

Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil

Notification of juvenile violence in Emergency Services of the Brazilian Unified Health System in Feira de Santana, Bahia, Brazil

Camila dos Santos Souza^I, Maria Conceição Oliveira Costa^{I,II}, Rosely Cabral de Carvalho^{II}, Tânia Maria de Araújo^{II}, Magali Teresópolis Reis Amaral^{III}

RESUMO: *Objetivo:* Analisar a atuação dos profissionais das unidades de emergência em saúde para notificação dos casos de violência infanto-juvenil, considerando características sociodemográficas, categoria profissional e dificuldades. *Métodos:* Estudo transversal, com amostra casual simples (n=200), do universo de 523 profissionais de Feira de Santana, Bahia, distribuídos entre um hospital geral regional e seis policlínicas. Foram realizadas análises bivariadas e medidas de associação para determinar significância estatística. *Resultados:* A maioria dos profissionais era do sexo feminino (82,5%), com idade entre 20 e 40 anos (75,5%), técnicos de enfermagem (52,5%) e enfermeiros (22,5%), sendo que 69,0% tinha contrato temporário de trabalho. A notificação foi registrada por 69,5% e 60,0% solicitaram parecer de outro profissional, 54,0% conversaram com familiares e 42,9% notificaram no Sistema de Vigilância a Acidentes e Violência (VIVA). Na categoria técnico de enfermagem foi verificada significância estatística para notificação aos setores de referência, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) 1,28 – 2,09 e para o Sistema VIVA (IC95% 1,06 – 7,40). Na atuação dos médicos, o resultado significativo foi não solicitar parecer a outro profissional (IC95% 1,02 – 3,51); não ter receio de envolvimento judicial (IC95% 1,19 – 4,06) e ter formação nessa área (IC95% 1,21 – 5,00). As principais dificuldades citadas foram omissão familiar (91,5%), receio de envolvimento com sistema judicial (63,5%) e falta de capacitação (47,0%). *Conclusão:* A maioria dos casos de violência atendidos nas unidades de emergência foi notificada, entretanto, menos de 50% dos profissionais não notificaram no Sistema VIVA, apontando necessidade de investimento institucional em apoio técnico e qualificação permanente. Ações direcionadas à notificação fortalecem instituições e responsabilizam o setor para atendimento e proteção às vítimas.

Palavras-chave: Violência. Sistemas de saúde. Emergências. Notificação de abuso. Criança. Adolescente.

^INúcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência da Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana (BA), Brasil.

^{II}Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana (BA), Brasil.

^{III}Departamento de Ciências Exatas da Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana (BA), Brasil.

Autor correspondente: Maria Conceição Oliveira Costa. Avenida Euclides da Cunha 475, apto. 1602, Graça, CEP: 40150-120, Salvador, BA, Brasil. E-mail: oliveiramco69@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Processo nº SUS 027/2009.

ABSTRACT: Objective: To analyze the performance of professionals in the Emergency Units for the notification of cases of violence against children, considering sociodemographic characteristics, professional category and difficulties. **Methods:** Cross-sectional study with a simple random sample (n = 200), selected from the universe of professionals (n = 523) of these Emergency Units in Feira de Santana, Bahia, Brazil, from a regional general hospital and six polyclinics. Bivariate analyses and measures of association were performed to determine statistical significance. **Results:** Most professionals were female (82.5%), aged between 20 and 40 years old (75.5%), being nursing technicians (52.5%) and nurses (22.5%), 69.0% with a temporary employment contract. The notification was recorded by 69.5%, of them, and 60.0% asked for the opinion of another professional; 54.0% talked with the family and 42.9% reported to the Accident and Violence Surveillance System (VIVA). Statistical significance was observed in the nursing technicians category for the notification to sectors of reference, with a 95% confidence interval (95%CI) 1.28 – 2.09; and VIVA (95%CI 1.06 – 7.40). In the medical category, the significant result was not requesting the opinion of another professional (95%CI 1.02 – 3.51); not being afraid of judicial involvement (95%CI 1.19 – 4.06) and being trained in the violence matter (95%CI 1.21 – 5.00). The main difficulties cited were family omission (91.5%), fear of judicial involvement (63.5%) and lack of training (47.0%). **Conclusion:** Most cases of violence seen at the Emergency Units were notified, however, less than 50% of professionals did not notify VIVA, pointing the need for institutional investment in technical support and ongoing training. Actions addressed to notification strengthen institutions and make the sector responsible for victim care and protection.

Keywords: Violence. Health systems. Emergencies. Mandatory reporting. Child. Adolescent.

INTRODUÇÃO

A violência sempre fez parte da experiência humana, mas atualmente ocupa lugar de destaque nas agendas políticas e de organizações nacionais e internacionais, responsáveis pelas iniciativas e propostas de atuação voltadas à prevenção, intervenção e garantia dos direitos humanos¹. O reconhecimento da violência infanto-juvenil como problema social tem apontado a necessidade de discussão e mobilização política e social, em nível mundial. A magnitude do fenômeno nos diferentes contextos e países tem mostrado a importância do envolvimento de diversos segmentos e setores sociais na implementação de programas e ações, assim como nos aspectos cognitivos, do desenvolvimento e da integração social da população infanto-juvenil.

Documentos internacionais como a Declaração dos Direitos Humanos (1948) e dos Direitos da Criança (1959) tiveram repercussões no Brasil, porém, apenas nas décadas de 1980, com a Constituição, e 1990, com a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a violação dos direitos desse grupo populacional passou a ter destaque

no cenário nacional². O ECA se apresenta como um instrumento social e do poder público para transformar a realidade das vítimas quanto às diferentes manifestações da violência, seja violência social, negligência, violência física, exploração sexual, entre outras formas de violação dos direitos humanos^{1,3}.

Integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), 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, fazendo parte do processo de trabalho e da interação entre profissionais e clientela⁴. Ao considerar as unidades de emergência como serviços sentinelas, os profissionais dessas unidades devem estar aptos a identificar e realizar os procedimentos e encaminhamentos relacionados aos casos de violência, especialmente no que se refere à notificação no Sistema de Vigilância a Violências e Acidentes (VIVA), do Ministério da Saúde. Esse sistema tem a finalidade de conhecer a dimensão e o perfil das causas externas atendidas, possibilitando aproximação da real situação, especialmente nos casos das lesões de menor gravidade, que não determinaram morte ou internações, considerando o forte impacto desses eventos na saúde, assim como a alta demanda desses casos nas unidades de emergência⁵.

É válido salientar que o sistema VIVA foi implantado nas diferentes regiões do Brasil, em 2006, assumindo a responsabilidade de monitorar os eventos violentos não fatais e vítimas, nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida, atendidos no SUS⁶.

A identificação e notificação da violência às autoridades competentes é um passo decisivo para o seu enfrentamento, assim a inserção dos profissionais de saúde nesse processo torna-se crucial, pela posição privilegiada que ocupam no atendimento das consequências mais evidentes⁷. 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 confirmados².

Este estudo tem como objetivo analisar a atuação dos profissionais nas unidades de emergência no processo de notificação dos casos de violência infanto-juvenil, considerando características sociodemográficas, categoria profissional e principais dificuldades enfrentadas.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado com amostragem dos profissionais de saúde integrantes das unidades de emergência de Feira de Santana, Bahia. Foram incluídas no estudo todas as unidades que prestam esse tipo de assistência no município, perfazendo um total de 7, distribuídas entre 1 hospital geral regional do estado (Clériston Andrade), com 523 profissionais e 6 policlínicas, com 238 profissionais, distribuídos entre essas unidades: Tomba (57), George Américo (43), Parque Ipê (38), Rua Nova (44), Feira X (40) e Distrito de Humildes (18), as

quais foram representadas pelas categorias de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas e assistentes sociais.

O cálculo da amostragem foi casual simples, considerando o total de 523 técnicos, a prevalência estimada foi de 20%, o erro padrão de 5% e nível de confiança de 95%, resultando num tamanho amostral de 200. Foram incluídos no estudo aqueles que tinham mais de um ano como efetivos, faziam parte do quadro de funcionários e estavam desempenhando suas atividades no período da coleta.

Um questionário padronizado foi desenvolvido para estudar a atuação profissional diante dos casos e as variáveis do estudo foram selecionadas com base na literatura^{8,9}. 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 sociodemográficas: sexo, faixa etária, situação conjugal, presença de filhos; (2) características profissionais: categoria profissional, especialização, tempo de experiência na categoria e no serviço de emergência, tipo de vínculo profissional; (3) casos atendidos de violência: física, sexual, negligência/abandono; (4) atuação profissional nos casos de violência: solicitar parecer de outro profissional, conversar com a família, questionar a criança, notificar a órgãos competentes, preencher a ficha do sistema VIVA; encaminhamentos: Conselho Tutelar, polícia, Ministério Público; credibilidade nas instâncias de referência: confirmação/identificação, denúncia, encaminhamento/acompanhamento dos casos; (5) capacitação na temática: oferecimento pela unidade e interesse em capacitação na temática; (6) dificuldades para notificação: 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 (Setor de Educação Permanente). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos profissionais, após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, garantia de anonimato, confidencialidade e caráter voluntário de participação. O questionário foi respondido de forma individual e sigilosa, recebendo, posteriormente, um código numérico e acondicionado em envelope lacrado. A coleta foi executada no período de outubro a dezembro de 2010. Para processamento dos dados foi utilizado o programa SPSS, versão 12.0. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, análise bivariada e medida de associação razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), utilizando-se o teste de qui-quadrado (χ^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, protocolo nº 057/2010, 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 de profissionais ($n = 523$), considerando possíveis perdas durante o processo de coleta de dados.

Entre as características sociodemográficas estudadas (Tabela 1), os resultados apontaram a maioria feminina (82,5%), nas faixas entre 20 e 40 anos de idade (75,5%), casados ou com união consensual (61,0%) e com filhos (60,0%). Quanto às características profissionais: 52,5% eram técnicos de enfermagem, 22,5% enfermeiros, 17% médicos, 54% com especialização; 48% tinham até 5 anos de experiência profissional, sendo que a maioria (71,0%) atua em unidades de emergência e com contrato temporário de trabalho (69,0%).

Nos últimos 6 meses 35,7% dos profissionais informaram ter atendido pelo menos um caso de violência infanto-juvenil. Nesse grupo, os tipos de violência atendidos pelos profissionais são: física (63,4%), violência sexual (43,7%) e negligência/abandono (33,8%). Entre os procedimentos realizados diante do caso, foi destacada a solicitação de parecer a outro profissional (60,0%), diálogo com a família (54,0%), notificação aos órgãos competentes (69,5%). Entretanto, apenas 42,9% ($n = 56$) dos profissionais preencheram a ficha de notificação do sistema VIVA. A maioria relatou encaminhar os casos para o Conselho Tutelar (95,0%) e 41,5% referiram acionar a polícia (41,5%). No que se refere à credibilidade nas instâncias de referência, a maior parte dos profissionais assinalou confiança nas instâncias, principalmente quanto ao encaminhamento e acompanhamento dos casos (65,0%).

A capacitação para atuação nos casos de violência e no processo de notificação foi relatada por apenas 30,5%, sendo que 82,0% afirmaram ter atuação diferenciada após capacitação nessa área e 95,5% mostraram interesse em receber formação nessa temática. Entre as dificuldades para notificação aos órgãos competentes, foi assinalada a omissão familiar (91,5%), receio de envolvimento profissional com o sistema judicial (63,5%) e a falta de formação profissional frente aos procedimentos nos casos de violência (47,0%).

Na análise das associações entre notificação do caso e variáveis ligadas às características profissionais, capacitação na temática, encaminhamentos e credibilidade nas instâncias de referência (Tabela 2) foi verificado resultado significativo ($p \leq 0,05$): quanto à categoria dos profissionais ($p \leq 0,001$); ter recebido capacitação na unidade em que trabalha ($p = 0,041$); encaminhar os casos atendidos para a polícia ($p = 0,001$); ter credibilidade nas instâncias quanto à confirmação/identificação dos casos ($p = 0,049$).

No que diz respeito à atuação, segundo a categoria profissional (Tabela 3), foi observada significância estatística, com associações positivas para alguns aspectos da atuação: na categoria de médicos, quanto à não solicitação de parecer a outro profissional (RP = 1,90; IC95% 1,02 – 3,51); não ter receio de envolvimento judicial (RP = 2,20; IC95% 1,19 – 4,06) e não faltar formação profissional na temática (RP = 2,46; IC95% 1,21 – 5,00). Entre os técnicos de enfermagem verificou-se significância estatística para notificação aos órgãos competentes (RP = 1,64; IC95% 1,28 – 2,09) e preenchimento da ficha de notificação do sistema VIVA (RP = 2,81; IC95% 1,06 – 7,40). Observou-se ainda que as categorias de médico e de enfermeiro mostraram resultados estatísticos com associações negativas quanto à notificação

Tabela 1. Características dos profissionais de saúde das Unidades de Emergência, de casos atendidos, atuação, capacitação e dificuldades para notificação, Feira de Santana, Bahia, 2010.

Profissionais de saúde (n = 200)		
Características sociodemográficas e profissionais	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 ^a	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 ^b	16	8,0
Especialização na categoria profissional de origem		
Sim	108	54,0
Não	92	46,0
Vínculo na unidade de emergência		
Contrato temporário	138	69,0
Efetivo	62	31,0
Casos de violência^c (n = 71)		
Casos atendidos	71	35,7
Tipo de violência		
Física	45	63,4
Sexual	31	43,7
Negligência/abandono	24	33,8

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Profissionais de saúde (n = 200)		
Atuação e capacitação profissional	n	%
Conduta profissional ^d		
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 ^e	24	42,9
Encaminhamentos ^d		
Conselho Tutelar	190	95,0
Polícia	83	41,5
Ministério Público	50	25,0
Credibilidade nas instâncias de referência		
Confirmação/identificação	119	59,5
Denúncia	128	64,0
Encaminhamento/acompanhamento	130	65,0
Capacitação em violência		
Sim	61	30,5
Não	139	69,5
Unidade oferece capacitação em violência		
Sim	24	12,0
Não	176	88,0
Interesse em capacitação para abordagem de violência		
Sim	191	95,5
Não	9	4,5
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

^aViuvo e separado; ^bFisioterapeuta, cirurgião-dentista e assistente social; ^cn = 61; ^dAs questões permitiam múltiplas escolhas; ^en = 56; VIVA: Sistema de Vigilância a Acidentes e Violência.

Tabela 2. Notificação de casos de violência infanto-juvenil, segundo características profissionais, capacitação na temática, encaminhamentos e credibilidades nas instâncias de referência. Unidades de Emergência, Feira de Santana, Bahia, 2010.

	Notificação		Valor p
	n	%	
Características profissionais e capacitação			
Sexo			
Masculino	28	80,0	0,137
Feminino	111	67,3	
Idade (anos)			
20 a 30	52	67,0	0,507
31 a 40	55	74,3	
> 40	32	65,3	
Situação conjugal			
Solteiro	44	71,0	0,210
Casado/união consensual	87	71,3	
Outros ^a	8	50,0	
Profissão			
Médico	29	85,3	0,000
Enfermeiro	40	88,9	
Técnico de enfermagem	61	58,1	
Outras ^b	9	56,3	
Especialização			
Sim	81	75,0	0,067
Não	58	63,0	
Capacitação em violência			
Sim	48	78,7	0,062
Não	91	65,5	
Unidade oferece capacitação em violência			
Sim	21	87,5	0,041
Não	118	67,0	
Interesse em capacitação em violência			
Sim	135	70,7	0,095
Não	4	44,4	
Encaminhamentos nas instâncias			
Conselho Tutelar			
Sim	134	70,5	0,169
Não	5	50,0	
Polícia			
Sim	68	81,9	0,001
Não	71	60,7	
Ministério Público			
Sim	40	80,0	0,063
Não	99	66,0	
Credibilidade nas instâncias			
Confirmação/identificação			
Sim	89	74,8	0,049
Não	50	61,7	
Denúncia			
Sim	92	71,9	0,331
Não	47	65,3	
Encaminhamento/acompanhamento			
Sim	94	72,3	0,240
Não	45	64,3	

^aVivo e separado; ^bFisioterapeuta, cirurgião-dentista e assistente social.

Tabela 3. Atuação e dificuldades para notificação da violência infanto-juvenil segundo as categorias dos profissionais de saúde. Unidades de Emergência, Feira de Santana, Bahia, 2010.

Atuação/dificuldades ^a	Categoria profissional									Outros ^e		
	Médico ^b			Enfermeiro ^c			Técnico de Enfermagem ^d			n	%	RP (IC95%)
	n	%	RP (IC95%)	n	%	RP (IC95%)	n	%	RP (IC95%)			
Atuação												
Solicita parecer de outro profissional												
Sim	15	44,1	1,90	28	62,2	0,91	69	65,7	0,78	8	50,0	1,50
Não	19	55,9	(1,02 – 3,51)	17	37,8	(0,53 – 1,55)	36	34,3	(0,58 – 1,04)	8	50,0	(0,58 – 3,83)
Conversa com a família												
Sim	17	50,0	1,17	29	64,4	0,64	51	48,6	1,24	11	68,8	0,53
Não	17	50,0	(0,63 – 2,16)	16	35,6	(0,37 – 1,11)	54	51,4	(0,95 – 1,61)	5	31,3	(0,19 – 1,48)
Pergunta a criança												
Sim	12	35,3	1,03	21	46,7	0,64	35	33,3	1,12	4	25,0	1,68
Não	22	64,7	(0,54 – 1,95)	24	53,3	(0,38 – 1,07)	70	66,7	(0,84 – 1,49)	12	75,0	(0,56 – 5,04)
Notifica a órgãos competentes												
Sim	29	85,3	0,39	40	88,9	0,28	61	58,1	1,64	9	56,3	1,77
Não	5	14,7	(0,16 – 0,96)	5	11,1	(0,11 – 0,68)	44	41,9	(1,28 – 2,09)	7	43,8	(0,69 – 4,54)
Preenche a ficha VIVA ⁶												
Sim	1	20,0	3,00	16	59,3	0,51	4	21,1	2,81	3	60,0	0,50
Não	4	80,0	(0,35 – 25,15)	11	40,7	(0,29 – 0,89)	15	78,9	(1,06 – 7,40)	2	40,0	(0,09 – 2,76)
Dificuldades												
Receio de envolvimento judicial												
Sim	15	44,1	2,20	28	62,2	1,05	74	70,5	0,72	10	62,5	1,04
Não	19	55,9	(1,19 – 4,06)	17	37,8	(0,62 – 1,79)	31	29,5	(0,53 – 0,98)	6	37,5	(0,39 – 2,75)
Receio de retirar a criança da família												
Sim	8	23,5	0,81	5	11,1	2,00	24	22,9	0,84	3	18,8	1,08
Não	26	76,5	(0,39 – 1,65)	40	88,9	(0,84 – 4,73)	81	77,1	(0,62 – 1,13)	13	81,3	(0,32 – 3,62)
Receio de retaliação pelo agressor												
Sim	2	5,9	2,49	5	11,1	1,24	18	17,1	0,75	2	12,5	1,09
Não	32	94,1	(0,63 – 9,82)	40	88,9	(0,54 – 2,88)	87	82,9	(0,55 – 1,02)	14	87,5	(0,26 – 4,54)
Falta de formação profissional												
Sim	9	26,5	2,46	19	42,2	1,21	58	55,2	0,71	8	50,0	0,88
Não	25	73,5	(1,21 – 5,00)	26	57,8	(0,72 – 2,04)	47	44,8	(0,55 – 0,93)	8	50,0	(0,34 – 2,27)
Omissão familiar												
Sim	31	91,2	1,04	44	97,8	0,24	98	93,3	0,76	10	62,5	6,45
Não	3	8,8	(0,35 – 3,05)	1	2,2	(0,03 – 1,66)	7	6,7	(0,42 – 1,37)	6	37,5	(2,67 – 15,59)

RP: razão de prevalência; ^aas questões permitiam múltiplas escolhas; ^b(n = 34); ^c(n = 45); ^d(n = 105); ^e(n = 16).

(RP = 0,39; IC95% 0,16 – 0,96) e (RP = 0,39; IC95% 0,16 – 0,96), respectivamente, assim como os enfermeiros, quanto ao preenchimento da ficha de notificação do sistema VIVA (RP = 0,51; IC95% 0,29 – 0,89). Esses mesmos resultados foram verificados com os técnicos de enfermagem, quanto ao receio de envolvimento judicial (RP = 0,72; IC95% 0,53 – 0,98) e falta de formação profissional (RP = 0,71; IC95% 0,55 – 0,93).

DISCUSSÃO

Diante dos casos de violência e sob a perspectiva dos serviços sentinela, a unidade de emergência representa uma das “portas de entrada” do Sistema de Saúde que funciona como oportunidade para revelação do caso, o que torna esse setor estratégico para o levantamento de indicadores da violência, suas diversificadas manifestações e consequências⁴. É válido salientar que a Atenção Básica, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), também se configura como acesso ao sistema e assume igual responsabilidade de identificação e notificação dos casos de violência, principalmente por suas características de processo de trabalho quanto à abordagem das famílias, visitas domiciliares, acolhimento e vínculo^{10,11}.

A notificação da violência infanto-juvenil nas unidades de emergência permite caracterizar os limites e dificuldades enfrentadas pelos profissionais, destacando-se o excesso de atendimentos, a falta de privacidade, a ausência de recursos, bem como o pouco treinamento profissional¹². À invisibilidade do fenômeno somam-se ainda a descrença na responsabilização pelos órgãos competentes e manutenção do ciclo de violação pela aproximação entre vítima e agressor^{9,13}. Essas evidências comprometem a eficiência da rede de atendimento, tendem a banalizar e postergar as medidas de proteção, reforçando a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais quanto à importância da identificação e notificação dos casos no cotidiano do trabalho.

Entre as dificuldades apontadas no presente estudo, o receio de envolvimento judicial, reportado por grande proporção dos profissionais, corrobora achados de outros pesquisadores que verificaram essa mesma característica, atribuída à ausência ou insuficiência de suporte institucional e à falta de alcance dos profissionais sobre as relações sociais conflituosas presentes na violência doméstica¹⁴. A criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos e a preservação da vida e dignidade da vítima torna-se fundamental para o sucesso das ações de enfrentamento da violência nos serviços de emergência. Nesse processo, para as respectivas unidades de emergência, a identificação das atribuições deve ser específica por categoria de profissionais, chefia imediata e diretoria (serviço social, profissionais de saúde e direção das instituições), quanto ao preenchimento dos formulários referentes à notificação. Ao compreender que a notificação é uma responsabilidade (ética e legal) do profissional de saúde, a instituição deve garantir essa prática, protegendo o indivíduo de todas as pressões e compartilhando responsabilidades pelo caso¹⁰.

Na referida pesquisa, muito embora a maioria dos profissionais tenha negado formação específica na área, cerca de 70% confirmaram a notificação dos casos às instâncias de referência

(Conselhos Tutelares), com resultados significantes para a notificação nas categorias de médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esses achados podem estar sugerindo possibilidade de articulação entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Garantia de Direitos (SGDCA), fundamental ao fortalecimento da Rede de Atendimento e de Proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência. Estudos sugerem que o estabelecimento de uma relação intrínseca e coesa entre esses sistemas estruturam-se a partir de aspectos como o retorno/divulgação da informação da notificação para o profissional, a fim de fortalecer o processo de notificação nos serviços¹⁵.

A abordagem dos casos de violência familiar exige uma prática profissional social e comprometida. A literatura recomenda que técnicos (os profissionais) e instituições devam esclarecer sobre a obrigatoriedade e o teor das notificações para as famílias^{2,3}.

Nessa negociação, a notificação deve ser apresentada como veículo de acesso às instituições e serviços, necessário para prevenção e intervenção, diminuindo efeitos e fatores que favorecem a violência¹⁴.

Estudos apontam a influência positiva da formação, do acesso à capacitação e sensibilização na área sobre a atitude dos profissionais de saúde em notificar casos de violência infanto-juvenil^{16,17}. Os achados da presente pesquisa mostraram que, embora a maioria não tivesse capacitação específica no assunto, a notificação dos casos de violência foi relatada por 69,5% dos profissionais, sugerindo que a prática da aproximação e escuta contribui para ampliar a compreensão dos diversos aspectos relacionados à violência, nos serviços de saúde.

Estudiosos recomendam que as capacitações sejam oportunidades para trabalhar principais dificuldades dos profissionais de saúde no atendimento das vítimas que recorrem ao serviço, bem como com os principais procedimentos para notificação, considerando a importância de formação na área¹⁸. Pesquisas mostram que essas lacunas estão presentes nas disciplinas dos cursos de graduação em saúde, que não contemplam em seus currículos e programas os múltiplos aspectos relacionados à violência¹⁹.

Os achados do presente estudo, que verificaram que cerca de 70% dos profissionais não possuem capacitação nessa área, corroboram outras pesquisas realizadas no mesmo município, nas quais apenas 30,5% dos profissionais de saúde da Atenção Básica (ESF e Unidades Básicas de Saúde) encontravam-se capacitados para atuar no processo de identificação e notificação dos casos de violência^{8,18-20}. Quanto à credibilidade nas instâncias do SGDCA, evidências indicam que essa conduta pode influenciar de forma positiva ou negativa o processo de notificação^{21,22}. No presente estudo foi observada associação positiva e significativa entre notificação e credibilidade nas instâncias, quanto à identificação e confirmação dos casos, sugerindo a articulação entre as práticas dos profissionais dos diversos setores envolvidos com atendimento, defesa e proteção. 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^{3,23}. Os resultados apresentados nesta pesquisa destacam que a maioria dos profissionais encaminhou os casos ao Conselho Tutelar, muito embora uma proporção considerável tenha encaminhado os casos para o setor da polícia, cujas atribuições são distintas. Na perspectiva da Linha do Cuidado Integral às crianças e

adolescentes vítimas de violência, o setor de polícia (Segurança Pública) não faz parte do grupo de instituições de atendimento e encaminhamento das vítimas, muito embora faça parte da rede de instâncias de proteção civil, face aos eventos sociais violentos²⁴. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que a maior parte dos profissionais encaminhou adequadamente os casos, uma parcela deles considera a violência infanto-juvenil como problema na esfera da Segurança Pública. Os resultados da presente pesquisa corroboram achados de outros estudos que mostraram inadequação de condutas e encaminhamentos frente às vítimas de violência, contribuindo para a perpetuação do ciclo de vitimização^{8,25}.

O receio de confrontação com o agressor, assim como o impacto dessas ameaças nos familiares, são dificuldades apontadas pelos profissionais para justificar a não notificação dos casos de violência²⁶. A proximidade do agressor faz com que a revelação seja difícil, aumentando o risco de reincidência, e compromete o núcleo familiar, muitas vezes conivente com a vitimização. No presente estudo, os profissionais relataram essa, entre outras dificuldades, corroborando possíveis associações entre notificação e fatores ligados aos agressores e ao meio ambiente familiar²⁷⁻²⁹.

Na pesquisa de Feira de Santana, Bahia, merece ser ressaltada a associação significativa entre notificação no sistema VIVA pela categoria dos técnicos de enfermagem, sugerindo a importância da formação profissional em todas as categorias e níveis de atendimento no setor saúde^{5,6,30}.

A complexidade da notificação dos casos de violência na rede de saúde tem sido objeto de estudos em outros países (Estados Unidos e Austrália), onde as barreiras para notificação se iniciam pela falta de padronização dos registros, cujos indicadores apontam que casos notificados não são confirmados e uma grande proporção desses não recebe qualquer outro tipo de atendimento ou encaminhamento, demonstrando a importância do fortalecimento e estruturação da rede de proteção às vítimas³⁰.

Na presente pesquisa, foi verificado resultado significativo na categoria de médicos quanto à não solicitação de um parecer a outro profissional. Esses resultados, possivelmente, podem ser consequência da dinâmica do serviço de emergência, exigindo atitudes imediatas, após rápidas avaliações, dificultando o desempenho de ações ampliadas e discussão dos casos suspeitos de violência, junto à equipe¹⁰.

Por outro lado, os resultados dessa mesma pesquisa que apontaram resultados significantes para notificação e preenchimento da ficha de notificação do sistema VIVA, pelos técnicos de enfermagem, podem estar relacionados ao tempo mais prolongado no atendimento, promovendo maior proximidade e entrosamento das vítimas e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o setor saúde venha empreendendo esforços quanto ao fortalecimento institucional e a articulação com a Rede de Prevenção, Atendimento e Garantia de Direitos/SGDCA, o cenário de violência na perspectiva de atendimento e notificação dos serviços de saúde

é mais complexo do que o despreparo na formação profissional para o atendimento. Essa realidade sugere a necessidade de investimento nas ações e programas de educação continuada multidisciplinares nessa área.

A inadequação do modelo biomédico na formação dos profissionais exige novas alternativas para suprir as lacunas de formação. Nessa perspectiva, o setor saúde enfrenta o desafio de aprimorar e ampliar a infraestrutura, através de equipes capacitadas, com rotinas eficientes e gestão da institucionalização da notificação, para o atendimento às vítimas e família¹⁵.

Recomenda-se que as lacunas dos resultados apresentados devem ser exploradas em pesquisas futuras, nas quais o tema de notificação da violência infanto-juvenil seja ampliado, com análises mais complexas de modelos de interações com as atividades de maior imersão nas unidades de emergência, de modo a compreender o funcionamento do contexto investigado.

REFERÊNCIAS

1. Baierl LF. Medo social: da violência visível ao invisível da violência. São Paulo: Cortez; 2004.
2. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 315-9.
3. 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.
4. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12): 2926-36.
5. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 11(Suppl 0): 1269-78.
6. 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.
7. Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(1): 45-55.
8. Lima MCC. Conhecimento e atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de Feira de Santana-BA frente à violência contra crianças e adolescentes [dissertação de mestrado]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2008.
9. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005; 5(1): 103-8.
10. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 81-94.
11. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Suppl 1): S69-S78.
12. Arpini DM, Soares ACOE, Bertê L, Dal Forno C. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicol Rev* 2008; 14(2): 95-112.
13. Russel M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and response. *Br J Community Nurs* 2004; 9(8): 332-8.
14. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-7.

15. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(9): 2305-17.
16. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with child protection system. *Child Abuse Negl* 2000; 24(11): 1461-70.
17. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 275-83.
18. Jaramillo DEV, Uribe TMJ. Rol de lpersonal de salud em laatención a lãs mujeres maltratadas. *Inv Educ Enferm* 2001; 19(1): 38-45.
19. Finkelhor D, Zellman GL. Flexibe reporting options for skilled child abuse professionals. *Child Abuse Negl* 2000; 15(4) :335-41.
20. Goldman J, Salus MK, Wolcott D, Kennedy KY. A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice. *Child abuse and neglect user manual series*. Washington: Department of Health and Human Services; 2003.
21. Melton GB. Mandated reporting: a policy without reason. *Child Abuse Negl* 2005; 29(1): 9-18.
22. Noguchi MS, Assis SG, Santos NC. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 963-73.
23. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
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(2): 130-6.
26. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SRS. A prevenção da violência contra criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999 4(1): 123-30.
27. Scott L. Child protection: the role of communication. *Nurs Times* 2002; 98(18): 34-6.
28. Vetere A, Cooper J. Setting up a domestic violence service. *Child Adolesc Mental Health* 2003; 8(2): 61-7.
29. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *J Emerg Med* 2002; 23(4): 341-5.
30. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38): 819-32.

Recebido em: 11/04/2013

Versão final apresentada em: 24/02/2014

Aceito em: 25/07/2014