

UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA

**IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIAS
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO
DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES DE
SAÚDE**

TATIANY CAETANO MARQUES

VILA VELHA
DEZEMBRO / 2017

UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA

**IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIAS
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO
DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha, como pré-requisito do Programa de Pós-graduação em Segurança Pública, para a obtenção do grau de Mestra em Segurança Pública.

TATIANY CAETANO MARQUES

VILA VELHA
DEZEMBRO / 2017

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

M357i

Marques, Tatiany Caetano.

Identificação e notificação da ocorrência de violência na primeira infância: conhecimento e comportamento dos profissionais da atenção básica nas unidades de saúde. / Tatiany Caetano Marques. – 2018.

26 f.: il.

Orientadora: Érika da Silva Ferrão.

Dissertação (mestrado em Segurança Pública) - Universidade Vila Velha, 2018.

Inclui bibliografias.

1. Segurança Pública. 2. Crianças e violência. I. Ferrão, Érika da Silva. II. Universidade Vila Velha. III. Título.

CDD 363.3

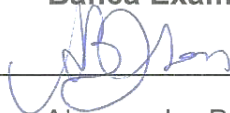
TATIANY CAETANO MARQUES

IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO
DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES DE
SAÚDE


Dissertação apresentada à Universidade
Vila Velha, como pré-requisito do
Programa de Pós-Graduação em
Segurança Pública, para obtenção do
grau de Mestra em Segurança Pública.

Aprovado em 20 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:



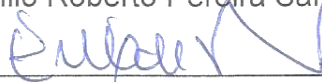
Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta (UFES)



Profa. Dra. Maria Regina Lopes Gomes (UUV)



Prof. Dr. Danilo Roberto Pereira Santiago (UUV)



Profa. Dra. Erika da Silva Ferrão (UUV)
Orientadora

IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES DE SAÚDE

RESUMO

Objetivou-se identificar o conhecimento e práticas de 93 profissionais em 17 unidades de saúde ao atender crianças violentadas. Entrevistas foram realizadas e analisadas quanto ao seu conteúdo, revelando um conhecimento dos profissionais sobre a importância da notificação, mas dúvidas sobre como realizá-la. Ainda, identificou-se a necessidade de capacitação sobre protocolos ou fluxogramas que os oriente na identificação e atuação para a prevenção e o enfrentamento à violência contra a primeira infância, protegendo o desenvolvimento sadio e harmonioso infantil.

Palavras Chaves: Notificação. Identificação. Violência contra a primeira infância. Capacitação. Prevenção.

IDENTIFICATION AND NOTIFICATION OF THE OCCURRENCE OF VIOLENCE IN THE FIRST CHILDHOOD: KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF BASIC ATTENTION PROFESSIONALS IN HEALTH UNITS

ABSTRACT

The objective was to identify the knowledge and practices of 93 professionals in 17 health units when attending raped children. Interviews were conducted and analyzed for their content, revealing a knowledge of the professionals about the importance of the notification, but doubts about how to do it. Also, the need for capacitation on protocols or flowcharts that orient them in the identification and action for the prevention and the confrontation to the violence against the infancy, was identified, protecting the healthy and harmonious development of children.

Keywords: Keywords: Notification. Identification. Violence against early childhood. Training. Prevention.

INTRODUÇÃO

A violência tem chamado a atenção da sociedade no sentido da preocupação com as suas dimensões. Alguns dos seus efeitos são conhecidos, porém suas espécies ainda podem ser um mito. Um grande exemplo é a violência intrafamiliar, que durante muito tempo foi tratada como questão privada da vida das famílias. A violência tida por intrafamiliar é aquela que decorre de ações ou omissões que prejudiquem o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família, comumente cometida contra mulheres, crianças e idosos (SILVA et al., 2009).

É a violência contra a criança que tem tomado conta do cenário mundial. Nunca na história da humanidade buscou-se estudar e discutir os efeitos destas práticas, bem como taxá-las como prejudiciais ao desenvolvimento infantil, como tem ocorrido. Estudos recentes comprovam que os efeitos da violência sofrida na infância poderão ser sentidos em curto, médio e longo prazo, tanto de ordem física quanto psicossocial, visto que toda a experiência que uma pessoa pode viver durante sua infância, refletirá na sua vida adulta (RAMOS; DA SILVA, 2011).

Em decorrência da sua amplitude, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a violência intrafamiliar cometida contra a criança e adolescente é uma questão de saúde pública, que constitui uma violação aos direitos humanos e aos direitos que já lhe são assegurados em lei própria (SILVA, et al. 2009). A OMS classifica a violência contra a criança em quatro categorias: abuso físico, sexual, psicológico ou emocional e negligência, que podem resultar em prejuízos no crescimento, no desenvolvimento e na maturação das crianças (NUNES; SALES, 2016), encarado, por isso, como um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

Os fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil sadio são termos advindos da Psicologia do Desenvolvimento e usados para descrever processos desenvolvimentais que ocorrem durante o ciclo vital das pessoas, em especial as que vivem em situação de vulnerabilidade social. Os fatores de risco são condições ou variáveis que estão associados com a maior probabilidade de obtenção de resultados negativos ou indesejáveis ao desenvolvimento da pessoa (ARAUJO DE MORAIS; KOLLER; RAFFAELLI, 2012).

Se uma criança cresce exposta a fatores de risco, aumenta-se a probabilidade dela desenvolver uma desordem emocional ou comportamental, porém cabe ressaltar que por si só esses fatores não constituem causa específica,

mas apenas indicativo de processo complexo que pode justificar a consequência de uma patologia na criança (MAIA; WILLIAMS, 2005).

Os fatores de proteção são aqueles que operam alterando a trajetória da exposição ao risco, levando a resultados positivos ou menos negativos, ou seja, são os fatores que neutralizam os efeitos do risco na vivência da pessoa (ARAUJO DE MORAIS; KOLLER; RAFFAELLI, 2012). São esses fatores os responsáveis pela modificação ou alteração da resposta negativa aos riscos presentes em ambientes hostis. Quando presentes, esses fatores diminuem a probabilidade de o indivíduo desenvolver problemas de externalização comportamental negativa (MAIA; WILLIAMS, 2005).

Estima-se que desde a década de 1970, a violência é apontada como uma das principais causas de morbimortalidade. No Brasil ela é um dos motivos de morte de crianças e adolescentes a partir de cinco anos de idade (MASSONI, et al. 2014). O Estado do Espírito Santo é o segundo Estado em que mais se mata crianças e a cidade de Vila Velha, localizada na região metropolitana, está entre os cinco municípios mais violentos e também no ranking nacional entre os 20 municípios que apresentam maiores taxas de homicídios contra as crianças e adolescentes, segundo dados do Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2012).

Devido essas especificidades e agregando as declarações da OMS, a violência deixa de ser temática exclusiva da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública, vez que infere-se que as variadas modalidades de violência que ocorrem em meio doméstico podem ser responsáveis pela grande maioria dos atos violentos que compõe o índice de morbimortalidade (BRITO, et al. 2005). Dessa forma, conclui-se que um estudo aprofundado sobre o tema seja relevante para que sejam discutidas e implantadas intervenções apropriadas e efetivas no combate e controle do fenômeno.

Observando a violência contra a criança sob a ótica da saúde pública, pesquisas com profissionais na atenção básica da saúde pública (ALMEIDA, et al, 2012, RAMOS; SILVA, 2011, MENDES, et al, 2009, MONTEIRO; ABREU; PHEBO, 1997) tem apontado dificuldade dos profissionais em identificar e notificar os casos que envolvam a violência intrafamiliar contra crianças. De acordo com Massoni et al (2014), os profissionais da ponta ainda encontram certa dificuldade, seja ela pessoal e/ou profissional. Os motivos alegados para as subnotificações de práticas de violência contra criança são falta de conhecimento sobre a conduta correta a ser

tomada, incerteza em diagnosticar, medo de represálias ou perseguição, receio de se envolver legalmente, não saber exatamente o que fazer quando identificar um caso ou não saber documentá-lo (MASSONI, et al. 2014).

É de suma importância que esses profissionais estejam aptos a fazer essas identificações e, por conseguinte as notificações necessárias, pois somente conhecendo a realidade que o fenômeno apresenta é que se pode pensar em políticas públicas de enfrentamento e controle. É através dos casos notificados que a violência ganha visibilidades, permitindo assim o seu dimensionamento epidemiológico e a criação de ações públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA, et al. 2007) na área de Segurança Pública, a partir de uma abordagem interdisciplinar.

Por definição, a notificação da violência cometida contra criança pode ser descrita como 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). Ao notificar a ocorrência ou suspeita de violência contra criança, o profissional da saúde informa ao poder público que direitos individuais estão sendo atingidos, ou seja, chama-o à sua responsabilidade de preservação dos direitos daqueles indivíduos.

O ato de notificar a ocorrência ou suspeita de violência cometida contra as crianças e aos adolescentes não é faculdade dos profissionais da saúde, é um dever legalmente constituído, ou seja, o profissional que se recusa ou simplesmente se omite em notificar, age contra preceitos legais¹ e constitucionais, submetendo-se às penalidades impostas para tal conduta. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu art. 13 expõe que casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais. No artigo 245, o ECA define que a omissão da notificação implica em infração administrativa sujeita à multa de três a vinte salários de referência.

Além do Estatuto da Criança e do Adolescente, a Portaria nº 1.968, MS/GM de 25 de outubro de 2001, também obriga que casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos nas entidades do Sistema

¹ Portaria nº 1.968/2001 do Ministério da Saúde torna obrigatória, em todo o território nacional, que os casos de suspeita ou confirmação de violência cometida contra crianças, identificados pelos profissionais da saúde, sejam notificados ao órgão competente através do preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória.

Único de Saúde devem ser notificados às autoridades competentes. Nesse sentido percebe-se que os profissionais da atenção básica devem estar preparados e devidamente capacitados para o enfrentamento do fenômeno, pois são eles que têm a responsabilidade de identificar, diagnosticar, notificar e encaminhar casos de violência contra crianças (PEREIRA, et. al. 2013).

Já com relação a denúncia, esta é feita à autoridade policial, que tendo conhecimento das situações que envolvam violência contra crianças, inicia um procedimento de investigação dos fatos a ele levado, diretamente pelo Conselho Tutelar ou por qualquer outra pessoa que queira realizá-la. Concluídas as investigações iniciadas por meio da denúncia, a autoridade policial envia para o Poder Judiciário os resultados apurados. De posse dos resultados das investigações, o Ministério Público juntamente com o Juízo da Vara da Infância deliberam sobre a situação da vítima e a eventual responsabilização do agressor.

Destarte, tendo em vista a relevância do estudo sobre a notificação como estratégia para interromper o processo de violência, buscou-se identificar o conhecimento e práticas dos profissionais de saúde de unidades básicas de saúde que atendem casos de violência intrafamiliar praticadas contra crianças e adolescente no município de Vila Velha/ES.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa, desenvolvida nas Unidades de Atenção Básicas de Saúde Pública do Município de Vila Velha/ES.

Participantes

Participaram do estudo 93 profissionais da saúde que trabalham diretamente no atendimento de crianças na primeira infância (0 a 6 anos). As especialidades mais presentes na pesquisa foram enfermeiros, dentistas e médicos, todos atuantes nas unidades de pronto atendimento municipal, tal como mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Número de participantes por especialidade e região Administrativa do Município de Vila Velha/ES (n=93)

UAPS	ESPECIALIDADES							Total
	Médicos	Pediatra	Dentista	Psicólogo	Enfermeiro	Nutricionista	A. Social	
Região 1	0	1	0	1	3	1	1	7
Região 2	5	1	7	1	8	1	3	26
Região 3	1	4	2	1	5	1	3	17
Região 4	0	3	2	0	3	1	2	11
Região 5	8	1	7	3	9	1	3	32
Total	14	10	18	6	28	5	12	93

Procedimentos, processamento e análise dos dados

A população total das especialidades conta com 172 profissionais, distribuídos em 17 Unidades Básicas de Saúde, nas cinco Regiões Administrativas do Município de Vila Velha/ES, tal como se apresenta na Tabela 2.

Tabela 2 – Total existente de profissionais nas Unidades de Atendimento por especialidade e Região Administrativa do Município (n=172)

UAPS	ESPECIALIDADES							Total
	Médicos	Pediatra	Dentista	Psicólogo	Enfermeiro	Nutricionista	A. Social	
Região 1	0	2	0	2	6	1	2	13
Região 2	10	1	13	2	15	1	6	48
Região 3	2	7	4	2	10	1	5	31
Região 4	0	6	4	0	6	1	3	20
Região 5	16	2	13	5	17	1	6	60
Total	28	18	34	11	54	5	22	172

Para o estabelecimento do tamanho da amostra do estudo foi considerado uma margem de erro de 6,9% e nível de confiança de 95%, resultando no tamanho da amostra de 93 participantes. Para distribuição das amostras por região administrativa e especialidade foi utilizado o Método de Amostragem Proporcional Estratificado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Vila Velha/ES em Julho de 2017 (Parecer nº 2.168.534).

A coleta de dados foi realizada no período de setembro e outubro de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas, que seguiram um roteiro composto por 22 perguntas abertas e fechadas. As perguntas foram elaboradas pela autora do estudo com base em levantamento de referencial teórico relacionado ao tema e que

apresentava relevância e implicação ao assunto abordado. As entrevistas foram realizadas de forma individual e em local escolhido pelo entrevistado nas dependências das Unidades de Saúde. As mesmas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente para análise, pela equipe de pesquisadores.

As perguntas abordavam temáticas relacionadas à sua atuação profissional e suas percepções acerca da violência cometida contra as crianças na primeira infância e quais as principais atitudes e procedimentos a serem tomados quanto à verificação e notificação das mesmas, além dos dados demográficos. As perguntas tratavam de temas relacionados aos fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil; a notificação e a denúncia de casos que envolvam violência contra crianças e o conhecimento da ficha de notificação compulsória de violência; os tipos de violência identificados que ocorrem com maior predominância; as principais dificuldades encontradas por esses profissionais ao trabalhar com crianças que estão, ou foram vítimas de violência; a falta ou existência de capacitação para lidar com as situações críticas, bem como com as crianças vítimas de violência doméstica e seus familiares.

Posteriormente a realização das entrevistas, todas as respostas dadas pelos entrevistados, em cada pergunta, foram agrupadas segundo critério de similaridade e após essa separação, foram criadas categorias de respostas, que deram origem as variáveis estudadas e debatidas no trabalho. As categorias das respostas obtidas foram sobre o perfil social demográfico; classificação socioeconômica; compreensão sobre violência; nível de capacitação para identificação de violências cometida contra crianças; experiências profissionais na atuação de identificar, notificar e denunciar e os principais desafios e dificuldades identificados pelos entrevistados no que concerne a temática violência contra crianças.

A análise temática dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), sendo as suas informações categorizadas e organizadas de forma a atender os objetivos do estudo, verificando assim a associação das variáveis existentes.

A análise estatística dos dados se deu por tabulação e caracterização/agrupamento das respostas, em seguida foi utilizado o sistema SPSS – Statistical Package for the Social Sciences – software estatístico utilizado para a área das Ciências Sociais, na versão 20.0 do Windows, para a geração das tabelas simples e das tabelas de cruzamento de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 93 profissionais da saúde entrevistados, percebeu-se que o perfil se concentrava nas seguintes características: sexo feminino (83,9%), prevalecendo a idade entre 25 a 35 anos (48,4%), com ensino superior (60,2%), e atuando principalmente na Região 5 (34,4%), tal como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil de Sexo, Idade, Escolaridade e Região Administrativa de atuação da Amostra de Pesquisa

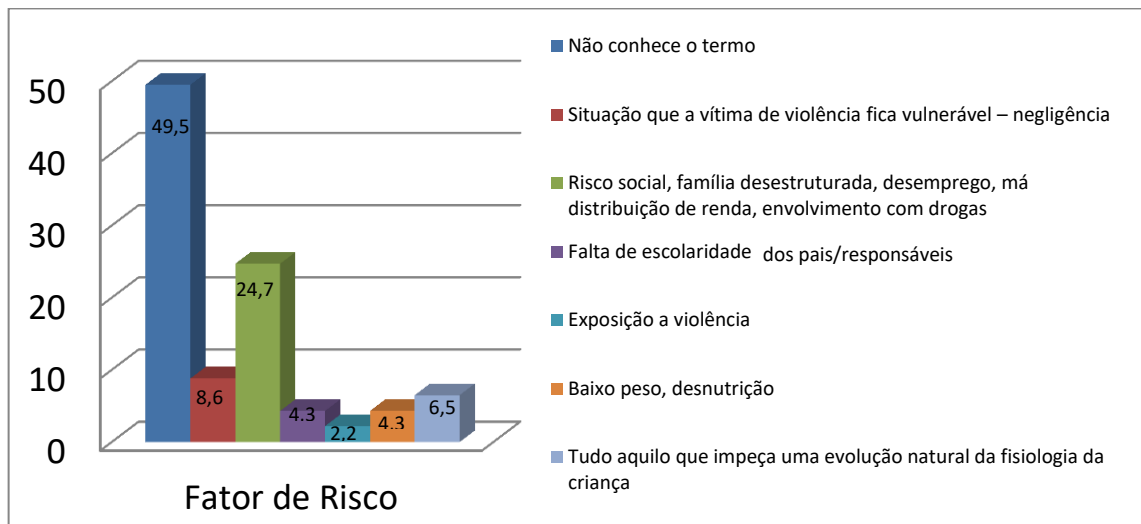
PERFIL DOS ENTREVISTADOS	
Sexo dos Entrevistados	
Feminino	83,9
Masculino	16,1
Total	100
Idade dos Entrevistados	
25 a 35 anos	48,4
36 a 45 anos	30,1
46 a 55 anos	11,9
56 a 65 anos	4,3
Não Respondeu	5,4
Total	100
Escolaridade dos Entrevistados	
Ensino Superior	60,2
Pós Graduação	36,6
Mestrado/Doutorado	3,2
Total	100
Região de Atuação dos Entrevistados	
Região 1	7,5
Região 2	28
Região 3	18,3
Região 4	11,8
Região 5	34,4
Total	100

Os entrevistados foram questionados sobre o que entendiam acerca da violência doméstica. No agrupamento por similaridade de respostas, 36,6% dos entrevistados responderam se tratar de toda a forma de abuso/agressão física, verbal, psicológica, financeira e negligência proferida por alguém do núcleo familiar. Para tanto, essa foi considerada pela autora do estudo como uma resposta completa que abrangia todas as formas de violência debatida pela literatura. No entanto, 61,3% dos entrevistados deram respostas consideradas, pela autora, como incompletas, pois afirmavam ser avaliado como violência doméstica apenas episódios de

agressão ou violência física, sem considerar o agente agressor, nem as suas modalidades. Com relação a esta pergunta 2,2% não responderam.

Quando questionados sobre o que consideravam como fator de risco para o desenvolvimento infantil, 49,5% responderam que não conheciam o termo. Novamente as resposta foram agrupadas por similaridade, o que mostrou que na opinião de 24,7% dos entrevistados, os fatores de risco seriam o somatório dos riscos sociais; família desestruturada²; o desemprego; má distribuição de renda e envolvimento com drogas. Em contrapartida, 8,6% acreditam que são situações em que a vítima de violência fica vulnerável e exposta a violência. As demais respostas para esta pergunta estão apresentadas no Gráfico 1.

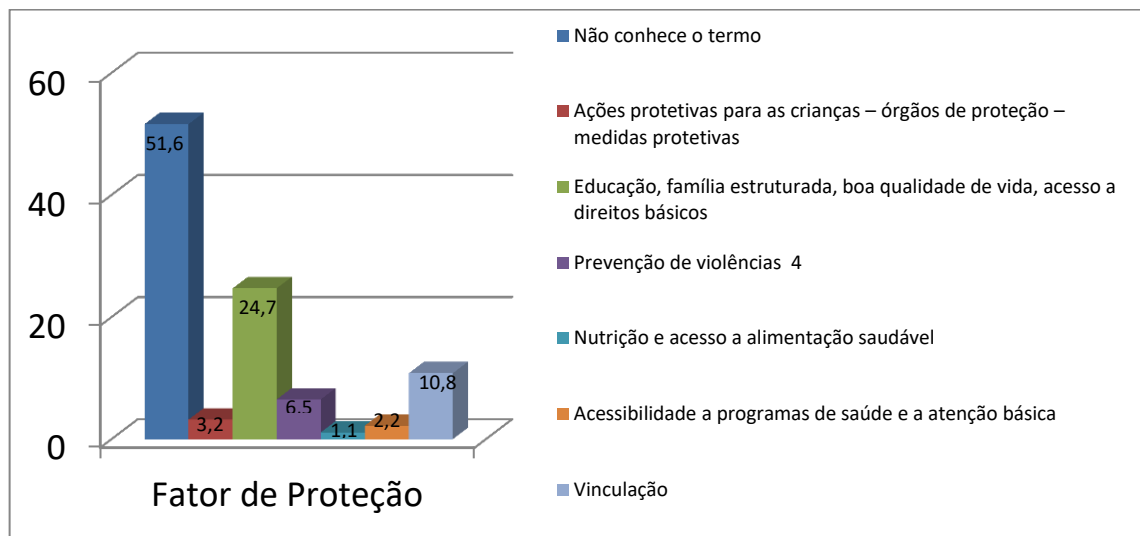
Gráfico 1 - Fatores de Risco para o Desenvolvimento Infantil
Pergunta: O que você considera como fator de risco para o Desenvolvimento Infantil?



Também foi objeto de pesquisa o conhecimento dos entrevistados acerca dos fatores de proteção ao desenvolvimento infantil, que ao contrário dos fatores de risco, são responsáveis pelo crescimento sadio das crianças. Quanto aos fatores de proteção, 51,6% dos entrevistados não conhecem o termo. Também pelo agrupamento das respostas, 24,7% afirmam ser a educação; família estruturada; boa qualidade de vida e acesso a direitos básicos, como fatores de proteção. As demais respostas para pergunta estão no Gráfico 2.

² Com relação ao termo “família desestruturadas”, os entrevistados se referiam a famílias que não eram compostas por pai, mães e filhos, mas sim aquelas compostas por outros membros familiares com laços consanguíneos ou não. A maior parte dos exemplos citados foi de crianças que eram criadas por avós ou outro parente, sem qualquer tipo de presença paterna ou materna.

Gráfico 2 - Fatores de Proteção para o Desenvolvimento Infantil
Pergunta: O que você considera como fator de proteção para o Desenvolvimento Infantil?



Ao analisar a resposta dos entrevistados sobre o que eles consideram como fator de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, pode-se perceber que apesar de cerca da metade dos profissionais não conhecerem os termos, uma parcela têm noção dos seus significados. Tal fato sugere ser necessário expandir o conhecimento sobre esses termos, a fim de que os profissionais possam saber identificar a ocorrência dos mesmos e intervir notificando e denunciando as práticas nocivas, visando sempre o bem estar das crianças e dos adolescentes.

Considerando que os profissionais da área da saúde são fundamentais na identificação de casos de violência contra criança, pois geralmente são eles que prestam os primeiros atendimentos às vítimas, foi perguntado aos entrevistados se eles saberiam ou não identificar, durante a atividade profissional, se uma criança está sendo ou foi vítima de violência. Para essa pergunta 77,4% disseram que saberiam identificar, ou por experiências profissionais ou pelo comportamento da vítima ou por marcas físicas e/ou por exame clínico, 15,1% disseram que não saberiam identificar, 5,4% afirmaram que identificariam quando se tratasse de situações de negligência com o cuidado da criança e 2,2% disseram saber identificar, mas não especificaram como fariam.

Como já informado, a OMS (2006) classifica a violência contra a criança em quatro categorias: abuso físico, sexual, psicológico ou emocional e negligência. Também foi interesse da pesquisa saber qual tipo de violência apresenta maior incidência nas Unidades de Saúde. Para 35,5% dos entrevistados a negligência é o tipo de violência que ocorre com mais frequência, enquanto que para 28,0%

prevalece a do tipo psicológica, 26,9% consideram a do tipo física e 9,7% apontam a violência sexual.

Insta esclarecer que no decorrer da pesquisa e no processamento dos dados, sentiu-se a necessidade de correlacionar os dados sobre os tipos de violência identificados e a atuação profissional dos entrevistados, a fim de se pontuar qual especialidade identifica cada tipo de violência.

Na Tabela 4 foi realizado o cruzamento das variáveis “tipos de violência” por “atuação profissional”. Vejamos a Tabela 4.

Tabela 4 – Tipos de Violência Notificada e Atuação Profissional

TIPO DE VIOLÊNCIA	ATUAÇÃO PROFISSIONAL						
	Médico	Pediatra	Dentista	Psicólogo	Enfermeiro	Nutricionista	Ass. Social
Física	6,70%	30,00%	23,50%	33,30%	27,60%	25,00%	50,00%
Sexual	40,00%			33,3	3,4		
Psicológica	46,70%	10,00%	23,50%		27,60%	75,00%	25,00%
Negligência	6,70%	60,00%	52,90%	33,30%	41,40%		25,00%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pelos dados da tabela podemos verificar que os pediatras, os dentistas, os psicólogos e os enfermeiros são os profissionais que mais identificam a violência do tipo negligência. Por sua vez, os assistentes sociais identificam com mais frequência a do tipo física e os nutricionistas e os médicos identificam a violência psicológica.

Em situações que envolvam violência contra crianças e adolescentes, é importante que os primeiros atendimentos a essa vítimas sejam feitos por profissionais capacitados, com conhecimento sobre notificação e denuncia, e suas peculiaridades. Com relação a esse tema, quando os entrevistados foram questionados sobre as diferenças entre notificar e denunciar a ocorrência de violência que os mesmos já tenham constatado, 52,7% dos entrevistados responderam que sabem a diferença, enquanto que 47,3% não sabem quais são. Com relação ao ato de notificar, 68,8% dos entrevistados não notificaram, ou por não saber constatar, ou por não saber como fazer ou por entenderem não haver necessidade. Apenas 28,0% já notificaram casos que envolvessem violência contra criança e 3,2% não responderam a pergunta. Já com relação ao ato de denunciar, 77,4% dos entrevistados não denunciaram, ou por não saber constatar, ou por não

saber como fazer ou por entender não haver necessidade, enquanto que 19,4% já denunciaram. Novamente 3,2% não responderam.

É necessário que os profissionais da atenção básica sejam capacitados, não só para a identificação, como também para a notificação. Apesar de que o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Portaria nº 1.968 Ministério da Saúde expressam a obrigatoriedade da notificação quando houver suspeitas ou confirmação de violações, a regra é a subnotificação. Estima-se que de dez a vinte casos deixam de ser registrados para cada notificação realizada (PEREIRA et al. 2013).

Cabe ao profissional da saúde que realizar o atendimento à criança ou adolescente vítima de violência, notificar o caso por meio do preenchimento da ficha de notificação compulsória, ainda que somente existam suspeitas. É a notificação que viabiliza um sistema de registros com informações fidedignas sobre as situações de violência na realidade social local, estadual e nacional, assegurando assim que as formas criadas para promoção e prevenção do fenômeno, levem em conta as especificidades culturais e sociais das várias regiões do país (BRASIL, 2002).

Pode-se então afirmar que a notificação é um instrumento de política pública, pois possibilita dimensionar a questão da violência intrafamiliar, avaliar as necessidades de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, como também permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento do problema (GARBIN et al. 2014).

Se o profissional da saúde estiver consciente sobre a importância da notificação e sobre o seu papel quanto à identificação, restará clara a noção de que a informação declarada na ficha de notificação compulsória será um instrumento de prevenção e enfrentamento a violência contra crianças, pois uma atuação profissional centrada na atenção e no cuidado com essas vítimas, só poderá trazer benefícios na ação pontual contra a violência intrafamiliar.

Foi perguntado aos entrevistados se eles tinham conhecimento da ficha de notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes. Do total dos entrevistados, 39,8% disseram que conhecem a ficha, mas nunca a utilizaram, 32,3% não tem conhecimento da mesma e 28,0% conhecem a ficha e já fizeram uso dela. Esses dados demonstram como é necessário que seja ofertada capacitação para esses profissionais, que apresente os instrumentos disponíveis e para quais situações devem ser utilizados, auxiliando na identificação, notificação e encaminhamentos em casos de violência contra a criança (PEREIRA, et. al. 2013).

Pois é perceptível que muitas vezes a falta de conhecimento impede uma atuação mais efetiva na prevenção do fenômeno.

Na Tabela 5 realizou-se o cruzamento das variáveis “conhecimento da ficha de notificação” com a “atuação profissional” dos entrevistados. Vejamos a tabela.

Tabela 5 – Conhecimento da Ficha de notificação e Atuação Profissional

CONHECIMENTO	ATUAÇÃO PROFISSIONAL						
	Médico	Pediatra	Dentista	Psicólogo	Enfermeiro	Nutricionista	Ass. Social
Sim, nunca utilizou	26,70%	30,00%	35,30%	33,30%	51,70%	50,00%	41,70
Sim, já utilizou	46,70%	30,00%	-	66,70%	17,20%	-	58,30
Não conhece	26,70%	40%	64,70%	-	31,00%	50,00%	-
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Ao analisar os dados da tabela acima sobre o conhecimento da ficha de notificação compulsória com os profissionais da saúde entrevistados, chega-se a conclusão de que é preciso disseminar a importância do ato de notificar e quais os meios existentes para essa realização.

Compreendendo como o ato de notificar e denunciar são importantes quando se trata de violência contra crianças, foi perguntado aos entrevistados sobre a existência de alguma situação em especial que causasse impedimento ou receio, pessoal, nos atos de notificar e denunciar. Para essa pergunta, 17,2% dos entrevistados responderam que têm medo da comunidade, sentem-se inseguros e temem algum tipo de represália. Por acharem que o ato de notificar e denunciar são papéis exclusivos dos assistentes sociais, 3,2% dos entrevistados deixam de realizar os atos. Já 11,8% afirmam que não o fazem porque não sabem constatar, enquanto que 2,2% acreditam que o ato de notificar e denunciar poderia deixar a criança, vítima da violência, ainda mais exposta e continuar sendo violentada pelo agressor, que continuaria no núcleo familiar sem qualquer punição ou reparação. A burocracia também foi citada por 1,1% dos entrevistados e 4,3% afirmaram que a Rede não dá suporte aos profissionais e isso seria um impedimento na hora de efetivar a atuação profissional. 60,2% dos entrevistados não responderam.

Insta esclarecer que o ato de notificar e denunciar são obrigatórios, pela Portaria do Ministério da Saúde e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, a não realização dos mesmos implica em infração administrativa do agente de saúde, chegando até a aplicação de multa de três a vinte salários de referência. Diante

dessa situação, buscou-se saber se os entrevistados tem conhecimento das implicações legais às quais são submetidos, caso não relatem as suspeitas ou confirmações de casos que envolvam violência contra criança. Dos entrevistados, 58,1% afirmaram que têm conhecimento sobre a existência de alguma implicação legal, porém não souberam especificar qual seria. Ainda, 32,3% disseram não conhecer nenhuma implicação legal nos casos de omissão e 9,7% afirmaram que se trata de negligência profissional.

Também foi objeto de pesquisa informações acerca do preparo dos profissionais de ponta no que se refere ao que fazer caso identificasse que uma criança está sendo ou foi vítima de violência. Para essa pergunta, 34,4% dos entrevistados responderam que iriam terceirizar³ o atendimento passando o caso ou para a gerente da unidade, ao médico e/ou equipe responsável pelo atendimento, ou para o assistente social ou ao psicólogo. Responderam que iriam notificar e denunciar ou conversar com a vítima primeiro e acionar posteriormente os órgãos competentes, se houvesse necessidade, 31,2% dos participantes. 14,0% disseram que não saberiam o que fazer por falta de capacitação e 10,8% responderam que iriam acionar os órgãos competentes (Conselho Tutelar, CREAS e delegacia de proteção a criança e ao adolescente). Do total, 5,4% não responderam.

Já com relação a dar o encaminhamento correto para as situações que envolvam violência contra crianças, 45,2% dos entrevistados disseram não saber qual procedimento correto a seguir. Acionar o Conselho Tutelar ou Poder Policial foi a opção de 22,6% dos participantes, enquanto que 15,1% disseram que iriam terceirizar⁴ o atendimento para o assistente social e/ou psicólogo. Já 10,8% afirmaram saber o que fazer, mas não detalharam o que seria e 6,5% não responderam.

Percebe-se que ainda falta nos profissionais instruções sobre como agir nessas situações, visto que a obrigação do atendimento que resulte em notificação e denúncias, se for o caso, é de qualquer profissional que tenha contato com a situação de violência e não apenas do assistente social e do psicólogo.

Os entrevistados foram questionados sobre se sentirem, ou não, preparados para conversar com as vítimas de violência e seus familiares, quando houvesse a

³ O termo “terceirizar o atendimento” foi usado pelos entrevistados com sentido de explicar que passariam o atendimento da criança vítima de violência para outra pessoa dentro da unidade de saúde.

⁴ Novamente o termo é usado para explicar que o atendimento das crianças vítimas de violência será repassado para outro profissional dentro da unidade.

identificação ou a suspeita de ocorrência de violência. Para essa pergunta 57,0% dos entrevistados disseram não se sentirem preparados, já 20,4% afirmaram que não teriam dificuldades em fazer a abordagem. Ocorre que 14,0% dos entrevistados responderam que se sentem preparados, porém não especificaram como seria feita a abordagem e 7,5% disseram que conversariam com a vítima ou com os familiares, desde que tivessem o auxílio do assistente social e/ou do psicólogo. 1,1% não responderam a pergunta.

Além dos impasses que profissionais têm com relação à falta de capacitação para realizar as abordagens necessárias às vítimas e seus familiares, os entrevistados também relataram algumas dificuldades que eles encontram ao trabalhar com crianças vítimas de violência doméstica. 49,5% dos entrevistados apontaram dificuldades relacionadas às vítimas, enquanto que 24,7% relacionaram as dificuldades à Rede e ao Sistema, já 12,9% atribuíram as dificuldades aos atos dos próprios profissionais e 12,9% não souberam informar o que causaria mais dificuldade no atendimento das crianças vítimas de violência doméstica.

Para justificar as dificuldades inclinadas às vítimas, os entrevistados argumentam que há uma preocupação com os riscos familiares em que essas crianças estão envolvidas - tentar impedir que elas continuem sofrendo violações são preocupações constantes entre os profissionais. Também foi destaque o comportamento das crianças e/ou dos familiares que podem atrapalhar o atendimento prestado, como também o fato do agressor muitas vezes está presente no atendimento e a criança, em contrapartida, tem medo de contar, ou também não saber se expressar quanto à violência sofrida, ou até mesmo não saber contar que está sendo violentada.

Outro ponto que merece ser ressaltado na pesquisa foram as afirmações de dificuldade relacionadas aos próprios profissionais. Parcela deles afirmou que a falta de capacitação é prejudicial nos atendimentos, uma vez que eles sentem dificuldades em fazer a abordagem de forma correta com a vítima e com a família. Também foi levantada a questão dos atendimentos serem feitos de forma isolada, sendo que alguns profissionais acreditam que se os atendimentos fossem realizados em conjunto com a equipe multiprofissional, a identificação seria feita de forma mais certa e os encaminhamentos mais céleres.

Com relação às dificuldades atribuídas ao Sistema/Rede, foram pontos suscitados pelos entrevistados a falta de estrutura das unidades, no que concerne a

possibilidade de se trabalhar de forma lúdica com as crianças. A Rede de Atendimento Municipal foi apontada como precária e os sistemas e programas de proteção às vítimas considerados morosos. Também foi destacada a falta do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos com grupos de crianças de 0 a 6 anos (primeira infância).

Durante a realização das entrevistas, alguns profissionais citavam sentir falta de uma capacitação que contribuísse positivamente na identificação, no diagnóstico e na notificação dos casos que envolvessem violência doméstica contra crianças. Ao serem argumentados sobre o que consideravam importante nesta capacitação, os entrevistados responderam vários pontos relevantes, que foram divididos em seis grupos, apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Temas relevantes para um Programa de Capacitação

TEMAS RELEVANTES PARA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	
Não opinou	8,6
Conceitos	9,7
Instruções	36,6
Procedimentos	20,4
Suporte/rede	8,6
Questões relacionadas aos profissionais	9,7
Políticas assistencialista/preventivas	6,5
Total	100

Com relação aos conceitos básicos, os entrevistados demonstraram interesse em conhecer mais sobre o que seria o fenômeno social da violência e suas modalidades, como também quais são os tipos existentes e suas principais causas e consequências.

No que se refere às instruções a serem oferecidas, os profissionais sugeriram que fossem oferecidas instruções sobre o que fazer quando identificarem casos que envolvam violência doméstica contra crianças e como fazer uma abordagem adequada à vítima e aos seus familiares. Também foram solicitadas instruções sobre como usar a ficha de notificação compulsória e quais seriam as implicações legais às quais todos os profissionais da saúde estão submetidos de acordo do ECA.

Quanto aos procedimentos a serem seguidos pelos profissionais, os entrevistados demonstraram interesse na exposição do funcionamento do fluxo uma denúncia propriamente dita, e na apresentação de um fluxograma capaz de indicar todas as fases dos serviços de atendimento às vítimas de violência, que seja capaz

de orientar e respaldar a atuação desses profissionais. Ainda nessa categoria, foi sugerido que um padrão de notificação (protocolo de atendimento) fosse discutido e apresentado aos agentes políticos, a fim de se padronizar os atendimentos prestados pelos profissionais da saúde, visando dar mais celeridade às medidas de proteção às crianças.

Aos quesitos Suporte/Rede, foi sugerido o planejamento, criação e implantação de práticas capazes de oferecer serviços de apoio tanto aos profissionais, quanto as vítimas. Criação de uma rede de atendimento com estruturação dos serviços oferecidos e com fortalecimento da rede de proteção dentro das redes solidárias.

As questões relacionadas aos profissionais seguiram-se no sentido do oferecimento de capacitação contínua dos profissionais, visto que a rotatividade dos mesmos é intensa. A interdisciplinaridade dos profissionais, não somente atribuição dos assistentes sociais e/ou psicólogos, na responsabilização da identificação, notificação e na denúncia de situações que envolvam violência contra crianças.

No que se refere às políticas assistencialistas e preventivas, os entrevistados sugeriram que fossem discutidas as possibilidades da criação de programas de capacitação também nas escolas, nas associações de moradores, no CREAS e no CRAS. Também sugeriram que fossem abordados as várias formas de se prestar um acolhimento familiar pelos profissionais que recebem as demandas da violência intrafamiliar contra as crianças.

Tais sugestões só reforçam a ideia de que os profissionais têm ciência da importância das suas atuações para prevenção, diagnóstico e encaminhamento dos casos que envolvam violência contra criança, porém a falta de capacitação técnica dificulta que tais atendimentos ocorram como o esperado. Por isso se faz necessária uma capacitação que prepare os profissionais da área da saúde a lidarem com essas situações delicadas e de importância significativa.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que os profissionais investigados, apesar de apresentarem conhecimento satisfatório no que concerne a necessidade de se

notificar os casos de violência intrafamiliar cometida contra crianças, sentem dificuldade em identificar e diagnosticar esses casos. Tais dados corroboram com a literatura (MASSONI, et al., 2014; ALMEIDA, et al, 2012, RAMOS; SILVA, 2011, MENDES, et al, 2009, MONTEIRO; ABREU; PHEBO, 1997), e revela que ações estão sendo buscadas por pesquisadores e profissionais com expertise em violência contra a criança, como a publicação recente do Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência (HABIZANG, 2018). Daí a necessidade de se pensar em políticas públicas na área da Segurança, em parcerias interdisciplinares com a área da Saúde, capazes de atender e oferecer suporte a esses profissionais.

APOIO FINANCEIRO

A pesquisa recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) – Edital PROCAP 2016 (BOLSA MESTRADO; nº 225/2016) e é parte de pesquisa integrada financiada pelo CNPq (Processo nº 459413/2014-7). Nº PAPER: Nº SIAFEM: 74399608/16

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos aos alunos de Iniciação Científica, Anacarolina Guimarães Lima Dantas, Caroline Piumbine de Andrade, Rebeca Brito de Andrade, Nathalia Alvim Cosate Magnago, Gabriel Bertoni Belisário Mendonça, pela contribuição na coleta e processamento dos dados utilizados na realização da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. H. V.; SILVA, M. L. C. A.; MUSSE, J. O.; MARQUES, J. A. M.. **A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética**. Arquivos em Odontologia, v. 48, n. 2, p. 109-115, 2012.
- ARAUJO DE MORAIS, N.; KOLLER, S. H.; RAFFAELLI, M.. (2012). **“Rede de apoio, eventos estressores e mau ajustamento na vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade sócia”**. Universitas Psychologica, v. 11, n.3: p779-791.

ARRUDA DA SILVA, P. et al. (2009). **“A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde”**. *Avances en Enfermaría*, v.33, n. 1,: p.142-150.

BARDIN L. (2009), **Análise de Conteúdo**. RETO LA., PINHEIRO A., tradutores. 5 ed., Lisboa, Edições 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, (2002). **“Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

BRITO, A. M. M. et al. (2005), **“Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção”**. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1,;p. 143-9.

GARBIN, C. A. S. et al. **“Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde”**. *J Health Sci Inst*, v. 32, n. 4,: p. 385-9, 2014.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.. (2002), **“A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde”**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 1,;p. 315-319.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. de A.. (2005), **“Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área”**. *Temas em psicologia*, v. 13, n. 2,; p. 91-103.

HABIGZANG, L. F. **“Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência”** [recurso eletrônico] / coordenação Luísa F. Habigzang. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : PUCRS, 2018. Recurso on-line (46 p.)

MASSONI, A. C. de L. T. et al. (2014), **“Maus-tratos na infância e adolescência: conhecimento e atitude de profissionais de saúde”**. *Arquivos em Odontologia*, v. 50, n. 2,; p. 71-77.

MONTEIRO, L., ABREU, V. I., & PHEBO, L. B. 1997. **“Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais”**. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V.. (2016), **“Violência contra crianças no cenário brasileiro”**. *Ciência saúde coletiva*, v. 21, n.3,: p.871-880.

PEREIRA, A. de S. et al. (2013), **“Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”**. *Boletim do Instituto de Saúde* (Impresso), v. 14, n. 3,: p. 289-295.

RAMOS, M. L. C. Ortiz; DA SILVA, A. L. (2011), **“Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo-Brasil”**. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 1,; p. 136-146.

SALIBA, O. et al. (2007). **“Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica”**. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3,; p. 472-477.

SILVA, P. A. da et al. **“A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde”**. 2009.

WASELFISZ, J. J. (2012), ***Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes do Brasil***. 1ª edição, Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano. FLACSO Brasil.

World Health Organization (WHO). **“Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”**. Geneva: WHO; 2006.

APÊNDICE A – Questionário de entrevista

- 1) Sexo:
- 2) Data de Nascimento:
- 3) Grau de Escolaridade:
- 4) Atuação profissional atual:
- 5) Região de Atuação:
- 6) O que você entende por Violência Doméstica?
- 7) O que você considera como fator de risco para o Desenvolvimento Infantil?
- 8) O que você considera como fator de proteção para o Desenvolvimento Infantil?
- 9) Você saberia identificar, durante a sua atividade profissional, se uma criança está sendo ou foi vítima de violência doméstica?
- 10) Qual tipo de violência que você identificou que apresentam maior incidência contra as crianças? Explique o que te levou a essa conclusão.
- 11) Você sabe a diferença entre NOTIFICAR e DENUNCIAR a eventual ocorrência de violência contra criança?
- 12) Você já notificou a ocorrência de violência contra criança, que tenha constatado?
- 13) Você já denunciou a ocorrência de violência contra criança, que tenha constatado?
- 14) O que te impediria causaria receio de denunciar ou notificar?
- 15) Você saberia o que fazer caso identificasse que uma criança está sendo vítima de violência?
- 16) Você conhece a ficha de notificação compulsória de violência do seu município?
- 17) Ao identificar que uma criança está sendo vítima de violência, e que é um risco a saúde, a segurança e a vida dela, caso volte para casa com seus pais e/ou responsáveis, você saberia o que fazer?
- 18) Você saberia dar o encaminhamento necessário e correto para uma situação que envolva violência contra criança?
- 19) Você conhece as implicações legais as quais está submetido, profissional e criminalmente, caso não relate as autoridades competentes as suspeitas de casos de violência contra criança?
- 20) Quais as principais dificuldades que você encontra ao trabalhar com crianças que estão sendo vítimas de violência doméstica?

21) Ao verificar que uma criança está sendo vítima de violência, você se sente preparado para conversar com ela, ou com os familiares dela, sobre o assunto?

22) Indique temas que você gostaria que fossem discutidos em um curso de capacitação?