



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Muniz Luna, Geisy Lanne; Carneiro Ferreira, Renata; Eyre de Souza Vieira, Luiza Jane
Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 2, marzo, 2010, pp. 481-491
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012321021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família

Mandatory reporting of child abuse by professionals of Family Health Teams

Geisy Lanne Muniz Luna ¹
 Renata Carneiro Ferreira ¹
 Luiza Jane Eyre de Souza Vieira ¹

Abstract *Against the dimension of the problem on violence against child and adolescent for the public health, this article analyzes the process of notification of violence in children and adolescents for doctors, nurses and dentists by the family health teams in Fortaleza, Ceará State, in the exercise of professional practice. It is treated as a study of cut-traverse with the participation of 359 professionals, registered as Family Health Teams (FHT). The questionnaire was applied, and the data collected were organized, codified, tabulated and submitted to a descriptive statistical analysis and calculations of statistics measures significant, through the Qui-square Test of Pearson (χ^2) with respective value of $p = 0.05$, in the program Statistical Social Package Sciences-SPSS, version 13.0 to Windows. It was observed that 52% of the professionals don't know the notification record and 69% never participated on training in the area. The time of formation is significant statistics in the notification of cases ($p=0.002$). The conclusion is that the notification of child abuse for professionals of FHT happens on a punctual way instead of a systematic, in that sense, the development of programs of continuous training and the amplification of the nets of professional support they can reduce the insecurity degree and to increase the number of notifications of cases of child abuse.*
Key words *Child abuse, Mandatory reporting Professional role*

Resumo *Diante da dimensão do problema da violência contra criança e adolescente para a saúde coletiva, este artigo analisa o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza (CE), no exercício de sua práxis. Trata-se de um estudo de corte transversal com a participação de 359 profissionais, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Utilizou-se um questionário, cujo dados coletados foram organizados, codificados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva e a cálculos das medidas de significância, através do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) com respectivo valor de $p \leq 0.05$, no programa Statistical Package Social Sciences-SPSS. Observa-se que 52% dos profissionais não conhecem a ficha de notificação e 69% nunca participaram de treinamento na área. O tempo de formação é estatisticamente significante na notificação de casos ($p=0.002$), ou seja, quanto maior o tempo de formado, mais o profissional adota a prática da notificação no seu cotidiano. Conclui-se que a notificação de maus-tratos infanto-juvenis por profissionais da ESF ainda ocorre de maneira pontual e assistemática e o incremento de programas de formação continuada e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir o grau de insegurança e incrementar o número de notificações. Palavras-chave Maus-tratos infantis, Notificação, Papel profissional*

¹Universidade de Fortaleza.
 Av. Washington Soares
 1351, Edson Queiroz.
 608111-905 Fortaleza CE.
 geisylanne@hotmail.com

Introdução

A notificação de maus-tratos contra criança e o adolescente pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sociosanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos¹. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.

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

No Brasil, os maus-tratos contra criança e adolescente passaram a merecer maior atenção no final dos anos oitenta. Nessa época, os maus-tratos foram tratados na Constituição Federal (art. 277)² e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)³, que tornaram obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados (art. 13), prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245).

O artigo 5º da lei nº 8.069, de 1990, denominada “Estatuto da Criança e do Adolescente” (ECA), logo em suas disposições preliminares, afirma que “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”⁴.

Mesmo reconhecendo “a distância entre intenção e prática”, é preciso saudar o estatuto, com suas concepções abrangentes dos direitos dos jovens, indo desde a criança como sujeito de direitos abstratos até as disposições jurídicas para a sua proteção em caso de delito.

A legislação sobre maus-tratos no Brasil tem adotado como parâmetro o modelo americano no que diz respeito à obrigatoriedade de notificar estabelecida para profissionais, à necessidade de encaminhamento da notificação a um orga-

nismo designado em lei e à punição para o profissional que não notifica. Conta-se, no entanto, com uma rede de serviços aquém do necessário, com escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, e com a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar⁵.

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

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

Desde 2005, a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) tem procurado capacitar alguns profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos registros dos dados sobre violência, para que busquem qualificar os registros. Mas têm havido também tentativas de implantar experimentalmente fichas de notificação com perguntas adequadas e precisas⁶.

A notificação de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos pode ser considerada um indicador do melhor monitoramento da violência. Essa ação está respaldada em duas Portarias do Ministério da Saúde: a nº 1.968/GM (25/10/2001)⁷, que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde; e a nº 2.406/GM (5/11/2004)⁸, que institui o serviço de notificação, aprova o instrumento e o fluxo de atendimento.

O Ministério da Saúde tenta promover uma vigilância contínua e cuidadosa desses eventos por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais, que deverá ser preenchida pelo profissional de saúde que atendeu à vítima.

Como a integralidade é um dos princípios da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde preconiza que a Unidade de Saúde da Família garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, e que sejam asseguradas a referência e a contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir⁹.

Desse modo, entendemos que a porta de entrada ao sistema de saúde seja a Estratégia Saúde da Família, que se caracteriza por ser um serviço de atenção básica que se alicerça na busca da promoção da saúde e prevenção da doença, para o ser humano, seja este criança, adolescente, adulto ou idoso.

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

Diante dessa realidade e da dimensão do problema da violência contra criança e adolescente para a saúde coletiva, este artigo analisa o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza (CE), no exercício de sua prática.

Material e métodos

Contemplando a abordagem quantitativa, trata-se de um estudo do tipo seccional¹⁰, realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que compreende uma área territorial de 313,14 km. Dados do Censo Populacional do ano 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a cidade tem uma população de aproximadamente 2.141.402 habitantes¹¹.

A Prefeitura de Fortaleza, na metade da década de noventa, adotou uma subdivisão técnica da cidade, objetivando facilitar a administração e favorecer o acesso da população aos serviços disponibilizados. Essa subdivisão originou seis Secretarias Executivas Regionais (SER), dispostas estrategicamente, agrupando para cada uma delas os bairros adjacentes¹². Cada SER possui um Distrito de Saúde responsável por toda a rede assistencial de saúde de determinado território.

O campo de pesquisa foi a Rede de Atenção Básica à Saúde de Fortaleza, onde se encontram 89 Centros de Saúde da Família, distribuídos entre as seis Secretarias Executivas Regionais, sendo treze na SER I, onze na SER II, dezesseis na SER III, doze na SER IV, dezoito na SER V e dezenove na SER VI.

Em agosto de 2006, foram implantadas, em Fortaleza, aproximadamente trezentas Equipes de Saúde da Família: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, ampliando a cobertura de 15% para aproximadamente 50%. Porém per-

maneceu, ainda, o modelo de atenção anterior (trabalho por produtividade e sem vínculo com a comunidade). Este **mix** na assistência à saúde caracteriza o período de transição na atenção básica em Fortaleza.

Foram entrevistados profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas cadastrados nas equipes de saúde da família, que aceitassem participar de modo espontâneo e que estivessem trabalhando nas unidades de saúde com a ESF. Excluíram-se os ausentes, àqueles que se encontravam de férias ou licenças médicas e os que não se dispuseram a participar.

Apesar das consultas de puericultura e o acompanhamento de crianças e adolescentes serem sistematizados pelos profissionais médicos e enfermeiros, é relevante a inclusão do cirurgião-dentista como participante da pesquisa devido à grande demanda de crianças e adolescentes atendidas e acompanhadas por estes profissionais. Além disso, é fundamental o papel das três categorias no que diz respeito ao atendimento integral ao indivíduo.

A população-alvo do estudo teve como base os dados fornecidos pelas Secretarias Executivas Regionais que, na época da coleta de dados deste estudo, tinha 247 médicos, 292 enfermeiros e 235 cirurgiões-dentistas cadastrados nas Equipes de Saúde da Família, totalizando 774 profissionais (SER I: 32 médicos, 33 enfermeiros e 30 dentistas; SER II: 34 médicos, 41 enfermeiros e 37 dentistas; SER III: 41 médicos, 56 enfermeiros e 45 dentistas; SER IV: 30 médicos, 33 enfermeiros e 26 dentistas; SER V: 53 médicos, 64 enfermeiros e 43 dentistas e na SER VI: 57 médicos, 65 enfermeiros e 57 dentistas).

Desse modo, foi enviado o instrumento de coleta de dados para todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza (774), caracterizando a intencionalidade dessa amostra.

Utilizou-se um questionário como instrumento de coleta de dados. Este foi elaborado de modo a caracterizar o processo de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da Equipe Saúde da Família, identificar as dificuldades para o profissional notificar maus-tratos em crianças e adolescentes, o conhecimento desse profissional sobre o tema e a postura diante de casos de maus-tratos, além de caracterizar os participantes em relação a sexo, idade, renda e aspectos voltados para a formação profissional.

Estes questionários foram entregues seguindo os seguintes passos: (i) explicação do objetivo da pesquisa para as chefias de distrito de saúde

das Secretarias Executivas Regionais; (ii) participação nas reuniões de coordenadores de cada SER, com apresentação do projeto; (iii) entrega dos questionários a cada coordenador de um Centro de Saúde da Família de acordo com a quantidade de profissionais existentes; (iv) recolhimento dos questionários devolvidos nas sedes das regionais, num período médio de trinta dias.

Os dados foram organizados, codificados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva e a cálculos das medidas de significância, através do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) com respectivo valor de $p \leq 0,05$, no software estatístico SPSS, versão 13.0.

O projeto da pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), onde recebeu aprovação para realização do estudo, segundo parecer 072/2007, com registro no Coética 07-087.

Antecedendo o ato de aplicação da entrevista, foi esclarecido o objetivo da pesquisa aos profissionais, através da carta de informação ao participante, e obtidas a autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos.

Resultados

Dos 774 questionários distribuídos nas regionais, foram devolvidos 359; portanto, 46,3% do total, sendo 77 médicos, 152 enfermeiros e 130 dentistas.

As principais características dos profissionais em estudo apontam para uma maioria de mulheres (74,6%), predominantemente jovens, com idades entre 20 e 40 anos (69,9%); 53,2% eram casados e 45,1% tinham filhos. A renda familiar foi superior entre os profissionais médicos em relação às outras categorias estudadas (Tabela 1).

Dentre os respondentes, 84,9% afirmaram não terem sido vítimas de maus-tratos na infância ou adolescência; 23,3% costumam ler sobre a temática; 54,5% dos profissionais confiam nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente e 85,7% acham vantagem instituir a ficha de notificação compulsória de maus-tratos à infância e adolescência na Atenção Básica, mas esse ainda é um assunto pouco discutido no ambiente de trabalho (42,6%) (Tabela 2). Apesar de 69,0% nunca terem participado de treinamentos na área da violência contra crianças e adolescentes, 10,5% não têm interesse de capacitação sobre o assunto (Tabela 1).

Houve associação estatisticamente significante entre a categoria profissional e o conhecimento sobre o Estatuto da Criança e Adolescentes

($p<0,001$). Os médicos (62,3%) e enfermeiros (64,4%) foram os profissionais com maior percentual de conhecimento sobre o ECA (Tabela 2).

Também apresentou associação significativa a categoria profissional e o conhecimento da ficha de notificação ($p<0,001$), bem como a disponibilidade da ficha de notificação na unidade de saúde. Os enfermeiros (44,2%) foram os profissionais que mais afirmaram conhecer a ficha e saber de sua existência na unidade. (Tabela 2).

O fato dos profissionais se depararem com casos de maus-tratos foi significante com a categoria profissional ($p<0,001$) e os enfermeiros foram os que mais identificaram tal situação, como também o conhecimento da ficha de notificação ($p=0,002$) e do ECA ($p<0,001$) (Tabela 3).

Um percentual significativo dos profissionais que se deparou com casos de violência afirmou ter medo de envolvimento legal (62,2%), fato esse que atestou significância para a pesquisa ($p=0,004$) (Tabela 3).

Estatisticamente significante também foi o fato de saber para onde encaminhar e ter se deparado com casos de maus-tratos ($p=0,001$) (Tabela 3).

Quanto à notificação do caso de violência, a categoria profissional não apresentou dado estatisticamente significante, bem como em associação com o tempo de trabalho na Saúde da Família, o fato de ter sofrido maus-tratos na infância, confiar nos órgãos de proteção ou saber para onde encaminhar. O tempo de formação e o fato de ter pós-graduação influenciaram significativamente na notificação de maus-tratos contra criança e adolescente ($p<0,001$). (Tabela 4).

Discussão

Canesqui e Spinelli¹³, ao investigarem o perfil sociodemográfico e ocupacional de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, identificaram também a predominância do sexo feminino (59%) e estado civil casado (51,4%); em contrapartida, identificaram profissionais “maduros”, cuja mediana de idade encontrada foi de 36,0, ao passo que, em grandes centros urbanos, predominam os profissionais mais jovens, com idade abaixo de trinta anos.

Os dados do IBGE¹¹ em relação ao mercado de trabalho apontam que o nível da taxa de atividade do Brasil, em 1997, foi de 60,1%, (73,9% para os homens e 47,2% para as mulheres); contudo, as regiões Sul e Centro-Oeste se encontraram em média 5% acima deste nível, a Região

Tabela 1. Características sociodemográficas de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Equipe de Saúde da Família. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

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

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

Nordeste bem próxima e as regiões Norte urbana e Sudeste, abaixo.

O fato da maioria dos profissionais ser mulheres está também associado ao número de enfermeiros participantes do estudo, uma vez que esta é uma profissão predominantemente feminina. Ao analisarmos os profissionais que notificaram maus-tratos, os enfermeiros foram os mais representativos; contudo, não podemos afirmar que a notificação é uma prática do cotidiano dos enfermeiros ou que eles notificam mais que os outros profissionais, pois nesse estudo o número de enfermeiros participantes foi superior às outras categorias profissionais.

Apesar dos dados em relação aos profissionais que sofreram maus-tratos na infância não representarem significância neste estudo, em uma pesquisa realizada em Porto Alegre com 92 pediatras com o objetivo de identificar as barreiras

desses profissionais na notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, 11,0% relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância e, desses, apenas 50,0% notificaram casos de maus-tratos na sua prática¹⁴. Nessa linha de raciocínio, tratar casos de violência não é uma tarefa fácil para profissionais de saúde e o fato de ter sofrido maus-tratos pode dificultar essa abordagem na prática.

A capacitação é extremamente importante para o manejo dos casos, bem como para a qualidade das informações contidas no instrumento de notificação. Em Manaus, o núcleo de prevenção da Secretaria Municipal de Saúde assumiu a responsabilidade de capacitar os profissionais da saúde para a prática da notificação. Em Recife, os núcleos acadêmicos participam do Projeto Sentinel, sendo responsáveis pela implantação da ficha de notificação sobre violência domesti-

ca. Para o período de 2006 a 2007, o núcleo acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco

(FPE) planejou atuar articulando projetos intra e intersetorialmente na prevenção da violência,

Tabela 2. Variáveis relacionadas à visão dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Variáveis	Profissão						Sd*	p**		
	Médicos (n = 77)		Enfermeiros (n = 152)		Dentistas (n = 130)					
	n	%	n	%	n	%				
Sofreu maus-tratos										
Sim	09	11,7	19	12,6	06	4,6	0,36	0,199		
Não	65	84,5	122	80,3	118	90,8				
Não lembra	03	3,8	06	3,9	06	4,6				
Não respondeu	00	-	05	3,2	00	-				
Participou de treinamento										
Sim	26	33,7	48	31,5	37	28,2	0,46	0,708		
Não	51	66,3	104	68,5	93	71,8				
Gostaria de participar de treinamento										
Sim	69	89,6	141	92,7	111	85,3	0,30	0,133		
Não	08	10,4	11	7,3	19	14,7				
Conhece o ECA***										
Sim	48	62,3	98	64,4	56	31,5	0,49	< 0,001		
Não	29	37,7	54	35,6	74	68,5				
Conhece a ficha de notificação										
Sim	39	50,6	92	60,5	41	39,2				
Sim	38	49,4	60	39,5	89	60,8	0,5	< 0,001		
Não										
Na unidade possui a ficha										
Sim	27	35,0	83	54,6	39	30,0	0,9	< 0,001		
Não	18	23,3	30	19,7	11	8,4				
Não sabe	31	40,2	38	25,0	80	61,5				
Não respondeu	01	1,5	01	0,7	00	-				
Confia nos órgãos de proteção										
Sim	43	55,8	89	58,5	64	49,2	0,5	0,353		
Não	31	40,2	53	34,8	58	44,6				
Não sabe responder	02	2,5	03	1,9	06	4,6				
Não respondeu	01	1,5	07	4,8	02	1,6				
Lê sobre o assunto										
Sim	23	29,8	39	25,6	22	16,9	0,42	0,072		
Não	54	70,2	113	74,4	108	83,1				
Assunto discutido na unidade										
Sim	31	40,2	75	49,3	47	36,1	0,49	0,082		
Não	46	59,8	77	50,7	82	63,0				
Não respondeu	00	-	00	-	01	0,9				
Vantagem instituir a ficha na AT****										
Sim	71	92,2	127	83,5	110	84,6	0,36	0,165		
Não	06	7,8	24	16,5	17	13,0				
Não respondeu	00	-	01	0,7	03	2,4				

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

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

***Estatuto da Criança e Adolescente.

****Atenção Básica.

tendo como prioridade a realização de pesquisas, publicação de material, participação em eventos e congressos e comunicação, assessoria e apoio à estruturação de núcleos em municípios vizinhos a Recife¹⁵.

Durante a realização desta pesquisa, o município de Fortaleza passava por um momento de sensibilização entre os profissionais da Estratégia Saúde da família em relação ao tema, procurando responder aos preceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde, que priorizou a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz,

como ação prioritária para o biênio 2006-2007. Esta política recomenda o investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual¹⁶.

A pesquisa de Pires realizada em Porto Alegre com 92 pediatras mostra que os pediatras estudados apresentaram um grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis suficiente, apesar de a maioria deles não ter realizado treinamento específico nessa área¹⁴. Nesse sentido, percebe-se

Tabela 3. Variáveis relacionadas aos profissionais que se depararam com casos de maus-tratos na sua práxis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

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

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

** Estatuto da Criança e Adolescente.

a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamento e da qualificação da formação sobre a atitude dos profissionais de saúde em notificar casos de maus-tratos.

Levando a afirmativa supracitada em consideração, em relação ao presente estudo, 64,4%

dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza estão habilitados a lidar adequadamente com situações de violência, exceto os cirurgiões-dentistas, pois 68,5% não conhecem o ECA e 60,8%, a ficha de notificação. Isso não reflete necessariamente o cotidiano das Equipes de

Tabela 4. Variáveis relacionadas aos profissionais que notificaram casos de maus-tratos em sua prática. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

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

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

** Estratégia Saúde da Família.

Saúde da Família, pois situações reais poderiam ser conduzidas de maneira distinta, dependendo da consciência do profissional e não do seu grau de conhecimento.

O fato de o profissional se deparar com casos de maus-tratos nas suas atividades cotidianas mostrou relação com o grau de conhecimento sobre o ECA e a ficha de notificação. Entretanto, devem ser ressaltadas algumas considerações: não foi possível precisar o número total de casos de maus-tratos não identificados e não notificados pelos profissionais; muitos trabalhadores desenvolvem atividade profissional há anos, com trocas de inserção profissional entre privado e público; nesse caso, pode existir viés na lembrança; questões culturais, tais como valores, crença, religião, visão de mundo e outras que poderiam estar influenciando atitudes profissionais, não foram avaliadas¹⁷.

Apesar dessas restrições, este estudo identificou alguns fatores que envolveram os profissionais diante de um caso de violência contra criança, influenciando a sua atitude no momento de notificar ou não notificar: tempo de formação, ter cursado pós-graduação, saber para onde encaminhar, categoria profissional e medo de envolvimento legal.

O medo de envolvimento emocional é fato também discutido em outras pesquisas^{14,15}. Esse medo, reportado por 53,8% dos profissionais, pode refletir a ausência de suporte institucional eficaz, pois o profissional que não encontra suporte pode inibir atitudes proativas em relação à notificação de casos de maus-tratos infantis.

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

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

Entretanto, apesar de já instituída há alguns anos, a notificação de maus-tratos em crianças e

adolescentes ainda não faz parte da rotina dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, uma vez que 55,6% dos participantes da pesquisa identificaram casos de maus-tratos infantis e não notificaram.

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

O Ministério da Saúde preconiza que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer conhecimentos à comunidade e, assim, propiciar o questionamento e reflexão sobre os diversos temas relacionados com a saúde¹⁸.

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

Um estudo etnográfico que analisou os entraves para a notificação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde em uma emergência de um hospital de trauma, em Porto Alegre, constatou que existe maior comprometimento com o registro quando trata de crianças e adolescentes (especialmente o abuso sexual) do que quando as vítimas são mulheres. Os autores observaram, também, que os profissionais de enfermagem que atuam em emergências são os que melhor notificam, pois desenvolvem um grande domínio na interlocução com as vítimas de agressão, permitindo-lhes saber, a partir dos depoimentos dos usuários, as histórias, as causas e as situações em que as violências transcorrem¹⁹. Estes achados corroboram os identificados nessa pesquisa em que o profissional enfermeiro notificou 44,2% dos casos identificados.

Contudo, este **know-how** não sustenta quaisquer atividades de monitoramento e prevenção posteriores. Sem o apoio ou orientação institucional, o cotidiano da relação entre as vítimas de agres-

são e trabalhadores de saúde é movido por preconceitos, medo e uso de estratégias de defesa dos profissionais na tentativa de se resguardarem²⁰.

Na medida em que há falhas graves no processo de conhecimento dos agravos por violência, geralmente os dados situacionais são deficientes. No entanto, isso não ocorre só no Brasil, é universal e alguns estudiosos da área afirmam que os casos de violência que chegam ao conhecimento da sociedade representam apenas a "ponta do iceberg". Mesmo os países que há muitos anos valorizam a prevenção e a notificação de casos de violência ainda encontram dificuldades para a ampla incorporação dessas práticas no setor saúde²¹.

Após duas décadas de grande investimento nos Estados Unidos e Canadá, poucos critérios padronizados de anamnese e diagnóstico de violência (em particular, da violência doméstica) foram implementados no cotidiano do atendimento médico e de saúde. A maior parte das análises que criticam a postura de não envolvimento o faz pelo viés das características individuais dos profissionais²².

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

Conclusão

A Estratégia Saúde da Família de Fortaleza pretende devolver para a atenção básica o que é da responsabilidade dela, resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema, de onde só serão encaminhados para os centros de referência os pacientes com problemas mais complexos.

Enfrentar a violência e suas consequências é um desafio maior na trajetória da saúde, principalmente no âmbito da atenção básica. Os profissionais convivem diariamente com o problema crucial de enfrentar as dificuldades no manejo da situação das vítimas de violência: dificuldades técnicas para obtenção da assistência à saúde resolutiva por despreparo das equipes ou inexistência de insumos ou sistematização dos serviços.

Prevenir casos de violência infantil ou reduzir suas sequelas é uma das muitas tarefas do profissional da Estratégia Saúde da Família. Nesse

sentido, o incremento de programas de formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte profissional poderão reduzir o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações de casos de maus-tratos.

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

Colaboradores

GLM Luna concebeu o artigo, realizou levantamento bibliográfico, coleta e análise preliminar dos dados e redação inicial e formatação do artigo. LJE de S Vieira orientou todas as etapas do trabalho, colaborou na revisão da literatura e realizou a revisão final do artigo. RC Ferreira colaborou na revisão na análise dos dados e revisão final do texto.

Agradecimentos

Este trabalho contou com auxílio financeiro da FUNCAP e material do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico, processo nº 50.4458/2004-3.

Referências

1. 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.
2. Brasil. Presidência da República. *Constituição Federal 1988*. Brasília; 1988.
3. Brasil. Lei 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
4. Oliveira J, organizador. *Estatuto da criança e do adolescente Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 1995.
5. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):315-319.
6. Cavalcanti MLT. Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra criança e adolescentes aos conselhos tutelares. *Diário Oficial da União* 2001; 26 out.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5/11/2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde, e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União* 2004; 9 nov.
10. Rouquayrol MZ, Almeida Filho NA. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. [site da Internet]. [acessado 2007 ago]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004/>
12. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. *Dados epidemiológicos*. Fortaleza: SMS, 2007. [acessado 2007 jan]. Disponível em: <http://www.sms. fortaleza.ce.gov.br>
13. Canesqui AM, Spinelli M.A.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1881-1892.
14. Pires JMA. Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant* 2005; 5(1):103-108.
15. Assis SG. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
16. Ron S. Pediatrician in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse Negl* 1998; 22:143-153.
17. Haeringen ARV. The child abuse lottery - will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22(3):159-169.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
19. Leal SMC, Lopes MJM. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):419-431.
20. Deslandes SF. *Frágis deuses profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
21. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadoras. *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
22. Thurston WE, Eisener AC. Successful integration and maintenance of screening for domestic violence in the health sector: moving beyond individual responsibility. *Trauma, Violence & Abuse* 2006; 7(2):83-92.

Artigo apresentado em 29/02/2008

Aprovado em 04/09/2008

Versão final apresentada em 15/12/2008