate**, 39:82-92, 2007b.
- 23-MELLO-JORGE, M.H.P. Violência como problema de saúde pública. **Ciência e cultura**, 54 (1), 52-53, 2002.
- 24-MEIRELLES, Z.V; SILVA, C.A. Redes de apoio a saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. In: **Violência contra a mulher adolescente/Jovem**. Stella R.Taquete (org). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007 208p.

- 25-MORAIS, E.P; EIDT, O.R. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.6-21, 1999.
- 26-OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS; 2002.
- 27-RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N.Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):456-464, mar- abr, 2004.
- 28-RICAS, J.; DONOSO, M.T.V.; GRESTA, M.L.M. A violência na infância como uma questão cultural. **Texto & Contexto Enferm**, 15:151-4. 2006.
- 29-SALVAGNI, E.P.; WAGNER, M.B. Estudos de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **Jornal de Pediatria**. v. 82, n. 6, p. 431-436, 2006.
- 30-SOLER, S. Crianças e Adolescentes em Situação de Rua – uma leitura de metodologias e procedimentos de monitoramento e avaliação utilizados no Brasil. **UNICEF**, Recife, 2000.
- 31-SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, 10: 59-70, 2005.
- 32-SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, 40(N Esp):112-20, 2006.

Tabela 1. Características das violências contra crianças e adolescentes, encaminhamentos e evolução dos casos. Sistema de Notificação de Violência a Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana 2009-2010.

Características das violências	n=324	%
Tipo de violência*		
Física	217	67,0
Psicológica	127	39,2
Sexual	91	28,1
Negligência/Abandono	48	14,8
Outras ¹	5	1,5
Meio de agressão* (N=320)		
Força corporal	120	37,5
Objetos ²	35	10,9
Envenenamento	13	4,1
Arma de fogo	52	16,3
Ameaça verbal	100	31,3
Tipo de lesão* (N=246)		
Corte/perfuração/laceração	78	31,7
Entorse/luxação/contusão	38	15,7
Traumatismo	21	8,5
Intoxicação	17	6,9
Outros ³	9	3,7
Parte do corpo atingida* (N=194)		
Crânio/face/pescoço	61	31,4
Tronco	36	18,6
Membros Superiores e Inferiores	31	16,0
Órgãos genitais	46	23,7
Múltiplas regiões	20	10,3
Local da ocorrência (N=282)		
Residência	171	60,6
Instituição de ensino e amparo	15	5,3
Ambiente Social	96	34,0
Conseqüência da violência*		
Aborto (N=44)	1	2,3
Gravidez (N=43)	4	9,3
DST (N=93)	7	7,5
Tentativa de suicídio (N=131)	3	2,3
Estresse pós-traumático (N=138)	73	52,9
Recorrência (N=252)		
Sim	131	52,0
Não	121	48,0
Características dos Encaminhamentos e Evolução		
Encaminhamento no setor saúde		
Ambulatorial	93	51,7
Internação hospitalar	87	48,3
Encaminhamento da vítima para outros setores*		
Instituição de Proteção e Atendimento à criança e o adolescente	217	68,9
Delegacias e Judiciário	97	30,8
Centros de Referências	126	40,0
Instituto Médico Legal	27	8,6
Outros ⁴	51	16,1
Evolução dos casos		
Alta	141	70,9

Evasão/Fuga	21	10,6
Óbito ¹²	37	18,6

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Feira de Santana-BA.

* As questões permitiam múltiplas escolhas; ¹Outras (intervenção policial e trabalho infantil); ²objetos (perfuro-cortante, contundente e quente); ³Outros (queimadura e amputação); ⁴(Hospital, programa de DST/HIV/AIDS).

Tabela 2. Características sócio-demográficas de crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violência e seus respectivos agressores. Sistema de Notificação de Violência a Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana 2009-2010.

Características das vítimas e agressor	N= 324	%
Vítimas		
Sexo		
Masculino	172	53,1
Feminino	152	46,9
Idade (anos)		
0 – 6	74	22,8
7 – 11	83	25,6
12 – 16	124	38,3
17 – 18	43	13,3
Cor da pele (n=284)		
Branca	27	9,5
Preta	64	22,5
Parda	189	66,5
Outras ¹	4	1,4
Escolaridade (anos) (n=171)		
1 a 4	80	46,8
5 a 7	86	50,3
>8	5	2,9
Agressor		
Número de envolvidos (n=275)		
Um	202	73,5
Dois ou mais	73	26,5
Sexo (n=280)		
Masculino	209	74,6
Feminino	47	16,8
Ambos os sexos	24	8,6
Uso de álcool (n=164)		
Sim	42	25,6
Não	122	74,4
Vínculo com a vítima* (n=288)		
Familiar	128	44,4
Conhecido ²	86	29,9
Desconhecidos	50	17,4
Outros ³	26	9,0

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Feira de Santana-BA.

* As questões permitiam múltiplas escolhas; ¹(indígena, amarela); ²Conhecido (ex-cônjuge,namorado,ex-namorado,amigos);

³Outros (policial, relação institucional).

Tabela 3. Características da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes. Sistema de Notificação de Violência a Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana 2009-2010.

Violência sexual	n=91	%
Tipo* (N=85)		
Abuso sexual	74	87,1
Exploração sexual ¹	9	10,6
Penetração*		
Oral (N= 76)	8	10,5
Anal (N=62)	22	28,9
Vaginal (N=57)	42	67,7
Procedimento realizado*		
Profilaxias ²	26	45,6
Exames laboratoriais	21	35,6

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Feira de Santana-BA.

* As questões permitiam múltiplas escolhas; ¹Exploração sexual e pornografia; ²profilaxias (DST, HIV, Hepatite B e contracepção de emergência).

Tabela 4. Tipo de violência sofrida por crianças e adolescentes segundo características de vítimas, agressores e ocorrência. Sistema de Notificação de Violência a Acidentes/VIVA, Secretaria de Saúde. Feira de Santana 2009-2010.

Características das vítimas	Física (N=217)			Sexual (N=91)			Negligência (N=48)			Psicológica (N=127)		
	Tipo de Violência	n	(%)	p-valor	n	(%)	p-valor	n	(%)	p-valor	n	(%)
Vítimas												
Sexo (N=324)												
Masculino	125	57,6	0,020	19	20,9	0,000	29	60,4	0,270	57	44,9	0,017
Feminino	92	42,4		72	79,1		19	39,6		70	55,1	
Faixa etária (anos) (N=324)												
0 - 6	50	23,0	0,000	23	25,3	0,001	24	50,0	0,000	23	18,1	0,000
7 - 11	44	20,3		27	29,7		18	37,5		46	36,2	
12 - 16	82	37,8		40	44,0		4	8,3		50	39,4	
17-18	41	18,9		1	1,1		2	4,2		8	6,3	
Ocorrência												
Local (N=282)												
Residência	109	59,2	0,802	42	51,9	0,157	38	84,4	0,001	87	72,5	0,001
Instituição de ensino e amparo	10	5,4		5	6,2		2	4,4		7	5,8	
Ambiente Social	65	35,3		34	42,0		5	11,1		26	21,7	
Recorrência (N=252)												
Sim	101	59,8	0,000	31	41,9	0,210	21	52,5	0,536	29	26,4	0,000
Não	68	40,2		43	58,1		19	47,5		81	73,6	
Agressor												
Sexo do agressor (N=280)												
Masculino	137	76,5	0,016	80	94,1	0,000	26	57,8	0,005	84	68,3	0,001
Feminino	33	18,4		4	4,7		15	33,3		20	16,3	
Ambos os sexos	9	5,0		1	1,2		4	8,9		19	15,4	
Uso de álcool (N=164)												
Sim	28	26,4	0,749	9	22,0	0,535	6	18,2	0,274	22	31,4	0,141
Não	78	73,6		32	78,0		27	81,8		48	68,6	
Vínculo com a vítima* (N=288)												
Familiar	72	38,9	0,011	28	33,3	0,015	30	62,5	0,006	81	65,3	0,000
Conhecido	50	27,0	0,159	42	50,0	0,000	7	14,6	0,011	31	25,0	0,011
Desconhecido	40	21,6	0,011	15	17,9	0,887	3	6,3	0,026	9	7,3	0,000

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Feira de Santana-BA. * As questões permitiam múltiplas escolhas

Tabela 5. Características das violências sofridas por crianças e adolescentes e agressores, segundo sexo e faixa etária das vítimas. Sistema de Notificação de Violência a Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde. Feira de Santana 2009-2010.

Características da violência	Masculino		Feminino		p-valor	0 a 11		12 a 18		p-valor
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo e faixa etária										
Tipo de violência*										
Física	125	57,6	92	42,4	0,020	94	43,3	123	56,7	0,008
Sexual	19	20,9	72	79,1	0,000	50	54,9	41	45,1	0,144
Negligência/Abandono	29	60,4	19	39,6	0,270	42	87,5	6	12,5	0,000
Psicológica	57	44,9	70	55,1	0,017	69	54,3	58	45,7	0,089
Meio de agressão*										
Força corporal	50	41,7	70	58,3	0,001	54	45,0	66	65,0	0,341
Objetos	24	68,6	11	31,4	0,052	18	51,4	17	48,6	0,708
Envenenamento	4	30,8	9	69,2	0,099	7	53,8	6	46,2	0,690
Arma de fogo	43	82,7	9	17,3	0,000	3	5,8	49	94,2	0,000
Ameaça verbal	39	39,0	61	61,0	0,001	47	47,0	53	53,0	0,729
Segmento corporal comprometido*										
Crânio/face/pescoço	40	65,6	21	34,4	0,074	27	44,3	34	55,7	0,617
Tronco	23	63,9	13	36,1	0,302	9	25,0	27	75,0	0,004
Membros Superiores e Inferiores	21	67,7	10	32,3	0,157	19	61,3	12	38,7	0,080
Órgãos genitais	12	26,1	34	73,9	0,000	26	56,5	20	43,5	0,135
Múltiplas regiões	13	65,0	7	35,0	0,402	10	50,0	10	50,0	0,770
Vínculo com a vítima*										
Familiar	67	52,3	61	47,7	0,812	87	68,0	41	32,0	0,000
Conhecido	39	45,3	47	54,7	0,084	31	36,0	55	64,0	0,002
Desconhecido	30	60,0	20	40,0	0,284	10	20,0	40	80,0	0,000

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Saúde, Feira de Santana-BA.

* As questões permitiam múltiplas escolhas

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada e os resultados deste estudo mostram que a identificação da violência infanto-juvenil, assim como a notificação dos casos pelo setor saúde é ainda carregada de muitas incertezas. A maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos que envolvem violência refletem a falta de preparo e integração entre os profissionais e os diversos setores que deveriam lidar com essas questões.

O desenvolvimento de uma abordagem de cuidado adequada à criança, ao adolescente e à família em situação de violência mostra-se imprescindível, e deve contemplar a elaboração de uma estrutura adequada e ajustável. A magnitude, incidência e impacto da violência requerem uma equipe multiprofissional e um enfoque interdisciplinar que transcenda a dimensão biológica do cuidar, bem como uma articulação com a rede de atendimento e garantias de direitos, entre outros setores da sociedade.

O fenômeno da violência é um sério problema social que causa agravos à saúde. Em decorrência de seu aspecto contextual e relacional, é necessário que os profissionais de saúde, na abordagem dos casos, levem em conta que a violência infanto-juvenil é um processo do qual fazem parte não somente as vítimas e os agressores, mas também os demais familiares e os cenários em que os atos violentos se manifestam. No entanto, lidar com essas múltiplas relações é ainda complexo para o profissional de saúde. Esse fato chama atenção para que no planejamento dos serviços de saúde sejam incluídas estratégias voltadas para capacitação continuada dos profissionais.

A ausência ou insuficiência de abordagem do tema nos cursos de graduação e cursos técnicos favorecem o despreparo dos profissionais, o que tem contribuído para a subnotificação de casos, má qualidade dos registros das instâncias de referência e agravamento das formas de violência. É, portanto necessário, desde o período da graduação, que o profissional possa compreender que esse fenômeno não se limita aos aspectos fisiopatológicos e que nele está envolvida uma dinâmica relacional.

A prevenção e a intervenção nos casos de violência devem estar integradas à rotina de atendimento humanizado em saúde, através da identificação precoce,

notificação, acompanhamento e encaminhamento das vítimas. Esses procedimentos possibilitam ao profissional cumprir seu papel e responsabilidade, sobretudo como cidadão, frente às situações suspeitas ou identificadas.

Neste contexto, a atuação multiprofissional e intersetorial do setor saúde com outros campos da sociedade podem favorecer a prevenção da violência, o planejamento de ações para sua identificação e controle, o fortalecimento dos instrumentos legais de atuação e a elaboração de políticas públicas eficazes para a proteção de crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade.

Portanto, na perspectiva de melhor compreensão do fenômeno da violência nos serviços de saúde e das ações dos profissionais, são necessários estudos adicionais em diferentes abordagens, que possibilitem conhecer com maior profundidade as especificidades que cercam este problema, bem como, que contribuam para ampliar o conhecimento dos profissionais e fortaleçam a atuação das Redes de Proteção e Atendimento às crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- 1- AGUDELO, S.F. **Violência y/o salud: elementos preliminares para pensarlas y actuar.** I Encontro sobre Violência e Saúde, Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz, 1989.
- 2- ALMEIDA, E.C. **Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra.** Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, 1998.
- 3- BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF Senado Federal, 1988.
- 4- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente:** Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 1990.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tatos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
- 10-BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** ANS Informação, 2006.
- 11-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 154p
- 12-BRITO, A.M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (1), 143-149, 2005.

- 13- COSTA, M.C.O. et al. **Relatório Técnico da Pesquisa “Violência contra crianças e adolescentes em Feira de Santana: a realidade, o enfrentamento e a prevenção”**. CAPES. Ministério da Educação. 2006.42p
- 14-DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, 14(54):7-11, 1986.
- 15-DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4: 81-94, 1999.
- 16-DESLANDES, S.F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios**, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- 17-FERREIRA, K.M.M. Violência doméstica intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.
- 18-FERREIRA, A.L.; SOUZA, E.R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.24, n.1, p. 28-38, 2008.
- 19-FRENK, J. La nueva salud pública. In: **La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para El Debate** (Organización Panamericana de la Salud, org.), 1992. pp. 75-93, Washington, DC: OPAS. (Publicación Científica, 540).
- 20-GAWRYSZEWSKI, V.P. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1269-1278, 2007.
- 21-GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1): 315-319, 2002.
- 22-GOMES, R. Prostituição Infantil: Uma Questão de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 58-66, jan/mar, 1994.
- 23-GOMES, R.; SILVA, C. M. F.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 171-181, 1999.
- 24-GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra criança e adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (2): 275-283, 2002.
- 25- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao> Acesso em janeiro de 2011.

- 26-KESHAVARZ, R.; KAWASHIMA, R.; LOW, C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. **J Emerg Med**, 23:341-5, 2002.
- 27-LARGERBERG, D. A descriptive study of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. **Abuse and Neglect**, 25, 1583-1601, 2001.
- 28-LOVALHO, A.F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **O mundo da saúde**, 28 (2), 160-71, 2004.
- 29-MALTA, D.C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 16:45-55, 2007.
- 30-MINAYO, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 1: 278-291, 1990.
- 31-MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, Supl. 1, p. 07-18, 1994.
- 32-MOURA, A.T.M.S.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus tratos contra criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (12): 2926-2936, dez, 2008.
- 33-NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 429- 438, 2007.
- 34-NOGUCHI, M.S.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(4): 963-973, 2004.
- 35-OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS; 2002.
- 36-PIRES, J.M. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Materna Infantil**. Recife, 5 (1): 103-108, jan./mar.,2005.
- 37-RODRIGUEZ, J.P. et al. Filtro sanitário en la urgencias médicas: Un problema a reajustar. **Revista Cubana de Med**; 40 (3), 181-8, 2001.
- 38-RUSSEL, M. et al. Child physical abuse: Health professionals perceptions, diagnosis and response. **British Journal of Community Nursing** 9 (8), 332-338, 2004.
- 39-SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. 2. Ed. Rio de Janeiro: 2001. 46 p

- 40-SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472- 477, 2007.
- 41-SANDERS T.; COBLEY C. identifying non-accidental injury in children presenting to A & E departatments: an overview of the literature. **Accid Emerg Nurs**, 13:130-6, 2005.
- 42-SILVA, K.H. **A notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: em busca de uma parceria**. 2001 Dissertação de mestrado. Instituto Fernandes Figueira- Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.
- 43- SOUZA, E. R. de; MELO-JORGE, H.PM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Violência faz mal a saúde**. 1.ed. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Cap. 2, p. 23-28.
- 44-TEIXEIRA, S.H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J. R. **Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: Littteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1998, p. 101-114.
- 45-YAMADA, A.T.T. et al. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaquaquecetuba, relatório**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

APÊNDICE A

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a) através deste documento, eu, Rosely Cabral, professora do Departamento de Saúde da UEFS, **pesquisadora responsável**, venho convidar-lhes a participar da pesquisa: ***“Violência contra criança e adolescentes: atitudes dos profissionais de saúde das unidades de Urgência e Emergência Feira de Santana, 2010”***, e como pesquisadores colaboradores, a professora Maria Conceição Oliveira Costa e a mestranda Camila dos Santos Souza. Esta pesquisa tem como objetivo identificar, através de um questionário sigiloso, as atitudes dos profissionais de saúde das Unidades de Urgência e Emergência frente aos casos de violência contra crianças e adolescentes na cidade de Feira de Santana-BA. Desta forma, este projeto tem como propósito contribuir com as ações da Rede de Enfrentamento da violência e ainda apresentam a possibilidade de levantar discussões sobre a violência sob a ótica da prestação de serviços netas unidades, bem como a atuação dos profissionais de saúde. Os resultados, por sua vez, serão devolvidos sob a forma de relatórios aos gestores da Secretaria de Saúde e do Hospital Geral Clériston Andrade, assim como para a comunidade, na forma de encontros promovidos pela equipe do projeto para a sensibilização e capacitação dos profissionais da rede de saúde de Feira de Santana. Gostaríamos de deixar bem claro que sua participação é voluntária, as informações são sigilosas e confidenciais e você não será identificado em nenhum momento, mesmo nas publicações. O Sr.(a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem necessidade de dar explicações ou desculpas de sua desistência, como também poderá pedir informações a qualquer momento que sentir necessidade, no endereço Universidade Estadual de Feira de Santana- Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência. Endereço: Avenida Transnordestina, S/N- Novo Horizonte. Caixa postal: 252 e 294. Tel: (75)3224 - 8200.CEP: 44036-900- Feira de Santana-BA –Brasil. Home page: <http://www.uefs.br>. Se alguma pergunta lhe causar constrangimento ou lembrança desagradável você poderá deixar de responder. Ressaltamos ainda que, será realizado um cronograma para a coleta a fim de não atrapalhar a rotina de trabalho do setor. Sua participação nesta pesquisa não lhe trará despesas. Se o Sr.(a) achar que está devidamente esclarecido e concordar

participar voluntariamente, assine este documento em duas vias, ficando com uma delas.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2010.

Participante: _____

Pesquisador Responsável: _____

APÊNDICE B



Universidade Estadual de Feira de Santana
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e adolescência (NNEPA)

Nº questionário_____

Código da instituição_____

Pesquisador Responsável: Prof^a Maria Conceição Oliveira Costa e Rosely Cabral de Carvalho

Central de Informações: costamco@hotmail.com; elcarose@uol.com.br; e camila_s.souza@hotmail.com

Apresentação: Este questionário tem como objetivo analisar atuação dos profissionais de saúde das unidades de Urgência e Emergência da rede SUS, quanto a identificação e notificação dos casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência. Será respondido de forma totalmente sigilosa, não sendo necessária a identificação do entrevistado. No momento da entrega do questionário preenchido o consentimento informado será indispensável.

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER O QUESTIONÁRIO.

Manual de instruções!!

- 1- Este questionário trata-se de uma pesquisa e não um teste
- 2- O questionário é anônimo e asseguramos o sigilo das informações
- 3- Os envelopes serão colocados numa caixa sem identificação
- 4- Leia cada questão com atenção e marque apenas uma resposta, salva aquela que tem identificação de múltipla escolha.
- 5- Este questionário é composto de 3 blocos:
 - Bloco 1: 11 questões
 - Bloco 2: 19 questões
 - Bloco 3: 14 questões
 - Bloco 4: 3 questões
- 6- Assinale com um X a resposta que mais se identifica
- 7- Os questionários contem algumas questões descritivas
- 8- Solicitamos o prazo de 3 dias para preenchimento do questionário

Bloco 1

1. Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	7. Tempo de formado? _____
2. Idade _____ (anos)	8. Há quanto tempo você trabalha neste hospital/policlínica? _____
3. Situação Conjugal/Estado Civil <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado/União consensual <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Separado	9. Há quanto tempo atua no serviço de emergência? _____
4. Tem filhos? <input type="radio"/> Sim Quantos? _____ filhos <input type="radio"/> Não	10. Possui outra atividade remunerada? <input type="radio"/> Sim Qual? _____ <input type="radio"/> Não
5. Profissão: _____ 6. Tem alguma especialização? <input type="radio"/> Sim Área _____ <input type="radio"/> Não	11. Qual o seu vínculo empregatício nesta instituição? _____

Bloco 2

1. Qual a sua conduta em caso de suspeita ou identificação da violência? (pode marcar mais de uma opção) <input type="radio"/> Solicitaria um parecer de outro profissional <input type="radio"/> Conversaria com a família <input type="radio"/> Perguntaria a criança <input type="radio"/> Não teria tempo de suspeitar durante a consulta <input type="radio"/> Notificaria a órgão competentes <input type="radio"/> Não saberia o que fazer <input type="radio"/> Não poderia fazer nada <input type="radio"/> Outra _____	5. Em sua opinião os casos de violência contra crianças e adolescentes devem ser encaminhados para: (pode marcar mais de uma opção) <input type="radio"/> Conselho tutelar <input type="radio"/> Polícia <input type="radio"/> Ministério Público <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Outras _____ _____
2. Você tem receio de ser intimado a depor no caso de suspeitar que uma criança esteja sendo vítima de violência? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	6. A sua conduta foi impedida por causa do medo, por ameaças do agressor? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Você tem receio que sua atitude de notificação e encaminhamento pode levar a criança a ser enviada para alguma instituição? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	7. Você acha que a não notificação dos casos de violência, pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de saúde deve ser punida por lei? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

<p>4. Uma mãe relata que bate nos seus filhos para educá-los e que às vezes exagera. Você concorda que este ato faz parte da educação dos filhos?</p> <p>₁() Sim Porque? _____</p> <p>_____</p> <p>₀() Não</p>	<p>8. Você tem receio de “estar enganado” e notificar uma suspeita não confirmada?</p> <p>₁() Sim Porque? _____</p> <p>_____</p> <p>₀() Não</p>				
<p>9. Diante de casos suspeitos e confirmados de violência, a família omite informações para uma notificação eficaz?</p> <p>₁() Sim ₀() Não ₂() às vezes</p> <p>Quando? _____</p> <p>_____</p>	<p>11. Você acha que a violência é um problema que deve ser enfrentado pelo setor saúde?</p> <p>₁() Sim Porque? _____</p> <p>_____</p> <p>₀() Não</p>				
<p>10. Qual a sua ação de cuidado diante de um caso de violência contra crianças e adolescentes?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Do ponto de vista profissional, você considera que as instâncias de denúncia (Conselho Tutelar, Polícia, Ministério Público) cumprem seu papel:</p> <p>12. Quanto à confirmação/identificação de casos?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> <p>13. Quanto à denúncia?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> <p>14. Quanto ao encaminhamento?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> <p>15. quanto ao acompanhamento?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>				
<p>O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, através da ficha VIVA, foi implantado pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre os eventos violentos e suas vítimas.</p> <p>Sobre a ficha de notificação (VIVA), responda:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="60 1507 738 1637"> <p>16. Você conhece a ficha VIVA funcionando?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> </td> <td data-bbox="738 1507 1423 1637"> <p>18. Você acha que este sistema está funcionando?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="60 1671 738 1798"> <p>17. Você já preencheu a ficha VIVA? preenchem?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> </td> <td data-bbox="738 1671 1423 1798"> <p>19. Acredita que os profissionais preenchem?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p> </td> </tr> </table>		<p>16. Você conhece a ficha VIVA funcionando?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>	<p>18. Você acha que este sistema está funcionando?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>	<p>17. Você já preencheu a ficha VIVA? preenchem?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>	<p>19. Acredita que os profissionais preenchem?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>
<p>16. Você conhece a ficha VIVA funcionando?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>	<p>18. Você acha que este sistema está funcionando?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>				
<p>17. Você já preencheu a ficha VIVA? preenchem?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>	<p>19. Acredita que os profissionais preenchem?</p> <p>₁() Sim ₀() Não</p>				

Bloco 3

<p>1. Você atendeu algum caso de violência contra criança e adolescentes nos últimos 6 meses ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. Se sim. Quais violências? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Abandono</p>	<p>4. Em sua opinião, qual a forma de violência mais freqüente nos serviços de emergência e urgência? Pode marcar mais de uma opção! <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Abandono</p>
<p>3. Alguma vez você já notificou algum caso ao Conselho Tutelar ou outro lugar? <input type="checkbox"/> Sim Onde? _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>5. A sua formação profissional lhe dá segurança para identificar e notificar casos de violência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Porque? _____ _____ _____</p>
<p>6. Alguma vez já foi intimado para ser testemunha de defesa de alguma criança e adolescente vítima de violência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>9. Você conhece bem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>7. Você já recebeu alguma capacitação/ treinamento em violência contra criança e adolescentes? Caso sua resposta seja não pule para a questão 13. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Se sim, onde? <input type="checkbox"/> Curso de graduação <input type="checkbox"/> No curso de pós-graduação <input type="checkbox"/> Em congressos <input type="checkbox"/> Em cursos promovidos pela instituição <input type="checkbox"/> No local de trabalho <input type="checkbox"/> Outro _____ _____ <input type="checkbox"/> Não lembro</p>	<p>10. Qual carga horária do curso recebido? _____</p> <p>11. Com a capacitação fornecida você é capaz de identificar a violência contra crianças e adolescentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>12. A sua atuação se tornou diferenciada após a capacitação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>13. A instância na qual você trabalha oferece capacitação sobre o tema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>14. Gostaria de receber treinamento/ capacitação sobre este tema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

Bloco 4

1. Na sua avaliação pessoal, quais as principais condutas que você pode tomar frente a um caso de violência contra crianças e adolescentes, aqui no setor de emergência?

1 _____

2 _____

3 _____

2. Na sua avaliação pessoal quais as principais dificuldades e entraves para o registro dos casos de violência contra crianças e adolescentes?

1 _____

2 _____

3 _____

3. Na sua avaliação pessoal quais os fatores que contribuem para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes?

1 _____

2 _____

3 _____

**OBS: ANTES DE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO REVISE AS QUESTÕES!!!
MUITO OBRIGADO PELA SUA CONTRIBUIÇÃO!!!**

ANEXO A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 3224-8124 Fax: (75) 3224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 01 de julho de 2010
Of. CEP-UEFS nº 150/2010

Senhor(a) Pesquisador(a): Profª. Rosely Cabral de carvalho

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Violência contra crianças e adolescentes: atuação dos profissionais de saúde das unidades de urgência e emergência, Feira de Santana, 2010”**, registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 057/2010, CAAE 0055.0.059.000-10**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**01/07/2011**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria da Glória Sampaio Gomes
Vice-Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO B

República Federal do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - 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 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	3	Data da notificação		
	2	Agravado(a)		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID10)	Y09		
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7	Data da ocorrência da violência		
Identificação Individual	8	Nome do paciente		9	Data de nascimento			
	10	(a) Idade		1 - Menor de 1 ano 2 - De 1 a 4 anos 3 - De 5 a 9 anos 4 - De 10 a 14 anos	11	Sexo		
	12	Gestante		1 - Sim 2 - Não	13	Raça/Cor		
	14	Escolaridade		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau) 5 - Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau) 6 - Educação superior incompleta 7 - Educação superior completa 8 - Ignorado 9 - Não se aplica	15	Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16	Nome da mãe		17	UF	18	Município de Residência	
	19	Código (IBGE)		20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	País (é residente fora do Brasil)
	31	Ocupação		32	Situação conjugal / Estado civil		33	Relações sexuais
	34	Possui algum tipo de deficiência/transtorno?		35	Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		36	Outras deficiências/Síndromes
Dados da Ocorrência	37	UF	38	Município de ocorrência	39	Código (IBGE)		
	40	Bairro		41	Logradouro (rua, avenida, ...)		42	Código
	43	Número		44	Complemento (apto., casa, ...)		45	Geo campo 3
	46	Geo campo 4		47	Ponto de Referência		48	Geo campo 4
	49	Local de ocorrência		50	Zona		51	Hora da ocorrência (0000 - 2359 horas)
	52	Local de ocorrência		53	Local de ocorrência		54	Ocorrência tagete?
	55	Local de ocorrência		56	Local de ocorrência		57	A lesão foi antropocorada?
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Situaç. NET		SVS		10/07/2003		

Tipo de violência	57 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Física de sexo humano <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Invasão legal <input type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____		58 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/agressão <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância <input type="checkbox"/> Amarga <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outros _____	
Violência Sexual	59 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Atordo sexual <input type="checkbox"/> Aterrorizado violento ao poder <input type="checkbox"/> Exporção sexual <input type="checkbox"/> Calúnia <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____		60 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
Consequências da violência	61 Procedimento realizado 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contato de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto planejado em le			
Lesão	62 Consequências da ocorrência de lesão no momento da notificação 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Calosidade glábrica <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Ferida de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____			
Local	63 Natureza da lesão (condição e sintoma diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Contusão lacerada/abrasão 05 - Amputação 08 - Poliquilostoma 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 12 - Não se aplica 13 - Ignorado		64 Parte do corpo atingida (condição e sintoma diagnóstico principal) 01 - Cabeça 04 - Coluna/ombro 07 - Quadril/pelve 10 - Órgão genitobasilar 02 - Peito 05 - Face/olhos 08 - Membros superiores 11 - Múltiplas ou generalizadas 03 - Região torácica 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 12 - Não se aplica 13 - Ignorado	
Do que o provedor foi autor da agressão	65 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado <input type="checkbox"/>		66 Vínculo legal da pessoa com quem se relaciona 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigo/conhecido <input type="checkbox"/> Policial/gente <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> da lei <input type="checkbox"/> Próprio parceiro <input type="checkbox"/> Próprio parceiro <input type="checkbox"/> Mãe solteira <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Policial/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	
Encaminhamento	67 Encaminhamento no setor saúde <input type="checkbox"/> 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 3 - Não se aplica 3 - Ignorado			
Encaminhamento	68 Encaminhamento da pessoa atingida para outros setores 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM) <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Mulher <input type="checkbox"/> Vara de Infância e Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social (CREAS-CRAS) <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outros delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____			
Encaminhamento	69 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		70 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 3 - Ignorado	
Encaminhamento	71 Classificação final 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Desclassificado <input type="checkbox"/> 3 - Provável <input type="checkbox"/> 4 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>		72 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta <input type="checkbox"/> 2 - Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 3 - Evolução Fuga <input type="checkbox"/> 4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Encaminhamento	73 Se óbito por violência, data <input type="checkbox"/> _____/_____/_____ 74 Data de encerramento <input type="checkbox"/> _____/_____/_____ 75 CID 10 - Cap XXX _____			
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo legal da pessoa atingida		(DDD) telefone
Observações Adicionais				
TELEFONES ÚTEIS Disque-Saúde: 0800 81 1987 Central de Atendimento à Mulher: 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: 100				
Município	Município/Unidade de Saúde		Cód. de Unit. de Saúde (CENES)	
Município	Nome		Assinatura	
Violência doméstica, sexual ou outras violências		Sempre NE.F		SYS 10107000