

A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

A FORM OF VIOLENCE NOTIFICATION OF CHILDREN AND TEENAGERS, AN INTEGRATIVE REVIEW ON THE PERFORMANCE OF HEALTH PROFESSIONALS.

Alana Karina Teixeira da Silva¹
Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito²

RESUMO

As pessoas vítimas de violência necessitam de acompanhamento e suporte profissional. Com base nesse pressuposto, achou-se necessário realizar levantamento bibliográfico de publicações na saúde relacionadas ao preenchimento e encaminhamentos correspondentes à ficha de notificação/investigação de violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências pelos profissionais de saúde. Utilizou-se a metodologia da revisão integrativa de literatura; as bases de dados foram a Biblioteca Virtual em Saúde-BVS e a plataforma Scielo, os descritores violência/ ficha de notificação/saúde e a combinação com profissionais da saúde/ criança e adolescente. Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram analisados 9 artigos. Os resultados mostram que o preenchimento da ficha de notificação não está completamente incorporado à prática profissional, que existem dificuldades que contribuem para a não notificação como o medo, falta de capacitações, ausência de proteção, fragilidades na formação entre outros. Entretanto observou-se propostas de solução da questão como investimentos em formação continuada, o aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e a ampliação das redes de suporte aos profissionais. Deste modo conclui-se que, apesar das normativas legais, o ato da notificação não é uma prática cotidiana, e que esforços na formação profissional, na continuidade no processo podem favorecer o aumento de notificações no país.

Palavras chave: Ficha de notificação de violência. Criança e adolescente. Profissionais.

ABSTRACT

Victims of violence require monitoring and professional support. On that basis, we found it necessary to carry out literature publications on health related to compliance and referrals related to reporting sheet / Research Domestic Violence, Sexual and / or Other Violence by health professionals. We used the methodology of literature integrative review; databases were the Virtual Health Library BVS-and Scielo platform descriptors violence / reporting sheet / health and the combination with health professionals / children and adolescents. After being applied the criteria for inclusion and exclusion were analyzed 9 articles. The results show that filling the notification form is not fully incorporated into professional practice, there are difficulties that contribute to non notification as fear, lack of training, lack of protection, weaknesses in formation among others. However there was the question proposed solutions as investments in continuing education, the improvement of child protection institutions and adolescents and expansion of support networks for professionals. Thus it is concluded that despite the legal regulations, the act of notification is not an everyday practice, and that efforts in vocational training, continuing the process may favor the increase in notifications in the country.

Keywords: Sheet notification violence. Children and adolescents. Professionals

¹ Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; aluna do Curso de Especialização em Gestão de Saúde pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.

² Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; docente do Curso de Especialização em Gestão de Saúde pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO

O tema da violência acomete muitas crianças e adolescentes no país o que demandaria um acompanhamento criterioso.

Nesse sentido, esta pesquisa propôs uma revisão dos materiais publicados a respeito da entrada da vítima de violência nos serviços de saúde. Buscou-se responder ao seguinte questionamento: qual o trato dos profissionais frente a suspeitas de violência contra crianças e adolescentes e se são realizados os encaminhamentos pertinentes?

As pessoas vítimas de violência necessitam de acompanhamento e suporte profissional, razão pela qual se justifica o interesse em discutir e conhecer a realidade a partir de profissionais de saúde ligados a esta temática.

É imprescindível a necessidade de prestar um atendimento integral e não apenas emergencial a crianças e adolescentes vítimas de violência para que a demanda recebida nas portas de entrada da saúde chegue aos órgãos de proteção e justiça bem como para o acompanhamento psicossocial, para que a atuação desses setores possa contribuir no apoio a crianças e adolescentes vítimas de violências. Para tal, necessita-se que se faça um retrocesso na história dos debates sobre esta temática e da visão de criança.

A ideia de proteção à infância começa a ser pensada apenas no final do século XIX e início do século XX. É importante ressaltar que até a primeira guerra mundial, não se pensava em direitos das minorias, tendo ganhado espaço no contexto das normativas internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a criação da Organização das Nações Unidas. E então, em 1959, é publicada a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que traz um novo marco para este período do desenvolvimento (BRASIL, 2013).

No Brasil, apenas na segunda metade da década de 1980 é que se percebe um inquietamento atrelado, principalmente, às organizações não governamentais e aos meios acadêmicos. Essa mudança vem ligada ao status de criança e adolescente como sujeitos em fase diferenciada de desenvolvimento. (AZEVEDO, GUERRA, 2000 apud LIMA; DESLANDES, 2011).

E com a Constituição Federal de 1988, se coloca no campo legislativo com o entendimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e que requerem proteção, versado em seu artigo 227. (BRASIL, 1988).

É no início da década de 90 o marco legislativo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), documento que versa sobre os direitos, obrigações da família, do estado, da sociedade, pensando no princípio do melhor para a criança e em sua proteção integral, o que é explicitado em

seus dispositivos, divididos em quatro grupos de direitos da criança e do adolescente: à vida, ao desenvolvimento, à proteção e à participação. (BRASIL, 1990).

O ECA adota e define faixas etárias para que se possa trabalhar e pensar na perspectiva, como criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, texto regido no 2º artigo. (BRASIL, 1990).

Os avanços continuaram ocorrendo e nos anos 2000 foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (BRASIL, 2013), que representou uma mudança na forma de tratar a temática e também de orientação para a elaboração de políticas públicas (BRASIL, 2002).

O plano em 2013 é reelaborado, e contribuiu para que fossem pensadas ações nos âmbitos dos estados e municípios, que houvesse uma nova maneira de conceber a problema, foi construído a partir do plano decenal dos Direitos de Crianças e Adolescentes que tem como vigência de 2011 a 2020, e possui 5 eixos e 13 diretrizes que abordam diversas ações no âmbito da saúde, assistência, educação para o debate sobre os direitos, prevenção, promoção da vida das crianças e também estratégias para diminuir a violação de direitos. (BRASIL,2013)

Paixão e Deslandes (2010), fazendo um recorte histórico, mostram que o atendimento e acompanhamento psicossocial de famílias que passaram por algum tipo de violência, abrangendo crianças/adolescentes vítimas de violência sexual, negligência, maus tratos, que antes eram de atribuição do programa Sentinela, passam, a partir de 2006, com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a se inserir como serviço do Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) obedecendo às Normas Operacionais Básicas da Política Pública de Assistência Social (BRASIL, 2011).

Culturalmente observa-se uma tendência em ocultar os casos de abuso sexual, por parte da família (principalmente em casos de violência intrafamiliar), por razões de vergonha e medo da criança/adolescente em revelar os fatos. Outro fator que compromete, e muito, o atendimento desses casos é a alto índice de subnotificação dos casos pelas instituições que recebem este público, apesar dela ser obrigatória em nosso país. Este fato é corroborado por Souza, Assis e Alzuguir (2002), que expõem ainda que são as instituições de saúde a maior porta de entrada para o diagnóstico e tratamento, e que boa parte dos profissionais não se mostram preparados, para identificar as suspeitas de violência, e isto reflete a necessidade de discussão sobre esta temática com capacitações e treinamentos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Este trabalho teve como objetivo realizar levantamento bibliográfico de publicações na saúde relacionadas ao preenchimento e encaminhamentos referentes à ficha de notificação/ investigação de violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências pelos profissionais de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Averiguar se existe o preenchimento da ficha de notificação.

Analisar o trato dos profissionais frente a casos de suspeita e confirmação de violência.

REFERENCIAL TEÓRICO

Conceitos de violência

Faz-se necessário discorrer sobre principais conceitos referentes à violência e suas facetas, relacionando com o público ao qual ela é dirigida entendendo que o ciclo pode ocorrer e se repetir no âmbito familiar, que deveria ser o local de proteção e cuidado.

A violência é definida, segundo a OMS (2002) apud Brasil (2009), como o uso propositado de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa, ou a um grupo ou comunidade que gere ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Através do referencial de protocolo de atendimentos a vítimas de violência construídas no município de Ladário- MS (Ladário, 2013) serão trazidos os principais conceitos.

No cenário das violências, a física geralmente é a que com mais facilidade se identifica, e trata-se da ação em que uma pessoa em situação de poder gera, ou tenta gerar, agravos utilizando para tal a força física, do uso de armas ou de outros objetos, podendo ou não causar alguma lesão.

De difícil percepção e presente em praticamente todos os tipos de violência, tem-se a violência psicológica, que seria todo ato ou omissão que tem como objetivo provocar dano à moral, à identidade, à autoestima ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência se expressa através da humilhação, coerção, cobrança de comportamento, discriminação, proibição e impedimento, chantagem, xingamentos (LADÁRIO, 2013).

A violência sexual que pode ser definida como todo e qualquer ato na qual uma pessoa em situação de poder obriga a outra, seja por meio de força física, psicológica ou efeito de

entorpecentes, a realizar práticas sexuais contra a sua vontade. Para melhor exemplificar, são comportamentos como: carícias não consentidas, contato físico não permitido, práticas sexuais entre adulto e criança, sexo forçado no casamento e estupro. Existe uma definição diferenciada para especificar a violência sofrida por uma criança ou adolescente que é o abuso sexual, situação na qual o menor é utilizado como objeto de gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, que usa de seu poder, de sua situação de adulto para induzir a criança ou adolescente que ainda não possui a capacidade de discernimento e de consentimento pleno a realizar o desejo deste e se apresenta de diversas formas que vão desde carícias, manipulação da genitália, mama, ânus, o voyeurismo, o exibicionismo, e até o ato sexual (com ou sem penetração), com ou sem violência (LADÁRIO, 2013).

A violência intrafamiliar é caracterizada pelo grau de parentesco entre as pessoas (e inclui madrasta ou padrasto), sendo definida na ação ou omissão perpetrada por um elemento da família contra outro, e que cause prejuízo a este último. É necessário destacar que este ato pode ocorrer dentro ou fora de casa. A violência que ocorre no espaço doméstico em comum, tendo ou não vínculo parental, pois agrega empregada/o, pessoas que convivem esporadicamente e agregados é caracterizada por violência doméstica. A sua maior ocorrência se expressa na violência contra a mulher, na relação marital (LADÁRIO, 2013).

Outra forma de violência se expressa através da negligência, que é a omissão por parte do responsável pela criança ou adolescente, pessoas idosas, portadores de deficiência ou acidentados, em dispensar os cuidados básicos, as necessidades para o desenvolvimento e bem-estar da pessoa pela qual é responsável. (LADÁRIO, 2013).

Além, é claro, da violência extrafamiliar (criminalidade) que é praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e seus bens. Exemplos são as gangues, redes de exploração sexual; tráfico de pessoas; exploração do trabalho escravo; tráfico de drogas; o tráfico de armas (BRASIL, 2009).

A Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

O Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no SUS, através da Portaria Nº 1968 - MS/GM de 26/10/2001. Esta portaria estabelece que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) deverão notificar aos Conselhos Tutelares ou juizados da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, que sejam por estas unidades atendidas. Os casos eram inseridos no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) criado em 2006, em dois componentes: a vigilância de violência doméstica,

sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva - Contínuo) e segundo, o da vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva - Sentinela). No decorrer de seu uso, o sistematizaram criando um módulo de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009).

A obrigação na notificação das violências, de forma geral, foi estabelecida através de vários atos normativos e legais, que versam sobre diferentes tipos e públicos vitimados, os quais se podem citar ECA, a lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher e a lei nº 10.741/2003 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2009).

No que tange a obrigatoriedade estabelecida pelo ECA (BRASIL, 1990), em seu artigo 13, dispondo que:

Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Como foi exposto, esta ficha tem o preenchimento obrigatório em casos de suspeitas a atos confirmados de violência contra qualquer cidadão que chegue aos estabelecimentos de saúde, sendo de dever do profissional que receber esta demanda, preenchê-la e acionar o Conselho Tutelar ou órgãos competentes, e proceder aos encaminhamentos à rede de defesa dos direitos das crianças aqui entendidos como o CREAS, ministério público, poder judiciário, para que se possam realizar o atendimento psicossocial a estas famílias vitimadas e as responsabilizações, investigação, punição dos envolvidos (BRASIL, 2009).

Ela prevê como objetos de notificação em que se tenham casos suspeitos ou confirmados dos seguintes tipos de violência: violência doméstica; sexual; violência autoprovocada; tráfico de pessoas; intervenção por agente legal público; violência financeiro-econômica ou patrimonial; negligência/abandono; violência contra criança (independente do tipo ou natureza da violência); violência contra adolescente; violência contra a mulher; contra pessoa idosa; trabalho infantil para menores de 16 anos, de ambos os sexos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos (BRASIL, 2009).

No que tange aos encaminhamentos que devem ser realizados, os campos existentes na ficha são: Conselho Tutelar (Criança/Adolescente); Vara da Infância / Juventude; Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM; Centro de Referência da Mulher Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente; Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS; Casa Abrigo; Outras delegacias; Instituto Médico Legal (IML); Programa Sentinela; Ministério Público; e outros (BRASIL, 2009).

METODOLOGIA

O procedimento adotado foi a revisão integrativa de literatura. Ursi (2005) afirma que a revisão integrativa é diferenciada, pois ela tem claramente definido os objetivos e problema que norteia a pesquisa definidos e visa apresentar uma síntese do material científico publicado sobre determinado assunto.

Mendes, Silveira e Galvão (2008), a partir de pesquisa sobre esta metodologia, pesquisados e sintetizados com base em diversos teóricos que versam sobre o tema, como Broomer, Copper sintetizaram em 6 passos a serem perseguidos: 1 identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, esta deve ser bem clara ao pesquisador; 2 estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, explicitando no trabalho as razões para exclusões; passo 3 é definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4 avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, o 5 interpretação dos resultados e o 6 passo apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A base de dados pesquisada foi a Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, que contempla as principais base de dados disponíveis no país e para confirmação a plataforma Scielo (foi encontrado apenas 1 artigo diferenciado da base da BVS). Utilizou-se com descritores para a coleta dos artigos violência/ ficha de notificação/saúde e a combinação com profissionais da saúde/ criança e adolescente. Essa busca ocorreu em janeiro de 2016.

Os critérios de inclusão foram: artigos com o texto completo disponível na forma *online* e em língua portuguesa. Nesta fase foram encontrados trinta e seis artigos.

Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos, que não abordavam o tema da infância e adolescência em seu corpo teórico, tomando como base a citação da lei do ECA, e que não colocavam a relação do profissional frente à ficha de notificação.

Foram lidos na íntegra dezesseis artigos, entretanto ao final dessa fase restaram nove artigos que versam sobre a notificação de violência em crianças e adolescentes e a relação profissional identificada, as publicações ocorreram entre o ano de 2007 a 2015.

Os estudos foram categorizados a partir da análise autores, periódico publicado, estado sede das pesquisas, objetivo da pesquisa e conclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A reação das pessoas frente à violência suscita diferentes maneiras de proceder, aliado a isso une-se ao fato das questões éticas, medo, que a função profissional impõe. Apresenta-se agora em forma de tabela tópicos referentes ao resultado da leitura e análise dos nove artigos desta revisão.

Tabela1. Artigos revisão.

	Título	Autores	Periódico/ Estado	Objetivo	Conclusões
1	Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica.	Moreira <i>et al</i> , 2014.	Ciência & Saúde Coletiva. Ceará.	Objetivou-se analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica.	Participar de treinamento sobre o tema, conhecer a ficha de notificação e saber encaminhar os casos são mecanismos que aumentam a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes pelos profissionais que atuam na atenção básica; sinaliza associação direta do ato de notificar com questões relativas ao conhecimento e capacitação na temática.
2	Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família	Luna; Ferreira; Vieira, 2010	Ciência & Saúde Coletiva. Ceará.	Analisa o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF em Fortaleza (CE), no exercício de sua práxis.	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.
3	Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados.	Rolim, <i>et al</i> 2014	Saúde Debate. Ceará	Analisar os fatores associados às subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Básica à saúde.	Esta investigação evidenciou como fatores associados à subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes: tempo de trabalho na ESF menor que cinco anos, não conhecer a ficha de notificação, não dispor da ficha na unidade de saúde, ausência de confiança nos órgãos de proteção, desconhecimento acerca dos encaminhamentos e ter medo de envolvimento legal.
4	Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em	Moreira, <i>et al</i> , 2013	Rev Paul Pediatra. Ceará	Analizou a instrumentação e o conhecimento dos profissionais da equipe de Saúde da Família quanto à notificação de maus-tratos em	Em resumo, entre os 51 profissionais da Equipe de Saúde da Família verificou-se a presença de lacunas na instrumentação e no conhecimento em relação à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes.

	crianças e adolescentes.			crianças e adolescentes.	Constatou-se que lidar com esse procedimento envolve dificuldades que não se mostram em relação a outros tipos de relato.
5	Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil.	Lima; Deslandes, 2015	Saúde Soc. São Paulo	Um estudo exploratório sobre o processo de implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro.	No que tange à notificação, a gestão em saúde enfrenta vários obstáculos relacionados à incorporação permanente do tema da violência na agenda da política pública de saúde, ainda que demarcando o esforço das ações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde e a interlocução e a articulação com a rede intra e intersetorial.
6	Perfil dos casos de violência notificados em hospital universitário	Silva, <i>et al</i> , 2010.	Rev Enferm UFPE On line. Pernambuco	Elucidar a situação da notificação dos casos de violência em um hospital universitário do Recife no início das ações de capacitação e sensibilização dos profissionais para essa questão.	Há uma falta de notificação por parte dos profissionais. Os achados ressaltaram que apesar dos esforços empreendidos para o início da notificação da violência, a mesma ainda é percebida como responsabilidade do médico.
7	Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência	Cocco; Silva; Jahn, 2010.	Rev. Eletr. Enf.[Intern et]. Rio grande do Sul	Analisar o fluxo da assistência em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência e o sentimento despertado nos profissionais diante do fenômeno.	O presente estudo revela que o atendimento e o acolhimento, realizados pelos profissionais de saúde, esbarram na falta de um sistema complexo de estrutura, recursos humanos e incentivos à qualificação. Nas três instituições pesquisadas, existe a ficha de notificação compulsória, mas nem todos os profissionais têm conhecimento dela e muitos têm dúvidas sobre a responsabilidade de quem deve preenchê-la.
8	Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro	Silveira; Iwamoto; Miranzi, 2009	CuidArte enfermagem. Minas Gerais	Buscou caracterizar os casos de violência notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG, após a implantação da Ficha de Notificação. E, teve como finalidade, expor os casos de violência, ainda prevalentes no país.	Diante da elevada proporção de campos ignorados ou em branco conclui-se que a qualidade da informação sobre a questão da violência na região do Triângulo Mineiro pode estar comprometida, dificultando o diagnóstico do perfil epidemiológico deste agravo bem como, para a elaboração de estratégias de intervenções pertinentes. Muitos fatores podem estar envolvidos como o processo de trabalho desgastante, a demanda expressiva e a priorização dos cuidados básicos.

9	Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil.	Assis, <i>et al</i> , 2012.	Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.	Apresentar o quadro de violência doméstica, sexual e outras perpetradas contra crianças (0-9 anos) no Brasil no ano de 2010, tendo como base de dados das notificações registradas no SINAN Net (VIVA Contínuo).	O ato de notificar é além de uma ação política, de entendimento e de enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, uma atitude de cuidado e de proteção. Longe de ser uma atitude punitiva, é uma informação que vai desencadear medidas de proteção a estes e de apoio à família.
---	--	-----------------------------	---	--	---

Os artigos Moreira *et al*, 2014; Luna, Ferreira e Vieira, 2010; Rolim *et al* (2014) e Moreira *et al* (2013) foram realizados na mesma região no estado do Ceará, possuem metodologia semelhante, Moreira *et al* (2013) apresenta: “Este trabalho está inserido em uma investigação mais ampla, dando continuidade às pesquisas realizadas em outras regiões do Estado do Ceará, dentre elas o artigo e de Luna, Ferreira e Vieira (2010)” somado a relação com mesmos autores. A metodologia próxima variou em relação ao tamanho da amostra e conteúdo dos questionários. Foi realizado o envio aos profissionais que atuavam na saúde pública em cidades ou regiões das metrópoles, um questionário estruturado, e os dados foram analisados com a estatística descritiva e analítica por meio da aplicação do teste do qui-quadrado de Pearson para verificação da significância. Os resultados obtidos contemplam: há existência de lacunas no preenchimento da ficha de notificação, necessidade de capacitações, formação continuada aos profissionais para melhor atuar e atender a demanda de crianças e adolescentes vitimadas que chegam aos serviços de saúde, correlação entre o tempo de trabalho na saúde e a notificação, pois os profissionais com maior tempo de atuação foram os que mais notificaram.

Assis, *et al* (2012) aborda o padrão de notificações no país em crianças até 9 anos de idade e apresenta um dado importante em relação aos encaminhamentos, em crianças até 1 ano de idade, os locais em que mais se encaminha são, os Conselhos Tutelares (60,4%), distante, estão os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) (4,5%) e o Instituto Médico Legal (3,3%), mais indicados para as meninas que para os meninos. Entre as crianças de 1 a 9 anos: foram encaminhadas para o conselho tutelar (60,3%); Instituto Médico Legal 13,3%, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente; CRAS/CREAS (9,4%); outras delegacias (8,9%), Programa Sentinela (5,2%); Vara da Infância e Juventude (4,7%); Ministério Público (3,1%); e casas de abrigo (1,4%).

Observa-se que o maior fluxo de encaminhamentos são os conselhos tutelares, o que segue a prerrogativa do ECA. Outro dado relevante foi que o estado que mais notificou casos foi o do Mato Grosso do Sul, o que segundo os autores pode indicar, ou que é o estado em que mais acontecem os casos ou se o processo de notificação está mais consolidado.

A questão dos encaminhamentos vem ao encontro da proposta lançada pelo Ministério da Saúde: a linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, que permite uma atenção integral a essas vítimas, para tal são necessárias o comprometimento de cada profissional e dos setores envolvidos que abrange, o acolhimento, atendimento, notificação e continuidade para a rede de cuidados e de proteção social. (BRASIL, 2010)

O seguimento para a rede de proteção é de responsabilidade dos municípios que organizam sua rede de saúde com a assistência social, educação, os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada visando o atendimento integral às famílias em situação de violência. (BRASIL, 2010)

Uma constante observada nos artigos analisados foi a quantidade significativa campos ignorados das fichas de notificação. Moreira *et al* (2014) em uma pesquisa transversal com 381 profissionais, entre eles, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, relataram que diversos fatores influenciam o ato de notificar ou não os casos de violência como os culturais, o medo de envolvimento legal, ausência de proteção, fragilidades na formação, insuficiência de processos de avaliação, supervisão e apoio profissional, este fato é reafirmado nos artigos, Silveira, Iwamoto e Miranzi (2009), Luna, Ferreira, Vieira, (2010) e Rolim *et al* (2014) além de acrescentar que a notificação não é questão rotineira nas ESF's. As pesquisas de Moreira *et al* (2013) e de Lima e Deslandes (2015) abordam ainda que parte das resistências dos profissionais, pode estar atrelada ao medo de envolvimento legal, a descontinuidade do serviço, pois os profissionais não sabem qual o prosseguimento do caso.

Algumas dessas dificuldades foram correlacionados por Paixão e Deslandes (2011), que nas avaliações sobre serviços de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência e seus familiares, realizadas no âmbito da saúde, mostram precariedade, nem todos possuem equipes multidisciplinares (necessárias para o atendimento integral), o atendimento se limita à mãe e à criança, não agregando toda a dinâmica familiar, nem o agressor, que em grande parte das vezes é também membro familiar. Além da dificuldade em prestar atendimento psicoterápico necessário.

Os artigos Silva *et al*, 2010 e Cocco, Silva e Jahn (2010) relatam que os profissionais conhecem a ficha, mas a atribuem como reponsabilidade do médico, ou ao médico e enfermeiro o seu preenchimento. Silva *et al* (2010) identificou ainda os esforços empreendidos pelo trabalho do serviço social que solicitava o preenchimento de cada caso, que teve como maior instrumento de notificação os relatório próprios 72,09% e não a ficha.

O que ocorre com frequência ao profissional de saúde que identifica ou suspeita de casos de violência é o sentimento de impotência, medo sob a violência, e, muitas vezes, receio sobre qual

atitude tomar. Deste modo, é interessante que estes recebam o apoio da equipe de saúde da qual pertence (BRASIL,2010).

Na contramão a esses dados, a maioria dos autores relatou medidas que podem auxiliar no aumento da notificação de modo que essa venha a se arraigar na rotina dos profissionais, tanto os de nível superior (citados nos artigos: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, assistentes sociais) bem como os auxiliares e técnicos de enfermagem que lidam diretamente com o público. Essas ferramentas estão relacionados à formação e capacitação dos trabalhadores sobre o assunto, favorecendo a apropriação de conhecimentos que os instrumentalizem para efetivar o ato notificador. 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 (LUNA, FERREIRA E VIEIRA, 2010; MOREIRA *et al*, 2014).

Nessa perspectiva, os profissionais necessitam perceber que o preenchimento da ficha de notificação é o início de um fluxo de atenção às crianças e adolescentes, incorporando em caráter intersetorial, as redes de proteção e responsabilização como é afirmado por Lima e Deslandes (2015).

Assis, *et al* (2012), explicitam que o ato de notificar os casos não é em si uma ação punitiva, e sim uma informação que vai desencadear medidas de proteção a estes e de apoio à família. Como explicitado na publicação do ministério da saúde que a notificação não é um mecanismo de punição aos agressores, mas sim um meio para a proteção dessa criança/adolescente, faz parte do início de um processo de cuidado para com este usuário, e sem este meio os casos não podem ser percebidos e possíveis medidas serem tomadas (BRASIL,2010).

CONCLUSÃO

Diante da realidade encontrada nos artigos pesquisados e na legislação vigente, percebe-se que, apesar dos marcos legislativos, das iniciativas do Ministério da Saúde, das possíveis punições em relação à observância ou suspeita do ato violento e a não notificação, essa prática ainda não está atrelada ao cotidiano dos dispositivos de saúde (hospitais, urgência e emergência, equipes de saúde da família, unidades de atenção básica) e nos diferentes estados (Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro). Pode-se destacar várias dificuldades enfrentadas pelos profissionais no ato da não notificação.

Conclui-se ainda a formação continuada dos profissionais, articulações intersetoriais, a implantação nos municípios da linha de cuidados podem aumentar à frequência do ato de notificação, o entendendo como apenas o início do processo de atendimento às vítimas, bem como o caráter epidemiológico que possui, pois a partir da notificação maiores estratégias de prevenção podem ser desencadeadas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2305-2317, 2012.

BRASIL. **Portaria n.º 1968/GM**. Em 25 de outubro de 2001. Diário Oficial da União nº 206 de 26/10/01. Seção 1. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_leg_portaria_1968__2001__notificacao_compulsoria_violencia_contra_crianças.pdf> Acesso em 21 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. SINAN NET. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf> Acesso em 30 mar. 2015.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Ministério da Justiça. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002. Disponível em: <http://www.andi.org.br/sites/default/files/legislacao/plano_nacional.pdf> Acesso em 21 mar.2015.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. 2013. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/criancas-e-adolescentes/publicacoes-2013/pdfs/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-crianca-e-adolescentes>> Acesso em 20. Mar.2015.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 10. fev. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em 18 de fevereiro de 2016.

_____. Lei nº 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm> Acesso em 05 de março de 2015.

_____. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

COCCO M, SILVA E. B., JAHN A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.**[Internet]. 2010;12(3):491-7.

LADÁRIO (Município) Protocolo de Atenção Integral às Vítimas de Violência de Ladário-MS. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Prevenção à Violência e Agravos Não Transmissíveis. Ladário, 2013.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S.F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** 2011. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4111.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2015.

_____. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.661-673, 2015.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C. VIEIRA, L.J.E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2):481-491, 2010

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C.C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MOREIRA *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(10):4267-4276, 2014.

MOREIRA, *et al.* Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev Paul Pediatr** 2013;31(2):223-30

PAIXÃO A. C. W; DESLANDES S. F. Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.1, p.114-126, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/09.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2015.

ROLIM, *et al.* Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, v. 38, N. 103, P. 794-804, out-dez., 2014.

SILVA, *et al.* Perfil dos casos de violência notificados em hospital universitário. **Rev Enferm UFPE On Line**. 2010 jul./set.;4(3):1457-463.

SILVEIRA, R. E. IWAMOTO H. H.; MIRANZI, S.S.C . Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. **CuidArte enfermagem** janeiro-junho; 3(1):19-25, 2009.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; ALZUGUIR, F. C. V. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. **Rev. bras. saúde materna. infant.** Recife, v.2 n.2, p. 105-116, maio - ago., 2002. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000200003> Acesso em: 11 fev. 2015.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura. 2005, 128p. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, **Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto.

ANEXOS

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL

ISSN 1981-9722

NORMAS PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

OBJETIVO E POLÍTICA EDITORIAL

A Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS) tem por finalidade publicar artigos produzidos por profissionais vinculados à Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” (ESP/COES/SES/MS) e instituições parceiras, contribuindo para a divulgação da pesquisa em saúde pública em diferentes áreas do conhecimento. Sua publicação tem periodicidade semestral.

TIPOS DE ARTIGOS:

Serão aceitos artigos em apenas três categorias, sendo:

2) Artigos de revisão: pesquisas desenvolvidas com análise crítica e sistematizada da literatura, abordando temas relevantes para a saúde pública. Devem ser estruturados em: Resumo; Abstract; Introdução; Desenvolvimento; Conclusão; Referências.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

A) Preparo do manuscrito

Os artigos devem ser digitados em folhas de tamanho A4, no editor de texto Word/Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, margem de 2,0 cm (direita, esquerda, superior e inferior) e espaço 1,5 entre linhas.

Cada artigo deve ter variação de 10 a 15 laudas (incluindo todo o material, exceto a página de rosto). Notas de rodapé não serão aceitas em nenhuma seção do artigo.

B) Página de rosto

Deve conter as seguintes informações:

O título do artigo, que deve ser conciso e informativo, preferencialmente sem uso de abreviaturas.

Digitado em letras maiúsculas, negrito e centralizado (em língua portuguesa e inglesa).

Nomes completos dos autores (sem titulação acadêmica) e suas respectivas instituições de origem. Serão aceitos artigos com no máximo cinco autores.

Nome do autor responsável, com endereço completo, telefones e endereço eletrônico (e-mail).

Indicação do “Tipo de Artigo” que está encaminhando, conforme descrito nestas Normas.

C) Resumo e Abstract

O Resumo deve ser do tipo estruturado contendo: Introdução; Objetivo; Materiais e Métodos; Resultados; Conclusão. Não pode ultrapassar o limite de 300 palavras. Deve apresentar ao final as palavras-chave (de três a cinco), as quais devem ser obtidas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

O Abstract deve seguir o mesmo padrão do Resumo, com suas respectivas key words.

D) Material ilustrativo

O material ilustrativo compreende tabela e/ou figura (gráficos, mapas, fotos, etc.), sendo que o número total de material ilustrativo deve ser no máximo de cinco por artigo.

As tabelas deverão ser confeccionadas no mesmo programa utilizado para a elaboração do artigo (editor de texto word), seguindo as normas de apresentação tabular do IBGE, recomendadas pela ABNT.

Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente com as respectivas legendas e fontes (quando cabível), e a cada um deve ser atribuído um breve título.

Não serão aceitos artigos com material ilustrativo colorido, pois a Revista é impressa apenas nas cores preta e branca.

E) Nomenclatura

Devem ser observadas rigorosamente as regras de nomenclatura biológica, zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

F) Aspecto Ético

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Resolução 196/96 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Os autores devem obrigatoriamente anexar cópia digitalizada (escaneada) da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) ao qual a pesquisa foi submetida.

G) Referências e Citações

As referências devem ser ordenadas alfabeticamente em seção específica do artigo e as citações presentes no texto devem seguir o sistema "autor-data", devendo haver correspondência absoluta entre o número de citações e de referências.

Tanto as Referências quanto as Citações devem obedecer as normas vigentes da ABNT.