



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Nathália França de Oliveira

**O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por
profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM**

Rio de Janeiro

2019

Nathália França de Oliveira

**O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais
da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes

Coorientador: Prof. Dr. Washington Leite Junger

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

O48 Oliveira, Nathália França
O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM / Nathália França Oliveira – 2019.
146 f.

Orientador: Claudia Leite de Moraes
Coorientador: Washington Leite Junger

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Universidade do Estado do Amazonas.

1. Monitoramento epidemiológico – Teses. 2. Notificação compulsória – Teses. 3. Maus tratos-infantis – Teses. 4. Violência – Teses. 5. Criança – Teses. 6. Adolescente – Teses. 7. Estratégia Saúde da Família – Teses. 8. Amazonas. I. Moraes, Claudia Leite de. II. Junger, Washington Leite. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Universidade do Estado do Amazonas. V. Título.

CDU 616.89-008.444.9:356.2-053.2(811.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Nathália França de Oliveira

**O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais
da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 28 de março de 2019.

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes

Instituto de Medicina Social – UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Washington Leite Junger

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes (Orientadora)

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Eliseu Verly Junior

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. José Ueleres Braga

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis

Universidade do Estado do Amazonas

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus familiares, que tanto me apoiaram e incentivaram.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelo fortalecimento da fé na concretização desse sonho.

Aos meus pais, Leide e Francisco, que sempre primaram pela minha educação e que cuidaram de tudo nos momentos em que precisei me ausentar.

Ao meu esposo, Emerson, pelo apoio incondicional, paciência nos dias de estresse e por sempre me mostrar que esse processo seria árduo, porém profissionalmente compensatório.

À minha filha de quatro patas, Sochi, por ficar sempre ao meu lado quando eu mal levantava da cadeira durante a escrita deste trabalho e por entender quando eu não tinha mais forças para levá-la para passear.

À minha irmã e ao meu cunhado, Ellen e Edilingles, pelo amor e força.

Aos meus avós, José e Raimunda (*in memoriam*), pelo incentivo.

Aos amigos que conquistei nessa jornada: Fernando, Isabela e Renata.

À minha orientadora, Profa. Dra. Claudia Leite de Moraes. Sem dúvida, um dos maiores desafios da minha vida acadêmica foi corresponder ao nível de exigência dessa excelente pesquisadora. Porém, as orientações prestadas me trouxeram um enorme aprendizado.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Washington Leite Junger, pelas excelentes contribuições dadas à execução dessa pesquisa e à finalização deste trabalho.

Aos professores Simone Gonçalves de Assis, Maria Helena Hasselmann e Michael Eduardo Reichenheim pelas contribuições na qualificação do projeto.

À Universidade do Estado do Amazonas (UEA) pelo investimento na formação e na qualificação docente.

Ao grupo de pesquisadores de campo e ex-discentes da UEA envolvidos na coleta de dados: Agatha, Ana, Carolina, Francinete, Frandson, Gabriela, Glenda, Glendha, Graciane, Heloisa, Nayelle, Phâmela, Rosana e Vanessa. Sem vocês eu não teria conseguido.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Manaus pela disponibilidade que nos foi concedida, mesmo diante das adversidades da rotina.

Ao apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa no Estado do Amazonas (FAPEAM).

Meus sinceros agradecimentos.

Você não pode colocar qualquer limite, nada é impossível.

Usain Bolt

RESUMO

OLIVEIRA, Nathália França de. *O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM*. 146 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O objetivo principal desta tese foi analisar o processo de notificação, por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), de violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas. Para tanto, caracterizou-se os casos de violência contra crianças e adolescentes, avaliou-se a completude das fichas de notificação, de 2009 a 2016, analisaram-se as características sociodemográficas, a formação profissional e o grau de conhecimento dos profissionais da ESF em relação às manifestações, o perfil de casos, a linha de cuidado nos serviços de saúde e o sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes e, adicionalmente, o efeito desses graus de conhecimento dos profissionais na notificação de casos. Para alcançar os dois primeiros objetivos propostos, realizou-se um estudo descritivo com análise dos campos das fichas de notificação de 10.333 casos registrados, no período proposto. Para os demais objetivos se desenvolveu um estudo transversal realizado nas unidades básicas de saúde com ESF, entre outubro de 2017 e abril de 2018. A pesquisa de campo incluiu 611 profissionais da ESF (52,5% dos elegíveis). O instrumento abarcou módulos relativos: às características sociodemográficas; à formação profissional e à atuação na ESF; à organização e ao fluxo do processo de notificação no serviço de saúde do profissional; à identificação e ao processo de trabalho na atenção às violências; às experiências anteriores com a rede de proteção; aos conhecimentos e às atitudes do profissional em relação ao manejo e à notificação dos casos e das experiências relacionadas à violência na infância. O primeiro artigo revela que cerca de 69% dos casos notificados envolvendo crianças eram meninas, sendo pais, padrastos/madrastas os principais agressores. Adolescentes do sexo feminino também foram as principais vítimas de violência, entretanto foram os amigos/conhecidos os principais agressores. A violência sexual foi a mais notificada em ambos os grupos. A completude dos campos da ficha variou de 11,2% a 100,0%. O segundo artigo mostra que os profissionais de saúde da ESF em Manaus apresentam pouco domínio sobre as questões relacionadas à linha de cuidado e o sistema de vigilância das situações de violência envolvendo crianças e adolescentes. O terceiro artigo aponta que tanto o grau de conhecimento sobre as manifestações, perfil de casos, linha de cuidado e o sistema de vigilâncias das violências apresentam associação com o ato de notificar os casos. Espera-se que a divulgação dos achados desta tese contribua para o aprimoramento do processo de registro das situações de violência envolvendo crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde na atenção básica e do sistema de vigilância das violências como um todo, visando aumentar a cobertura da notificação dos casos e melhorar a qualidade das informações das fichas de notificação.

Palavras-chave: Monitoramento Epidemiológico. Notificação Compulsória. Violência. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Nathália França de. *The process of reporting violence against children and adolescents by professionals of the Family Health Strategy in Manaus - AM*. 146 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The main objective of this thesis was to analyze the process of notification, by professionals of the Family Health Strategy (ESF), of violence against children and adolescents in Manaus, Amazonas. To that end, the cases of violence against children and adolescents were characterized, the completeness of the notification forms from 2009 to 2016 was analyzed, the sociodemographic characteristics, the professional training and the degree of knowledge of the professionals of the FHS were analyzed in the profile of cases, the line of care in the health services and the system of surveillance of violence against children and adolescents and, in addition, the effect of these degrees of professionals' knowledge in case reports. In order to reach the first two objectives proposed, a descriptive study was carried out with an analysis of the fields of the notification sheets of 10,333 registered cases, during the proposed period. For the other objectives, a cross-sectional study was carried out at the basic health units with ESF between October 2017 and April 2018. The field survey included 611 professionals from the FHS (52.5% of the eligible ones). The instrument covered modules related to sociodemographic characteristics; professional training and performance in the FHS; organization and flow of the notification process in the health service of the professional; identification and work process in dealing with violence; previous experiences with the safety net; to the knowledge and attitudes of the professional regarding the handling and reporting of cases and experiences related to violence in childhood. The first article reveals that about 69% of reported cases involving children were girls, with parents, stepfathers and stepmothers being the main perpetrators. Female adolescents were also the main victims of violence, though the friends/acquaintances were the main perpetrators. Sexual violence was the most reported in both groups. The completeness of the fields of the file ranged from 11.2% to 100.0%. The second article shows that the health professionals of the ESF in Manaus have little control over the issues related to the care line and the system of surveillance of situations of violence involving children and adolescents. The third article points out that both the degree of knowledge about the manifestations, the profile of cases, the line of care and the system of surveillance of violence are associated with the act of reporting the cases. It is hoped that the dissemination of the findings of this thesis contributes to the improvement of the process of recording the situations of violence involving children and adolescents by health professionals in basic care and of the violence surveillance system as a whole, in order to increase the coverage of the notification of cases and improve the quality of the information in the notification sheets.

Keywords: Epidemiological Monitoring. Mandatory Reporting. Violence. Child. Adolescent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
DAB	Departamento da Atenção Básica
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DEPCA	Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
DISA	Distritos de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESA	Escola Superior de Ciências da Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IMS	Instituto de Medicina Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PSF	Programa Saúde da Família
QUESI	Questionário sobre Traumas na Infância
SAVVIS	Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
1.1	Violência contra crianças e adolescentes: algumas peculiaridades.....	14
1.2	O sistema de vigilância das violências no Brasil e em Manaus.....	18
1.3	A abordagem das violências contra crianças e adolescentes na Estratégia Saúde da Família.....	21
1.4	Os profissionais de saúde e os fatores relacionados à notificação da violência contra crianças e adolescentes.....	23
2	JUSTIFICATIVA.....	28
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	Geral.....	30
3.2	Específicos.....	30
4	MÉTODOS – Artigo 1.....	31
4.1	Desenho e local de estudo.....	31
4.2	Definição de caso.....	31
4.3	Variáveis do estudo.....	31
4.4	Análise dos dados.....	31
4.5	Questões éticas.....	32
5	MÉTODOS – Artigos 2 e 3.....	32
5.1	Desenho e local do estudo.....	32
5.2	Participantes do estudo.....	33
5.3	Coleta e processamento de dados.....	33
5.4	Modelo teórico-operacional (Artigo 3).....	34
5.5	Variáveis do estudo.....	37
5.6	Análise dos dados.....	39
5.7	Questões éticas.....	40
6	RESULTADOS.....	41
6.1	Violência contra crianças e adolescentes em Manaus – AM: estudo descritivo da evolução temporal da caracterização dos casos e da avaliação da completude das fichas de notificação de 2009 a 2016 (Manuscrito 1).....	41
6.2	Características sociodemográficas, formação profissional e o grau de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre	

	manifestações, perfil de casos, linha de cuidado e sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes em Manaus – AM (Manuscrito 2)	67
6.3	Conhecimentos sobre manifestações, perfil de casos, linha de cuidado nos serviços de saúde, sistema de vigilância e notificação de casos: evidências de um inquérito com profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM (Manuscrito 3)	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	108
	ANEXO A – Ficha de notificação individual da violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	118
	ANEXO B – Fluxograma da vigilância para a notificação da violência interpessoal/autoprovocada.....	120
	ANEXO C – Instrumentos de coleta dos dados.....	121
	ANEXO D – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde para submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	141
	ANEXO E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas.....	142
	ANEXO F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	146

INTRODUÇÃO

A violência direcionada a crianças e adolescentes é um problema de saúde pública mundial. Estima-se que um bilhão de crianças e adolescentes entre dois e dezessete anos de idade tenham sofrido violência física, sexual, psicológica ou negligência no último ano (HILLIS et al., 2016). Em 2016, o Brasil registrou cerca de 100 mil casos de violência contra crianças e adolescentes. Dessas ocorrências, 2.200 foram notificadas no Amazonas. Manaus, a capital do estado, apresenta uma taxa de 149,1 casos por 100 mil crianças e adolescentes (SINAN, 2019).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 1,3 milhões de pessoas em todo o mundo morrem a cada ano como resultado da violência em todas as suas formas, tratando-se da quarta principal causa de morte no mundo de pessoas com idade entre 15 e 44 anos (WHO, 2014).

Segundo o referido Relatório, as violências podem ser classificadas de acordo com as manifestações empíricas em: i) autodirigida, que inclui os suicídios, suas idealizações e tentativas, além da autoagressão e/ou automutilação; ii) interpessoal, podendo ser ela intrafamiliar ou comunitária; e iii) coletiva, que engloba o âmbito macrossocial (WHO, 2002).

Quanto à natureza dos atos violentos, há quatro modalidades principais: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono e negligência ou privação de cuidados (MINAYO, 2005). Cada uma dessas modalidades e naturezas da violência afeta, de forma específica e diferenciada, crianças e adolescentes, mulheres, idosos e outros grupos vulneráveis.

A violência direcionada a crianças e adolescentes é muito presente em todas as partes do mundo. As formas mais comuns envolvem a violência intrafamiliar, na forma de abandono, maus-tratos e negligência. No Brasil, segundo o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), entre 2006 e 2007, a residência constituiu o local de maior ocorrência dos casos de violência contra criança (58%). Quanto ao adolescente, o ambiente familiar é responsável por 50% dos registros, e os demais reportam violências comunitárias (BRASIL, 2008).

Embora os atos de violência contra crianças e adolescentes existam desde a antiguidade, o reconhecimento enquanto problema de saúde é relativamente recente (MARTINS; MELLO-JORGE, 2009). Entretanto, a realização de estudos referentes à temática dos direitos da criança tornou-se pauta constante na comunidade e na literatura científica internacional.

No âmbito do atual contexto da saúde pública no Brasil, as equipes de saúde da atenção básica têm maior possibilidade de identificar as situações de violências em crianças e adolescentes, por se encontrarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo desenvolvimento de ações de promoção de saúde individuais e coletivas que envolvem visitas domiciliares e outras atividades que têm como objetivo central o cuidado para com todos os integrantes da família, sob o foco da integralidade (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2016).

O enfrentamento da violência exige atuação em rede, de forma articulada, pautada na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades (BRASIL, 2010). Esse método de trabalho permite a troca de informações, a articulação institucional e a formulação de políticas públicas para a implementação de projetos comuns, que contribuem para a integralidade de atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, adolescentes e famílias em situação de violência (MEIRELLES; SILVA, 2007).

Reconhecida a relevância da violência contra crianças e adolescentes no campo da saúde, torna-se necessário que os profissionais da área tracem metas para resgatar os valores da família e da coletividade envolvida no contexto violento, para socializar os atores participantes e para estimular o desenvolvimento das políticas de enfrentamento (NUNES; SALES, 2016). Todavia, por meio de pesquisa bibliográfica sobre a obrigatoriedade da notificação da violência por profissionais de saúde, Garbin et al. (2016) afirmam que a maioria dos profissionais que atuam neste nível de atenção se encontra despreparada para o reconhecimento e a notificação dos casos de violência. Visando reduzir o problema, os autores sugerem que o processo de educação continuada das equipes tenha como um de seus objetivos a discussão de estratégias para identificação, acolhimento adequado e notificação dos casos de violência, de modo a capacitar e sensibilizar os profissionais envolvidos para o atendimento às vítimas e suas famílias.

Transcendendo os embates travados no campo da teoria e do método de estudos sobre a “violência e saúde”, a pesquisa nesta área pode colaborar para sensibilização e instrumentação de gestores e profissionais de saúde no que tange a sua prática cotidiana. Em um contexto mais amplo, as pesquisas podem ajudar a apontar a necessidade do redirecionamento dos serviços de saúde (VELOSO et al., 2013).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Violência contra crianças e adolescentes: algumas peculiaridades

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), todas as crianças e adolescentes têm direito a uma vida saudável desprovida de violência. No entanto, todos os anos, milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo são vítimas e testemunhas de situações de violência física, sexual e emocional, o que gera consequências à saúde física e mental e ao bem-estar das vítimas ao longo da vida. Cerca de um quarto de todos os adultos no mundo relatam terem sofrido abusos físicos na infância. Uma em cada cinco mulheres e um em cada treze homens relatam abuso sexual quando criança. No mundo, estima-se anualmente 41 mil mortes por homicídio em menores de 15 anos de idade.

Ainda conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), define-se:

- **Abuso físico:** atos de comissão perpetrados por cuidadores, que causam danos atuais ou têm o potencial de causar danos;
- **Abuso psicológico:** incapacidade do cuidador de criar um ambiente de cuidado, o que inclui atos que possuem efeitos adversos à saúde e ao desenvolvimento da criança. São ameaças, intimidações, rejeições e outras formas de tratamento hostil;
- **Abuso sexual:** envolvimento da criança em práticas sexuais que ela não é capaz de compreender, consentir, ou ainda não está suficientemente desenvolvido para consentir. O abuso sexual é evidenciado quando esta atividade entre a criança e um adulto, ou uma criança mais velha, ocorre em uma relação de poder, responsabilidade ou confiança e a atividade tem a intenção de satisfazer a outra pessoa;
- **Negligência:** incapacidade de os pais proverem a criança, caso estejam em uma posição apropriada, nas esferas de saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição e segurança.

Em busca de um modelo explicativo para a ocorrência das violências, Bronfenbrenner e Morris (1998) propõem o modelo ecológico, que explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento. De acordo com o que é discutido por Dahlberg e Krug (2007), o primeiro nível do modelo ecológico procura identificar tanto os fatores biológicos como os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. Além dos

fatores biológicos e demográficos, são levados em consideração fatores como a impulsividade, o baixo nível educacional, o abuso de substância química e o passado de agressão e abuso.

O segundo nível explora a forma como as relações sociais próximas podem aumentar a oportunidade de ataques violentos – por exemplo, em casos de agressão de parceiros e de maus tratos a crianças, a interação quase cotidiana em domicílio comum ao agressor.

O terceiro nível examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, como escolas, locais de trabalho e bairros, e procura identificar as características dos cenários associados à condição de vítimas ou agressores.

O quarto e último nível examina os fatores sociais que influenciam mais significativamente as taxas de violência. Aqui estão os fatores que criam um clima aceitável para a violência, os que diminuem as inibições contra ela e os que criam e sustentam divisões entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre grupos ou países diferentes.

A África ocupa o primeiro lugar em número de casos de negligência (mais de 40 mil casos), mas também é responsável pelo maior número de crianças e jovens que testemunham a violência. No entanto, as Américas e o Caribe respondem pelo maior número de casos de abuso sexual infantil e, junto com os Estados Unidos da América, registraram o maior número de contatos de abuso físico – cerca de 8 mil casos – (CHI, 2015).

Duas grandes coortes no Reino Unido e nos Estados Unidos da América de 5,4 mil crianças mostram que, em comparação com aquelas que não foram maltratadas ou intimidadas, os indivíduos que sofreram maus-tratos apresentaram risco aumentado de depressão na idade adulta em modelos ajustados para sexo e dificuldades familiares (LOREYA et al., 2015).

Quanto às complicações relacionadas à vitimização, os resultados de um estudo transversal realizado na Noruega por Thoresen et al. (2015) com pessoas adultas mostraram que 10,2% das mulheres relataram abuso sexual e 4,9% violência física quando crianças e a associação entre esse fato e o desenvolvimento de depressão ou ansiedade na fase adulta da vida.

Moraes, Peres e Reichenheim (2014) apontam que as consequências da violência familiar na saúde das crianças e dos adolescentes podem ser de natureza:

- Físicas: contusões e edemas, lesões de órgãos e sistema nervoso central, queimaduras de várias etiologias, lacerações e abrasões, fraturas, invalidez, traumatismo cranioencefálico, morte;

- Sexuais e reprodutivas: infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, comportamento sexual incompatível com a idade cronológica, disfunções sexuais, abortamento;
- Psicológicas e comportamentais: ansiedade/depressão, distúrbios de comportamento, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, abuso de álcool e drogas, comportamentos violentos, delinquentes e outros comportamentos arriscados, atrasos no desenvolvimento, distúrbios de alimentação e sono, sentimentos de vergonha e culpa, hiperatividade, distúrbio de estresse pós-traumático, distúrbios psicossomáticos, comportamento suicida e autoagressão.
- Outras: transmissão intergeracional da violência, síndrome do intestino irritável, desnutrição e criminalidade na adolescência.

Embora as relações de poder tenham se modificado ao longo da história, no âmbito social e estatal os pequenos exercícios de poder privado nas relações familiares permanecem como manifestações de dominação ainda justificadas pela privacidade da relação familiar (APOSTÓLICO et al., 2012).

Oliveira et al. (2014) afirmam que meninas e meninos menores de idade podem sofrer violência sexual independente do contexto social e econômico em que estão inseridos. Os índices divergem em virtude de múltiplos fatores, como aspectos ligados à dinâmica da revelação pela vítima e às dificuldades na efetivação da denúncia e da investigação do caso, além de fatores culturais e preconceitos.

Entre os fatores que predisõem à ocorrência de múltiplas violências, destacam-se a inserção em comunidades com graves problemas sociais, a família exposta a situações de perigo e o convívio em ambiente familiar caótico e problemático (FINKELHOR et al., 2009).

Quando a violência é dirigida contra as crianças, a gravidade das ações atinge todo o período da infância, e as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais que essas sofrem determinam significativos potenciais de desgaste, não só naquele momento, mas ao longo de toda a vida (WHO, 2009).

Tal desgaste é determinado por idade, grau de desenvolvimento psicológico, tipo de violência, frequência, duração, natureza, gravidade da agressão, vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, representação do ato violento pela criança ou pelo adolescente (BRASIL, 2010).

A maioria das vítimas de violência sexual são crianças e adolescentes do sexo feminino, com alguma relação emocional ou parental com o agressor, o que aumenta sua

vulnerabilidade, tal como apontam os resultados de várias investigações brasileiras (TRINDADE et al., 2014).

Costa et al. (2007) afirmam que a maior parte das vítimas de violência sexual não registram queixa, por constrangimento e receio de humilhação, somados ao medo da falta de compreensão ou interpretação equivocada de familiares, amigos, vizinhos e autoridades. A prevalência pode ser muito superior às estimativas baseadas na notificação de casos. Por razões desconhecidas, segundo a literatura, uma parte ainda maior das violências sexuais cometidas contra meninos é omitida. Os levantamentos gerais tendem a mostrar taxas menores de abuso sexual masculino do que os estudos clínicos, o que denota invisibilização social (FONSECA et al., 2012).

Entre as manifestações da violência, a psicológica é a forma mais sutil. Carregada de subjetividade e diferentes expressões, é de difícil identificação e registro. É geralmente exercida de forma crônica, podendo causar sérios prejuízos para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, comprometendo a saúde emocional das vítimas (BRASIL, 2006). Também contribui para esse quadro a legalidade e o predomínio do castigo corporal contra crianças nos lares, escolas, instituições e no Sistema de Justiça Juvenil (PINHEIRO, 2006).

Do Carmo e Harada (2006) afirmam a partir da análise de vários estudos desenvolvidos em outros países, que a prática da violência física é vista muitas vezes pelos pais como um método de correção perante o mau comportamento, assim como forma de impor limites ou, ainda, como maneira de garantir o poder absoluto sobre a atitude de seus filhos.

Assim como Pfeiffer, Rosário e Cat (2011), ao propor um método de classificação em níveis de gravidade aplicado às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência na cidade de Curitiba, no estado do Paraná, observaram que os casos de negligência e de violência física foram, em sua maioria, classificados como leves (apresentam sinais ou sintomas compatíveis com agressão física ou detecção de negligência, sem consequências à saúde física ou mental da vítima) ou moderados (que possam levar a danos físicos ou emocionais e que necessitem de tratamento ambulatorial e acompanhamento especializado tanto da vítima como dos agressores).

No que tange à reincidência da violência, Fonseca et al. (2012) apontaram para a necessidade de ações efetivas desde a primeira ocorrência, visando a minimização dos danos causados às crianças e aos adolescentes pela repetição das agressões. O caráter cíclico e repetitivo da violência demonstra que não bastam intervenções focadas na ocorrência, pois se trata de um contexto de atos violentos que permeiam as relações entre os membros da família.

No Brasil, a Constituição da República de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garantem que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Além disso, o Estatuto enfatiza que a clientela infanto-juvenil deve ter resguardadas as peculiaridades na prestação de socorros e atendimento, e devem ser prioridade na formulação e na execução de políticas sociais e na destinação de recursos públicos para a sua proteção (CARVALHO et al., 2008).

Portanto, apesar da crescente preocupação dos profissionais de saúde com relação à violência e do desenvolvimento de programas específicos para a abordagem correta desses casos, ainda se observa um déficit na notificação e na caracterização adequada dos casos, o que pode afetar o tratamento adequado e a pesquisa (ZAMBON et al., 2012).

1.2 O sistema de vigilância das violências no Brasil e em Manaus

O artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), determina que todo caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes será obrigatoriamente comunicado ao Conselho Tutelar da respectiva localidade.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no final de 1995, e a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em 1999, foram pioneiras na criação da Ficha de Notificação Compulsória de maus-tratos sofridos pelas crianças e adolescentes, e no estabelecimento da legislação pertinente à obrigatoriedade da notificação de casos suspeitos ou confirmados pelos profissionais de saúde e educação.

Somente após o advento da Portaria nº 1.968/2001 do Ministério da Saúde, a notificação da violência contra crianças e adolescentes tornou-se obrigatória para as instituições de saúde pública e conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional (BRASIL, 2002). Dando prosseguimento ao aprimoramento do sistema de monitoramento das ocorrências das violências, em 2006, implantou-se no âmbito do SUS o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar políticas de saúde pública direcionadas à prevenção destes agravos. Em termos de operacionalização, o Sistema se divide em: i) VIVA SINAN, que é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas; e ii) VIVA Inquérito, sob a

modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados (BRASIL, 2013).

Inicialmente, o módulo VIVA SINAN era um sistema à parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net). Somente a partir de 2009 o Módulo de Violência foi inserido no SINAN, o que facilitou a expansão do VIVA e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências. Essa implantação ocorreu de modo gradual e por adesão de estados e municípios de acordo com a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) (BRASIL, 2014).

Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de agravos de notificação compulsória, universalizando-a para todos os serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2014). Dessa forma, define-se como um caso de violência aquele suspeito ou confirmado de natureza doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas, em ambos os sexos, contra a criança na faixa etária de zero a nove anos (crianças), e o adolescente de dez a dezoito anos (adolescentes) (BRASIL, 2014).

A notificação é necessária para conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos; para compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no país, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz; para intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência; e para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção (BRASIL, 2017).

A identificação de pontos prioritários a serem tratados pelas políticas de saúde depende da qualidade das notificações. Há dados que apresentam alto percentual de ausência de preenchimento (como, por exemplo, “cor de pele da criança”, “possível autor da violência”, “local da violência” e “encaminhamentos institucionais”). A falta de informação prejudica o conhecimento mais detalhado do fenômeno e interfere nas ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde (ASSIS et al., 2012).

A notificação faz parte da linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, que envolve também o acolhimento (receber crianças, adolescentes e famílias de forma empática e respeitosa, por qualquer membro da equipe), o atendimento (realizar consulta clínica: anamnese, exame

físico e planejamento da conduta para cada caso) e o seguimento na rede de cuidado e proteção social após a notificação (BRASIL, 2010).

Carvalho et al. (2008) afirmam que, infelizmente, existe um grande despreparo por parte dos profissionais de saúde e dos setores da saúde em geral na atuação efetiva, tanto nos casos de violência contra crianças e adolescentes já instalados como nas atividades de promoção de saúde e prevenção das violências. Diante da complexidade do fenômeno, constata-se a necessidade de ações intersetoriais para a prevenção e assistência aos cidadãos vitimados.

Para a consolidação dessa linha de cuidado, torna-se importante universalizar a notificação dos casos de violência, garantindo o sigilo e orientando a vítima com relação aos seus direitos, bem como encaminhar os casos que necessitem de atendimento específico ou acompanhamento das redes intersetoriais e sociais e melhorar a qualidade deste acompanhamento e das intervenções em rede (MASCARENHAS et al., 2010).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a ficha de notificação de violência do Ministério da Saúde está implantada no município desde 2006, entretanto, o modelo utilizado atualmente data de 15 de junho de 2015 e denomina o agravo como VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (ANEXO A).

Segundo informações da SEMSA, a partir de 2013, as ações implementadas para a efetivação da ficha de notificação da violência se basearam em três estratégias, sendo as primeiras duas utilizadas especificamente nos serviços de saúde e a terceira para a implantação da ficha de notificação intersetorial:

- Estratégia 1 – Objetivo: Capacitar profissionais de saúde para a institucionalização da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Participaram 812 profissionais de saúde (244 da Estratégia Saúde da Família em 2013, e 73 profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência) em 2015;
- Estratégia 2 – Objetivo: Realizar rodas de conversa com profissionais de saúde sobre violência interpessoal e ou autoprovocada na Rede de Saúde Manauara em unidades com notificação negativa. Foram 29 unidades de saúde visitadas e 286 profissionais de saúde da atenção básica sensibilizados em 2014;
- Estratégia 3 – Objetivo: Promover ciclos de oficinas de enfrentamento às violências nas escolas públicas de Manaus. Foram 276 profissionais de educação capacitados para a notificação da violência nas escolas da rede estadual e municipal de ensino em 2016.

As fichas de notificação preenchidas com as informações dos casos identificados obedecem a um fluxo de comunicação que envolve o Distrito de Saúde correspondente à localização da Unidade de Saúde, os Conselhos Tutelares e as Delegacias Especializadas (ANEXO B).

Nos casos de violência contra a criança, é enviada uma cópia da ficha de notificação ao Conselho Tutelar e à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA). Na ocorrência de violências contra mulheres, a ficha deve seguir para a Delegacia Especializada em Crimes contra a Mulher. Já quanto ao caso de violências cometidas contra idosos, o documento deve ser encaminhado à Delegacia Especializada em Crimes contra o Idoso. Por fim, as fichas correspondentes aos demais casos são encaminhadas às Delegacias Setoriais localizadas nas proximidades do domicílio da vítima.¹

Nos casos de violência sexual e tentativa de suicídio, a notificação compulsória é imediata, devendo ser realizada em até 24 horas. Quanto às demais violências, a notificação compulsória é realizada semanalmente.

1.3 A abordagem das violências contra crianças e adolescentes na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva a reorganização da atenção primária no Brasil de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação do SUS, pois redireciona o processo de trabalho e aprofunda os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica (BRASIL, 2012).

A Política Nacional da Atenção Básica estabelece que a equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) deve ser composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde, podendo-se acrescentar a esta composição profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012).

A ESF pode contribuir significativamente para a promoção de uma cultura de paz e para a prevenção, detecção e recuperação da saúde das pessoas em situação de violência (maus-tratos, negligência, exploração sexual, abuso sexual, exploração do trabalho infantil,

¹ Cf. Núcleo de Prevenção e Riscos à Saúde por Causas Externas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – AM. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

entre outros). Além de identificar tais situações, implementa ações de controle e as monitora, visando avaliar a situação e evitar recorrências (GUZZO et al., 2014).

Para Lobato, Moraes e Nascimento (2012), percebe-se certa dualidade entre os profissionais quanto às responsabilidades da ESF diante de situações de violência. Alguns consideraram que a violência não deve constar na agenda das equipes de saúde da família; já outros profissionais acreditam que a ESF tem responsabilidades no acompanhamento de famílias em situações de violência e na prevenção de novos casos.

É possível por meio de treinamentos, capacitações e sensibilização dos profissionais de saúde que a Atenção Básica se torne a principal fonte notificadora da violência. Mesmo diante das limitações relacionadas à estrutura física das unidades básicas de saúde, o fluxo do atendimento, nem mesmo os usuários tomam a violência como uma questão de saúde a ser enfrentada (VILLELA et al., 2009).

No âmbito da Estratégia da Saúde da Família, informações podem ser produzidas e relacionadas com as de outros setores acerca da violência contra a criança. A enfermagem e os demais profissionais de saúde podem ir além do atendimento episódico e individualizado, refletindo sobre as condições de vida vulneráveis e sobre a garantia dos direitos, bem como constituindo potenciais ações para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes (ARAGÃO et al., 2013).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentam maior chance na identificação de casos, comparados aos cirurgiões-dentistas, assim como os profissionais da ESF, em relação àqueles das unidades básicas de saúde tradicionais. Tais resultados reforçam a importância do trabalho dos ACS para o enfrentamento da violência, no âmbito da ESF ou nas unidades de saúde (LIMA et al., 2011).

O investimento na melhoria da atenção aos problemas de saúde mental é passo intermediário necessário e imprescindível para a incorporação da violência como objeto de intervenção dos serviços de saúde, já que muitas vezes, os profissionais da ESF identificam a necessidade de referência ou suporte matricial de profissionais com este tipo de formação. A incorporação da atenção à saúde mental na rede básica também deve ter como meta o repasse e intercâmbio de conhecimentos e tecnologias de intervenção para todos os profissionais das equipes (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Em Manaus, a operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF) deu-se com a instalação das Casas de Saúde da Família em 1999 e 2000. No período de implantação do Programa, estas eram inauguradas em uma média de três casas por semana, com objetivo

inicial de estender a cobertura da atenção em saúde, por meio das ações básicas restritas, tendo como alvo as famílias residentes em áreas desassistidas (SILVA et al., 2010).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), em 1999, a cobertura populacional do Programa em Manaus era de 1,45%. Atualmente, o município apresenta 177 Equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura de 39,32% do município.

1.4 Os profissionais de saúde e os fatores relacionados à notificação da violência contra crianças e adolescentes

Em 1962, um pediatra em Denver (Estados Unidos), Henry Kempe identificou a síndrome da criança maltratada. A partir de então, chegou à conclusão de que a melhor resposta política seria exigir que os profissionais de saúde relatassem esses casos às autoridades, ação da qual ocorreu a promulgação da Lei de Prevenção e Tratamento do Abuso de Crianças (1974) e o estabelecimento de um sistema de notificação compulsória e investigação de casos suspeitos de abuso e negligência (MELTON, 2005).

O reconhecimento da ocorrência da violência contra crianças e adolescentes como uma ameaça aos direitos fundamentais trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Embora todas as pessoas tenham o dever de notificar quando ocorre um caso ou suspeita de vitimização de crianças e adolescentes, os profissionais de saúde que interagem com este segmento populacional nos serviços são os grandes responsáveis por essa medida, e conseqüentemente, por desencadear os mecanismos de proteção (MAGALHÃES et al., 2009).

Ainda que a notificação de casos seja obrigatória, a literatura indica alguns fatores que podem interferir neste processo, como aqueles relacionados aos profissionais de saúde, ao serviço e ao tipo de violência ocorrida.

Entre os fatores relacionados aos profissionais, destacam-se as características sociodemográficas. Feng e Wu (2005), em estudo transversal com cerca de 1,3 mil enfermeiros em Taiwan, mostraram que a maioria dos profissionais que notificaram casos era do sexo feminino, solteiro, sem filhos e com média de idade de 30,5 anos. De maneira semelhante, em pesquisa realizada por Luna, Ferreira e Vieira (2010), as principais características dos profissionais apontam para uma maioria de mulheres (74,6%), pessoas predominantemente jovens, com idades entre 20 e 40 anos (69,9%), sendo que 53,2% eram casados.

De acordo com Freitas e Habigzang (2013) uma das principais justificativas para as dificuldades em atender as vítimas de violência adequadamente, em especial às vítimas de violência sexual, é a sobrecarga de trabalho. Em estudo de Almeida et al. (2016) os profissionais reconhecem a importância dos registros para a continuidade do cuidado e da assistência às vítimas, no entanto alguns atendimentos requerem que os profissionais assumam uma carga horária de trabalho exaustiva, com acúmulo de outras responsabilidades.

Sobre a dimensão envolvendo a ocorrência de violência na família, o estudo de Luna, Ferreira e Vieira (2010) afirma que dentre os profissionais que notificaram casos de violência contra a criança e o adolescente, 15,7% afirmaram terem sido vítimas de maus-tratos na infância ou adolescência, e dentre os que não notificaram 13,4% responderam sim ao questionamento.

Em pesquisa realizada por Pires et al. (2005) em Porto Alegre com 92 pediatras, 11,06% relataram terem sido vítimas de maus-tratos na infância. Desses, apenas 50% notificaram casos de maus-tratos identificados em seus pacientes. Partindo desse achado, os autores sugerem que identificar e notificar casos de violência contra a criança e o adolescente parece ser mais difícil caso o profissional de saúde atendente tenha sofrido algum tipo de violência, seja na infância ou na vida adulta.

Outro fator relacionado ao profissional de saúde seria o medo de se envolver com os autores da violência, em função da falta de resguardo e proteção ao profissional que notifica nas unidades de saúde (ANDRADE et al., 2011). O estudo transversal realizado com 21 profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF), do Município de Pacajus, no Ceará, reforça a importância desta questão a partir do relato de que 42,8% dos entrevistados temiam os resultados da notificação. Além disso, o fato de violar a confidencialidade profissional-paciente ou ocasionar uma ruptura nesta relação parecem também ter certo impacto (DAVIDOV et al., 2012; BIRD, 2005). Conceição et al. (2012) identificaram resultados semelhantes em pesquisa qualitativa realizada em três Unidades de Saúde da Família na cidade de Salvador, na Bahia.

Em estudo realizado em Hong Kong com 171 pós-graduados em saúde da família, os profissionais consideraram que a notificação poderia produzir mais danos que benefícios para a família ou a criança (LEUNG et al., 2011), além de temerem o envolvimento legal (PIRES et al., 2005; ROLIM et al., 2014).

A formação dos profissionais também pode contribuir com a notificação dos casos. De acordo com Luna, Ferreira e Vieira (2010), o tempo de formação é estatisticamente significativo na notificação de casos, ou seja, quanto maior o tempo de formado, mais o

profissional adota a prática da notificação no seu cotidiano. Tal resultado também foi identificado por Barbosa et al. (2009).

Alguns fatores podem dificultar a notificação dos episódios de violência. É o caso da percepção dos profissionais de saúde sobre o sistema de proteção à criança e ao adolescente em situação de violência. De acordo com Barbosa et al. (2009), Pires et al. (2005) e Rolim et al. (2014), a maioria dos profissionais dizem que não jáfiam nos órgãos de proteção, apesar de saberem que as recomendações são de que, ao identificarem um caso, referenciem-no ao Conselho Tutelar.

No estudo qualitativo de Borimnejad e Fomani (2015) envolvendo enfermeiros iranianos, estes afirmam que as experiências anteriores desagradáveis não os incentivam a notificar casos de violência envolvendo crianças. Já Lobato, Moraes e Nascimento (2012) em estudo com 25 profissionais de saúde do PSF identificaram como desafio para detecção, notificação e acompanhamento dos casos a dificuldade em realizar ações intersetoriais.

Sobre a dimensão relacionada ao conhecimento dos profissionais sobre violência e notificação, Andrade et al. (2011) asseguram que os profissionais de saúde não se sentiam responsáveis ou capacitados para lidar com a identificação e notificação de situações de violência contra a criança e o adolescente, devido ao “déficit de conhecimento” (BORIMNEJAD; FOMANI, 2015) e o não reconhecimento da violência (CONCEIÇÃO et al., 2012).

Bannwart e Brino (2011), em estudo qualitativo envolvendo oito médicos pediatras, identificaram que o despreparo do profissional para lidar com vítimas de violência deve-se, possivelmente, ao desconhecimento sobre como proceder diante dos casos. Tal achado também foi identificado em pesquisa realizada por Lobato, Moraes e Nascimento (2012) com profissionais do PSF.

Lynne, Gifford e Rosch (2015), com o intuito de entender por que os profissionais de serviços médicos de emergência não notificam os casos de violência envolvendo crianças e adolescentes, identificaram que 38% dos entrevistados não tinham conhecimento dos protocolos quanto à notificação de maus-tratos infantis. Neste mesmo sentido, em entrevistas com 21 profissionais de saúde da Atenção Básica de São Paulo, estes afirmam que se sentem despreparados e desprotegidos para atender e resolver demandas de crianças vítimas por violência doméstica (RAMOS; SILVA, 2011).

Schols, Ruiters e Ory (2013) mostraram que embora os profissionais de saúde estejam cientes dos sinais e riscos, eles não possuem conhecimentos específicos sobre violência contra crianças e adolescentes. Porém, Barbosa et al. (2009) e Moreira et al. (2013) reiteram que os

profissionais de saúde conhecem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e sabem para qual lugar encaminhar as vítimas (MOREIRA et al., 2014). Em contrapartida, Granville-Garcia, Menezes e Silva (2008), em estudo realizado com 54 cirurgiões-dentistas, obteve-se uma maioria que afirmou ter conhecimento sobre o assunto (87%) e considerou-se apta a identificar e notificar casos de crianças e adolescentes em situação de violência. O mesmo resultado foi identificado na pesquisa envolvendo médicos pediatras de Pires et al. (2005).

Sobre a ficha de notificação, em entrevista com 54 profissionais da Atenção Básica de quatro municípios pertencentes à região de São José do Rio Preto, em São Paulo, 75,5% dos profissionais alegam desconhecê-la e 96,2% não foram orientados sobre o preenchimento da ficha de notificação de violência (GARBIN et al., 2011). Assim, o nível insuficiente de conhecimentos é o que mais interfere na não notificação (SOUZA; DECURCIO; VELOSO, 2010). Outro fator importante a este respeito é que os profissionais não se sentem suficientemente informados sobre aspectos da notificação (DAM; SANDEN; BRUERS, 2015).

Em relação aos fatores relacionados ao serviço de saúde, o fato de o serviço dispor da ficha de notificação nas unidades básicas de saúde foi identificado como um fator promotor da notificação em 57,1% dos relatos dos profissionais de saúde (BARBOSA et al., 2009; MOREIRA et al., 2013). Garbin et al. (2011) constataram que 88,9% não sabem informar sobre a existência dessa ficha no local de trabalho, mas conheciam a ficha de notificação de maus-tratos (MOREIRA et al., 2014). Em contrapartida, em estudo de corte transversal com a participação de 359 profissionais da ESF, observa-se que 52% dos profissionais não conhecem a ficha de notificação (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). A mesma conclusão foi obtida em estudo de Rolim et al. (2014).

Outra dimensão relacionada ao serviço de saúde é a oferta de treinamentos e capacitações aos profissionais de saúde. De acordo com Bannwart e Brino (2011), há necessidade de treinamento dos profissionais de saúde acerca da abordagem aos maus-tratos, bem como a avaliação da efetividade dessas capacitações, pois muitos nunca participaram de treinamentos na área da violência contra crianças e adolescentes (BARBOSA et al., 2009).

O impacto dos treinamentos e capacitações também foi explorado no estudo de Flaherty et al. (2006). Segundo o autor, pediatras que haviam recebido educação recente sobre abuso infantil estavam mais confiantes em sua capacidade de identificar e gerenciar o abuso infantil. Além da associação significativa entre o ato de notificar e a participação do profissional em treinamento sobre o tema (MOREIRA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014), houve aumento do número de notificações, provavelmente devido à sensibilização dos

médicos residentes de pediatria para o diagnóstico ou a suspeita de maus-tratos infantis após realização do curso (LEITE et al., 2006).

Nos achados de Luna, Ferreira e Vieira (2010), 69% dos profissionais nunca haviam participado de treinamento na área, assim como no estudo de Moreira et al. (2013); além disso nunca receberam informação sobre o assunto durante a graduação (GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; SILVA, 2008). No entanto, a necessidade dos treinamentos e das capacitações é relatada por quase três quartos (70%) da amostra de enfermeiros que indicam a necessidade de mais cursos e treinamentos envolvendo a temática da violência contra a criança, em estudo realizado no Sul de Taiwan (LEE; FRASER; CHOU, 2007), especialmente quanto ao domínio das habilidades práticas (YEHUDA et al., 2010).

Ter menos de cinco anos de trabalho na ESF foi apontado como fator dificultador para a notificação dos casos de violência segundo estudo de Rolim *et al.* (2014), no qual participaram cerca de mil profissionais que trabalhavam na Atenção Básica em 85 municípios cearenses. Além disso, a composição da equipe de Saúde da Família com o atendimento às vítimas e às família por meio de uma equipe multiprofissional (NUNES; SARTI; OHARA, 2009), com uma abordagem multidisciplinar e existência de protocolos de atuação e diálogo sistemático dos profissionais (SILVA et al., 2012), contribui para a notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente.

Por fim, sobre a dimensão relacionada ao tipo e natureza da violência, Fraser et al. (2010) afirmam que os profissionais de saúde estão mais confiantes e bem informados em notificar os casos de abuso sexual e físico do que casos de violência psicológica e negligência, assim como mostra os resultados do estudo de Souza, Decurcio e Veloso (2010), em que 94,7% dos profissionais tinham conhecimentos básicos sobre os maus tratos infantis, sendo a violência física a mais citada. No entanto, ainda é possível identificar nos resultados de alguns estudos a prevalência de profissionais que nunca se depararam com situações de maus-tratos (BARBOSA et al., 2009; MOREIRA et al., 2013).

2 JUSTIFICATIVA

A violência contra a criança e o adolescente caracteriza-se como um problema de saúde pública que envolve um grupo de vulnerabilidade como vítimas e, na maioria dos casos, um integrante da própria família como agressor. Isso acarreta consequências físicas e psicológicas não só para vítimas, mas para a família como um todo, situação que merece atenção por parte dos serviços de saúde.

Arpini et al. (2008) evidenciam que a subnotificação nos casos de violência contra crianças e adolescentes é um problema grave, sobretudo quando se sabe que as ações e as políticas públicas para o enfrentamento da questão baseiam-se em dados epidemiológicos. De acordo com Rolim et al. (2014), há relatos internacionais sobre essa lacuna, inclusive em países que dispõem de um sistema de apoio e proteção consolidado.

A notificação compulsória da violência contra a criança e o adolescente deve ser realizada por qualquer profissional de saúde, seja este vinculado ao serviço público ou privado. Em todos os documentos do Ministério da Saúde sobre o tema, ressalta-se a importância do processo de notificação em todos os níveis de atenção, principalmente pela atenção básica, que é a mais próxima do indivíduo/comunidade e sua realidade. No entanto, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em Manaus, no período de 2009 a 2016, as unidades de saúde que mais notificaram casos correspondem àquelas de média e alta complexidade (Maternidade Moura Tapajós, Pronto Socorro da Zona Sul e Hospital Francisca Mendes), sendo as unidades básicas de saúde responsáveis por menos de 2% das notificações.

Apesar de já haver uma razoável literatura internacional sobre os fatores promotores e dificultadores da notificação, no Brasil, as evidências sobre o tema ainda são escassas. As pesquisas nacionais anteriores tiveram recortes restritos por abarcarem apenas profissionais de saúde da ESF de nível superior (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010), terem um pequeno tamanho amostral (BARBOSA et al., 2009) e/ou ser restrita a poucas unidades de saúde (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

Diante do cenário descrito, da gravidade do problema, do baixo percentual de notificação da violência contra a criança e o adolescente realizada na atenção básica e considerando que se tratou de um estudo inédito no estado do Amazonas e na Região Norte do Brasil, entende-se que este trabalho poderá trazer valorosa contribuição para a área de saúde coletiva.

Com o estudo sobre as notificações já realizadas nos últimos anos e a identificação dos fatores que colaboram com o processo de notificação, espera-se contribuir para a vigilância desse agravo. Ademais, os resultados desse estudo serão fundamentais para o norteamento de ações efetivas de capacitação e treinamento para a melhoria da qualidade da notificação.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o processo de notificação de violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Manaus, no estado do Amazonas (AM).

3.2 Específicos

- Caracterizar os casos de violência interpessoal ou autoprovoçada contra crianças e adolescentes notificados em Manaus durante os anos de 2009 a 2016.
- Avaliar a completude das fichas de notificação de violência contra crianças e adolescentes do SINAN, notificadas na mesma cidade e período acima mencionado.
- Analisar as características sociodemográficas, a formação profissional e o grau de conhecimento dos profissionais da ESF em Manaus em relação a manifestações, perfil de casos, linha de cuidado nos serviços de saúde e sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes.
- Analisar o efeito, na notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, dos graus de conhecimento dos profissionais da ESF em Manaus sobre manifestações, perfil dos casos e linha de cuidado das situações de violência nos serviços de saúde e em relação ao sistema de vigilância das violências.

4 MÉTODOS – Artigo 1

4.1 Desenho e local de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, que utilizou como fonte de dados a ficha de notificação das violências interpessoais/autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Consideraram-se como unidade de análise todos os casos de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças e adolescentes de Manaus presentes no SINAN e relativos ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, recorte que compreende o início do processo de implantação da ficha de notificação no município. Manaus, capital do estado do Amazonas, localiza-se na Região Norte do Brasil, ocupando uma área geográfica de 11.401,092 km². De acordo com o último censo, sua população compreende 2.145.444 habitantes, sendo 683.656 crianças e adolescentes (IBGE, 2019).

4.2 Definição de caso

De acordo com o SINAN, o caso de violência contra a criança é aquele que ocorre com indivíduos de 0 a 9 anos de idade, e contra o adolescente de 10 a 19 anos. As ocorrências podem ser suspeitas ou confirmadas, envolvendo situações de violência doméstica, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, violências homofóbicas, independente de sexo (BRASIL, 2014).

4.3 Variáveis do estudo

Para traçar o perfil dos casos, foram estudadas as seguintes variáveis: caracterização das vítimas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade e presença de deficiência ou transtorno); caracterização da ocorrência (fonte notificadora, tipo de violência, local, turno, primeira vez ou reincidência, lesão autoprovocada ou violência interpessoal e meio de agressão); e caracterização do autor da agressão (sexo, vínculo com a vítima, suspeita de uso de álcool e número de envolvidos).

4.4 Análise dos dados

Para estimar a magnitude das notificações ao longo dos anos, calculou-se a taxa de incidência de violência contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) por meio da divisão do número de casos notificados por tipo de violência em cada ano pela população de 0

a 9 anos (crianças) e de 10 a 19 anos (adolescentes), estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos respectivos anos de análise. Além da taxa de incidência, analisou-se também a distribuição do número absoluto e percentual de notificações por ano, considerando as variáveis descritas anteriormente, no grupo de crianças e no de adolescentes.

A avaliação de completude foi realizada, ano a ano, com base no percentual de preenchimento de cada campo da ficha de notificação em um primeiro momento, e em seguida da ficha como um todo. Campos preenchidos com *ignorado* ou *em branco* determinaram a má qualidade do preenchimento tanto dos campos quanto da ficha. Seguindo orientações da classificação do SINAN, a completude dos diferentes campos e da ficha foi considerada: “boa”, quando 75,1% ou mais dos campos e da ficha estavam preenchidos; “regular”, quando entre 50,1% a 75,0% estavam preenchidos; “baixa”, quando houve de 25,1% a 50,0% de preenchimento; e “muito baixa”, quando o preenchimento dos campos e da ficha como um todo foi igual ou inferior a 25,0% (BRASIL, 2015). Os dados foram analisados utilizando-se o aplicativo R (versão 3.3.2).

4.5 Questões éticas

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público, sem qualquer informação referente à identificação dos casos, conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016.

5 MÉTODOS – Artigos 2 e 3

5.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado nas unidades básicas de saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) em Manaus. Atualmente, apresenta uma cobertura de 39,32% do município. A prefeitura do município adota o sistema de distritos sanitários de saúde para a gestão da rede de assistencial de saúde e acesso aos serviços. Dessa forma, a área urbana se constitui em quatro Distritos de Saúde (DISA), que englobam as zonas Leste, Oeste, Norte e Sul de Manaus.

5.2 Participantes do estudo

O número de profissionais do estudo foi obtido a partir dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. À época da pesquisa, havia 177 equipes de saúde da família. Do total de 2.229 trabalhadores, eram 123 médicos, 183 enfermeiros, 150 cirurgiões-dentistas, 311 técnicos de enfermagem, 134 técnicos em saúde bucal e 1.328 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estabeleceu-se o critério de participação de apenas dois ACS sorteados por equipe. Totalizando, então, 1.255 profissionais alvos, no somatório de todas as categorias de atuação. Desse total, excluíram-se 91 profissionais que não atendiam ao critério pré-estabelecido de pelo menos um ano de atuação na ESF, que estavam de licença, ou que haviam participado do estudo piloto. Dessa forma, 1.164 profissionais de saúde estavam elegíveis e, destes, 611 (52,5%) responderam ao questionário. Os principais motivos apontados como recusa à participação na pesquisa foram: não terem presenciado situações de violência contra crianças e adolescentes; assumir na pesquisa o fato de nunca terem notificado casos de violência por medo de sofrer represália em decorrência da alta periculosidade do local em que a unidade está inserida; ausência de tempo para preencher o questionário, mesmo quando o pesquisador se disponibilizava a retornar em momento mais oportuno; falta de interesse em participar da pesquisa mesmo após a explicação dos objetivos e da relevância; não concordância em fornecer informações pessoais à pesquisa.

5.3 Coleta e processamento de dados

As visitas às unidades básicas de saúde eram realizadas próximas ao horário de término dos turnos de trabalho, com o intuito de não prejudicar o atendimento dos usuários da unidade. Os profissionais de saúde que atendiam aos critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo e, posteriormente, orientados quanto ao preenchimento do questionário no seu próprio setor de trabalho, de maneira reservada. Quanto à seleção dos dois ACS, fazia-se então um sorteio com papéis numerados a fim de determinar os que preencheriam o questionário. Antes da entrada em campo, os pesquisadores receberam treinamento que tratou dos procedimentos relacionados à abordagem dos profissionais, além de orientações quanto ao preenchimento do instrumento. Foi realizado um estudo piloto em três UBS, o que propiciou ajustes no questionário e na abordagem aos participantes. Ao longo do trabalho de campo, a coleta de dados foi supervisionada pela coordenadora da pesquisa, e foram realizadas reuniões para esclarecimento de dúvidas.

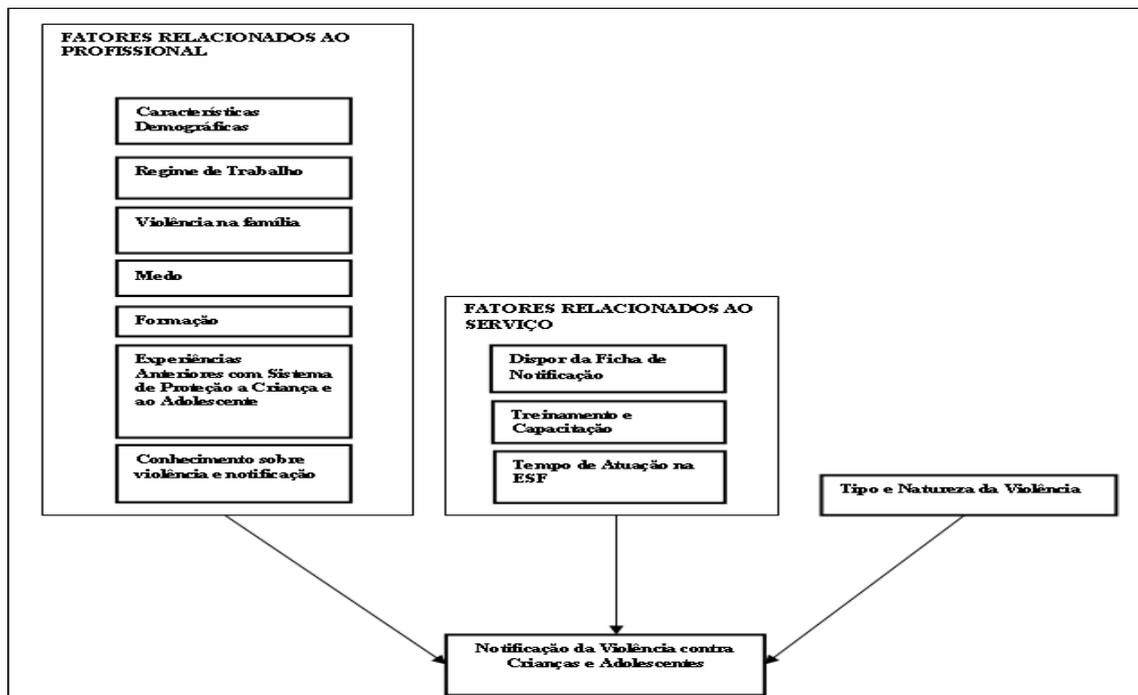
A coleta dos dados foi realizada entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018 com a utilização de um questionário (ANEXO C) multitemático padronizado, pré-codificado,

previamente testado, autoaplicado. O instrumento abarcou módulos relativos: às características sociodemográficas; à formação profissional e à atuação na ESF; à organização e ao fluxo do processo de notificação no serviço de saúde do profissional; à identificação e ao processo de trabalho na atenção às violências; às experiências anteriores com a rede de proteção; aos conhecimentos e às atitudes do profissional em relação a manejo e notificação dos casos e experiências relacionadas à violência na infância. Os dados foram digitados no módulo “data editor” do software SPSS (Statistical Package for the Social Science) com sistema de dupla entrada independente.

5.4 Modelo teórico-operacional (Artigo 3)

Visando explicitar as principais hipóteses do estudo e a elaboração do instrumento de coleta dos dados, elaborou-se um diagrama com as principais dimensões teoricamente envolvidas no processo de notificação compulsória das violências contra crianças e adolescentes (Figura 1). As dimensões apresentadas foram elaboradas a partir do que as pesquisas sobre os fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes apresentam como resultados de investigação.

Figura 1 – Diagrama dos fatores facilitadores e dificultadores do processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes.



Fonte: Elaborada pela autora, 2016.

O primeiro bloco é composto pelos fatores relacionados aos profissionais de saúde que englobam características demográficas (FENG; WU, 2005; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010), regime de trabalho (LIMA et al., 2011; FREITAS; HABIGZANG, 2013; ALMEIDA et al., 2016), história de violência na família (PIRES et al., 2005; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010), medo das consequências da notificação (ANDRADE et al., 2001; BIRD, 2005; PIRES et al., 2005; BARBOSA et al., 2009; LEUNG et al., 2011; CONCEIÇÃO et al., 2012; DAVIDOV et al., 2012), formação prévia (BARBOSA et al., 2009; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010), experiências anteriores com o sistema de proteção à criança e ao adolescente (BARBOSA et al., 2009; PIRES et al., 2005; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; ROLIM et al., 2014; BORIMNEJAD; FOMANI, 2015), conhecimento sobre notificação e atitudes diante de um caso de violência (PIRES et al., 2005; GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; SILVA, 2008; BARBOSA et al., 2009; SOUZA; DECURCIO; VELOSO, 2010; ANDRADE et al., 2011; BANWART; BRINO, 2011; GARBIN et al., 2011; RAMOS; SILVA, 2011; CONCEIÇÃO et al., 2012; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; MOREIRA et al., 2013; SCHOLS; RUITER; ORY, 2013; MOREIRA et al., 2014; ROLIM et al., 2014; DAM; SANDEM; BRUERS, 2015; LYNNE; GIFFORD; ROSCH, 2015).

O segundo bloco corresponde aos fatores relacionados aos serviços de saúde, tais como, dispor da ficha de notificação (BARBOSA et al., 2009; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; GARBIN et al., 2011; MOREIRA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014; ROLIM et al., 2014), oferecer treinamento e capacitação aos profissionais de saúde (FLAHERTY et al., 2006; LEITE et al., 2006; LEE; FRASER; CHOU, 2007; GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; SILVA, 2008; BARBOSA et al., 2009; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; YEHUDA et al., 2010; MOREIRA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014; BANWART; BRINO, 2011), a composição da equipe de saúde da família (NUNES; SARTI; OHARA, 2009; SILVA et al., 2012).

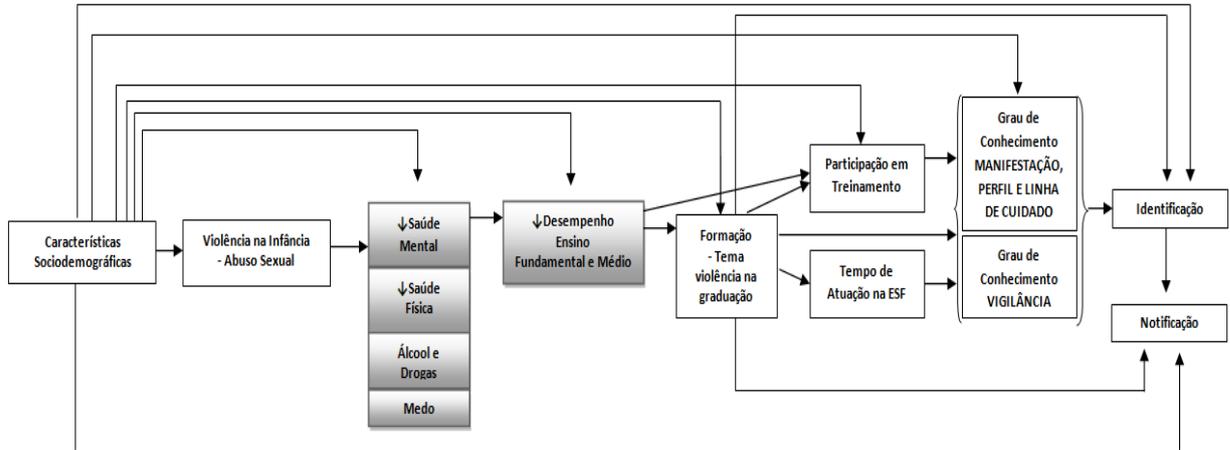
O terceiro bloco refere-se ao tipo e à natureza da violência ocorrida. Como determinadas violências são identificadas com mais facilidade pelo profissional de saúde do que outras, por deixarem marcas mais visíveis e/ou serem mais discutidas durante a formação e ou no processo de trabalho (violências físicas), estas podem ser mais notificadas (BARBOSA et al., 2009; FRASER et al., 2010; SOUZA; DECURCIO; VELOSO, 2010; MOREIRA et al., 2013).

A partir do diagrama acima e de estudos publicados sobre o tema, estruturou-se um modelo teórico operacional com as variáveis associadas com a notificação da violência contra

crianças e adolescentes por profissionais de saúde (Figura 2). Tal modelo orientou as análises e assumiu que a relação do conhecimento com o ato de notificar pode se dar de maneira direta (BARBOSA et al., 2009; NUNES; SARTI; OHARA, 2009; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; GARBIN et al., 2011; LIMA et al., 2011; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; MOREIRA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014; RAMOS; SILVA, 2011; ROLIM et al., 2014), pois quanto maior o conhecimento sobre situações de violência e manifestações de seus diversos tipos, legislação direcionada a proteção de crianças e adolescentes e sobre o processo de vigilância das violências, mais segurança em notificar o profissional de saúde apresenta, ou de maneira indireta por entender que o conhecimento pode facilitar também a identificação dos casos (MATHEWS et al., 2017). Essa relação sofre influência de outros fatores descritos no modelo e que também podem apresentar associação com a notificação e por isso são tratados na análise como fatores de confusão. No modelo proposto, em um nível mais distal da relação do grau de conhecimento com a notificação, encontram-se as características sociodemográficas (sexo, idade e raça), a ocorrência de violência na infância aqui representada pelo abuso sexual, e as consequências desta na saúde física, mental, comportamental e no desempenho escolar (MERAV, 2015). Já no nível mais proximal à exposição de interesse central, destacam-se a abordagem do tema “violência contra crianças e adolescentes” na graduação, a participação em treinamentos ou capacitações sobre o tema e o tempo de trabalho do profissional de saúde na ESF (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA et al., 2013; ROLIM et al., 2014).

Considerou-se como desfecho a notificação da violência contra crianças e adolescentes no período de atuação do profissional de saúde na ESF (não/sim). As exposições de interesse central foram: grau de conhecimento sobre manifestações, perfil dos casos e abordagem das situações de violência nos serviços de saúde (dimensão 1); e o grau de conhecimento sobre alguns princípios gerais do sistema de vigilância das violências no Brasil (dimensão 2).

Figura 2 – Modelo teórico operacional para a investigação da associação dos graus de conhecimento sobre manifestação, perfil de casos, linha de cuidado e vigilância com a notificação da violência contra crianças e adolescentes



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

5.5 Variáveis do estudo

As variáveis utilizadas em ambos os manuscritos se referem às características sociodemográficas, de formação e os graus de conhecimento relacionados às manifestações da violência, ao perfil dos casos, à linha de cuidado e ao sistema de vigilância das violências (Quadro 1).

Para o terceiro manuscrito utilizou-se como variável de desfecho a notificação da violência contra crianças e adolescentes no período de atuação do profissional de saúde na ESF (0 – não/ 1 – sim), e a seleção das demais variáveis foi baseada no modelo teórico operacional.

Quadro 1 – Descrição das variáveis e forma de tratamento nas análises de cada manuscrito

Variável	Artigo 2	Artigo 3
Sexo	0 – masculino; 1 – feminino	A mesma do Artigo 2
Idade	Catégorica em anos: 1 – 25 a 40; 2 – 41 a 49; 3 – 50 ou mais	A mesma do Artigo 2
Situação conjugal	Catégorica: 1 – solteiro (a); 2 – casado(a)/união estável; 3 – separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	Não utilizada
Raça	Catégorica: 1 – preta/outras; 2 – branca; 3 – parda	A mesma do Artigo 2

Possui filhos	0 – não; 1 – sim	Não utilizada
Renda familiar <i>per capita</i>	Dividiu-se a renda total da família sobre o número de moradores da residência Categorica: 1 – até 5 salários mínimos; 2 – 6 salários mínimos ou mais; 3 – sem informação	Não utilizada
Escore de bens	Estabeleceu-se um escore de posse de bens duráveis com base no Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2018)	Não utilizada
Abuso sexual na infância	Não utilizada	Utilizou-se os 5 itens da subdimensão correspondente ao abuso sexual do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) sobre vivências de violência no período da infância (até os 10 anos de idade) com opções de resposta do tipo likert: (1) nunca, (2) poucas vezes, (3) às vezes, (4) muitas vezes, (5) sempre). Os pontos de corte adotados na classificação da ocorrência foram estabelecidos de acordo com o escore na referida subdimensão: de não a leve (≤ 7 pontos) e moderado a extremo (≥ 8 pontos) (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN, 2006)
Escolaridade	Categorica: 1 – ensino fundamental/médio; 2 – ensino superior; 3 – especialização/mestrado/doutorado	Não utilizada
Tempo de formação	Categorica em anos: 1 – até 5; 2 – 6 a 10; 3 – 11 ou mais; 4 – sem informação	Não utilizada
Universidade de graduação	Categorica: 1 – não tem graduação; 2 – privada; 3 – pública	Não utilizada
Curso de graduação	Categorica: 1 – não tem graduação; 2 – medicina; 3 – enfermagem; 4 – odontologia/outros	Não utilizada
Tema violência na graduação	Categorica: 1 – não tem graduação; 2 – tem graduação, mas não teve o tema; 3 – tem graduação e teve o tema	A mesma do Artigo 2
Pós-graduação em saúde coletiva/família	Categorica: 1 – não tem pós-graduação; 2 – não tem pós em saúde coletiva/família; 3 – tem pós em saúde coletiva/família	Não utilizada
Treinamento ou capacitação sobre violência	Não utilizada	0 – não; 1 – sim

Tempo na ESF	Não utilizada	Primeiramente, categórica em anos: 1 – 1 a 5; 6 a 10; 11 ou mais Posteriormente, numérica, em anos
Grau de conhecimento manifestações da violência	Pontuação no somatório dos itens de 1 a 6 (Tabela 3 – Artigo 2), com opções de resposta do tipo likert: (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) sem opinião, (4) concordo, (5) concordo plenamente Categórica em pontos: 1 – deficiente (até 5); 2 – satisfatório (6 a 7); 3 – bom (8 a 10)	Não utilizada
Grau de conhecimento perfil de casos	Pontuação no somatório dos itens de 7 a 9 (Tabela 3 – Artigo 2), com opções de resposta do tipo likert: (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) sem opinião, (4) concordo, (5) concordo plenamente Categórica em pontos: 1 – deficiente (até 5); 2 – satisfatório (6 a 7); 3 – bom (8 a 10)	Não utilizada
Grau de conhecimento linha de cuidado nos serviços de saúde	Pontuação no somatório dos itens 10 e 11 (com opções de resposta do tipo likert: (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) sem opinião, (4) concordo, (5) concordo plenamente – Tabela 3 – Artigo 2). E dos itens de 12 a 14 (questões de múltipla escolha com única opção correta – Tabela 3 – Artigo 2) Categórica em pontos: 1 – deficiente (até 5); 2 – satisfatório (6 a 7); 3 – bom (8 a 10)	Não utilizada
Grau de conhecimento sobre aspectos da violência	Não utilizada	Consolidação dos graus de conhecimento sobre manifestações da violência, perfil de casos e linha de cuidado nos serviços de saúde
Grau de conhecimento sistema de vigilância das violências	Pontuação no somatório dos itens 1 e 2 (questões de múltipla escolha com única opção correta – Tabela 4 – Artigo 2) com os itens de 3 a 6 (com opções de resposta do tipo likert: (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) sem opinião, (4) concordo, (5) concordo plenamente – Tabela 4 – Artigo 2) Categórica em pontos: 1 – deficiente (até 5); 2 – satisfatório (6 a 7); 3 – bom (8 a 10)	A mesma do Artigo 2

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

5.6 Análise dos dados

No segundo artigo, os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais. Foram calculados os percentuais de acertos dos itens que compuseram a avaliação do grau de conhecimento e suas respectivas médias por bloco e em geral, de acordo com a categoria profissional.

Para o terceiro artigo, como os graus de conhecimento das duas dimensões relativas às violências são muito correlacionados, optou-se por considerá-los em separado, construindo dois modelos estatísticos de análise. A construção de tais modelos se baseou no modelo teórico apresentado anteriormente e nas análises bivariadas entre as variáveis fundamentadas em cada dimensão e no desfecho (notificação prévia durante atuação na ESF – sim/não).

Nas análises bivariadas do terceiro artigo, estimou-se as prevalências do desfecho em subgrupos das potenciais variáveis de confusão e exposição. Seguiram-se a essa análise os procedimentos de modelagem por meio da regressão logística por se tratar de um desfecho binário (notificou casos de violência contra crianças e adolescentes na ESF – não/sim), considerando as análises bivariadas e o modelo teórico apresentado previamente.

Inicialmente foram introduzidas as variáveis mais proximais (participou de treinamento ou capacitação; tempo de atuação na ESF; abordagem do tema violência na graduação) e em seguida, as mais distais (abuso sexual na infância, sexo, raça e faixa etária) em relação as exposições centrais e o desfecho de interesse. A força de associação entre o desfecho e as variáveis preditoras foi expressa em razão de chances (OR) bruta e ajustada, com intervalo de confiança de 95%.

Todas as análises estatísticas foram realizadas no software R (versão 3.5.1), e utilizou-se o pacote *survey* para lidar com a aglomeração por equipe de saúde da família.

5.7 Questões éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anuência nº 25/2017, de 7 de julho de 2017 – ANEXO D) e da Universidade do Estado do Amazonas (Parecer nº 2.309.667, de 02 de outubro de 2017 – ANEXO E). Os dados foram coletados mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F), que garantia a confidencialidade das informações. Todos os demais procedimentos estiveram de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS

6.1 Violência contra crianças e adolescentes em Manaus – AM: estudo descritivo da evolução temporal da caracterização dos casos e da avaliação da completude das fichas de notificação de 2009 a 2016² (Manuscrito 1).

Violence against children and adolescents in Manaus – AM: a descriptive study of the temporal evolution of characterization of cases and evaluation of completeness of notification forms from 2009 to 2016.

Violencia contra niños y adolescentes en Manaus – AM: estudio descriptivo de la evolución temporal de la caracterización de los casos y de la evaluación de la completitud de las fichas de notificación de 2009 a 2016.

Título resumido: Caracterização e avaliação da completude das notificações de violência contra crianças e adolescentes em Manaus.

Nathália França de Oliveira. Universidade do Estado do Amazonas. Escola Superior de Ciências da Saúde. Manaus, Amazonas, Brasil. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-7420-4634>. E-mail: nfoliveira@uea.edu.br.

Claudia Leite de Moraes. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3223-1634>. E-mail: clmoraes.uerj@gmail.com.

Washington Leite Junger. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6394-6587>. E-mail: wjunger@ims.uerj.br.

Michael Eduardo Reichenheim. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7332-6745>. E-mail: michaelreichenheim@gmail.com.

² Manuscrito submetido à Revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde* e se encontra no processo de avaliação pelos revisores *ad hoc*.

Autor e endereço para correspondência: Nathália França de Oliveira. Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha, Manaus, Amazonas. CEP: 69065-130. E-mail: nfoliveira@uea.edu.br.

* O manuscrito foi desenvolvido a partir da tese de autoria de Nathália França de Oliveira, intitulada “O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Defesa agendada para 28 de março de 2019. O estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (PPSUS – MS/CNPq/FAPEAM/SUSAM), Protocolo N° 34931.UNI653.54603.03082017.

Resumo

Objetivo: caracterizar os casos de violência contra crianças e adolescentes e avaliar a completude das fichas de notificação, em Manaus – AM, de 2009 a 2016. **Métodos:** estudo descritivo com análise dos campos das fichas de notificação de 10.333 casos registrados. **Resultados:** cerca de 69,0% dos casos notificados ocorreu com meninas, sendo pais, padrastos/madrastas os principais agressores e adolescentes do sexo feminino também foram as principais vítimas de violência, entretanto foram os amigos/conhecidos os principais agressores. A violência sexual foi a mais notificada em ambos os grupos. A completude dos campos da ficha variou de 11,2% a 100,0%. **Conclusão:** Os resultados do estudo indicam que é necessário aprimorar o sistema de vigilância das violências em Manaus, visando aumentar sua cobertura para outros tipos de violência e melhorar a qualidade da informação das fichas de notificação.

Palavras-chave: Monitoramento Epidemiológico; Sistemas de Informação em Saúde; Violência; Criança; Adolescente.

Abstract

Objective: To characterize the cases of violence against children and adolescents and evaluate the completeness of the notification forms, in Manaus – AM, from 2009 to 2016. **Methods:** descriptive study with analysis of the fields of the notification sheets of 10,333 registered cases. **Results:** approximately 69.0% of reported cases occurred among girls, with parents, stepfathers and stepmothers being the main aggressors and female adolescents were also the main victims of violence, though the friends/acquaintances were the main

perpetrators. Sexual violence was the most reported in both groups. The completeness of the fields of the file ranged from 11.2% to 100.0%. **Conclusion:** The results of the study indicate that it is necessary to improve the system of violence surveillance in Manaus in order to increase its coverage for other types of violence and improve the quality of the information in the notification forms.

Keywords: Epidemiological Monitoring; Health Information Systems; Violence; Child; Adolescent.

Resumen

Objetivo: caracterizar los casos de violencia contra niños y adolescentes y evaluar la completitud de las fichas de notificación, en Manaus – AM, de 2009 a 2016. **Métodos:** estudio descriptivo con análisis de los campos de las fichas de notificación de 10.333 casos registrados. **Resultados:** cerca del 69,0% de los casos notificados ocurrió entre niñas, siendo padres, padrastro/madrasstías los principales agresores y los adolescentes de sexo femenino también fueron las principales víctimas de la violencia, sin embargo fueron los amigos/conocidos los principales agresores. La violencia sexual fue la más notificada en ambos grupos. La completitud de los campos de la ficha varió del 11,2% al 100,0%. **Conclusión:** Los resultados del estudio indican que es necesario mejorar el sistema de vigilancia de las violencias en Manaus, con el fin de aumentar su cobertura para otros tipos de violencia y mejorar la calidad de la información de las fichas.

Palabras-clave: Monitoreo Epidemiológico; Sistemas de Información en Salud; Violencia; Niño; Adolescente.

Introdução

A violência é um agravo de grande magnitude em todo o mundo, sendo responsável por mais de 1,3 milhões de mortes a cada ano.¹ Em termos de taxa de mortalidade, ocupa a quarta posição na população geral e é a principal causa de morte em pessoas entre 15-44 anos no mundo.² No ano de 2014, foram registrados 63.402 casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil, o que corresponde a uma taxa de incidência de 100,8 casos a cada 100 mil habitantes (0 a 19 anos). Nos estados da Região Norte a situação não é diferente. Apesar do provável sub-registro, o Amazonas apresentou um montante de casos correspondente a uma taxa de 110,6 casos/100 mil habitantes (0 a 19 anos) em 2014.³

O monitoramento e a análise da mortalidade por causas violentas são extremamente importantes, entretanto, não se pode desconsiderar a violência não letal, tão presente em nosso

cotidiano, que permeia as relações entre pais e filhos, com outros membros da família, conhecidos, entre outras. Essas violências trazem consequências físicas, sexuais, reprodutivas, psicológicas e comportamentais altamente nocivas à saúde e ao bem-estar dos indivíduos envolvidos. Também repercutem na sociedade em geral ocasionando a transmissão intergeracional da violência e a criminalidade na adolescência.⁴

No Brasil, a notificação da violência contra crianças e adolescentes aos órgãos competentes é obrigatória desde o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, e diz que os casos suspeitos ou confirmados de violência devem ser comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade.

Posteriormente, a partir do mapeamento de casos suspeitos e/ou confirmados como um dos primeiros passos para a elaboração de ações de enfrentamento das violências, o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da criação do módulo de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a violência passou a integrar a lista de agravos de notificação compulsória.⁵

A realização de estudos esporádicos em serviços sentinela e a análise de indicadores epidemiológicos gerados pelo SINAN permitem identificar e verificar o perfil das vítimas, os locais de maior frequência dessas ocorrências e as tendências no tempo e no espaço.⁶ Para que as informações geradas possam embasar políticas de enfrentamento efetivas, é fundamental que os dados sejam válidos, confiáveis, oportunos, atuais e de alta cobertura.

Seguindo as recomendações do VIVA, Manaus incorporou a vigilância das violências ao SINAN em 2009. As informações geradas a partir de então precisam ser divulgadas para que se possa estimar a relevância deste agravo na população e avaliar a efetividade de medidas de controle. O sucesso destas análises depende da qualidade do sistema como um todo, desde a identificação do caso até a notificação.

Ainda há um número escasso de estudos que utilizam os dados do VIVA relativos à Região Norte, e pouco se conhece sobre a qualidade das notificações. Diante disso, este estudo objetiva caracterizar os casos de violência contra crianças e adolescentes registrados no SINAN no período de 2009 a 2016, em Manaus e avaliar a completude das fichas de notificação do sistema nesse mesmo período.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, que utilizou como fonte de dados a ficha de notificação das violências interpessoais/autoprovocadas do Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (SINAN). Consideraram-se como unidade de análise todos os casos de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças e adolescentes de Manaus presentes no SINAN e relativos ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, período que compreende o início do processo de implantação da ficha de notificação no município. Manaus, capital do estado do Amazonas, localiza-se na Região Norte do Brasil, ocupando uma área geográfica de 11.401,092 km². De acordo com o último censo, sua população compreende 2.145.444 habitantes, sendo 683.656 crianças e adolescentes.⁷

De acordo com o SINAN, o caso de violência contra criança é aquele que ocorre de 0 a 9 anos de idade, e contra o adolescente de 10 a 19 anos, seja suspeito ou confirmado, envolvendo situações de violência doméstica, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, violências homofóbicas, independente de sexo.⁸

Para traçar o perfil dos casos, foram estudadas as seguintes variáveis: caracterização das vítimas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade e presença de deficiência ou transtorno); caracterização da ocorrência (fonte notificadora, tipo de violência, local, turno, primeira vez ou reincidência, lesão autoprovocada ou violência interpessoal e meio de agressão) e caracterização do autor da agressão (sexo, vínculo com a vítima, suspeita de uso de álcool e número de envolvidos).

Para estimar a magnitude das notificações ao longo dos anos, calculou-se a taxa de incidência de violência contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) por meio da divisão do número de casos notificados por tipo de violência em cada ano pela população de 0 a 9 anos (crianças) e de 10 a 19 anos (adolescentes), estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos respectivos anos de análise. Além da taxa de incidência, analisou-se também a distribuição do número absoluto e percentual de notificações por ano, considerando as variáveis descritas anteriormente, no grupo de crianças e no de adolescentes.

A avaliação de completude foi realizada, ano a ano, com base no percentual de preenchimento de cada campo da ficha de notificação em um primeiro momento, e em seguida da ficha como um todo. Campos preenchidos com *ignorado* ou *em branco* determinaram a má qualidade do preenchimento tanto dos campos quanto da ficha. Seguindo orientações da classificação do SINAN, a completude dos diferentes campos e da ficha foi considerada boa, quando 75,1% ou mais dos campos e da ficha estavam preenchidos; regular, quando entre 50,1 a 75,0% estavam preenchidos; baixa, quando houve de 25,1 a 50,0% de preenchimento; e muito baixa, quando o preenchimento dos campos e da ficha como um todo

foi igual ou inferior a 25,0%.⁹ Os dados foram analisados utilizando-se o aplicativo R (versão 3.3.2).

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público, sem qualquer informação referente à identificação dos casos, conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados

Durante o período de 2009 a 2016, foram notificados 10.333 casos de violência envolvendo crianças e adolescentes, sendo 4.638 envolvendo crianças e 5.695 contra adolescentes. Houve crescimento de 51,9% do número de notificações envolvendo crianças considerando o primeiro e o último ano analisados. Quanto aos adolescentes, o aumento foi de 73,7% no mesmo período.

As taxas de incidência baseadas nas notificações, segundo os diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes ao longo dos anos, estão apresentadas na Figura 1. De um modo geral, a violência mais notificada entre crianças foi a sexual, que atingiu seu pico em 2013 com uma taxa correspondente de 135,3 casos/100 mil crianças. O mesmo ocorreu entre os adolescentes, nos quais a taxa alcançou 194,2 casos/100 mil adolescentes.

A descrição dos casos envolvendo crianças segundo o ano de notificação é apresentada na Tabela 1. Considerando o conjunto de notificações, em quase metade dos casos a vítima tinha idade entre um e cinco anos. Observou-se que o percentual de casos em menores de um ano aumentou em mais de cem por cento no período estudado, passando de 13,9% em 2009 para 29% em 2016. Mais de dois terços das violências atingiram crianças do sexo feminino. Quase 70% das vítimas tinham a cor parda. A maioria das crianças não frequentava a escola. Em apenas 2% do total das notificações foi praticada violência contra crianças que apresentavam diagnóstico de deficiência ou transtorno.

As principais fontes de notificação foram as unidades de alta complexidade. Todavia, percebeu-se que o número de casos provenientes da atenção básica aumentou em mais de duas vezes entre 2009 (0,9%) e 2016 (2,2%). Também foi relevante o acréscimo de registros realizados por outros setores, como o Instituto Médico Legal (IML) e as escolas públicas. A maior parte dos casos notificados ocorreu na residência da vítima. Verificou-se um decréscimo do número de registros de outros locais ao longo de todo o período. Em mais de

um quarto dos casos, a violência ocorreu mais de uma vez ao longo da vida da criança. Cerca de 86% das situações não foram autoprovocadas.

A maior parte dos casos envolveu o uso de força corporal/espancamento ou ameaça como meio de agressão. Também foi relevante o uso de objetos contundentes, perfurocortantes ou quentes nos últimos anos do estudo. Quanto às características do provável autor da agressão, 57,2% foram homens. Em 43% das notificações, o agressor tinha uma relação parental com a vítima. A maioria dos agressores não estava sob a influência de álcool no momento da ocorrência. Por fim, em cerca de dois terços dos casos os autores agiram sozinhos.

As características das notificações de violência contra os adolescentes são apresentadas na Tabela 2. A faixa etária mais afetada foi dos 10 aos 14 anos (70,7%). O sexo feminino prevaleceu entre adolescentes, com 87,4% dos casos no decorrer dos anos. A maioria tinha a cor da pele parda (70,2%). Cerca de dois terços dos indivíduos da amostra tinham o ensino fundamental incompleto. Não se constatou algum tipo de deficiência ou transtorno em quase três quartos dos casos. As principais fontes de notificação foram os serviços de pronto atendimento, os hospitais e as maternidades. A atenção básica foi responsável por apenas 2% das notificações, com o aumento no percentual de casos registrados por outras instituições no período de análise do estudo.

A residência da vítima também foi o principal local de ocorrência (60,1%). Os turnos da tarde e da noite foram os períodos de maior ameaça. A reincidência apareceu em cerca de 36% das notificações e a autoagressão em menos de 4% dos casos. A força corporal e/ou espancamento (29,7%) seguidos de ameaça (23,8%) foram os meios de agressão mais usados. Assim como nas situações envolvendo as crianças, observou-se uma tendência de crescimento de outros meios. Os homens foram os principais agressores em todo o período, representando 80% dos casos. Diferentemente das ocorrências envolvendo crianças, uma parcela significativa foi cometida por amigos ou conhecidos. Não foi frequente o uso de álcool durante as ocorrências e prevaleceu o cenário com apenas um agressor (73%).

Tanto nas notificações envolvendo crianças quanto adolescentes constatou-se um acréscimo nos percentuais de informações *ignoradas* ou *em branco*, nos últimos dois anos de análise. Os campos que se referem à raça, deficiência ou transtorno, local da ocorrência, reincidência, lesão autoprovocada, sexo do agressor e o número de envolvidos na ocorrência foram os que apresentaram maior contingente de dados ignorados. Grande parte da ausência dessas informações se deu em situações de violência sexual. Além disso, mais de 40% das

notificações não apresentaram informações referentes ao turno da ocorrência e se o agressor estava sob suspeita de uso de álcool.

Ao se considerar a ficha de notificação com um todo, percebeu-se que 81,4% e 85,3% das notificações de violências contra crianças e adolescentes, tiveram uma boa completude de preenchimento; 10,3% e 7% obtiveram classificação regular; 5% e 5,9% um baixo registro das informações; 3,3% e 1,8% completude muito baixa, respectivamente.

A Tabela 3 apresenta a completude das fichas de notificação de violência contra crianças de acordo com o percentual de preenchimento de cada um dos campos. Cerca de 79% dos campos analisados apresentaram uma boa completude. Notou-se que os campos de preenchimento obrigatório foram preenchidos integralmente. Os campos *raça/cor* e *deficiência ou transtorno* tiveram uma boa completude nos primeiros anos de análise, mas apenas regular nos anos seguintes. A *ocupação da vítima* obteve uma baixa completude no momento de implantação da ficha, passando a muito baixa em 2016. Quanto à caracterização da ocorrência, verificou-se que *hora*, *reincidência*, *circunstância da lesão* e *observações adicionais* tiveram completude muito baixa inicialmente, chegando a regular nos últimos anos analisados. Por outro lado, o campo *suspeita de uso de álcool* teve completude regular na maior parte do período.

Considerando as notificações envolvendo adolescentes (Tabela 4), a classificação da completude foi boa em 82% dos campos durante todo o período. Entretanto, *gestação na ocorrência da violência*, *diagnóstico de deficiência ou transtorno*, que foram classificados como regular em 2013 e 2014, respectivamente, *ocupação* e *reincidência* foram regulares em 2015, e *observações adicionais* apresentou completude baixa ou muito baixa ao longo do período. Por outro lado, percebeu-se uma melhora da completude nos campos *hora da ocorrência*, que passou de baixa a regular a partir de 2013 e *circunstância da lesão*, que saiu de baixa e atingiu uma boa completude no último ano analisado.

Durante as análises foram observadas inconsistências no preenchimento das fichas de notificação: *ocupação* em vítimas com menos de 14 anos, quando deveria constar *não se aplica*; violência relacionada ao trabalho com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sem constar a informação *trabalho infantil* no campo *tipo de violência*; falta de correspondência entre o campo *autoagressão* e a indicação da informação *a própria pessoa*, no *vínculo com a pessoa atendida*; *autoagressão* em crianças com menos de dois anos de idade.

Discussão

O quantitativo de casos de violência envolvendo crianças foi menor em comparação ao de adolescentes, o que é semelhante ao encontrado no restante do Brasil, onde há predominância de notificações entre adolescentes e adultos.¹⁰

A distribuição das notificações por ano de ocorrência sugere uma forte relação do aumento do número de casos com a evolução do processo de implantação do VIVA em Manaus. Inicialmente, apenas os serviços especializados e de referência integravam o sistema. Somente a partir da portaria de 2011, a violência passou a ser de notificação compulsória em todos os níveis de atenção. Esta ampliação da cobertura justifica o aumento do número de casos notificados entre 2009 e 2013. Além da maior cobertura, ressalta-se que o aumento das notificações em 2013 coincide com o ano em que ocorreu o maior número de capacitações para institucionalização da vigilância das violências em Manaus. Entretanto, notou-se que a partir de 2015 as taxas de incidência diminuíram. É possível que esta redução se deva às mudanças ocorridas nas instruções de preenchimento da ficha, a partir desta época, cuja recomendação é o registro do principal tipo de violência.

Em Manaus, no período de estudo, a violência sexual foi a mais frequente entre crianças e adolescentes. Este resultado diverge da maioria dos estudos realizados nas diferentes regiões do Brasil,¹⁰⁻²³ que indicam ser a negligência e a violência física as formas mais notificadas na infância, sendo os adolescentes as principais vítimas da violência sexual. Por outro lado, em estudo realizado em Belém, no estado do Pará, também se identificou a violência sexual como a mais frequentemente notificada (41,8%), entre os jovens.²⁴ Considerando o contexto de implantação do VIVA em Manaus, é possível postular que a maior ocorrência da notificação de casos de violência sexual em frente dos demais tipos seja explicada pelo fato de o município contar com o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), que promove a notificação compulsória em todos os casos. Outro aspecto que pode ter contribuído para essa situação é o fato de que a Região Norte do Brasil possui o maior número de rotas de tráfico de crianças e adolescentes para fins de exploração sexual.²⁵ Ainda, os Conselhos Tutelares não adotam a ficha intersetorial de notificação, o que resulta na subnotificação de outros tipos de violência. Seria interessante que estudos futuros se debruçassem sobre o tema para investigar se a priorização da notificação dos casos de violência sexual é uma particularidade de Manaus ou uma característica regional.

Os registros analisados mostraram que a faixa etária de maior registro foi a de 1 a 5 anos de idade entre as crianças e de 10 a 14 anos entre os adolescentes. Outros estudos também indicam que a primeira infância é a fase de maior risco para a violência, em função

de uma maior dependência da criança com relação ao cuidador, do reduzido poder de argumentação como forma de disciplina e da dificuldade em se opor a atitudes violentas.^{17,26,27} Se durante o primeiro ano de vida a negligência é a forma mais comum de violência, a partir de 1 ano de idade, outras formas de violência ganham destaque, em especial a física, a sexual e a psicológica.¹⁰

A maior parte das violências contra crianças e adolescentes notificadas em Manaus foi perpetrada contra as meninas, a quem a violência sexual tende a ser dirigida mais frequentemente.¹⁰ No entanto, este padrão é diferente da maioria dos estudos que destaca o sexo masculino entre as principais vítimas, já que a violência física é mais comumente notificada.¹⁰⁻¹² No que se refere à raça/cor, em Manaus, diferentemente do restante do Brasil,²⁸ a parda foi predominante tanto entre as ocorrências envolvendo crianças como adolescentes. Também se observou que a maioria das crianças não estava na escola e que boa parte dos adolescentes ainda não tinha completado o ensino fundamental. Tais achados vão ao encontro da distribuição das notificações por faixa etária.

A maior parte das notificações de crianças e adolescentes foi realizada por serviços de alta complexidade. Tal fato pode revelar a gravidade dos casos relacionados principalmente à violência sexual. Por outro lado, essa constatação pode decorrer do maior preparo dos profissionais de saúde desses serviços. Este cenário também sugere falhas no processo de detecção e notificação das situações de violência nas unidades básicas de saúde, em que o cuidado integral e a capacidade de identificação das situações de violência deveriam ser o foco central, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF).²⁹

Em relação às características das agressões, o fato de ocorrerem geralmente na residência, no período da tarde ou da noite, pode ser atribuído à maior interação entre os membros da família, neste período.¹⁵ Pesquisas que utilizaram o SINAN também evidenciaram que a residência foi o local onde mais aconteceram as violências na faixa etária da infância e da adolescência.^{10,19,24} Como indicaram outras pesquisas sobre o tema no Brasil, o uso frequente da força física nas ocorrências pode estar relacionado ao abuso de poder, à autoridade, à imposição de limites e à condição de subordinação.^{10-13,16,17,20,21,23}

Quanto às características do agressor e ao parentesco com a criança, os resultados apresentados nesse estudo são similares aos de outras pesquisas, pois revelaram que o principal agressor havia sido algum membro da família.^{10,12-15,17,18} Já em relação aos adolescentes, os amigos ou conhecidos da vítima foram os principais autores da violência. Este achado difere dos estudos realizados nos estados do Rio Grande do Sul¹⁹ e de Pernambuco,²³ que apontaram os responsáveis (pai, mãe, padrasto ou madrasta) como os

principais perpetradores da violência. Apesar do abuso de álcool estar muitas vezes associado à ocorrência de violência contra crianças e adolescentes, neste estudo isto não foi evidenciado. Já o envolvimento prioritário de apenas um perpetrador encontrado no presente estudo também foi referido por pesquisas que consideraram o Brasil.²⁸

De um modo geral, tanto na análise de completude dos campos individualmente quanto das fichas de notificação, os resultados apontaram que mais de 80% das situações foram classificadas com uma boa completude. Entretanto, percebeu-se que entre os campos de preenchimento não obrigatório, tais como, *raça/cor*, *deficiência/transtorno*, *reincidência*, *suspeita de uso de álcool*, *local* e *hora da ocorrência* e *observações adicionais*, o grau de completude oscilou em boa parte dos anos analisados. Resultado similar foi obtido no único estudo prévio que analisou a completude dos campos da ficha de notificação de violência do SINAN, realizado em Recife, em Pernambuco.³⁰ Nesta pesquisa, os autores também apontaram uma completude regular nos campos referentes à caracterização da violência (*hora da ocorrência*, *local*, *reincidência*, *tipo de violência*, *meio de agressão*), do provável autor da agressão (*vínculo com a vítima*, *sexo do provável autor da agressão*) e das informações adicionais. Desta forma, parece pertinente que a importância destas informações para a vigilância das violências seja enfatizada de forma continuada nos serviços de saúde de todo o Brasil.

A baixa completude do preenchimento dos campos não obrigatórios da ficha de notificação influencia não somente os resultados deste estudo, mas reduzem o desempenho da vigilância do município e dificultam o desenvolvimento de ações específicas voltadas para a redução da ocorrência e o acompanhamento de casos. Entretanto, mesmo com essas restrições, a notificação é um instrumento fundamental para avaliar o contexto epidemiológico do agravo, particularmente considerando a complexidade das violências e a possibilidade de revitimização.

A melhoria da qualidade dos dados analisados demanda o monitoramento das notificações e a contínua capacitação dos profissionais de saúde envolvidos. O avanço nessa área depende da correta identificação dos casos suspeitos e do diligente preenchimento da ficha de notificação. Espera-se que este trabalho possa impulsionar ações de sensibilização dos profissionais de saúde, visando à elevação da cobertura e da qualidade do preenchimento das fichas, pois a notificação da violência contra crianças e adolescentes constitui o primeiro passo para as ações de controle do agravo.

Contribuição dos autores

Oliveira N. F., Moraes C. L. e Junger W. L. contribuíram na concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Reichenheim M. E. contribuiu na interpretação dos dados e redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

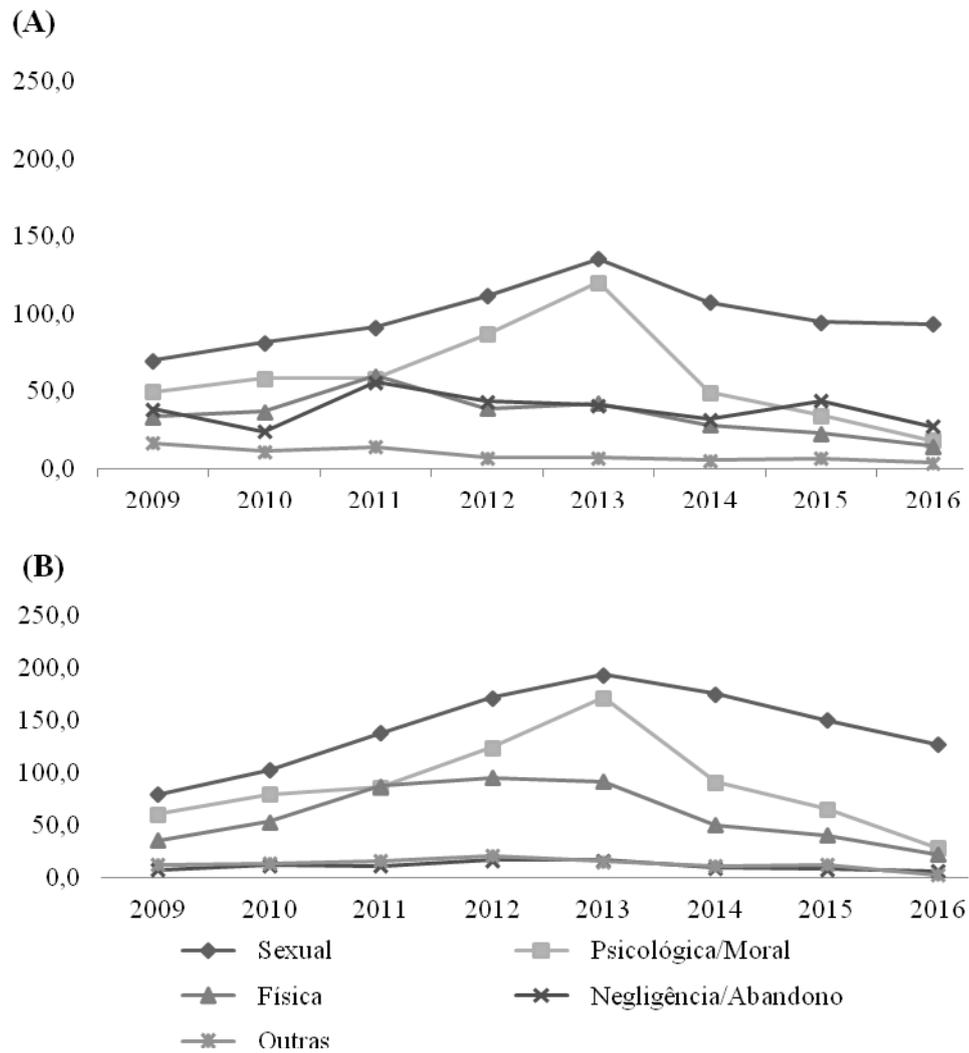


Figura 1 – Taxas de incidência segundo o tipo de violência em crianças (A) e adolescentes (B), no município de Manaus, Amazonas, 2009-2016.

Tabela 1 – Distribuição do número e percentual de notificações de violência interpessoal/autoprovocada em crianças por ano de notificação, no município de Manaus, Amazonas, 2009 – 2016

Variáveis/ Campos de informação	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N=439		N=388		N=558		N=542		N=735		N=588		N=721		N=667		N=4.638	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Caracterização da vítima																		
Faixa etária (anos)																		
<1	61	13,9	47	12,1	96	17,2	64	11,8	66	9,0	71	12,1	94	13,0	193	29,0	692	14,9
1 – 5	216	49,2	177	45,6	239	42,8	264	48,7	355	48,3	281	47,8	359	49,8	261	39,1	2.152	46,4
6 – 9	162	36,9	164	42,3	223	40,0	214	39,5	314	42,7	236	40,1	268	37,2	213	31,9	1.794	38,7
Sexo																		
Feminino	280	63,8	275	70,9	359	64,3	371	68,5	496	67,5	409	69,6	511	70,9	515	77,2	3.216	69,3
Masculino	159	36,2	113	29,1	199	35,7	171	31,5	239	32,5	179	30,4	210	29,1	152	22,8	1.422	30,7
Raça/cor																		
Parda	317	72,2	273	70,4	403	72,2	412	76,0	529	72,0	478	81,3	456	63,2	362	54,3	3.230	69,6
Branca	89	20,3	78	20,1	77	13,8	86	15,9	127	17,3	63	10,7	70	9,7	55	8,2	645	13,9
Preta	4	0,9	7	1,8	5	0,9	5	0,9	14	1,9	9	1,5	6	0,8	6	0,9	56	1,2
Indígena	3	0,7	0	0,0	7	1,3	1	0,2	4	0,5	0	0,0	0	0,0	4	0,6	19	0,5
Amarela	3	0,7	2	0,5	4	0,7	5	0,9	9	1,2	0	0,0	4	0,6	6	0,9	33	0,7
Ignorado/em branco	23	5,2	28	7,2	62	11,1	33	6,1	52	7,1	38	6,5	185	25,7	234	35,1	655	14,1
Escolaridade																		
Analfabeto	2	0,5	3	0,8	0	0,0	5	1,0	7	1,0	3	0,5	5	0,7	3	0,5	28	0,6
EF incompleto	106	24,1	105	27,0	135	24,2	142	26,2	217	29,5	143	24,3	159	22,0	140	21,0	1.147	24,7
Não se aplica	315	71,8	263	67,8	390	69,9	372	68,6	482	65,6	414	70,4	519	72,0	495	74,2	3.250	70,1
Ignorado/em branco	16	3,6	17	4,4	33	5,9	23	4,2	29	3,9	28	4,8	38	5,3	29	4,3	213	4,6
Deficiência/transtorno																		
Sim	15	3,4	7	1,8	18	3,2	16	3,0	14	1,9	15	2,6	9	1,2	4	0,6	98	2,1
Não	305	69,5	302	77,8	391	70,1	443	81,7	525	71,4	284	48,3	386	53,5	412	61,8	3.048	65,7
Ignorado/em branco	119	27,1	79	20,4	149	26,7	83	15,3	196	26,7	289	49,1	326	45,2	251	37,6	1.492	32,2

EF – Ensino fundamental.

Tabela 1 (continuação) – Distribuição do número e percentual de notificações de violência interpessoal/autoprovocada em crianças por ano de notificação, no município de Manaus, Amazonas, 2009 – 2016

Variáveis/ Campos de informação	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total		
	N=439		N=388		N=558		N=542		N=735		N=588		N=721		N=667		N=4.638		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Caracterização da ocorrência																			
Fontes notificadoras																			
Atenção básica	4	0,9	8	2,1	5	0,9	9	1,7	17	2,3	15	2,5	10	1,4	15	2,2	83	1,8	
Média complexidade	8	1,8	11	2,8	8	1,4	12	2,2	18	2,5	13	2,2	10	1,4	3	0,5	83	1,8	
Alta complexidade	424	96,6	311	80,2	483	86,6	431	79,5	533	72,5	425	72,3	588	81,5	521	78,1	3.716	80,1	
Outros	3	0,7	58	14,9	62	11,1	90	16,6	167	22,7	135	23,0	113	15,7	128	19,2	756	16,3	
Local da ocorrência																			
Residência	212	48,3	246	63,4	314	56,3	356	65,7	495	67,3	408	69,4	400	55,5	343	51,5	2.774	59,8	
Escola	7	1,6	4	1,0	10	1,8	11	2,0	10	1,4	19	3,2	8	1,1	8	1,2	77	1,7	
Via pública	3	0,7	18	4,6	19	3,4	13	2,4	17	2,3	10	1,7	15	2,1	6	0,9	101	2,2	
Outros	150	34,2	83	21,4	156	27,9	114	21,0	139	18,9	100	17,0	116	16,1	83	12,4	941	20,3	
Ignorado/em branco	67	15,2	37	9,5	59	10,6	48	8,9	74	10,1	51	8,7	182	25,2	227	34,0	745	16,0	
Turno da ocorrência																			
Manhã (06:00 – 11:59)	32	7,3	37	9,6	44	7,9	53	9,8	81	11,0	71	12,1	93	12,9	72	10,8	483	10,4	
Tarde (12:00 – 17:59)	40	9,1	57	14,7	70	12,5	86	15,9	137	18,6	101	17,2	145	20,1	109	16,3	745	16,1	
Noite (18:00 – 23:59)	26	5,9	23	5,9	50	9,0	78	14,4	116	15,8	81	13,8	61	8,5	73	10,9	508	11,0	
Madrugada (00:00–05:59)	6	1,4	6	1,5	8	1,4	15	2,7	35	4,8	29	4,9	12	1,6	18	2,8	129	2,8	
Ignorado/em branco	335	76,3	265	68,3	386	69,2	310	57,2	366	49,8	306	52,0	410	56,9	395	59,2	2.773	59,8	
Reincidência																			
Sim	126	28,7	148	38,1	170	30,5	186	34,3	251	34,1	218	37,1	116	16,1	63	9,4	1.278	27,6	
Não	91	20,7	95	24,5	142	25,4	200	36,9	232	31,6	192	32,7	272	37,7	275	41,2	1.499	32,3	
Ignorado/em branco	222	50,6	145	37,4	246	44,1	156	28,8	252	34,3	178	30,3	333	46,2	329	49,3	1.861	40,1	
Lesão autoprovocada																			
Sim	9	2,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	1,2	9	1,3	28	0,6	
Não	263	59,9	365	94,0	556	99,6	541	99,8	735	100,0	587	99,8	545	75,6	376	56,4	3.968	85,6	
Ignorado/em branco	167	38,0	22	5,7	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2	167	23,2	282	42,3	642	13,8	

Tabela 1 (continuação) – Distribuição do número e percentual de notificações de violência interpessoal/autoprovocada em crianças por ano de notificação, no município de Manaus, Amazonas, 2009 – 2016

Variáveis/ Campos de informação	2009 N=439		2010 N=388		2011 N=558		2012 N=542		2013 N=735		2014 N=588		2015 N=721		2016 N=667		Total N=4.638	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meio de agressão																		
Força corporal/espancamento	83	18,9	87	22,4	127	22,8	113	20,8	132	18,0	108	18,4	79	11,0	33	4,9	762	16,4
Ameaça	84	19,1	97	25,0	111	19,9	104	19,2	111	15,1	85	14,4	42	5,8	10	1,6	644	13,9
Arma de fogo	7	1,6	3	0,8	6	1,1	5	0,9	4	0,5	1	0,2	0	0,0	3	0,4	29	0,6
Outros	195	44,4	130	33,5	241	43,2	254	46,9	350	47,6	313	53,2	439	60,9	447	67,0	2.369	51,1
Ignorado/em branco	70	16,0	71	18,3	73	13,1	66	12,2	138	18,8	81	13,8	161	22,3	174	26,1	834	18,0
Caracterização do autor da agressão																		
Sexo do agressor																		
Masculino	241	54,9	262	67,5	324	58,1	348	64,2	481	65,4	365	62,1	305	42,3	325	48,7	2.651	57,2
Feminino	51	11,6	39	10,1	82	14,7	41	7,6	121	16,5	97	16,5	133	18,4	62	9,3	626	13,4
Ambos os sexos	11	2,5	12	3,1	19	3,4	20	3,7	27	3,7	28	4,7	33	4,6	34	5,1	184	4,0
Ignorado/em branco	136	31,0	75	19,3	133	23,8	133	24,5	106	14,4	98	16,7	250	34,7	246	36,9	1.177	25,4
Vínculo com a vítima																		
Pai/mãe/padrasto/madrasta	216	49,2	164	42,3	274	49,1	242	44,6	331	45,0	276	46,9	295	40,9	212	31,8	2.010	43,3
Amigos/conhecidos	74	16,9	103	26,5	93	16,7	127	23,4	132	18,0	113	19,2	93	12,9	96	14,4	831	17,9
Desconhecidos	11	2,5	13	3,4	18	3,2	16	3,0	36	4,9	21	3,6	11	1,5	16	2,4	142	3,1
Outros	131	29,8	99	25,5	148	26,5	149	27,5	228	31,0	174	29,6	219	30,4	286	42,9	1.434	30,9
Ignorado/em branco	7	1,6	9	2,3	25	4,5	8	1,5	8	1,1	4	0,7	103	14,3	57	8,5	221	4,8
Suspeita de uso de álcool																		
Sim	39	8,9	42	10,8	59	10,6	56	10,3	70	9,5	46	7,8	26	3,6	41	6,1	379	8,2
Não	167	38,0	171	44,1	227	40,7	228	42,1	325	44,2	236	40,2	262	36,3	149	22,4	1.765	38,0
Ignorado/em branco	233	53,1	175	45,1	272	48,7	258	47,6	340	46,3	306	52,0	433	60,1	477	71,5	2.494	53,8
Número de envolvidos																		
Um	278	63,3	293	75,5	409	73,3	414	76,4	556	75,6	439	74,7	401	55,6	352	52,8	3.142	67,7
Dois ou mais	56	12,8	45	11,6	71	12,7	59	10,9	66	9,0	51	8,6	56	7,8	68	10,2	472	10,2
Ignorado/em branco	105	23,9	50	12,9	78	14,0	69	12,7	113	15,4	98	16,7	264	36,6	247	37,0	1.024	22,1

Tabela 2 – Distribuição do número e percentual de notificações de violência interpessoal/autoprovoçada em adolescentes por ano de notificação, no município de Manaus, Amazonas, 2009 – 2016

Variáveis/ Campos de informação	2009 N=376		2010 N=451		2011 N=685		2012 N=848		2013 N=995		2014 N=847		2015 N=840		2016 N=653		Total N=5.695		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Caracterização da vítima																			
Faixa etária (anos)																			
10 – 14	272	72,3	335	74,3	451	65,8	553	65,2	700	70,4	612	72,3	624	74,3	481	73,7	4.028	70,7	
15 – 19	104	27,7	116	25,7	234	34,2	295	34,8	295	29,6	235	27,7	216	25,7	172	26,3	1.667	29,3	
Sexo																			
Feminino	334	88,8	402	89,1	568	82,9	686	80,9	875	87,9	757	89,4	765	91,1	592	90,7	4.979	87,4	
Masculino	42	11,2	49	10,9	117	17,1	162	19,1	120	12,1	90	10,6	75	8,9	61	9,3	716	12,6	
Raça/cor																			
Parda	269	71,5	316	70,1	409	59,7	529	62,4	713	71,7	715	84,4	559	66,5	486	74,4	3.996	70,2	
Branca	72	19,1	88	19,4	96	14,0	108	12,7	150	15,1	75	8,9	64	7,6	52	8,0	705	12,4	
Preta	13	3,5	8	1,8	12	1,8	21	2,5	23	2,3	12	1,4	19	2,3	11	1,7	119	2,0	
Indígena	7	1,9	3	0,7	24	3,5	2	0,2	7	0,7	5	0,6	2	0,2	2	0,3	52	0,9	
Amarela	4	1,1	8	1,8	4	0,6	13	1,6	14	1,4	4	0,4	3	0,4	0	0,0	50	0,9	
Ignorado/em branco	11	2,9	28	6,2	140	20,4	175	20,6	88	8,8	36	4,3	193	23,0	102	15,6	773	13,6	
Escolaridade																			
Analfabeto	1	0,3	7	1,6	2	0,3	5	0,6	5	0,5	6	0,7	6	0,7	4	0,6	36	0,6	
EF incompleto	258	68,6	307	68,1	362	52,8	493	58,1	644	64,7	593	70,0	528	62,9	409	62,6	3.594	63,1	
EF completo+EM incompleto	49	13,0	73	16,2	96	14,0	106	12,5	149	15,0	113	13,3	125	14,9	108	16,5	819	14,5	
EM completo ou mais	8	2,1	12	2,6	28	4,1	26	3,1	40	4,0	21	2,5	14	1,6	18	2,8	167	2,9	
Não se aplica	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,0	
Ignorado/em branco	59	15,7	52	11,5	197	28,8	218	25,7	157	15,8	114	13,5	166	19,8	114	17,5	1.077	18,9	
Deficiência/transtorno																			
Sim	12	3,2	23	5,1	24	3,5	25	2,9	25	2,5	26	3,0	20	2,4	17	2,6	172	3,0	
Não	332	88,3	382	84,7	527	76,9	619	73,0	759	76,3	424	50,1	438	52,1	503	77,0	3.984	70,0	
Ignorado/em branco	32	8,5	46	10,2	134	19,6	204	24,1	211	21,2	397	46,9	382	45,5	133	20,4	1.539	27,0	

EF – Ensino fundamental.

EM – Ensino médio.

Tabela 2 (continuação) – Distribuição do número e percentual de notificações de violência interpessoal/autoprovocada em adolescentes por ano de notificação, no município de Manaus, Amazonas, 2009-2016

Variáveis/ Campos de informação	2009 N=376		2010 N=451		2011 N=685		2012 N=848		2013 N=995		2014 N=847		2015 N=840		2016 N=653		Total N=5.695	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Caracterização da ocorrência																		
Fontes notificadoras																		
Atenção básica	5	1,3	6	1,3	13	1,9	10	1,2	35	3,5	14	1,7	18	2,1	14	2,1	115	2,0
Média complexidade	3	0,8	4	0,9	3	0,4	15	1,8	17	1,7	8	0,9	3	0,4	4	0,6	57	1,0
Alta complexidade	364	96,8	334	74,1	541	79,0	670	79,0	662	66,6	594	70,1	619	73,7	547	83,8	4.331	76,1
Outros	4	1,1	107	23,7	128	18,7	153	18,0	281	28,2	231	27,3	200	23,8	88	13,5	1.192	20,9
Local da ocorrência																		
Residência	180	47,9	253	56,1	377	55,0	489	57,7	623	62,6	583	68,8	504	60,0	413	63,2	3.422	60,1
Escola	37	9,8	51	11,3	78	11,4	69	8,1	94	9,4	113	13,3	72	8,6	69	10,6	583	10,2
Via pública	6	1,6	19	4,2	11	1,6	15	1,7	17	1,7	15	1,8	7	0,8	6	0,9	96	1,7
Outros	117	31,1	84	18,6	110	16,1	110	13,0	147	14,8	89	10,6	86	10,2	56	8,6	799	14,0
Ignorado/em branco	36	9,6	44	9,8	109	15,9	165	19,5	114	11,5	47	5,5	171	20,4	109	16,7	795	14,0
Turno da ocorrência																		
Manhã (06:00 – 11:59)	34	9,0	37	8,2	71	10,4	84	9,9	131	13,2	118	13,9	114	13,6	96	14,7	685	12,0
Tarde (12:00 – 17:59)	33	8,8	58	12,9	82	12,0	132	15,6	167	16,8	190	22,4	157	18,7	118	18,1	937	16,5
Noite (18:00 – 23:59)	40	10,6	53	11,8	133	19,4	122	14,4	217	21,8	193	22,8	159	18,9	146	22,4	1.063	18,6
Madrugada (00:00–05:59)	13	3,5	24	5,2	49	7,1	66	7,7	85	8,5	86	10,2	65	7,7	66	10,0	454	8,0
Ignorado/em branco	256	68,1	279	61,9	350	51,1	444	52,4	395	39,7	260	30,7	345	41,1	227	34,8	2.556	44,9
Reincidência																		
Sim	143	38,0	229	50,8	270	39,4	327	38,5	405	40,7	384	45,3	179	21,3	102	15,6	2.039	35,8
Não	160	42,6	158	35,0	262	38,3	339	40,0	456	45,8	396	46,8	406	48,3	385	59,0	2.562	45,0
Ignorado/em branco	73	19,4	64	14,2	153	22,3	182	21,5	134	13,5	67	7,9	255	30,4	166	25,4	1.094	19,2
Lesão autoprovocada																		
Sim	19	5,0	26	5,8	49	7,2	20	2,4	17	1,8	11	1,3	25	3,0	26	4,0	193	3,4
Não	265	70,5	333	73,8	492	71,8	650	76,6	880	88,4	784	92,6	581	69,1	486	74,4	4.471	78,5
Ignorado/em branco	92	24,5	92	20,4	144	21,0	178	21,0	98	9,8	52	6,1	234	27,9	141	21,6	1.031	18,1

Tabela 2 (continuação) – Distribuição do número e percentual de notificações de violência interpessoal/autoprovocada em adolescentes por ano de notificação, no município de Manaus, Amazonas, 2009-2016

Variáveis/ Campos de informação	2009 N=376		2010 N=451		2011 N=685		2012 N=848		2013 N=995		2014 N=847		2015 N=840		2016 N=653		Total N=5.695	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meio de agressão																		
Força corporal/espancamento	156	41,5	165	36,6	233	34,0	263	31,0	359	36,1	273	32,2	176	21,0	68	10,4	1.693	29,7
Ameaça	135	35,9	166	36,8	236	34,5	236	27,8	240	24,1	210	24,8	90	10,7	40	6,1	1.353	23,8
Arma de fogo	24	6,4	21	4,7	48	7,0	73	8,6	56	5,6	40	4,7	26	3,1	11	1,7	299	5,3
Outros	24	6,4	56	12,4	108	15,7	163	19,3	276	27,8	277	32,8	404	48,1	495	75,8	1.803	31,6
Ignorado/em branco	37	9,8	43	9,5	60	8,8	113	13,3	64	6,4	47	5,5	144	17,1	39	6,0	547	9,6
Caracterização do autor da agressão																		
Sexo do agressor																		
Masculino	311	82,7	407	90,2	532	77,7	652	76,9	824	82,8	717	84,7	585	69,6	526	80,6	4.554	80,0
Feminino	18	4,8	10	2,2	21	3,1	25	2,9	60	6,0	65	7,7	63	7,5	30	4,6	292	5,1
Ambos os sexos	6	1,6	5	1,2	9	1,2	9	1,1	15	1,6	9	1,0	11	1,4	8	1,2	72	1,3
Ignorado/em branco	41	10,9	29	6,4	123	18,0	162	19,1	96	9,6	56	6,6	181	21,5	89	13,6	777	13,6
Vínculo com a vítima																		
Pai/mãe/padrasto/madrasta	68	18,1	81	18,0	105	15,3	130	15,3	192	19,3	201	23,7	157	18,7	137	21,0	1.071	18,8
Amigos/conhecidos	105	27,9	145	32,2	159	23,2	208	24,5	226	22,7	254	30,0	174	20,7	145	22,2	1.416	24,9
Desconhecidos	81	21,6	78	17,3	133	19,5	148	17,5	184	18,5	144	17,0	122	14,5	102	15,6	992	17,4
Outros	120	31,9	146	32,3	211	30,8	233	27,5	389	39,1	244	28,8	272	32,4	250	38,3	1.865	32,7
Ignorado/em branco	2	0,5	1	0,2	77	11,2	129	15,2	4	0,4	4	0,5	115	13,7	19	2,9	351	6,2
Suspeita de uso de álcool																		
Sim	57	15,2	91	20,2	100	14,6	127	15,0	164	16,5	107	12,6	100	11,9	102	15,6	848	14,9
Não	167	44,4	221	49,0	296	43,2	329	38,8	442	44,4	348	41,1	378	45,0	244	37,4	2.425	42,6
Ignorado/em branco	152	40,4	139	30,8	289	42,2	392	46,2	389	39,1	392	46,3	362	43,1	307	47,0	2.422	42,5
Número de envolvidos																		
Um	288	76,6	350	77,6	478	69,8	584	68,9	759	76,3	666	78,6	555	66,0	478	73,2	4.158	73,0
Dois ou mais	53	14,1	68	15,1	85	12,4	97	11,4	130	13,0	104	12,3	92	11,0	74	11,3	703	12,4
Ignorado/em branco	35	9,3	33	7,3	122	17,8	167	19,7	106	10,7	77	9,1	193	23,0	101	15,5	834	14,6

Tabela 3 – Completude dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada em crianças, Manaus, Amazonas, 2009-2016

Campos de informação	2009 N=439		2010 N=388		2011 N=558		2012 N=542		2013 N=735		2014 N=588		2015 N=721		2016 N=667	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dados gerais																
Data da notificação*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
UF de notificação*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Município de notificação*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Unidade notificadora*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Data da ocorrência*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Informações sobre a vítima																
Data de nascimento*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Idade*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Sexo*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Gestante*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	666	99,9
Raça/cor	416	94,8	360	92,8	496	88,9	509	93,9	683	92,9	550	93,5	536	74,3	433	64,9
Escolaridade	423	96,4	371	95,6	525	94,1	519	95,8	706	96,0	560	95,2	683	94,7	638	95,6
UF de residência*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Município de residência*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	720	99,9	667	100,0
Zona de residência	428	97,5	385	99,2	551	98,7	536	98,9	733	99,7	581	98,8	705	97,8	636	95,4
Ocupação	180	41,0	184	47,4	207	37,1	216	39,8	334	45,4	209	35,5	109	15,1	104	15,6
Situação conjugal	437	99,5	386	99,5	556	99,6	541	99,8	735	100,0	588	100,0	620	86,0	614	92,1
Deficiência/transtorno	320	72,9	309	79,6	410	73,5	459	84,7	540	73,5	301	51,2	395	54,8	417	62,5
Tipo de deficiência/transtorno	431	98,2	378	97,4	536	96,1	538	99,3	731	99,5	581	98,8	594	82,4	611	91,6
Informações da ocorrência																
UF	421	95,9	348	89,7	527	94,4	517	95,4	685	93,2	523	88,9	620	86,0	615	92,2
Município	423	96,4	344	88,7	518	92,8	511	94,3	679	92,4	517	87,9	620	86,0	612	91,8
Zona	377	85,9	349	89,9	520	93,2	506	93,4	656	89,3	532	90,5	563	78,1	519	77,8
Hora	104	23,7	123	31,7	172	30,8	232	42,8	369	50,2	282	48,0	311	43,1	272	40,8
Local	372	84,7	351	90,5	499	89,4	494	91,1	661	89,9	537	91,3	539	74,8	440	66,0
Ocorreu outras vezes	217	49,4	243	62,6	312	55,9	386	71,2	483	65,7	410	69,7	388	53,8	338	50,7
Lesão autoprovocada	272	62,0	366	94,3	556	99,6	541	99,8	735	100,0	587	99,8	554	76,8	385	57,7

Tabela 3 (continuação) – Completude dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada em crianças, Manaus, Amazonas, 2009-2016

Campos de informação	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N=439		N=388		N=558		N=542		N=735		N=588		N=721		N=667	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Informações sobre a violência																
Tipo de violência	433	98,6	384	99,0	558	100,0	540	99,6	735	100,0	587	99,8	620	86,0	615	92,2
Meio de agressão	369	84,0	317	81,7	485	86,9	476	87,8	597	81,2	507	86,2	560	77,7	493	73,9
Tipo de violência sexual	428	97,5	364	93,8	525	94,1	530	97,8	700	95,2	561	95,4	608	84,3	608	91,1
Procedimento realizado	429	97,7	371	95,6	552	98,9	540	99,6	732	99,6	587	99,8	615	85,3	613	91,9
Informações do autor da violência																
Número de envolvidos	334	76,1	338	87,1	480	86,0	473	87,3	622	84,6	490	83,3	457	63,4	420	63,0
Vínculo com a pessoa atendida	432	98,4	379	97,7	533	95,5	534	98,5	727	98,9	584	99,3	618	85,7	610	91,5
Sexo do provável autor da agressão	303	69,0	313	80,7	425	76,2	409	75,5	629	85,6	490	83,3	471	65,3	421	63,1
Suspeita de uso de álcool	206	46,9	213	54,9	286	51,3	284	52,4	395	53,7	282	47,9	288	39,9	190	28,5
Outras informações																
Encaminhamento	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Violência relacionada ao trabalho	370	84,3	334	86,1	460	82,4	500	92,3	684	93,1	531	90,3	511	70,9	454	68,1
Emissão da CAT	403	91,8	377	97,2	531	95,2	537	99,1	716	97,4	575	97,8	614	85,2	614	92,0
Circunstância da lesão	163	37,1	182	46,9	181	32,4	223	41,1	296	40,3	279	47,4	318	44,1	366	54,9
Data de encerramento*	439	100,0	388	100,0	558	100,0	542	100,0	735	100,0	588	100,0	721	100,0	667	100,0
Observações adicionais	104	23,7	-	-	211	37,8	242	44,6	375	51,0	282	47,9	257	35,6	210	31,5

* Preenchimento obrigatório na ficha de notificação.

UF: Unidade da Federação.

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho.

- : Dados não informados.

Tabela 4 – Completude dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada em adolescentes, Manaus, Amazonas, 2009-2016

Campos de Informação	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N=376		N=451		N=685		N=848		N=995		N=847		N=840		N=653	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dados gerais																
Data da notificação*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
UF de notificação*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Município de notificação*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Unidade notificadora*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Data da ocorrência*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Informações sobre a vítima																
Data de nascimento*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Idade*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Sexo*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Gestante*	337	89,6	392	86,9	569	83,1	661	77,9	642	64,5	520	61,4	425	50,6	325	49,8
Raça/cor	365	97,1	423	93,8	545	79,6	673	79,4	907	91,2	811	95,7	647	77,0	551	84,4
Escolaridade	317	84,3	399	88,5	488	71,2	630	74,3	838	84,2	733	86,5	674	80,2	539	82,5
UF de residência*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Município de residência*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Zona de residência	369	98,1	450	99,8	671	97,9	835	98,5	991	99,6	838	98,9	819	97,5	634	97,1
Ocupação	316	84,0	371	82,3	462	67,4	560	66,0	774	77,8	650	76,7	322	38,3	158	24,2
Situação conjugal	370	98,4	415	92,0	582	85,0	697	82,2	892	89,6	755	89,1	561	66,8	305	46,7
Deficiência/transtorno	344	91,5	405	89,8	552	80,6	644	75,9	784	78,8	450	53,1	458	54,5	520	79,6
Tipo de deficiência/transtorno	375	99,7	442	98,0	626	91,4	816	96,2	989	99,4	847	100,0	721	85,8	635	97,2
Informações da ocorrência																
UF	368	97,9	422	93,6	626	91,4	791	93,3	909	91,4	834	98,5	730	86,9	636	97,4
Município	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Zona	320	85,1	421	93,3	605	88,3	760	89,6	887	89,1	804	94,9	661	78,7	623	95,4
Hora	120	31,9	172	38,1	335	48,9	404	47,6	600	60,3	587	69,3	495	58,9	426	65,2
Local	340	90,4	407	90,2	576	84,1	683	80,5	881	88,5	800	94,4	669	79,6	544	83,3
Ocorreu outras vezes	303	80,6	387	85,8	532	77,7	666	78,5	861	86,5	780	92,1	585	69,6	487	74,6
Lesão autoprovocada	284	75,5	359	79,6	541	79,0	670	79,0	897	90,2	795	93,9	606	72,1	512	78,4

Tabela 4 (continuação) – Completude dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada em adolescentes, Manaus, Amazonas, 2009-2016

Campos de Informação	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N=376		N=451		N=685		N=848		N=995		N=847		N=840		N=653	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Informações sobre a violência																
Tipo de violência	374	99,5	448	99,3	685	100,0	845	99,6	994	99,9	845	99,8	730	87,1	636	97,4
Meio de agressão	339	90,2	408	90,5	625	91,2	735	86,7	931	93,6	800	94,5	696	82,9	614	94,0
Tipo de violência sexual	369	98,1	442	98,0	599	87,4	713	84,1	976	98,1	830	98,0	726	86,4	627	96,0
Procedimento realizado	365	97,1	425	94,2	656	95,8	799	94,2	974	97,9	827	97,6	644	76,7	466	71,4
Informações do autor da violência																
Número de envolvidos	341	90,7	418	92,7	563	82,2	681	80,3	889	89,3	770	90,9	647	77,0	552	84,5
Vínculo com a pessoa atendida	374	99,5	450	99,8	608	88,8	719	84,8	991	99,6	843	99,5	725	86,3	634	97,1
Sexo do provável autor da agressão	335	89,1	422	93,6	562	82,0	686	80,9	899	90,4	791	93,4	659	78,4	564	86,4
Suspeita de uso de álcool	224	59,6	312	69,2	396	57,8	456	53,8	606	60,9	455	53,7	478	56,9	346	53,0
Outras informações																
Encaminhamento	376	100,0	451	100,0	683	99,7	846	99,8	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Violência relacionada ao trabalho	324	86,2	420	93,1	579	84,5	709	83,6	917	92,2	802	94,7	633	75,4	552	84,5
Emissão da CAT	336	89,4	437	96,9	600	87,6	809	95,4	979	98,4	836	98,7	723	86,1	634	97,1
Circunstância da lesão	156	41,5	240	53,2	242	35,3	357	42,1	447	44,9	479	56,6	440	52,4	489	74,9
Data de encerramento*	376	100,0	451	100,0	685	100,0	848	100,0	995	100,0	847	100,0	840	100,0	653	100,0
Observações adicionais	42	11,2	-	-	142	20,7	277	32,7	413	41,5	341	40,3	236	28,0	119	18,2

* Preenchimento obrigatório na ficha de notificação.

UF: Unidade da Federação.

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho.

- : Dados não informados.

Referências

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 92 p.
2. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. 292 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Datasus: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. [Internet]. 2014 [citado 2017 fev 02]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Sinanet/cnv/violebr.def>.
4. Moraes CL, Peres MFT, Reichenheim ME. Epidemiologia das Violências Interpessoais. In: Filho NA, Barreto ML, eds. Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 104, de 25 de janeiro de 2011, que inclui na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília (DF), 2011.
6. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 11 Supl.: 1211-22.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Site [Internet]. 2019 [citado 2019 fev 06]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>?
8. Ministério da Saúde (BR). Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
9. Ministério da Saúde (BR). SINAN relatórios: manual de operação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 126 p.
10. 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.
11. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2): 337-48.
12. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad Saúde Pública. 2010; 26(2): 347-57.
13. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. Já Assoc Med Bras 2012; 58(6): 659-65.
14. Pfeiffer L, Rosário NA, Cat MNL. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. Já Paul Pediatr. 2011; 29(4): 477-82.

15. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Já Bras Enferm.* 2011; 64(4): 665-70.
16. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(2): 539-46.
17. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Já Latino-Am Enfermagem.* 2012; 20(2): 08 telas.
18. Zambon MP, Jacintho ACÁ, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Já Assoc Med Bras.* 2012; 58(4): 465-71.
19. Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicol, Ciênc Prof.* 2017; 37(2): 432-45.
20. Oliveira MT, Lima MLC, Barros MDA, Paz AM, Barbosa AMF, Leite RMB. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. *Já Bras Saúde Matern Infant.* 2011; 11(1): 29-39.
21. Souza CS, Costa JÁ, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(3): 773-84.
22. Barbosa LV, Cruz KVA, Soares ACGM, Silva RA. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interfaces Cient Saúde Ambiente.* 2013; 1(2): 9-20.
23. Oliveira JR, Costa JÁ, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao logo de uma década. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(3): 759-71.
24. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell’Aglío DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(5): 1263-72.
25. Vieira MS, Oliveira SB, Sókora CA. A violência sexual contra crianças e adolescentes: particularidades da região Norte do Brasil. *Intellecto.* 2017; 13(26): 136-51.
26. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
27. Benetti SPC, Valentini F, Silva MB, Fonini RI, Pelizzoni VG. A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento da criança e adolescentes. In: Hutz CS. *Violência e risco*

na infância e adolescência: pesquisa e intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. P.71-95.

28. Ministério da Saúde (BR). VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

29. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3285-96.

30. Abath MB, Lima MLLT, Lima JÁ, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(1): 131-42.

6.2 Características sociodemográficas, formação profissional e o grau de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre manifestações, perfil dos casos, linha de cuidado e sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes em Manaus – AM³ (Manuscrito 2).

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes inclui todas as formas de agressão contra menores de 18 anos, sejam elas perpetradas por pais ou outros cuidadores, colegas, parceiros ou desconhecidos. Mundialmente, estima-se que até 1 bilhão de jovens entre 2 e 17 anos tenham sofrido violência física, sexual, psicológica ou negligência no último ano¹. No Brasil, apesar de terem sido registrados 98.599 casos de violência contra crianças e adolescentes em 2016, apenas 2.200 foram notificadas no Amazonas. Apesar do provável sub-registro de casos, o problema parece relevante em todo o estado, especialmente em Manaus, que apresentou uma taxa de incidência de 149,1 casos por 100 mil crianças e adolescentes, a maior do estado em 2016².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), vivenciar a violência na infância afeta a saúde e o bem-estar da vítima, da família e da comunidade, podendo resultar em: morte; ferimentos graves; prejuízo ao desenvolvimento do sistema nervoso, endócrino, circulatório, musculoesquelético, reprodutivo, respiratório e imunológico; comportamentos negativos de enfrentamento e de risco à saúde; gravidez indesejada; doenças não transmissíveis à medida que as crianças crescem e impacto nas gerações futuras, entre outros³.

Em função desse cenário, o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA SINAN); e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Inquérito), com o objetivo de gerar um maior volume de informações sobre a caracterização e o impacto das violências em todas as regiões do país. Enquanto o primeiro componente se baseia na notificação compulsória de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência, o segundo tem como referência os estudos transversais regulares realizados em serviços de referência⁴.

Neste contexto, especialmente considerando o componente contínuo do VIVA, a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados tem um papel fundamental, já que

³ O texto ainda será enviado para publicação.

fornece informações sobre as características dos casos, além de ser o elemento disparador de ações, visando a confirmação dos casos e o acionamento da rede de proteção e de garantia de direitos⁵. Além disso, configura-se como uma dimensão da linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, complementando ações de prevenção e promoção da saúde e da cultura da paz⁶.

Os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser este cenário a porta de entrada no SUS, são essenciais para o processo de prevenção, suspeição e identificação da violência junto à comunidade, etapa inicial de todas as ações para interrupção do processo e acolhimento das famílias que vivenciam a situação. Nesse contexto, é fundamental que esses profissionais sejam sensíveis ao tema, tenham conhecimento suficiente para a suspeição de casos já instalados, e que percebam a violência enquanto um problema de saúde, objeto de notificação, como qualquer outra doença ou agravo de notificação compulsória⁷. Para que essa atuação seja efetiva, é fundamental que a formação profissional e as ações de educação continuada incorporem a temática como prioridade.

Infelizmente, vários estudos têm apontado que os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde com relação às ações de prevenção, identificação e notificação das violências ainda são insuficientes⁸⁻¹⁷. Ainda que o VIVA já tenha sido proposto há mais de dez anos, observa-se que o processo de implantação, a cobertura e a qualidade dos dados deste sistema é bastante heterogênea quando se considera todo o território nacional.

Em Manaus, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), o sistema de notificação também iniciou seu processo de implantação em 2006, a partir da criação do Núcleo de Prevenção e Riscos à Saúde por Causas Externas, cujo objetivo tem sido articular a rede de atenção integral às pessoas em situação de violência. Desde então, foram realizadas diversas atividades de educação continuada com profissionais de saúde visando aprimorar suspeição, detecção, acolhimento e uso da ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada¹⁸. Apesar das ações desenvolvidas de treinamento para a implantação da ficha de notificação em Manaus, assim como na maior parte dos municípios do Brasil, não se tem uma ideia mais abrangente do grau de conhecimento dos profissionais da ESF sobre as manifestações, o perfil dos casos, a linha de cuidado, a organização e o fluxo do sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes.

Dessa forma, não há como avaliar a efetividade do que já foi feito e planejar ações futuras de educação continuada. Visando preencher essa lacuna, este estudo foi realizado com o intuito de analisar as características sociodemográficas, formação profissional e o grau de

conhecimento dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família em Manaus sobre manifestações, perfil dos casos, linha de cuidado e sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes.

Materiais e Métodos

Desenho de estudo e estratégia de seleção de participantes

O presente estudo está integrado à pesquisa intitulada: “O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM”. Trata-se de um estudo transversal, realizado nas unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família do município de Manaus, entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, havia 177 equipes de saúde da família à época da pesquisa. Do total de 2.229 trabalhadores, 123 eram médicos, 183 enfermeiros, 150 cirurgiões-dentistas, 311 técnicos de enfermagem, 134 técnicos em saúde bucal e 1.328 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Visando ter uma amostra representativa do conjunto de categorias profissionais, optou-se por selecionar para o estudo todos os profissionais de nível superior, médio e dois ACS, todos com pelo menos um ano de atuação na Estratégia Saúde da Família. Foram excluídos os que estavam de licença na época do estudo e os que haviam participado do pré-teste. Dos 1.164 profissionais de saúde elegíveis, 611 (52,5%) aceitaram participar do estudo.

Trabalho de campo

As visitas às unidades básicas de saúde eram realizadas próximas ao horário de término dos turnos de trabalho, com o intuito de não prejudicar o atendimento dos usuários da unidade. Os profissionais de saúde que atendiam aos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e posteriormente orientados quanto ao preenchimento do questionário no seu próprio setor de trabalho, de maneira reservada. Quanto à seleção dos dois ACS, fazia-se então um sorteio com papéis numerados a fim de determinar os que preencheriam o questionário. Antes da entrada em campo, os pesquisadores receberam treinamento que tratou dos procedimentos relacionados à abordagem dos profissionais, além de orientações relacionadas ao preenchimento do instrumento. Foi realizado um pré-teste em três UBS, o que propiciou ajustes no questionário e na abordagem aos participantes. Ao longo do trabalho de campo a coleta de dados foi supervisionada pela coordenadora da pesquisa e foram realizadas reuniões para esclarecimento de dúvidas.

Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada com a utilização de um questionário multitemático padronizado, pré-codificado, previamente testado, autoaplicado. O instrumento abarcou módulos relativos: às características sociodemográficas; à formação profissional e atuação na ESF; à organização e fluxo do processo de notificação no serviço de saúde do profissional; à identificação e processo de trabalho na atenção às violências; experiências anteriores com a rede de proteção; conhecimentos e atitudes do profissional em relação ao manejo e notificação dos casos e experiências relacionadas à violência na infância.

Para caracterizar o nível econômico dos profissionais foram calculados a renda familiar per capita (renda total da família sobre o número de moradores da residência) e um escore de posse de bens duráveis com base no Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁹. Quanto maior o escore, melhor a condição econômica e poder de compra das famílias. As demais variáveis sociodemográficas e sobre a formação profissional dos participantes são autoexplicativas e estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Na classificação do grau de conhecimento do profissional a respeito das manifestações da violência, do perfil dos casos, da linha de cuidado nos serviços de saúde e do sistema de vigilância das violências utilizaram-se os itens apresentados na Tabela 3. Tais questões corresponderam a vinhetas cujas opções de resposta foram do tipo likert – (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) sem opinião, (4) concordo, (5) concordo plenamente e questões de múltipla escolha (com uma única opção correta) adaptadas de estudos anteriores^{12,20}. O grau de conhecimento foi classificado de acordo com a pontuação final alcançada em cada um dos blocos: deficiente (até 5 pontos), satisfatório (6 a 7 pontos) e bom (8 a 10 pontos).

Análise de dados

As análises foram conduzidas no *software* R (versão 3.5.1). Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais. Foram calculados os percentuais de acertos dos itens que compuseram a avaliação do grau de conhecimento e suas respectivas médias por bloco e em geral de acordo com a categoria profissional. Em todas as análises foi utilizado o pacote *survey* para lidar com a aglomeração por equipe de saúde da família.

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de

Saúde (Anuência nº 25/2017, de 07 de julho de 2017) e da Universidade do Estado do Amazonas (Parecer nº 2.309.667, de 02 de outubro de 2017). Os dados foram coletados mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garantia a confidencialidade das informações. Todos os demais procedimentos estiveram de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

As Tabelas 1 e 2 descrevem a população de estudo composta por 611 profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus, no Amazonas, sendo 71 médicos, 95 enfermeiros, 34 cirurgiões dentistas, 120 técnicos em enfermagem, 41 técnicos em saúde bucal ou auxiliares de consultório dentário (TSB/ACD) e 250 agentes comunitários de saúde (ACS). A maioria dos participantes era mulher, com predominância da idade entre 25 e 49 anos. Mais da metade dos profissionais era casado ou em união estável. A cor parda foi autodeclarada por mais de 70%, e quase 80% dos participantes afirmou ter filhos. A renda familiar *per capita* média dos profissionais foi de 2,6 salários mínimos (cerca de R\$2.478,8), mas chama a atenção o alto percentual de informações faltantes. De acordo com Critério de Classificação Econômica Brasil, quase 70% dos participantes apresentou até 23 pontos (TABELA 1).

Em relação à formação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, quase 50% da amostra apresentava nível superior e pós-graduação. A maioria dos profissionais apresentava 11 anos ou mais de formação, com média de 14,7 anos (dp = 8,9 anos). Dentre os profissionais que possuíam nível superior, cerca de um quarto estudou em universidades públicas. O curso de Enfermagem se destacou entre a escolha dos profissionais de saúde. O tema violência contra crianças e adolescentes foi abordado na graduação de menos de um quinto dos profissionais. Pouco mais de 10% dos profissionais possuíam pós-graduação em Saúde Coletiva ou em Saúde da Família (TABELA 2).

Algumas diferenças em termos de perfil sociodemográfico de formação foram observadas entre as diferentes categorias profissionais. Há uma maior proporção de médicos do sexo masculino; de ACS com 50 anos idade ou mais; e de médicos e dentistas autodeclarados brancos. Os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) foram os que apresentaram maior renda e quantidade de bens. São poucos os profissionais de nível médio, técnico ou fundamental que buscaram a formação em nível superior, aqueles que o fizeram cursaram em sua grande maioria em universidades privadas, nas quais o tema violência contra crianças e adolescentes foi pouco abordado.

Como pode ser visto na Tabela 3, de um modo geral os profissionais de saúde

acertaram em média mais questões relacionadas às manifestações da violência e referentes ao perfil dos casos do que sobre a linha de cuidado das situações de violência nos serviços de saúde. No bloco com os itens correspondentes às manifestações da violência, os menores e os maiores percentuais de acertos se referem às questões direcionadas a violência física. Já na parte referente ao perfil dos casos há um reconhecimento desses perfis no Brasil, porém apenas 55% dos profissionais conhecem sobre o comportamento das vítimas. Quanto aos cuidados nos serviços de saúde, quase todos os profissionais sabem da importância das ações de prevenção, porém menos de 10% conhecem o manejo de um caso de abuso sexual.

A Tabela 4 apresenta o percentual de acertos dos profissionais quanto aos itens direcionados ao sistema de vigilância das violências. A média dos percentuais de acertos dos profissionais nesse bloco foi abaixo dos 50%. Verificou-se que apesar de eles conhecerem sobre a obrigatoriedade da notificação e de mais de 70% assumirem saber de quem é essa responsabilidade, menos de 9% conhecem o fluxo de comunicação da ficha de notificação.

Em geral, como pode ser visto na Tabela 5, a partir da classificação do grau de conhecimento por blocos, os profissionais apresentaram um desempenho de satisfatório a bom quanto às manifestações da violência (média = 7,46; dp = 1,01) e ao perfil dos casos (média = 7,41; dp = 1,14). Porém, o mesmo não foi observado quanto à linha de cuidado nos serviços de saúde (média = 5,36; dp = 1,71) e ao sistema de vigilância das violências (média = 5,78; dp = 1,36). As categorias profissionais que obtiveram melhores desempenhos em todos os blocos de conhecimento foram os médicos e os enfermeiros. O cirurgião dentista apresentou grau de conhecimento que variou de deficiente a satisfatório quanto ao sistema de vigilância das violências. Enquanto isso, os técnicos em enfermagem, em saúde bucal e os ACS demonstraram possuir pouco conhecimento a respeito da linha de cuidado e do processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes.

Discussão

As características sociodemográficas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus são bastante semelhantes às de outros estudos realizados em diferentes estados brasileiros que indicam, entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões²¹⁻²³. A média de idade dos profissionais foi próxima aos 40 anos, semelhante ao que foi achado em estudo realizado em João Pessoa, na Paraíba. Dentre todas as categorias profissionais analisadas, os ACSs foram aqueles com maior proporção de indivíduos com mais de 40 anos. Pesquisas que mostram um grande percentual de ACSs com idades mais elevadas ressaltam também o maior conhecimento desses profissionais sobre os

problemas da comunidade, assim como seu maior vínculo com os usuários^{25,26}. Como em nosso estudo, ao analisarem o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes na ESF em Fortaleza, no Ceará, autores também apontaram para uma grande maioria de profissionais de saúde casados e com filhos¹². Os profissionais da ESF em Manaus declararam-se, em sua grande maioria, como de raça parda, o que corresponde com o perfil do restante da população da região, porém entre os médicos e os dentistas há um destaque para a raça branca. Tal achado ressalta algo que já era senso comum sobre a predominância de estudantes brancos e pardos nos cursos de medicina²⁷.

Como apontado anteriormente, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas são os profissionais que apresentaram maior renda familiar *per capita* e o maior número de bens duráveis no domicílio. Além de salários mais altos em função do nível de escolaridade superior, é possível que isso deva-se ao fato de que muitos destes profissionais também trabalham no setor privado²⁸. Tal hipótese se sustenta nos resultados de estudo realizado com profissionais da ESF em Minas Gerais, que aponta que 67% dos médicos e enfermeiros recorriam à acumulação de mais de um vínculo de trabalho para a complementação da renda mensal²⁹. Esse achado também é corroborado pelo estudo que analisou o perfil dos médicos no Brasil nas décadas de 1980 e 1990. Segundo os autores, 75,6% dos médicos tinham pelo menos três atividades laborais à época da pesquisa³⁰.

Com relação à formação profissional das equipes, os resultados mostraram que menos da metade dos profissionais da ESF em Manaus possuem nível superior ou pós-graduação. Tal realidade contrasta com o cenário identificado em Montes Claros, em Minas Gerais, onde a maioria dos profissionais (79,3%) tinha pós-graduação concluída ou em andamento²⁸. Diante das demandas da atenção básica, a pós-graduação *lato sensu* emerge como uma alternativa de capacitação profissional para a atuação na ESF, de maneira muito mais expressiva que os cursos de residência, mestrado e doutorado²⁴. Outro achado que contribui para a necessidade de atualização desses profissionais foi o longo período médio desde a última formação profissional.

A maioria dos profissionais de nível superior cursou graduação em universidades públicas, no entanto, os profissionais que atuavam como técnicos ou como ACS a cursaram em instituições privadas. De modo geral, há uma maior preocupação da universidade pública brasileira em formar profissionais com enfoque diferenciado para a necessidade do serviço público e da coletividade, que é a essência do processo de trabalho em Saúde da Família³¹. É possível que tal especificidade tenha contribuído para que a maior parte dos médicos e

enfermeiros tivesse o referido contato com o tema na graduação. Entretanto, dadas as altas prevalências e as sérias consequências das violências à saúde no cenário brasileiro, seria interessante que o tema estivesse presente em 100% dos currículos dos profissionais da saúde, ao se considerar que há uma necessidade dos profissionais da ESF em serem capacitados sobre o assunto³².

Os dados apontam que a maioria dos profissionais de nível superior possuem pós-graduação, porém são poucos os que fizeram tal formação em Saúde coletiva ou em Saúde da Família, mesmo com um plano de cargos, carreira e salários que incentiva tal qualificação. Já em estudo com 239 profissionais da ESF no Rio Grande do Sul mostrou que em relação à formação, 37% referiram ter especialização em saúde pública e áreas afins, com destaque para os enfermeiros, médicos e os odontólogos³³.

De forma geral, o perfil de acertos diferiu entre as categorias profissionais, e o conhecimento dos que participaram da pesquisa é um pouco melhor nas questões relativas às manifestações da violência e o perfil de casos do que a respeito da linha de cuidado e do sistema de vigilância das violências, sendo este o último no *ranking* dos conhecimentos avaliados. A Linha de Cuidado configura como uma forma de organização no atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de violência, nesse fluxo se faz necessário a realização de consulta clínica em todos os tipos de violência e o acompanhamento por todos os profissionais da equipe de Saúde da Família⁶.

Quanto às questões envolvendo o sistema de vigilância, os profissionais apresentam pouquíssimo conhecimento a respeito do fluxo de comunicação da ficha após a notificação, mas reconhecem a importância da realização do ato e de sua responsabilidade diante do caso, especialmente os profissionais de nível superior. Além disso, é necessário conhecer o adequado fluxo da ficha para realizar os encaminhamentos necessários, que assegurem o vínculo e a responsabilização dos demais serviços da Rede de Proteção⁵. Sendo assim, parece premente que sejam pensadas estratégias para a educação continuada dos profissionais sobre esses temas.

O baixo conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família de Manaus em alguns conteúdos abordados e a diferença do grau de conhecimento dos indivíduos das diferentes categorias profissionais não é exclusivo das equipes desse município. Um estudo com profissionais de saúde em São José do Rio Preto, em São Paulo, por exemplo, concluiu que os profissionais ainda desconhecem os aspectos legais e práticos relacionados com a notificação de violência contra crianças e adolescentes⁹. Estudos no Rio Grande do Sul

referem que enfermeiros ainda não conseguem diferenciar a notificação compulsória da denúncia policial³⁴. Por outro lado, a equipe de enfermagem possuía um bom embasamento teórico-prático, sendo capaz de reconhecer os diversos casos de violência sexual. Os resultados também foram positivos em Pacajus, no estado do Ceará. Nesse estudo, a maior parte dos profissionais apresentou conhecimento suficiente sobre o ECA (71,4%) e sobre a ficha de notificação (57,1%)⁸. Estudos futuros sobre este caso em particular seriam interessantes para que se conhecessem melhor os detalhes dos processos de formação na temática violência contra crianças e adolescentes, com objetivo de avaliar quais ações desenvolvidas nesse estado poderiam ser incorporadas nas atividades de educação continuada com os profissionais de Manaus.

A dificuldade na aquisição de conhecimentos sobre as violências não é exclusiva do Brasil. Estudo realizado com médicos da Grã-Bretanha que responderam a um questionário sobre o conhecimento relacionado ao abuso de e à negligência com crianças apontou que apenas 4,4% obtiveram mais de 80% de acertos em questões ligadas ao tema³⁵. Já em estudo feito com 131 enfermeiros na Coréia do Sul foi evidenciado que aproximadamente 60% dos participantes apresentavam bom conhecimento sobre abuso ou violência, mas que, mesmo assim, as taxas de notificação eram baixas³⁶. E a necessidade de atualização, principalmente por parte dos profissionais técnicos, é algo apontado por alguns estudos que sugerem deficiências na formação profissional, o que se enfatiza a importância de uma política de educação permanente, para melhor capacitação e melhoria na atuação desse segmento profissional na ESF³⁷.

Os resultados desse estudo devem ser vistos à luz de suas limitações e pontos fortes. A primeira delas foi o fato da ausência de instrumento validado previamente para avaliação dos conhecimentos sobre os diversos conteúdos relacionados ao tema violência contra crianças e adolescentes. Ainda que baseado em instrumentos previamente utilizados em estudos nacionais, a elaboração de um instrumento especialmente para a pesquisa, sem a prévia avaliação psicométrica, impõe que os resultados sejam interpretados com cautela. Outra importante limitação diz respeito às perdas do estudo em função de recusas em participar do estudo. O presente estudo avaliou apenas 52,5% dos elegíveis. É possível que entre as perdas concentrem um percentual maior de profissionais não afeitos ao tema e/ou com menor conhecimento e experiência na abordagem das situações de violência nos serviços. Contudo, caso o conjunto tivesse participado, tais conhecimentos seriam ainda menores. Entre os pontos positivos, destaca-se o fato deste ser o primeiro estudo de grande abrangência em Manaus envolvendo os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a temática da

violência. Dessa forma, apesar dessas limitações, entende-se que as fragilidades e as dificuldades que a equipe de Saúde da Família em Manaus apresenta para lidar com situações de violência contra crianças e adolescentes indicadas pela pesquisa serão de fundamental importância para o redirecionamento das propostas de educação continuada sobre o tema no município.

Parte-se do princípio de que trabalhar com esses casos de violência contra crianças e adolescentes não é uma tarefa simples, uma vez que o profissional pode se deparar com situações complicadas, já que estão inseridos em cotidianos propícios a essas e outros problemas sociais. O perfil de formação dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento desses profissionais, em especial os de nível técnico e fundamental, reforçam a necessidade de capacitação, de forma a padronizar as ações em saúde direcionadas ao cuidado da vítima e da família. A formação de parcerias entre a secretaria municipal de saúde de Manaus, as universidades, as instituições de proteção às crianças e aos adolescentes e outras instituições da sociedade civil que desenvolvam ações voltadas à prevenção das violências e à atenção a famílias em situação de violência também pode ser vista como importante ferramenta para qualificar a abordagem do problema no município. Tais parcerias podem proporcionar subsídios para prevenção, identificação, notificação e enfrentamento da problemática.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família participantes do estudo em Manaus-AM

Variáveis	Total (N=611)		Médico (N=71)		Enfermeiro (N=95)		C.Dentista (N=34)		T.Enf. (N=120)		TSB/ACD (N=41)		ACS (N=250)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo														
Masculino	108	17,7	36	50,7	11	11,6	11	32,4	26	21,7	3	7,3	21	8,4
Feminino	503	82,3	35	49,3	84	88,4	23	67,6	94	78,3	38	92,7	229	91,6
Faixa etária (anos)														
25 a 40	241	39,4	35	49,3	45	47,4	14	41,2	55	45,8	21	51,2	64	25,6
41 a 49	181	29,6	22	31,0	22	23,1	11	32,3	31	25,8	11	26,8	85	34,0
50 ou mais	189	31,0	14	19,7	28	29,5	9	26,5	34	28,4	9	22,0	101	40,4
Situação conjugal														
Solteiro	191	31,3	17	23,9	33	34,7	7	20,6	41	34,2	17	41,5	76	30,4
Casado/união estável	325	53,2	46	64,8	49	51,6	23	67,6	66	55,0	20	48,8	121	48,4
Separado/divorciado/viúvo	95	15,5	8	11,3	13	13,7	4	11,8	13	10,8	4	9,7	53	21,2
Raça														
Preta/outras	26	4,3	10	14,1	1	1,1	0	0,0	3	2,5	2	4,9	10	4,0
Branca	145	23,7	33	46,5	33	34,7	20	58,8	20	16,7	12	29,3	27	10,8
Parda	440	72,0	28	39,4	61	64,2	14	41,2	97	80,8	27	65,8	213	85,2
Possui filhos														
Não	140	22,9	22	31,0	32	33,7	8	23,5	38	31,7	14	34,1	26	10,4
Sim	471	77,1	49	69,0	63	66,3	26	76,5	82	68,3	27	65,9	224	89,6
Renda familiar per capita (R\$)														
Até 5 SM	261	42,7	10	14,1	38	40,0	10	29,4	57	47,5	21	51,2	125	50,0
6 SM ou mais	59	9,7	29	40,8	15	15,8	11	32,4	3	2,5	1	2,5	0	0,0
Sem informação	291	47,6	32	45,1	42	44,2	13	38,2	60	50,0	19	46,3	125	50,0
Escore de bens (pontos)														
Até 13	218	35,7	5	7,0	8	8,4	2	5,9	40	33,3	17	41,5	146	58,4
14 a 23	208	34,0	8	11,3	39	41,1	5	14,7	56	46,7	15	36,6	85	34,0
24 ou mais	185	30,3	58	81,7	48	50,5	27	79,4	24	20,0	9	21,9	19	7,6

1 SM (salário mínimo) – R\$ 954,00

Tabela 2 – Características relacionadas à formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família participantes da pesquisa em Manaus-AM

Variáveis	Total (N=611)		Médico (N=71)		Enfermeiro (N=95)		C.Dentista (N=34)		T.Enf. (N=120)		TSB/ACD (N=41)		ACS (N=250)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de escolaridade														
Ensino fundamental/médio	323	52,9	*	*	*	*	*	*	72	60,0	33	80,5	218	87,2
Ensino superior	115	18,8	22	31,0	18	18,9	8	23,5	35	29,2	7	17,1	25	10,0
Especialização/Mestrado/Doutorado	173	28,3	49	69,0	77	81,1	26	76,5	13	10,8	1	2,4	7	2,8
Tempo desde a última formação (anos)														
Até 5	86	14,1	14	19,7	18	18,9	5	14,7	26	21,7	6	14,6	17	6,8
6 a 10	89	14,6	14	19,7	24	25,3	8	23,5	21	17,4	6	14,6	16	6,4
11 ou mais	227	37,2	14	19,7	15	15,8	7	20,6	47	39,2	15	36,7	129	51,6
Sem informação	209	34,2	29	40,9	38	40,0	14	41,2	26	21,7	14	34,1	88	35,2
Universidade de graduação														
Não tem graduação	323	52,9	*	*	*	*	*	*	72	60,0	33	80,4	218	87,2
Privada	125	20,5	8	11,3	41	43,2	5	14,7	42	35,0	4	9,8	25	10,0
Pública	163	26,7	63	88,7	54	56,8	29	85,3	6	5,0	4	9,8	7	2,8
Curso de graduação														
Não tem graduação	323	52,9	*	*	*	*	*	*	72	60,0	33	80,5	218	87,2
Medicina	71	11,6	71	100,0	*	*	*	*	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Enfermagem	129	21,1	*	*	95	100,0	*	*	26	21,7	0	0,0	8	3,2
Odontologia/outras	88	14,4	*	*	*	*	34	100,0	22	18,3	8	19,5	24	9,6
Tema violência na graduação														
Não tem graduação	323	52,9	*	*	*	*	*	*	72	60,0	33	80,5	218	87,2
Tem graduação, mas não teve o tema	188	30,8	32	45,1	41	43,2	27	79,4	48	40,0	8	19,5	32	12,8
Tem graduação e teve o tema	100	16,4	39	54,9	54	56,8	7	20,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pós-graduação em Saúde Coletiva/Família														
Não tem pós-graduação	438	71,7	22	31,0	18	19,0	8	23,5	107	89,2	40	97,6	243	97,2
Não tem pós em Saúde Coletiva/Família	103	16,9	17	23,9	48	50,5	18	53,0	12	10,0	1	2,4	7	2,8
Tem pós em Saúde Coletiva/Família	70	11,5	32	45,1	29	30,5	8	23,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0

*Profissionais de saúde com nível superior obrigatório.

Tabela 3 – Percentual de acertos dos profissionais de saúde da ESF em Manaus-AM sobre as questões referentes às manifestações, perfil de casos e linha de cuidado das situações de violência contra crianças e adolescentes

Itens	% de Acertos Total (N=611)	% de Acertos Médicos (N=71)	% de Acertos Enfermeiros (N=95)	% de Acertos C.Dentista (N=34)	% de Acertos T. Enf. (N=120)	% de Acertos TSB/ACD (N=41)	% de Acertos ACS (N=250)
Manifestações da violência							
1. As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual ou negligencia costumam dizer a alguém logo após a ocorrência.	64,8	76,1	76,8	82,4	69,2	63,4	52,8
2. Uma criança ou adolescente que tenha sido abusada fisicamente terá sinais físicos em todos os casos.	50,1	67,6	67,4	55,9	58,3	46,3	34,4
3. Uma criança de 08 anos de idade relata que sua mãe o agride, inclusive apresenta marcas de cinto pelo corpo. Neste caso, o profissional de saúde não deve notificar, pois é uma tentativa dos pais de dar uma boa educação à criança.	68,1	84,5	84,2	73,5	65,0	73,2	57,2
4. Um recém-nascido vai à 1ª consulta de crescimento e desenvolvimento e se percebe que ele está baixo peso, fraldas sujas, algumas marcas pelo corpo e caroços na mandíbula e glúteo, em sua opinião são sinais claros de negligência e violência física.	79,1	85,9	85,3	79,4	80,8	70,7	75,2
5. Uma garota de 07 anos chega a UBS com sangramento vaginal. Ao exame físico, encontra-se marca roxa na vagina, o que faz suspeitar de abuso sexual.	81,3	87,3	82,1	82,4	81,7	82,9	78,8
6. Um adolescente apresentou várias marcas de corda pelo corpo. Em sua opinião, você notifica o caso como violência física.	76,3	88,7	74,7	82,4	72,5	63,4	76,4
Média de acertos (%)	69,9	81,7	78,4	76,0	71,2	66,6	62,5
Perfil dos casos							
7. A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil envolve força corporal e ameaça.	80,0	77,5	80,0	88,2	84,2	82,9	77,2
8. A maioria das crianças que sofreram violência sexual tem como autor da agressão um desconhecido.	70,9	78,9	86,3	79,4	72,5	58,5	62,8
9. Muitas crianças e adolescentes que fogem de casa fazem isso após terem sofrido algum tipo de violência em casa.	55,2	64,8	56,8	55,9	50,8	46,3	55,2
Média de acertos (%)	68,7	73,7	74,4	74,5	69,2	62,6	65,1

Tabela 3 (continuação) – Percentual de acertos dos profissionais de saúde da ESF em Manaus-AM sobre as questões referentes às manifestações, perfil de casos e linha de cuidado das situações de violência contra crianças e adolescentes

Itens	% de Acertos Total (N=611)	% de Acertos Médicos (N=71)	% de Acertos Enfermeiros (N=95)	% de Acertos C.Dentista (N=34)	% de Acertos T. Enf. (N=120)	% de Acertos TSB/ACD (N=41)	% de Acertos ACS (N=250)
Linha de cuidado nos serviços de saúde							
10. Crianças e adolescentes sexualmente abusadas devem passar por um exame físico para confirmar a situação.	8,0	8,5	10,5	5,9	10,8	4,9	6,4
11. Crianças e adolescentes negligenciadas devem passar por um exame físico para confirmar a situação.	14,2	16,9	26,3	14,7	16,7	17,1	7,2
12. De quem é o papel da promoção da saúde e da prevenção de violência contra crianças e adolescentes?	92,3	95,8	96,8	100,0	98,3	90,2	86,0
13. Numa situação de violência contra criança ou adolescente, qual a função da rede de proteção social?	65,5	85,9	82,1	76,5	70,0	46,3	52,8
14. No atendimento à violência, as atividades do profissional de saúde são exclusivamente o acolhimento e a notificação?	21,3	53,5	37,9	20,6	18,3	14,6	8,4
Média de acertos (%)	40,3	52,1	50,7	43,5	42,8	34,6	32,2
Média de acertos em geral (%)	59,1	69,4	67,7	64,1	60,6	54,3	52,2

Tabela 4 – Percentual de acertos dos profissionais de saúde da ESF em Manaus-AM sobre as questões referentes ao sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes

Itens	% de Acertos Total (N=611)	% de Acertos Médicos (N=71)	% de Acertos Enfermeiros (N=95)	% de Acertos C.Dentista (N=34)	% de Acertos T. Enf. (N=120)	% de Acertos TSB/ACD (N=41)	% de Acertos ACS (N=250)
1. Fluxo de comunicação da ficha de notificação	8,7	8,5	16,8	5,9	5,8	7,3	7,6
2. De quem é a responsabilidade de preencher a ficha de notificação das situações de violência?	73,2	81,7	93,7	76,5	80,8	56,1	61,6
3. Os profissionais que notificam um caso suspeito de violência contra criança e adolescente podem ser processados se o caso não for confirmado.	37,5	42,3	63,2	23,5	37,5	29,3	29,6
4. O profissional de saúde deve ter provas do abuso sexual da criança ou adolescente antes de notificar o caso.	30,3	47,9	63,2	23,5	33,3	12,2	15,2
5. Os serviços de proteção à criança e ao adolescente investigam somente os casos de violência notificados pelos profissionais de saúde.	57,6	62,0	70,5	44,1	59,2	51,2	53,6
6. O Estatuto da Criança e do Adolescente diz no artigo 13, que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade”. Este artigo se aplica a qualquer forma de violência independente da gravidade.	75,5	91,5	83,2	61,8	76,7	73,2	69,6
Média de acertos (%)	47,1	55,6	65,1	39,2	48,9	38,2	39,5

Tabela 5 – Grau de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus-AM sobre manifestações, perfil de casos, linha de cuidado e sistema de vigilância das violências contra crianças e adolescentes

Grau de conhecimento/ Categoria profissional	Total (N=611)		Médico (N=71)		Enfermeiro (N=95)		C.Dentista (N=34)		T.Enf. (N=120)		TSB/ACD (N=41)		ACS (N=250)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Manifestações da violência															
Deficiente (Até 5 pontos)	5	0,8	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	0,8	1	2,4	2	0,8	
Satisfatório (6 a 7 pontos)	68	11,1	4	5,6	4	4,2	2	5,9	9	7,5	4	9,8	45	18,0	0.009
Bom (8 a 10 pontos)	538	88,1	67	94,4	90	94,7	32	94,1	110	91,7	36	87,8	203	81,2	
Perfil de casos															
Deficiente (Até 5 pontos)	9	1,5	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,2	
Satisfatório (6 a 7 pontos)	89	14,6	8	11,3	12	12,6	4	11,8	20	16,7	7	17,1	38	15,2	0.344
Bom (8 a 10 pontos)	513	83,9	63	88,7	82	86,3	30	88,2	100	83,3	34	82,9	204	81,6	
Linha de cuidado nos serviços de saúde															
Deficiente (Até 5 pontos)	230	37,6	10	14,1	15	15,8	9	26,5	40	33,3	23	56,1	133	53,2	
Satisfatório (6 a 7 pontos)	202	33,1	25	35,2	30	31,6	12	35,3	46	38,4	8	19,5	81	32,4	<0.001
Bom (8 a 10 pontos)	179	29,3	36	50,7	50	52,6	13	38,2	34	28,3	10	24,4	36	14,4	
Sistema de vigilância das violências															
Deficiente (Até 5 pontos)	189	30,9	14	19,7	10	10,5	12	35,3	27	22,5	21	51,2	105	42,0	
Satisfatório (6 a 7 pontos)	331	54,2	42	59,2	53	55,8	19	55,9	78	65,0	15	36,6	124	49,6	<0.001
Bom (8 a 10 pontos)	91	14,9	15	21,1	32	33,7	3	8,8	15	12,5	5	12,2	21	8,4	

Referências

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):1-13.
2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Sinanet/cnv/violebr.def>. [Último acesso: 01 de janeiro, 2019].
3. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2016. 108 p.
4. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell’Aglia DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1263-72.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 22 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 104 p.
7. Conceição JC, Gusmão MEN, Souza SS, Gomes NP. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2012;26(2):468-77.
8. Barbosa IL, Pereira AS, Moreira DP, Luna GLM, Oliveira AKA, Ferreira RC, *et al.* Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*. 2009;3(1):24-32.
9. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(2):17-23.
10. Lima MCCS, Costa JÁ, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, *et al.* Atuação profissional da atenção básica face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(Supl.1):118-37.
11. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*. 2012;28(9):1749-58.
12. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-91.

13. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013;31(2):223-30.
14. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4267-76.
15. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(Especial 70 anos):903-8.
16. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. *Revista Saúde e Sociedade São Paulo*. 2011;20(1):136-46.
17. Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJES. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Revista Saúde em Debate*. 2014;38(103):794-804.
18. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Prevenção e Riscos à Saúde por Causas Externas. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde; 2016.
19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2018 [Internet]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. [Último acesso: 01 de janeiro, 2018].
20. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, *et al*. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005;5(1):103-8.
21. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. P. 221-56.
22. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).
23. Escorel S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final).
24. Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS, Farias DN. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital no nordeste do Brasil. *Revista APS*. 2016;19(3):434 – 45.
25. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, *et al*. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trabalho, Educação e Saúde Rio de Janeiro*. 2017;15(1):283-300.

26. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(2):347-55.
27. Pinto JMR. O acesso à educação superior no Brasil. *Educação & Saúde*. 2004;25(88):727-56.
28. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Junior WSS, Filho ZCG, *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade*. 2013;8(27):90-6.
29. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006;15(3):7-18.
30. Machado MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A, Santos Neto PM, Costa JÁ, Belisário AS, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
31. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*. 2009;13(30):153-66.
32. Lima MCCA, Costa JÁ, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, *et al.* Atuação profissional da atenção básica face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(Supl.1):118-37.
33. Mahl C, Tomasi E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. *Ciência et Praxis*. 2009;2(4):19-26.
34. Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Gomes GC, Fonseca AD. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2017;26(3):1-9.
35. Ayou C, Gauducheau E, Arrieta A, Roussey M, Marichal M, Vabres N, *et al.* Child protection: Pediatricians' knowledge and practices in Brittany. *Archives de Pédiatrie*. 2018;25(3):207-12.
36. Cho OH, Cha KS, Yoo YS. Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses. *Asian Nursing Research*. 2015;9(3):213-8.
37. Neto FRGX, Costa MCF, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidade de qualificação. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2008;6(1):51-64.

6.3 Conhecimentos sobre manifestações, perfil de casos, linha de cuidado nos serviços de saúde, sistema de vigilância e notificação de casos: evidências de um inquérito com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Manaus-AM⁴ (Manuscrito 3).

Introdução

A violência direcionada a crianças e adolescentes é um problema de saúde pública mundial, e estima-se que um bilhão de crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos de idade tenham sofrido violência física, sexual, psicológica ou negligência no último ano¹. Em 2016, o Brasil registrou 98.599 casos de violência contra crianças e adolescentes. Dessas ocorrências, 2.200 foram notificadas no Amazonas. Manaus, a capital do estado, apresenta uma taxa de 149,1 casos por 100 mil crianças e adolescentes². A não interrupção do ciclo da violência pode gerar consequências físicas, sexuais, reprodutivas, psicológicas e comportamentais altamente nocivas à saúde e ao bem-estar das crianças, famílias e comunidades, ocasionando a transmissão intergeracional da violência e a criminalidade na adolescência³.

Os profissionais de saúde são legalmente responsáveis pela notificação da violência contra crianças e adolescentes. Desde o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1999, a notificação desses casos é obrigatória aos órgãos competentes, e o não cumprimento dessa lei prevê pena ao profissional de saúde ou responsável pelo estabelecimento⁴. O Ministério da Saúde ratifica essa exigência ao incluir a violência na lista de agravos de notificação compulsória e estabelecer que o referido registro deva ser realizado, seja o caso suspeito ou confirmado⁵. A importância do seu papel no sistema, associado ao grande número de casos que circulam nos serviços de saúde fazem com que o conhecimento dos profissionais sobre o tema seja fundamental⁶.

Diante desse cenário, foi estabelecido em 2006 pelo Ministério da Saúde o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Este se baseia em dois componentes: o VIVA SINAN e o VIVA Inquérito. Os dados fornecidos pelo VIVA possibilitam a produção de conhecimentos que apoiem a elaboração e a implementação de políticas de vigilância, de promoção de saúde, prevenção, atenção e proteção aos indivíduos em situação de violência, por meio de articulações entre os vários setores e níveis de atenção à saúde⁷.

⁴ O texto ainda será submetido para publicação.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada central para o bom funcionamento do VIVA. Em função dos princípios e características básicas que envolvem o desenvolvimento de ações de promoção de saúde – a atenção integral à família, a adstrição de clientela, as visitas domiciliares, a incorporação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a intersetorialidade, entre outras –, a ESF tem um papel chave no processo de suspeição, detecção e notificação de casos, além da coordenação da linha de cuidado às famílias em situação de violência. É papel da ESF o acolhimento, o atendimento, a notificação de casos suspeitos e o seguimento na rede de cuidado e de proteção social⁸. No entanto, são inúmeras as dificuldades encontradas pelo profissional da ESF neste processo, fazendo com que sua capacidade de identificar, acolher e notificar esses casos visando à interrupção do processo seja muito aquém do esperado⁹.

Vários estudos vêm tentando entender quais seriam as principais dificuldades dos profissionais neste processo¹⁰⁻²⁶. Algumas pesquisas já realizadas no Brasil com profissionais de saúde da Atenção Primária apontam como principal empecilho à notificação a falta de conhecimento sobre a identificação e o manejo dos casos e sobre as etapas do processo de notificação da violência envolvendo crianças e adolescentes na ESF¹⁰⁻¹⁹. Além disso, a carência de treinamentos ou capacitações; o receio de represália por parte do autor da agressão²⁷ e o medo do seu envolvimento legal¹⁹ também são identificados como barreiras à notificação. Estudos que apontam o impacto de programas de treinamento na melhoria da notificação da violência contra crianças e adolescentes reforçam estes achados^{15,16,28,22}. As evidências apoiam o uso de treinamentos específicos visando ampliar a sensibilização dos profissionais para a identificação e notificação dos casos. No entanto, ainda são escassos os estudos voltados para a avaliação da efetividade das diferentes propostas de intervenção que visem a ampliação do grau de conhecimento dos profissionais, como uma estratégia para a melhoria do sistema de vigilância, no âmbito da Atenção Primária no Brasil.

Pode-se especular que o aumento do conhecimento dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos envolvidos na suspeição, detecção, notificação e acompanhamento de casos já instalados, bem como sobre as estratégias de promoção de uma cultura de paz que reduza a incidência de novas situações de violência contra crianças e adolescentes seja uma etapa essencial para o aprimoramento da atuação dos profissionais da ESF. Entretanto, seria interessante que estudos pudessem destacar e olhar com mais atenção para o papel dos diferentes tipos de conhecimento no processo de notificação. É com esta intenção que este estudo foi proposto. Espera-se que seus resultados possam embasar novas intervenções, visando uma maior integração dos profissionais de saúde da ESF não só de Manaus ao

sistema de vigilância das violências, mas também de outras regiões do Brasil. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar o efeito dos graus de conhecimento dos profissionais da ESF em Manaus, Amazonas, sobre manifestações, perfil dos casos e linha de cuidado das situações de violência nos serviços de saúde e em relação ao sistema de vigilância das violências, na notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes.

Materiais e Métodos

Desenho e população de estudo

Este estudo é parte da pesquisa intitulada: “O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM”. Trata-se de um estudo transversal realizado nas unidades básicas de saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) na Cidade de Manaus, no estado do Amazonas, no Brasil.

O número de profissionais trabalhando na ESF no início da pesquisa foi obtido a partir dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. À época da pesquisa, havia 177 equipes de saúde da família. Do total de 2.229 trabalhadores, eram 123 médicos, 183 enfermeiros, 150 cirurgiões-dentistas, 311 técnicos de enfermagem, 134 técnicos em saúde bucal e 1.328 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população de estudo prevista inicialmente compreendia todos os profissionais de nível superior e médio e dois ACSs por equipe, cadastrados na ESF de Manaus no momento do início da pesquisa (segundo semestre de 2017). Estes últimos seriam selecionados através de amostragem aleatória simples do conjunto de ACSs de cada equipe. Sendo assim, foram identificados, inicialmente, 1.255 profissionais elegíveis para participação no estudo. Excluindo-se 91 profissionais que não atendiam ao critério pré-estabelecido de pelo menos um ano de atuação na ESF ou que estavam de licença no período de coleta de dados ou que haviam participado do pré-teste, restaram 1.164 profissionais de saúde de fato elegíveis. Destes, 611 (52,5%) responderam ao questionário.

Coleta de dados

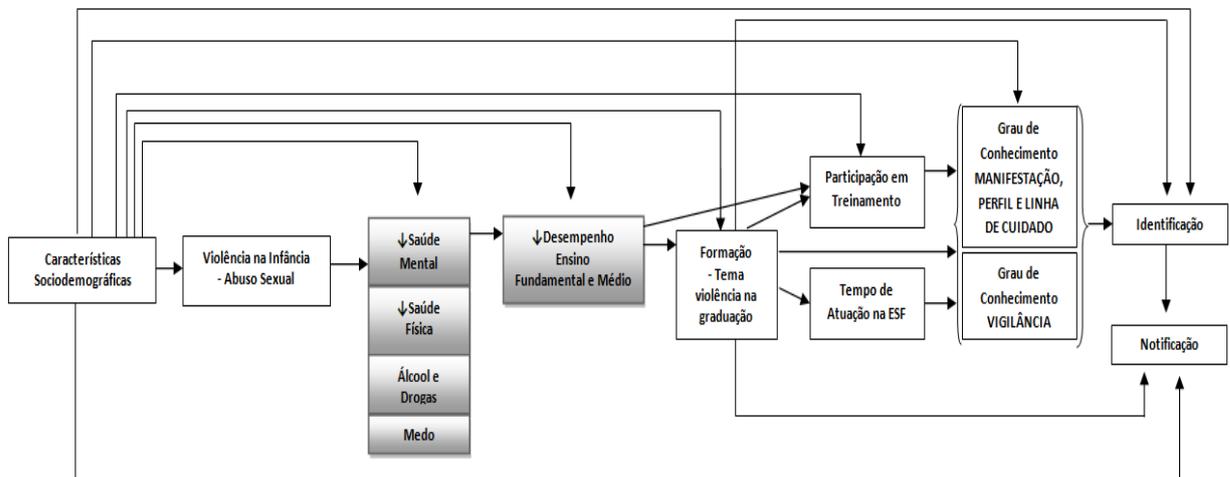
A coleta de dados se deu entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018. Os profissionais de saúde autopreencheram um questionário multitemático padronizado, pré-codificado, previamente testado. O instrumento abarcou características relacionadas aos aspectos sociodemográficos; à formação profissional e à atuação na ESF; à organização e ao fluxo do processo de notificação no serviço de saúde do profissional; à identificação e ao

processo de trabalho na atenção às violências; às experiências anteriores com a rede de proteção; aos conhecimentos e às atitudes do profissional em relação ao manejo e à notificação dos casos e às experiências relacionadas à violência na infância. Antes da entrada em campo, os pesquisadores receberam treinamento específico para a abordagem dos profissionais e sobre as questões específicas do questionário. Um estudo piloto foi realizado em três unidades básicas de saúde para os ajustes finais no questionário e na abordagem junto aos profissionais.

Modelo teórico e operacionalização das variáveis

Estruturou-se um modelo teórico operacional com as variáveis associadas com a notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde (Figura 1) com base em estudos publicados sobre o tema. Tal modelo orientou as análises e assumiu que a relação do conhecimento com o ato de notificar possa se dar de maneira direta¹⁰⁻¹⁹ ou indireta por entender que o conhecimento pode facilitar também a identificação dos casos²⁹. Esta relação sofre influência de outros fatores descritos no modelo e que também podem apresentar associação com a notificação e por isso são tratados na análise como fatores de confusão. No modelo proposto, em um nível mais distal da relação do grau de conhecimento com a notificação, encontram-se as características sociodemográficas (sexo, idade e raça), a ocorrência de violência na infância aqui representada pelo abuso sexual, e as consequências desta na saúde física, mental, comportamental e no desempenho escolar³⁰. Já no nível mais proximal à exposição de interesse central, destacam-se a abordagem do tema violência contra crianças e adolescentes na graduação, a participação em treinamentos ou capacitações sobre o tema e o tempo de trabalho do profissional de saúde na ESF^{14,15,19}.

Figura 1 – Modelo teórico operacional para a investigação da associação dos graus de conhecimento sobre manifestação, perfil de casos, linha de cuidado e vigilância com a notificação da violência contra crianças e adolescentes



Considerou-se como desfecho a notificação da violência contra crianças e adolescentes no período de atuação do profissional de saúde na ESF (não/sim). As exposições de interesse central foram: grau de conhecimento sobre manifestações, perfil dos casos e abordagem das situações de violência nos serviços de saúde (dimensão 1); e o grau de conhecimento sobre alguns princípios gerais do sistema de vigilância das violências no Brasil (dimensão 2).

A avaliação do grau de conhecimento do profissional sobre manifestações, perfil dos casos e linha de cuidado nas situações de violência nos serviços de saúde se embasou na resposta dos profissionais a um conjunto de 14 questões que abordavam o tema. Já para analisar o grau de conhecimento sobre o sistema de vigilância, utilizaram-se 6 questões sobre a organização e o fluxo das notificações. Tais questões correspondem a vinhetas (com opções de resposta do tipo likert: (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) sem opinião, (4) concordo, (5) concordo plenamente) e questões de múltipla escolha (com uma única opção correta) adaptadas de estudos anteriores^{14,31}. O grau de conhecimento dos participantes para cada uma das dimensões foi classificado de acordo com a pontuação final alcançada: deficiente (até 5 pontos), satisfatório (6 a 7 pontos) e bom (8 a 10 pontos).

O abuso sexual na infância foi identificado utilizando-se o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI). Trata-se de um instrumento para detectar vivências de violência nesse período (até os 10 anos de idade). A escala é composta por 28 (questões), porém para este fim utilizou-se os 5 itens correspondentes a subdimensão abuso sexual com opções de resposta do tipo likert: (1) nunca, (2) poucas vezes, (3) às vezes, (4) muitas vezes, (5) sempre. Os pontos de corte adotados na classificação da ocorrência de abuso sexual foram

estabelecidos de acordo com o escore na referida subdimensão: de não a leve (≤ 7 pontos) e moderado a extremo (≥ 8 pontos)³².

As variáveis que representavam as demais dimensões do modelo teórico e que foram testadas nos modelos de análise atuando como possíveis fatores de confusão no processo são autoexplicativas e se encontram na Tabela 1.

Análise de dados

Como o grau de conhecimento das duas dimensões relativas às violências são muito correlacionados, optou-se por considerá-los em separado, construindo dois modelos estatísticos de análise. A construção de tais modelos se embasou no modelo teórico apresentado anteriormente e nas análises bivariadas entre as variáveis que basearam cada dimensão e o desfecho (notificação prévia durante atuação na ESF – sim/não).

Nas análises bivariadas, estimou-se as prevalências do desfecho em subgrupos das potenciais variáveis de confusão e exposição. Seguiram-se a essa análise, os procedimentos de modelagem por meio da regressão logística por se tratar de um desfecho binário (notificou casos de violência contra crianças e adolescentes na ESF – não/sim), considerando as análises bivariadas e o modelo teórico apresentado previamente.

Inicialmente foram introduzidas as variáveis mais proximais (participou de treinamento ou capacitação; tempo de atuação na ESF; e abordagem do tema violência na graduação) e em seguida, as mais distais (abuso sexual na infância; sexo; raça; e faixa etária) em relação as exposições centrais e o desfecho de interesse. A força de associação entre o desfecho e as variáveis preditoras foi expressa em razão de chances (OR) bruta e ajustada, com intervalo de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas no software R (versão 3.5.1) e em todas foi utilizado o pacote *survey* para lidar com a aglomeração por equipe de saúde da família.

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (anuência nº 25/2017, de 7 de julho de 2017) e da Universidade do Estado do Amazonas (parecer nº 2.309.667, de 2 de outubro de 2017). Os dados foram coletados mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garantia a confidencialidade das informações. Todos os demais procedimentos estiveram de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

As principais características dos profissionais de saúde apontam para uma maioria de mulheres, com idade entre 25 a 49 anos, de raça autodeclarada parda, e que referem nunca terem sofrido abuso na infância ou se envolveram em sua forma leve, conforme classificação estabelecida. Mais da metade dos participantes afirmam não possuir nível superior, no entanto entre os que possuem graduação menos de 20% tiveram o tema violência contra crianças e adolescentes abordado durante essa formação. A maioria dos profissionais afirmou ausência de participação de treinamento ou capacitação sobre o tema, mesmo com boa parte dos participantes (55.5%) relatarem 11 anos ou mais de atuação na ESF. De modo geral, em relação ao grau de conhecimento, os profissionais de saúde apresentaram melhor desempenho sobre aspectos relacionados às manifestações, perfil de casos e linha de cuidado das situações de violência (76.9%) do que sobre o sistema de vigilância das violências, com predominância dos graus deficiente e satisfatório (TABELA 1).

Ainda na Tabela 1, percebeu-se que menos de 10% dos participantes referiu ter feito pelo menos uma notificação de algum caso de violência contra crianças ou adolescentes no período de atuação na estratégia de atenção e que estão entre os que se envolveram em situações de abuso sexual na infância de forma moderada a extrema, que tiveram o tema violência abordado na graduação (21%) e que já haviam participado de treinamentos ou capacitações os que já tiveram mais experiência com a notificação. Os grupos de profissionais que obtiveram o desempenho bom tanto na avaliação do grau de conhecimento sobre manifestações, perfil de casos e linha de cuidado (11.3%) quanto em relação ao sistema de vigilância das violências (19.8%) foram os que mais registraram as ocorrências.

Nas Tabelas 2 e 3, apresentamos os resultados das análises multivariadas utilizadas para avaliar as relações entre o grau de conhecimento sobre manifestações, perfil de casos e linha de cuidado das situações de violência e sobre o sistema de vigilância das violências com o fato de já ter notificado pelo menos um caso suspeito ou confirmado de violência contra crianças e adolescentes durante a atuação na ESF. Como pode ser visto nas referidas tabelas, observou-se que tanto o grau de conhecimento sobre aspectos relacionados à violência como sobre o sistema de vigilância foram importantes fatores promotores da notificação, mesmo controlando pelas demais variáveis que permaneceram no modelo final. Como indicado na Tabela 2, a chance de notificar um caso de violência contra crianças e adolescentes aumenta em 74% a cada acréscimo na pontuação obtida, consolidando-se as questões relativas a esse tipo de conhecimento. Apesar de não ser a exposição de interesse central deste estudo, verificou-se na análise multivariada que ter participado de treinamento ou capacitação sobre o

tema, o tempo na ESF, a abordagem do tema violência contra crianças e adolescentes na graduação e a ocorrência de abuso sexual na infância em sua forma moderada a extrema também estiveram associados ao ato de notificar.

Como pode ser visto na Tabela 3, o aumento de um ponto do escore obtido nos itens avaliados referentes ao grau de conhecimento sobre o sistema de vigilância aumenta cerca de 40% a chance de notificar um caso de violência envolvendo crianças e adolescentes. Nesse modelo, as variáveis que correspondem à participação em treinamentos ou capacitações sobre violência, ter o tema violência contra crianças e adolescentes abordado na graduação e a ocorrência de forma moderada a extrema de abuso sexual na infância também se mostraram associados ao desfecho, permanecendo no modelo final. Entretanto, nesse modelo, o tempo de atuação na ESF não apresentou relação com o registro dos casos. Os resultados também mostram que as demais variáveis referentes às características sociodemográficas como sexo, faixa etária e raça não parecem apresentar relação alguma com o desfecho de interesse em ambos os modelos.

Discussão

A amostra do estudo é predominantemente feminina, com menos de 49 anos de idade, parda, que nunca se envolveu com situações de abuso sexual na infância e que não possui graduação, com um perfil sociodemográfico bastante semelhante ao encontrado em outros estudos com abordagem semelhante^{10,14,19}. Assim como nunca haviam participado de treinamentos sobre o tema, mesmo atuando há certo tempo na atenção básica do município.

Diante do baixo quantitativo de profissionais que referiram a realização de pelo menos uma notificação durante o tempo de atuação na ESF e das altas prevalências de violência contra crianças e adolescentes no Brasil, os resultados do presente estudo indicam que há uma grande subnotificação de casos de violência contra crianças e adolescentes na Atenção Primária de Manaus. Assim como mostram outros estudos já realizados com abordagem semelhante^{19,33,34}.

Como apontado na seção de Resultados, o grau de conhecimento dos profissionais da ESF em Manaus sobre as manifestações, perfil de casos e linha de cuidado das situações de violência é maior que o conhecimento sobre o sistema de vigilância das violências, evidenciado pelo resultado desempenhado na avaliação. Porém, estão entre os profissionais que apresentaram melhor desempenho sobre o sistema de vigilância os que mais notificaram, o que denota que existe ainda nas equipes de saúde da família o profissional que é o responsável pela notificação e que nem sempre foi o que identificou o caso. Apesar dessa

diferenciação, em estudo realizado na Carolina do Norte, com 444 profissionais de saúde, 38% dos entrevistados desconheciam os protocolos de vigilância em relação a notificação de maus-tratos infantis. Todavia, 25% dos profissionais que dominavam a temática, acreditavam que a conheciam de maneira incorreta, pois a notificação deveria ser registrada sempre por alguém que não necessariamente o profissional que identificou a suspeita de maus-tratos²⁵.

As análises múltiplas acusam que o efeito do grau de conhecimento sobre as manifestações, perfil de casos e linha de cuidado é superior sobre o desfecho em comparação ao grau de conhecimento sobre o sistema de vigilância. Em pesquisa realizada na Arábia Saudita os resultados mostraram que o papel do conhecimento geral dos participantes sobre alguns aspectos importantes do abuso infantil e da negligência foi mais importante sobre a notificação e que o conhecimento sobre o processo de notificação dos casos foi bastante deficiente, variando entre 66% e 79%³⁵. Já em estudo realizado com 877 profissionais de saúde na China demonstrou que os entrevistados apresentavam conhecimento insuficiente sobre a identificação de possíveis casos de maus-tratos envolvendo crianças, especialmente em relação aos que envolviam abuso sexual e que esta dificuldade impactava diretamente sobre os registros dos casos⁶.

A participação em treinamentos ou capacitações sobre o tema também foi pertinente na notificação dos casos, conforme os resultados das análises. Assim como em outros estudos^{10,14,15,19} a maioria dos participantes da pesquisa nunca participou de cursos sobre a temática. Em pesquisa realizada com profissionais de saúde em um hospital universitário em Roma, identificou-se que a partir da adoção de diferentes estratégias de treinamento houve um aumento de 87% de reconhecimento e notificação dos casos de maus tratos contra crianças³⁶, o que reforça a necessidade de ocorrência desses treinamentos.

O resultado deste estudo demonstrou também que a maioria dos participantes da pesquisa já atuava na ESF há mais de 10 anos e que quanto maior o tempo de trabalho maior a chance de o profissional notificar o caso. Em contrapartida, em pesquisa realizada com profissionais da ESF em Ribeirão Preto, em São Paulo, o pouco tempo de atuação no serviço público não interferiu na identificação dos casos, porém os deixava inseguro em relação aos encaminhamentos¹¹. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado na ESF em Fortaleza, no Ceará, onde os profissionais com menor tempo de trabalho foram os que mais se depararam com casos de maus-tratos¹⁴.

A análise dos dados indicou que possuir um curso de graduação está associado à notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes e que essa chance é ampliada se os profissionais de saúde obtiverem formação sobre o tema durante o curso. Estudos têm

reconhecido que os profissionais de saúde são considerados essenciais na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco para a violência e para a execução de intervenções mais adequadas^{37,38}. Para isto, é necessário desenvolver estratégias de ensino do tema que contemplem desde sua inserção nos currículos, passando pela formação dos próprios docentes, criando campos de estágio que permitam vivenciar a questão³⁹.

Não está claro o impacto das experiências pessoais de abuso sexual na infância nas práticas de atendimento às vítimas de violência dos profissionais de saúde. Todavia, observou-se nos achados desse estudo que a ocorrência de abuso sexual na infância demonstrou ser um fator importante na decisão de notificar e que os profissionais que relataram tal situação notificaram mais casos em comparação aos que não sofreram ou aos que optaram por não responder tais questionamentos. Alguns estudos apontam que os profissionais que apresentam história pregressa de abuso sexual infantil se sentem mais confiantes na identificação dos casos⁴⁰ e que esses tendem a proporcionar maior qualidade no atendimento⁴¹, pois acreditam ser necessário o domínio prático nessa etapa para intervir em favor dos sobreviventes da violência familiar⁴². Já outros afirmam se sentirem inseguros e relatam receio de aumentar o sofrimento dos pacientes³⁶.

Embora outros estudos almejassem mostrar a relação do sexo dos profissionais com a notificação dos casos^{10,11,24,44-46}, ainda não há referências que apontem a presença dessa associação. Assim como a idade, também não foi identificada por pesquisas com abordagem semelhante, pois a notificação apresenta uma relação muito maior com a experiência desenvolvida ao longo dos anos de atuação profissional do que com a faixa etária propriamente⁴⁵. Apesar da raça não apresentar associação com o registro das situações de violência envolvendo crianças, tal resultado contrasta com os achados do inquérito realizado com profissionais de saúde nos Estados Unidos que demonstrou serem os profissionais de raça branca os que mais registraram casos de maus-tratos envolvendo crianças e adolescentes, em comparação as demais²⁸.

Os resultados desse estudo devem ser vistos à luz de suas limitações e pontos fortes. A primeira delas foi o fato da ausência de instrumento validado previamente para avaliação dos conhecimentos sobre os diversos conteúdos relacionados ao tema violência contra crianças e adolescentes, sem a prévia avaliação psicométrica, impõe que os resultados sejam interpretados com cautela. Outra importante limitação diz respeito às perdas em função de recusas em participar do estudo. É possível que entre as perdas concentrem um percentual maior de profissionais não afeitos ao tema e/ou com menor conhecimento e experiência na abordagem das situações de violência nos serviços. Contudo, caso o conjunto tivesse

participado, tais conhecimentos seriam ainda menores. Dentre os pontos positivos, destaca-se o fato deste ser o primeiro estudo de grande abrangência em Manaus envolvendo os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a temática da violência. Dessa forma, apesar destas limitações, entende-se que as fragilidades e dificuldades que a equipe de Saúde da Família em Manaus apresenta para lidar com situações de violência contra crianças e adolescentes indicadas pela pesquisa serão de fundamental importância para o redirecionamento das propostas de educação continuada sobre o tema no município.

A apropriação do conhecimento sobre aspectos relacionados à violência (manifestações, perfil de casos e linha de cuidado) configura como um fator importantíssimo no processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes. Esse fato reforça a necessidade de se trabalhar exaustivamente esse conteúdo nos treinamentos e capacitações, pois tal condição pode ser refletida na dificuldade que os profissionais possuem em identificar, de desenvolver habilidades práticas no manejo dos casos e, por consequência, de notificar.

Apesar da responsabilidade pela notificação dos casos ser de preferência do profissional de saúde que atendeu a vítima⁴⁷, o que se percebe é um direcionamento dessa atividade aos profissionais que possuem maior grau de conhecimento sobre o sistema de vigilância e os que participaram de treinamentos sobre o tema. Isso nos leva a reforçar a importância de trabalhar essa temática com todas as categorias profissionais que constituem a equipe de saúde da família e incluir o assunto nos planos de ensino dos cursos de graduação em saúde para a garantia da qualificação profissional.

O registro dos casos atrelado à ocorrência do abuso sexual na infância dos profissionais de saúde é um achado relevante, porém preocupante do ponto de vista da complexidade das consequências das situações de violência para as vítimas durante toda a vida. Para tanto, tal cuidado deve ser levado em consideração na realização das capacitações, pois as experiências pessoais podem interferir nas intervenções do profissional, assim como a falta de sensibilização daqueles que nunca se envolveram com esse problema social.

A notificação é o primeiro passo para acionar a rede de proteção às crianças e aos adolescentes em situação de violência e para o adequado funcionamento do sistema de vigilância. Além disso, a garantia da integralidade das ações depende da qualidade das informações geradas pela notificação dos casos, sendo relevante do ponto de vista dos planos de enfrentamento e das políticas públicas de intervenção, principalmente a partir da constatação de que a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes é um problema relevante na ESF em Manaus.

Dessa forma, os achados desse estudo sugerem que cursos de formação em violência infanto-juvenil possam ser ofertados aos profissionais de saúde da ESF e que avaliações e acompanhamentos contínuos possam ser realizados de modo a verificar a efetividade dessas atividades junto às equipes de saúde na capital assim como em outras regiões do estado, adotando-se como principal indicador de avaliação o aumento das notificações provenientes da atenção básica no município o que trará repercussões relevantes para o adequado funcionamento do sistema de vigilância do agravo.

Tabela 1 – Características individuais, de formação, de serviço e os graus de conhecimento relacionados à notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus, Amazonas

Variáveis	Total		Já notificou VCA*		IC (95%)
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	108	17.7	9	8.3	3.8 – 15.2
Feminino	503	82.3	47	9.3	6.9 – 12.2
Faixa etária (anos)					
25 a 40	241	39.4	21	8.7	5.5 – 13.0
41 a 49	181	29.6	15	8.3	4.7 – 13.3
50 ou mais	189	31.0	20	10.6	6.6 – 15.9
Raça					
Preta e outras	26	4.3	3	11.5	2.4 – 30.1
Branca	145	23.7	13	9.0	4.9 – 14.8
Parda	440	72.0	40	9.1	6.6 – 12.2
Abuso sexual na infância					
Não a leve	501	82.0	46	9.2	6.8 – 12.0
Moderado a extremo	48	7.9	8	16.7	7.5 – 30.2
Sem informação	62	10.1	2	3.2	0.4 – 11.2
Tema violência abordado na graduação					
Não tem graduação	323	52.9	13	4.0	2.1 – 6.8
Tem graduação, mas não teve o tema	188	30.8	22	11.7	7.5 – 17.2
Tem graduação e teve o tema	100	16.3	21	21.0	13.5 – 30.3
Participou de treinamento ou capacitação					
Não	350	57.3	11	3.1	1.6 – 5.5
Sim	261	42.7	45	17.2	12.9 – 22.4
Tempo na ESF (anos)					
1 a 5	152	24.9	11	7.2	3.7 – 12.6
6 a 10	120	19.6	10	8.3	4.1 – 14.8
11 ou mais	339	55.5	35	10.3	7.3 – 14.1
Grau de conhecimento sobre manifestações, perfil de casos e linha de cuidados (pontos)					
Deficiente (Até 5)	24	3.9	1	4.2	0.1 – 21.1
Satisfatório (6 a 7)	117	19.1	2	1.7	0.2 – 6.0
Bom (8 a 10)	470	76.9	53	11.3	8.5 – 14.4
Grau de conhecimento sobre vigilância (pontos)					
Deficiente (Até 5)	189	30.9	5	2.6	0.9 – 6.0
Satisfatório (6 a 7)	331	54.2	33	10.0	6.9 – 13.7
Bom (8 a 10)	91	14.9	18	19.8	12.1 – 29.4
Total	611	100.0	56	9.2	7.0 – 11.7

* Já notificou VCA (violência contra a criança e ao adolescente) desde que começou a atuar como profissional de saúde na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2 – Associação do grau de conhecimento dos profissionais de saúde da ESF sobre manifestações, perfil de casos, linha de cuidado e outras variáveis na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

Variável	OR(a) (IC 95%)	p-valor	OR (IC 95%)*	p-valor
Grau de conhecimento sobre manifestações, perfil de casos e linha de cuidado (pontos)#	2.23 (1.56 – 3.18)	< 0.001	1.74 (1.14 – 2.66)*	0.010
Participou de treinamento ou capacitação (ref.: não)				
Sim	6.42 (3.43 – 12.00)	< 0.001	4.12 (2.02 – 8.39)	< 0.001
Tempo na ESF (anos)#	1.03 (0.98 – 1.09)	0.148	1.07 (1.00 – 1.15)	0.045
Tema violência contra criança/adolescente na graduação (ref.: não tem graduação)				
Tem graduação, mas não teve o tema	3.16 (1.50 – 6.64)	0.003	2.88 (1.39 – 5.96)	0.005
Tem graduação e teve o tema	6.33 (2.95 – 13.59)	< 0.001	5.24 (2.14 – 12.81)	< 0.001
Abuso sexual na infância (ref.: não a leve)				
Moderado a extremo	1.97 (0.80 – 4.83)	0.137	2.87 (1.10 – 7.47)	0.032
Sexo (ref.: masculino)				
Feminino	1.13 (0.53 – 2.40)	0.745	1.19 (0.51 – 2.77)	0.648
Raça (ref.: preta e outras)				
Branca	0.75 (0.20 – 2.80)	0.675	0.45 (0.13 – 1.57)	0.215
Parda	0.76 (0.22 – 2.63)	0.673	0.64 (0.21 – 1.99)	0.452
Faixa etária (anos) (ref.: 25 a 40)				
41 a 49	1.03 (0.52 – 2.00)	0.928	0.87 (0.40 – 1.87)	0.732
50 ou mais	1.22 (0.63 – 2.36)	0.551	1.40 (0.59 – 3.31)	0.440

(a) não ajustada

*ajustada para: treinamento, tempo na ESF, tema violência contra criança e adolescente na graduação, abuso sexual, sexo, raça e faixa etária.

#variáveis inseridas no modelo em formato contínuo.

Tabela 3 – Associação do grau de conhecimento dos profissionais de saúde da ESF sobre o sistema de vigilância das violências e outras variáveis na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

Variável	OR(a) (IC 95%)	p-valor	OR (IC 95%)*	p-valor
Grau de conhecimento sobre vigilância (pontuação)#	1.77 (1.45 – 2.17)	< 0.001	1.39 (1.10 – 1.77)*	0.006
Participou de treinamento ou capacitação				
(ref.: não)				
Sim	6.42 (3.43 – 12.00)	< 0.001	3.80 (1.85 – 7.81)	< 0.001
Tempo na ESF (anos)#	1.03 (0.98 – 1.09)	0.148	1.06 (0.99 – 1.14)	0.088
Tema violência contra criança/adolescente na graduação				
(ref.: não tem graduação)				
Tem graduação, mas não teve o tema	3.16 (1.50 – 6.64)	0.003	3.23 (1.56 – 6.68)	0.001
Tem graduação e teve o tema	6.33 (2.95 – 13.59)	< 0.001	5.78 (2.33 – 14.32)	< 0.001
Abuso sexual na infância				
(ref.: não a leve)				
Moderado a extremo	1.97 (0.80 – 4.83)	0.137	2.89 (1.11 – 7.49)	0.030
Sexo				
(ref.: masculino)				
Feminino	1.13 (0.53 – 2.40)	0.745	1.05 (0.46 – 2.39)	0.905
Raça				
(ref.: preta e outras)				
Branca	0.75 (0.20 – 2.80)	0.675	0.41 (0.11 – 1.45)	0.172
Parda	0.76 (0.22 – 2.63)	0.673	0.58 (0.19 – 1.75)	0.336
Faixa etária (anos)				
(ref.: 25 a 40)				
41 a 49	1.03 (0.52 – 2.00)	0.928	0.93 (0.44 – 1.94)	0.851
50 ou mais	1.22 (0.63 – 2.36)	0.551	1.46 (0.62 – 3.42)	0.377

(a) não ajustada

*ajustada para: treinamento, tempo na ESF, tema violência contra criança e adolescente na graduação, abuso sexual, sexo, raça e faixa etária.

#variáveis inseridas no modelo em formato contínuo.

Referências

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):1-13.
2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Sinanet/cnv/violebr.def>. [Último acesso: 01 de janeiro, 2019].
3. Moraes CL, Peres MFT, Reichenheim ME. Epidemiologia das Violências Interpessoais. In: Filho NA, Barreto ML, eds. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
4. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. *ECA 2017 – Estatuto da Criança e do Adolescente (Versão Atualizada)*. Rio de Janeiro: CEDECA; 2017. 258 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n ° 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília (DF), 2014.
6. Li X, Yue Q, Wang S, Wang H, Jiang J, Gong L, *et al*. Knowledge, attitudes, and behaviours of healthcare professionals regarding child maltreatment in China. *Child: Care, Health and Development – Wiley Online Library*. 2016;43:869–75.
7. Lima JS. *Notificação da violência como fator de proteção social a crianças e adolescentes*. 1 ed. Curitiba: Appris; 2018. 163 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 104 p.
9. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(12):2926-36.
10. Barbosa IL, Pereira AS, Moreira DP, Luna GLM, Oliveira AKA, Ferreira RC, *et al*. Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*. 2009;3(1):24-32.
11. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(2):17-23.
12. Lima MCCS, Costa JÁ, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, *et al*. Atuação profissional da atenção básica face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(Supl.1):118-37.
13. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*. 2012;28(9):1749-58.

14. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-91.
15. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013;31(2):223-30.
16. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4267-76.
17. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(Especial 70 anos):903-8.
18. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. *Revista Saúde e Sociedade São Paulo*. 2011;20(1):136-46.
19. Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJES. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Revista Saúde em Debate*. 2014;38(103):794-804.
20. Feng JY, Wu YWB. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*. 2005;28:337-47.
21. Davidov DM, Nadorff MR, Jack SM, Coben JH. Nurse home visitors' perspectives of mandatory reporting of children's exposure to intimate partner violence to child protection agencies. *Public Health Nursing*. 2012;29(5):412-23.
22. Bird S. Mandatory notification of child abuse: when to report? Reprinted from *Australian Family Physician*. 2005;34(9):779-80.
23. Leung PWS, Wong WCW, Tanga CSK, Lee A. Attitudes and child abuse reporting behaviours among Hong Kong GPs. *Family Practice*. 2011;28:195-201.
24. Borimnejad L, Fomani FK. Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(8):1-7.
25. Lynne EG, Gifford EJ, Evans KE, Rosch JB. Barriers to reporting child maltreatment: do emergency medical services professionals fully understand their role as mandatory reporters? *North Carolina Medical Journal*. 2015;76(1):13-8.
26. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2007;23(3):128-37.
27. Conceição JC, Gusmão MEN, Souza SS, Gomes NP. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2012;26(2):468-77.

28. Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment*. 2006;11(4):361-9.
29. Mathews B, Yang C, Lehman EB, Mincemoyer C, Verdiglione N, Levi BH. Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and attitudes about reporting child maltreatment: A randomized controlled trial. *PloS ONE*. 2017:1-19.
30. Merav BN. Child sexual abuse: a review of the recent literature. *Minerva Pediatrica*. 2015;67(1):91-7.
31. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, *et al.* Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005;5(1):103-8.
32. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40(2):249-55.
33. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*. 2008;24(2):323-32.
34. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2305-17.
35. Habib HS. Pediatrician knowledge, perception, and experience on child abuse and neglect in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*. 2012;32(3):236-42.
36. Ferrara P, Gatto A, Manganelli NP, Ianniello F, Amodeo ME, Amato M, *et al.* The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Italian Journal of Pediatrics*. 2017;43:1-5.
37. Carney DM, Mckibbin L. Screening for domestic violence. *Nursing Management*. 2003;34(9):35-6.
38. Weiss LB, Kripke EN, Coons HL, O'Brien MK. Integrating a domestic violence education program into a medical school curriculum: challenges and strategies. *Teaching and Learning in Medicine*. 2000;12(2):133-40.
39. Souza ER, Ferreira AL, Santos NC. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(3):329 – 38.
40. Candib LM, Savageau JÁ, Weinreb L, Reed G. When the doctor is a survivor of abuse. *Family Medicine*. 2012;44(6):416-24.
41. Christofides NJ, Silo Z. How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa. *Nursing and Health Sciences*. 2005;7:9–14.

42. Lahunta EA, Tulsy AA. Personal exposure of faculty and medical students to family violence. *Journal of the American Medical Association*. 1996;275(24):1903-6.
43. Gallop R, McKeever P, Toner B, Lancee W, Lueck M. Inquiring about childhood sexual abuse as part of the nursing history: opinions of abused and nonabused nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995;9(3):146–51.
44. Cocco M, Silva EB, Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010;12(3):491-7.
45. Yehuda YB, Schwartz-Attar S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child abuse and neglect: reporting by health professionals and their need for training. *The Israel Medical Association Journal*. 2010;12:598-602.
46. Dam BAFM, Sanden WJM, Bruers JJM. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. 2015;15:1-7.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 22 p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas seções introdutórias desta tese apresentaram-se as principais propostas de contribuição para o avanço do conhecimento em dois aspectos relevantes. Primeiro, os dados gerados pelo sistema de vigilância das violências, demonstrando que este é um grave problema de saúde no estado e que necessita de melhorias na qualidade do preenchimento do principal instrumento para avaliar o contexto epidemiológico deste agravo. Segundo, entender como está sendo realizado o processo de notificação das situações de violência envolvendo crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família na capital do estado, Manaus, considerando a atenção básica a porta de entrada dos usuários no acesso aos serviços de saúde e que está inserida no cotidiano das famílias e comunidades.

A partir da análise das notificações, percebeu-se que crianças e adolescentes apresentam características distintas, principalmente quanto aos dados da ocorrência e ao perfil do agressor, porém em ambos os grupos é a violência sexual que predomina no registro dos casos. Além disso, apesar da importância das fichas de notificação para a contextualização do problema no município, a baixa completude do preenchimento dos campos não obrigatórios do documento reduz não só o desempenho da vigilância do município, mas também dificulta o desenvolvimento de ações específicas voltadas para a redução da ocorrência e o acompanhamento de casos.

Como visto no segundo artigo, os profissionais de saúde da ESF em Manaus apresentam características sociodemográficas e de formação diferenciadas; formação que pouco introduz e prepara o profissional para lidar com as situações de violência envolvendo crianças, adolescentes e suas famílias, principalmente ao se observar o desempenho deficiente na avaliação dos graus de conhecimento referentes à linha de cuidado diante dessas situações e sobre o sistema de vigilância das violências. Apesar dessa constatação, há de se destacar o desempenho satisfatório dos profissionais médicos e enfermeiros em oposição às demais categorias profissionais.

Tendo como referência as referências bibliográficas disponíveis, a tese propôs um modelo que representa as relações dos graus de conhecimento dos profissionais sobre as manifestações da violência, o perfil dos casos, a linha de cuidado e o sistema de vigilância das violências com a notificação dos casos contra crianças e adolescentes e potenciais variáveis de confusão e mediação. Os resultados corroboram com a hipótese de que esses graus de conhecimento estão associados ao ato de notificar. Além disso, indicaram que participar de algum treinamento ou capacitação sobre o tema, o tempo de atuação na ESF, ter o tema

violência contra crianças e adolescentes abordado durante a graduação e ter sofrido abuso sexual na infância também apresentam associação com o desfecho. Dessa forma, alguns pontos ainda precisam ser explorados em estudos futuros. Ressalta-se que o modelo estudado é propositivo e precisa ser avaliado em estudos adicionais, com outros domínios populacionais, assim como devem ser testados via modelagem de equações estruturais ao se considerar os diversos caminhos para se demonstrar essa relação.

Os resultados desse estudo devem ser vistos à luz de suas limitações. A primeira delas foi o fato da ausência de instrumento validado previamente para avaliação dos conhecimentos sobre os diversos conteúdos relacionados ao tema violência contra crianças e adolescentes. Ainda que baseado em instrumentos previamente utilizados em estudos nacionais, a elaboração de um instrumento especialmente para a pesquisa, sem a prévia avaliação psicométrica, impõe que os resultados sejam interpretados com cautela. Outra importante limitação diz respeito às perdas do estudo em função de recusas em participar do estudo. O presente estudo avaliou apenas 52,5% dos elegíveis. É possível que entre as perdas concentrem um percentual maior de profissionais não afeitos ao tema e/ou com menor conhecimento e experiência na abordagem das situações de violência nos serviços. Contudo, caso o conjunto tivesse participado, tais conhecimentos seriam ainda menores. Há de se destacar que este é o primeiro estudo de grande abrangência em Manaus envolvendo os profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a temática da violência e que analisou a qualidade das fichas de notificação do município.

No que se refere às ações em saúde pública, os achados dessa pesquisa reforçam que trabalhar com situações de violência contra crianças e adolescentes não é uma tarefa simples, uma vez que o profissional pode se deparar com situações complicadas já que estão inseridos em cotidianos propícios a esse e outros problemas sociais. O perfil de formação dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento desses profissionais em especial os de nível técnico e fundamental sobre o manejo dos casos e o sistema de vigilância das violências, reforçam a necessidade de capacitação, de forma a padronizar as ações em saúde direcionadas ao cuidado da vítima e família. A formação de parcerias entre a secretaria municipal de saúde de Manaus, as universidades, as instituições de proteção às crianças e adolescentes e outras instituições da sociedade civil que desenvolvam ações voltadas à prevenção das violências e à atenção a famílias em situação de violência também pode ser vista como importante ferramenta para qualificar a abordagem do problema no município. Tais parcerias podem proporcionar subsídios para prevenção, identificação, notificação e enfrentamento da problemática.

A notificação é o primeiro passo para acionar a rede de proteção às crianças e aos adolescentes em situação de violência e para o adequado funcionamento do sistema de vigilância. Ademais, a garantia da integralidade das ações depende da qualidade das informações geradas pela notificação dos casos, sendo relevante do ponto de vista dos planos de enfrentamento e das políticas públicas de intervenção, principalmente a partir da constatação de que a subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes é um problema relevante na ESF em Manaus.

Dessa forma, os achados desse estudo sugerem que cursos de formação continuada e capacitação em violência infanto-juvenil possam ser ofertados aos profissionais de saúde da ESF, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências necessárias para a prevenção, a identificação de evidências, o diagnóstico e o enfrentamento de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente. Além disso, há a necessidade de avaliações contínuas que possibilitem verificar a efetividade dessas atividades junto às equipes de saúde na capital, assim como em outras regiões do estado, adotando-se como principal indicador de avaliação o aumento das notificações provenientes da atenção básica no município o que trará relevantes repercussões para o funcionamento do sistema de vigilância do agravo.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M.B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, v. 23, n.1, p. 131-142, 2014.
- ACOSTA, D.F et al. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.26, p.1-9, 2017.
- ALMEIDA, R.B. et al. Violência e acidentes: percepção do enfermeiro sobre a assistência e o registro. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, v.3, n.3, p. 13-26, 2016.
- ANDRADE, E.M. et al. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.1, p.147-155, 2011.
- APOSTÓLICO, M.R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.20, n.2, p. 08 telas, 2012.
- ARAGÃO, A.S. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. espec., p. 07 telas, 2013.
- ARPINI, D.M. et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia em Revista*, v. 14, n.2, p.95-112, 2008.
- ASSIS, S.G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.9, p.2305-2317, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2018.
- AYOU, C. et al. Child protection: Pediatricians' knowledge and practices in Brittany. *Archives de Pédiatrie*, v.25, p.207-212, 2018.
- BANNWART, T.H.; BRINO, R.F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, v.29, n.2, p.138-45, 2011.
- BARBOSA, I.L. et al. Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*, v.3, n.1, p.24-32, 2009.
- BARBOSA, I.L.V. et al. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interfaces Científica Saúde e Ambiente*, v.1, n.2, p.9-20, 2013.
- BAZON, M.R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.2, p.323-332, 2008.

- BENETTI, S.P.C. et al. A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento da criança e adolescentes. In: HUTZ, C.S. *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 71-95.
- BIRD, S. Mandatory notification of child abuse: when to report? *Reprinted from Australian Family Physician*, v.34, n.9, p.779-780, 2005.
- BORIMNEJAD, L.; FOMANI, F.K. Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, v.17, n.8, p.222-96, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de maus - tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Educação, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência: Orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 104, 25 de janeiro de 2011, que inclui na relação de doenças e agravos de notificação compulsória a notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *SINAN relatórios: manual de operação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 126 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRITO, G.E.G. et al. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital no nordeste do Brasil. *Revista APS*, v.19, p.434-445, 2016.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. (eds). *Handbook of child psychology (Vol. 1): Theoretical models of human development*. New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.
- CANDIB, L.M. et al. When the doctor is a survivor of abuse. *Family Medicine*, v.44, p.416-424, 2012.

- CARMO, C.J.; HARADA, M.J.C.S. Violência física como prática educativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.14, n.6, p.1-9, 2006.
- CARNEY, D.M.; MCKIBBIN, L. Screening for domestic violence. *Nursing Management*, v.34, p.35-6, 2003.
- CARVALHO, Q.C.M. et al. Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. *Revista RENE*, v.9, n.2, p.157-164, 2008.
- CARVALHO, A.C.R. et al. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, p.539-546, 2009.
- CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *ECA 2017 - Estatuto da Criança e do Adolescente (Versão Atualizada)*. Rio de Janeiro: CEDECA, 2017. 258 p.
- CEZAR, P.K.; ARPINI, D.M.; GOETZ, E.R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v.37, p.432-445, 2017.
- CHILD HELPLINE INTERNATIONAL (CHI). *Child Helpline International's Violence against Children Report 2014 Data*. Amsterdam: CHI, 2015.
- CHO, O.H.; CHA, K.S.; YOO, Y.S. Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses. *Asian Nursing Research*, v.9, p.213-8, 2015.
- CHRISTOFIDES, N.J.; SILO, Z. How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west province, South Africa. *Nursing and Health Sciences*, v.7, p.9-14, 2005.
- COCCO, M.; SILVA, E.B.; JAHN, A.C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.12, p.491-7, 2010.
- CONCEIÇÃO, J.C. et al. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.26, n.2, p.468-477, 2012.
- COSTA, M.C.O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.5, p.1129-1141, 2007.
- COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade*, v.8, p.90-6, 2013.
- COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, p.7-18, 2006.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n. supl., p.1163-1178, 2007.

DAM, B.A.F.M; SANDEN, W.J.M.; BRUERS, J.J.M. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*, v.15, p.1-7, 2015.

DAVIDOV, D.M. et al. Nurse Home Visitors' Perspectives of Mandatory Reporting of Children's Exposure to Intimate Partner Violence to Child Protection Agencies. *Public Health Nursing*, v.29, n.5, p.412-423, 2012.

EGRY, E.Y.; APOSTÓLICO, M.R.; MORAIS, T.C.P. Enfrentamento da violência infantil numa perspectiva de rede: o entendimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2, p.1464-1471, 2016.

ESCOREL, S. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FALEIROS, J.M.; MATIAS, A.S.A; BAZON, M.R. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, p.337-348, 2009.

FENG, J.Y; WU, Y.W.B. Nurses' Intention to Report Child Abuse in Taiwan: A Test of the Theory of Planned Behavior. *Research in Nursing & Health*, v.28, p.337-347, 2005.

FERRARA, P. et al. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Italian Journal of Pediatrics*, v.43, p.1-5, 2017.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, p.347-335, 2005.

FINKELHOR, D.et al. Children's Exposure to Violence: A Comprehensive National Survey. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, p.1-12, 2009.

FLAHERTY, E.G. et al. Pediatrician Characteristics Associated With Child Abuse Identification and Reporting: Results From a National Survey of Pediatricians. *Child Maltreatment*, v.11, n.4, p.361-369, 2006.

FONSECA, R.M.G.S. et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.25, n.6, p.895-901, 2012.

FRASER, J.A. et al. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, v.4, p.7146-153, 2010.

FREITAS, C.P.P; HABIGZANG, L.F. Percepções de psicólogos sobre a capacitação para intervenção com vítimas de violência sexual. *Psicologia Clínica*, v.25, n.11, p.215-230, 2013.

GALLOP, R. et al. Inquiring about childhood sexual abuse as part of the nursing history: opinions of abused and nonabused nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, v.9, p.146-151, 1995.

GARBIN, C.A.S. et al. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, p.665-70, 2011.

GARBIN, C.A.S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.6, p.1879-1890, 2016.

GARCIA, A.C.P. et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trabalho, Educação e Saúde Rio de Janeiro*, v.15, p.283-300, 2017.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.58, p.659-665, 2012.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (organizadores). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Editora Unicamp, 2002. p. 221-56.

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

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: percepção e responsabilidade do cirurgião dentista. *Revista Odonto Ciência*, v.23, n.1, p.35-39, 2008.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L.M.; PEZZI, J.C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.2, p.249-55, 2006.

GUZZ, P.C. et al. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.35, n.2, p.100-5, 2014.

HABIB, H.S. Pediatrician knowledge, perception, and experience on child abuse and neglect in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, v. 32, p.236-242, 2012.

HILLIS, S. et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, v.137, p.1-13, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html?>. Acesso em: 06 de fev. 2019.

LAHUNTA E.A.; TULSKY, A.A. Personal exposure of faculty and medical students to family violence. *Journal of the American Medical Association*, v.275, p.1903-1906, 1996.

LEE, P.Y.; FRASER, J.A.; CHOU, F.H. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *Kaohsiung Journal Medical Science*, v.2, p.3128-37, 2007.

- LEITE, C.N. et al. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v.13, n.1, p.22-26, 2006.
- LOREYA, S.T. et al. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*, v.2, p.524-31, 2015.
- LEUNG, P.W.S. et al. Attitudes and child abuse reporting behaviours among Hong Kong GPs. *Family Practice*, v.28, p.195-201, 2011.
- LI, X. et al. Knowledge, attitudes, and behaviours of healthcare professionals regarding child maltreatment in China. *Child: Care, Health and Development - Wiley Online Library*, v.43, p.869-875, 2016.
- LIMA, M.C.C.S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. supl., p.118-137, 2011.
- LIMA, J.S. *Notificação da violência como fator de proteção social a crianças e adolescentes*. Curitiba: Appris, 2018.
- LOBATO, G.R.; MORAES, C.L.; NASCIMENTO, M.C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.28, n.9, p.1749-1758, 2012.
- 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*, v.15, n.2, p.481-491, 2010.
- LYNNE, E.G. et al. Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? *North Carolina Medical Journal*, v.76, n.1, p.13-18, 2015.
- MACHADO, M.H. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- MACHADO, M.H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al (organizadores). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MAGALHÃES, M.L.C. et al. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. *FEMINA*, v.37, n.10, p.547-551, 2009.
- MAHL, C.; TOMASI, E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. *CIÊNCIA ET PRAXIS*, v.2, p.19-26, 2009.
- MARTINS, C.B.G; MELLO-JORGE, M.H.P. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.18, n.4, p.315-334, 2009.

- MASCARENHAS, M.D.M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n.2, p.347-357, 2010.
- MATHEWS, B. et al. Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and attitudes about reporting child maltreatment: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, p.1-9, 2017.
- MEIRELLES, Z.V; SILVA, C. Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. *Violência contra a mulher adolescente/Jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007:208.
- MELTON, G.B. Mandated reporting: a policy without reason. *Child Abuse & Neglect*, v.29, p.9-18, 2005.
- MERAV, B.N. Child sexual abuse: a review of the recent literature. *Minerva Pediatrica*, v.67, p.91-7, 2015.
- MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. *Impacto da violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- MORAES, C.L; PERES, M.F.T; REICHENHEIM, M.E. Epidemiologia das Violências Interpessoais. In: FILHO, N.A.; BARRETO. M.L. (eds). *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- MOREIRA, G.A.R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, v.31, n.2, p.223-30, 2013.
- MOREIRA, G.A.R. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.10, p.4267-4276, 2014.
- MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, v.13, p.153-66, 2009.
- MOURA, A.T.M.S.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.12, p.2926-36, 2008.
- NETO, F.R.G.X. et al. Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidade de qualificação. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.6, p. 51-64, 2008.
- NUNES, C.B; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista Enfermagem*, v.22, n. especial, p.903-8, 2009.
- NUNES, A.J; SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.3, p.871-880, 2016.

- OLIVEIRA, M.T. et al. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v.11, n.1, p.29-39, 2011.
- OLIVEIRA, J.R. et al. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.3, p.759-771, 2014.
- PFEIFFER, L.; ROSÁRIO, N.A.; CAT, M.N.L. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Revista Paulista de Pediatria*, v.29, n.4, p.477-82, 2011.
- PINHEIRO, P.S. Violência contra crianças: informe mundial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, p.1343-1350, 2006.
- PINTO, J.M.R. O acesso à educação superior no Brasil. *Educação & Saúde*, v.25, p.727-756, 2004.
- PIRES, J.M. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, v.5, n.1, p.103-108, 2005.
- RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L. 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, 2011.
- ROCHA, P.C.X.; MORAES, C.L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.7, p.3285-96, 2011.
- ROLIM, A.C.A. et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde e Debate*, v.38, n.103, p.794-804, 2014.
- SCHOLS, M.W.; RUITER, C.D.; ÖRY, F.G. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*, v.13, p.807-823, 2013.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Núcleo de Prevenção e Riscos à Saúde por Causas Externas*. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.
- SILVA, N.C; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde e Sociedade*, v.19, n.3, p.592-50, 2010.
- SILVA, R.C.R. et al. Influence of domestic violence on the association between malnutrition and low cognitive development. *Jornal de Pediatria*, v.88, n.2, p.149-54, 2012.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 02 fev. 2017.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 01 jan 2019.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.supl., p.1211-1222, 2007.

SOUZA, E.R.; FERREIRA, A.L.; SANTOS, N.C. Concepções de docentes em relação ao manual sobre violência intrafamiliar. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33, n.3, p.329-38, 2009.

SOUZA, K.C.; DECURCIO, R.A.; VELOSO, H.H.P. Avaliação do Nível de Conhecimento dos Cirurgiões-dentistas sobre Maus tratos Infantis. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v.18, n.48, p.67-70, 2010.

SOUZA, C.S. et al. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, p.773-784, 2014.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.477-486, 2009.

THORESEN, S. et al. Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, v.6, p.1-12, 2015.

TRINDADE, L.C. et al. Sexual violence against children and vulnerability. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.60, n.1, p.70-74, 2014.

VELOSO, M.M.X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.5, p.1263-1272, 2013.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.11, p.3407-3416, 2015.

VILLELA, W.V. et al. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.6, p.1316-1324, 2009.

WEISS, L.B. et al. Integrating a domestic violence education program into a medical school curriculum: challenges and strategies. *Teaching and Learning in Medicine*, v.12, n.2, p.133-40, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violence prevention the evidence: preventing violence by developing life skills in children and adolescents*. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO, 2016.

YEHUDA, Y.B. et al. Child abuse and neglect: reporting by Health Professionals and their need for training. *IMAJ*, v.12, p.598-602, 2010.

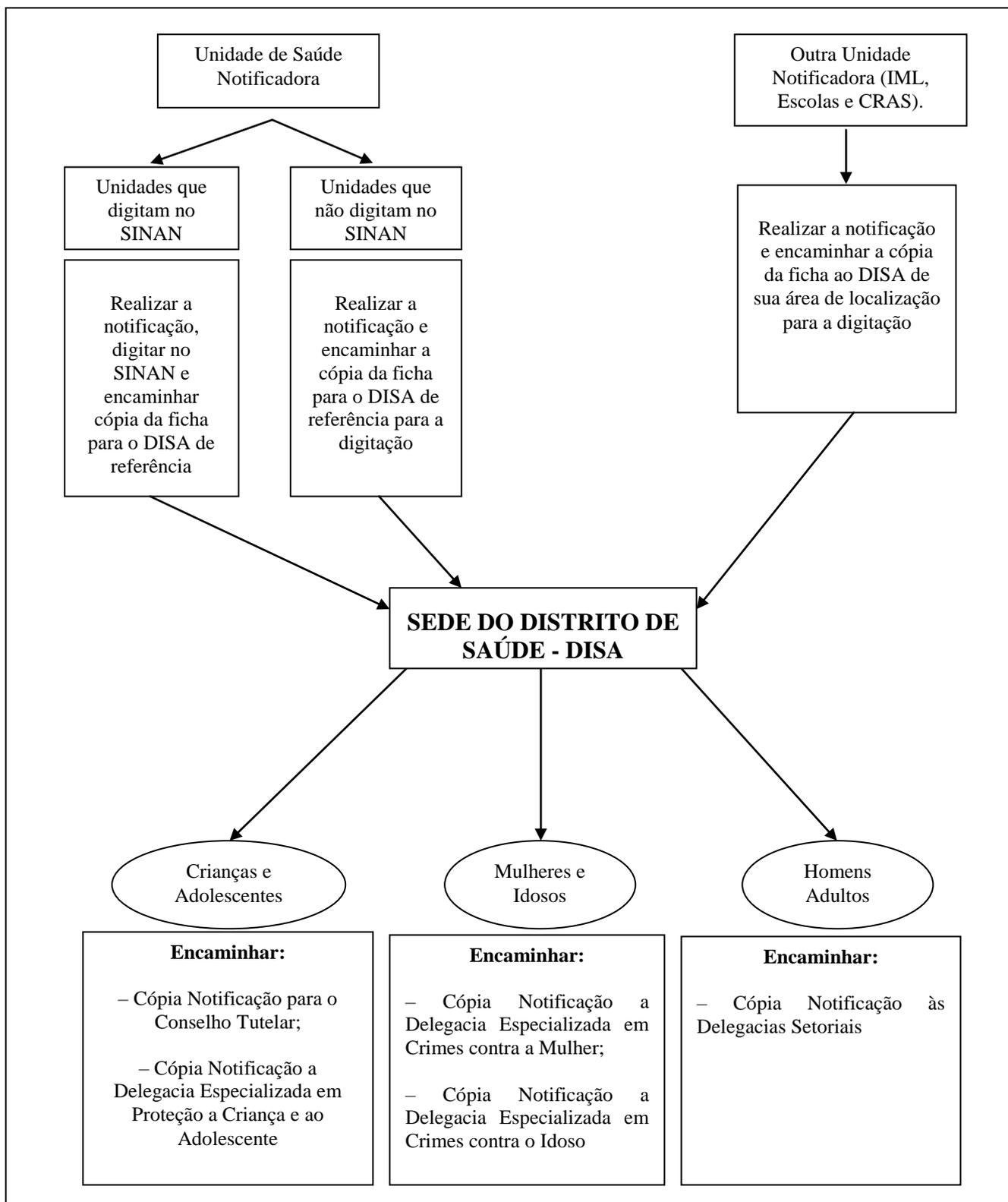
ZAMBON, M.P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.58, n.4, p.465-471, 2012.

ANEXO A – Ficha de notificação individual da violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº			
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL							
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/familiar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, assédio/ameaça, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT</p>							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravidade		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA			
	3	Código (CID10)		Y09			
	3	Data da notificação					
Dados da Unidade	4	UF	Município de notificação				
	6	Unidade Notificadora			1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros		
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade			
	8	Unidade de Saúde		Código (ONES)			
Dados do Paciente	9	Data da ocorrência da violência					
	10	Nome do paciente					
	11	Data de nascimento					
	12	(ou) Idade	13	Sexo	14	Estado Civil	
Dados de Residência	15	Escolaridade		16	Raça/Cor		
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe		
	19	UF	Município de Residência		20	Código (IBGE)	
	21	Distrito					
Dados Complementares	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida...)		
	24	Número	25	Complemento (apto., casa...)	26	Geo campo 1	
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência	29	CEP
	30	(DDD) Telefone	31	Zona	32	País (se residente fora do Brasil)	
Dados da Pessoa Agravada	Dados Complementares						
	33	Nome Social		34	Ocupação		
	35	Situação conjugal / Estado civil					
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero		
Dados da Ocorrência	38	Possui algum tipo de deficiência/transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		
	40	UF	Município de ocorrência		41	Código (IBGE)	
	42	Distrito					
	43	Bairro	44	Logradouro (rua, avenida...)	45	Código	
Dados da Ocorrência	46	Número	47	Complemento (apto., casa...)	48	Geo campo 3	
	49	Ponto de Referência		50	Zona	51	Hora da ocorrência
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?	54	A lesão foi autoprovocada?
	55	Local de ocorrência		56	Ocorreu outras vezes?	57	A lesão foi autoprovocada?

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 99-Não se aplica 90-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espincamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substâncias/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Outros	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigo/conhecido <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pesca com relação institucional	62 Sexo do provável autor da agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça de Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados Básicos	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância de lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> Disque-Saúde 0800 61 1997 </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 </div> <div style="width: 30%;"> Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 </div> </div>			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 03.06.2015

ANEXO B – Fluxograma da vigilância para a notificação da violência interpessoal/autoprovocada



Fonte: Núcleo de Prevenção e Riscos à Saúde por Causas Externas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-AM, 2016.



ANEXO C – Instrumentos de coleta dos dados

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL – IMS/UERJ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA

QUESTIONÁRIO A – MÉDICOS, ENFERMEIROS, DENTISTAS.

Para preenchimento pela equipe de pesquisa:					
ID	eSF	Data da Coleta	Hora Início	Hora Fim	Aplicador
□□□□		□□/□□/□□□□	—:—	—:—	
ATENÇÃO					
<p>Prezado profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preencha os itens abaixo e marque um (X) na opção escolhida. Se você quiser mudar sua opção de resposta, assinale com uma seta a resposta verdadeira. • O questionário é anônimo e todos os dados serão mantidos em sigilo. • Por favor, faça uma revisão cuidadosa antes de entregar o questionário para ver se você não se esqueceu de responder alguma pergunta. • Em caso de dúvida chame o responsável pela aplicação do questionário. 					
Para preenchimento pelo profissional de saúde:					
MÓDULO A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
<p>A1. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino</p>					
<p>A2. Data de Nascimento: ___/___/_____</p>					
<p>A3. Situação Conjugal: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/União estável (3) Separado(a)/Divorciado(a) (4) Viúvo(a)</p>					
<p>A4. Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (asiático) (5) Indígena</p>					

<p>A5. Tem filhos? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO A7)</p>
<p>A6. Quantos filhos você tem? _____</p>
<p>A7. Qual é seu último nível de escolaridade completo?</p> <p>(1) Ensino Superior. Qual foi o ano de conclusão? _____ (2) Especialização. Qual foi o ano de conclusão? _____ (3) Mestrado. Qual foi o ano de conclusão? _____ (4) Doutorado. Qual foi o ano de conclusão? _____</p>
<p>A8. Renda: A8a. Seu salário Bruto (R\$): _____ A8b. Renda Total da Família (R\$): _____ A8c. Quantas pessoas vivem da sua renda (inclua você também)? _____ A8d. Quantas pessoas moram em sua residência (inclua você também)? _____</p>
<p>A9. Seu domicílio é do tipo: (1) Casa (2) Apartamento (3) Outros: _____</p>
<p>A10. De qual material são feitas as paredes do seu domicílio? (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Outros: _____</p>
<p>A11. De qual material é feito o telhado do seu domicílio? (1) Telha de Barro (2) Laje (3) Telha de Zinco (4) Outros: _____</p>
<p>A12. De qual material é feito o piso do seu domicílio? (1) Cerâmica (2) Carpete (3) Cimento (4) Madeira (5) Outros: _____</p>
<p>A13. Qual a forma de abastecimento de água no seu domicílio? (1) Rede geral (2) Poço (3) Outros: _____</p>
<p>A14. A água usada para beber no seu domicílio é: (1) Filtrada (2) Fervida (3) Outros: _____</p>
<p>A15. Qual o número de cômodos no seu domicílio (incluindo banheiro(s) e cozinha(s))? _____</p>
<p>A16. Qual o destino dado ao lixo no seu domicílio? (1) Coletado pelo serviço de limpeza (2) Queimado (3) Outros: _____</p>
<p>A17. Qual a origem da energia elétrica usada no seu domicílio? (1) Rede geral (2) Não tem energia elétrica (3) Outros: _____</p>
<p>A18. Considerando o trecho da sua casa, a sua rua é: (1) Asfaltada/ Pavimentada (2) Terra/Cascalho (3) Outros: _____</p>
<p>A19. Os moradores tem acesso à internet no seu domicílio? (1) Sim (2) Não</p>

A20. Em sua casa há os itens abaixo? Por favor, marque (X) em quantos dos itens abaixo existem em sua casa:

Itens	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Automóvel Particular					
Computador					
Máquina de lavar louças					
Geladeira					
Freezer					
Máquina de lavar roupa					
Aparelho de DVD (ou qualquer outro aparelho que toque DVD)					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Máquina secadora de roupa					
Empregado(a) doméstico(a) mensalista (que trabalhe 3x ou mais na semana)					

A21. Religião atual:

- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Umbanda ou candomblé
- (5) Judaica
- (6) Sem religião
- (7) Outras: _____

A22. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- (1) Nenhuma
- (2) Uma vez no ano
- (3) Algumas vezes no ano
- (4) Todos os meses

MÓDULO B: FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO NA ESF

B1. Universidade de graduação:

- (1) Pública
- (2) Privada

B2. Graduação em (MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO, SE NECESSÁRIO):

- (1) Medicina
- (2) Enfermagem
- (3) Odontologia

B3. Ano de conclusão do curso de graduação (SE MAIS DE UMA OPÇÃO NA QUESTÃO B2, INDIQUE O ANO DE CONCLUSÃO DE CADA CURSO):

B4. Possui pós-graduação?

- (1) Sim
- (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO B6)

B5. Qual o curso de pós-graduação?

- (1) Especialização. Em que área? _____
- (2) Mestrado. Em que área? _____
- (3) Doutorado. Em que área? _____

B6. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família? _____ ano(s)

B7. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade básica de saúde?

- () _____ mês(es) () _____ ano(s)

B8. Qual sua carga horária semanal de serviço nesta unidade básica de saúde?

_____ horas/semana

<p>B9. Regime de Trabalho (1) Efetivo (2) Temporário</p>
<p>B10. Atualmente, você atua na equipe de saúde da família como: (1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Cirurgiã(o) - Dentista</p>
<p>MÓDULO C: NOTIFICAÇÃO E O SERVIÇO DE SAÚDE</p>
<p>C1. Você conhece a ficha de notificação compulsória de violência interpessoal ou autoprovocada? (1) Sim (2) Não</p>
<p>C2. A sua unidade básica de saúde possui a ficha de notificação compulsória de violência interpessoal ou autoprovocada? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>
<p>C3. O tema violência contra criança e adolescente foi abordado na sua graduação? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO C5)</p>
<p>C4. Quantas disciplinas durante a sua graduação tiveram alguma atividade (aula, discussão, caso clínico, etc.) sobre violência contra criança e o adolescente? (1) Nenhuma (2) 1 a 2 (3) 3 a 4 (4) 5 a 6 (5) 7 ou mais</p>
<p>C5. Quantas vezes você já participou de algum treinamento ou capacitação sobre violência contra criança e adolescente? (1) Nunca participei (SE NUNCA PARTICIPOU, PULE PARA A QUESTÃO C9) (2) 1 a 2 (3) 3 a 4 (4) 5 a 6 (5) 7 ou mais</p>
<p>C6. Quantos treinamentos ou capacitações sobre violência contra criança e adolescente você participou nos últimos cinco anos? (1) Nenhum (2) 1 a 2 (3) 3 a 4 (4) 5 a 6 (5) 7 ou mais</p>
<p>C7. Onde geralmente ocorrem esses treinamentos ou capacitações? (1) Na própria unidade de saúde (2) Na SEMSA (3) No DISA (4) Em outro local. Qual? _____</p>
<p>C8. Que tipo de método de ensino é utilizado nesses treinamentos ou capacitações? Você pode selecionar uma ou mais de uma resposta a esta questão. (1) Nenhum (2) Palestra (3) Discussão de material do Ministério da Saúde (4) Oficinas (5) Encenação (6) Leitura (7) Estudos de Casos (8) Rodas de Conversas (9) Outro. Qual? _____</p>
<p>C9. Você acha que se sente apto a lidar com as situações de violência contra crianças e adolescentes no dia a dia do serviço? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não</p>
<p>C10. Quais as instituições (governamentais e não governamentais) que você pode contar no apoio ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência? _____ _____</p>

MÓDULO D: IDENTIFICAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS
<p>D1. Você JÁ IDENTIFICOU algum caso suspeito ou confirmado de violência contra criança ou adolescente alguma vez na vida? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO D6)</p>
<p>D2. Quantos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente você JÁ IDENTIFICOU alguma vez na vida? (1) 1 a 3 (2) 4 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais</p>
<p>D3. Quantos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente você JÁ IDENTIFICOU nos últimos 5 anos? (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
<p>D4. Você JÁ IDENTIFICOU algum caso suspeito ou confirmado de violência contra criança ou adolescente durante seu tempo de atuação na ESF? (1) Sim (2) Não</p>
<p>D5. Nos últimos 12 meses, quantos casos de cada tipo de violência contra criança ou adolescente você JÁ IDENTIFICOU?</p> <p>D5a. Violência Física (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5b. Psicológica/Moral (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5c. Violência Sexual (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5d. Negligência/Abandono (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5e. Trabalho Infantil (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5f. Outras: _____ (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
<p>D6. Você JÁ NOTIFICOU algum caso de violência contra criança ou adolescente alguma vez na vida? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO E5)</p>
<p>D7. Quantos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente você JÁ NOTIFICOU alguma vez na vida? (1) 1 a 3 (2) 4 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais</p>
<p>D8. Você JÁ NOTIFICOU algum caso de violência contra criança ou adolescente durante seu tempo de atuação na ESF? (1) Sim (2) Não</p>
<p>D9. Quantos casos de violência contra criança ou adolescente você JÁ NOTIFICOU nos últimos 5 anos? (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
<p>D10. Nos últimos 12 meses, quantos casos de cada tipo de violência contra criança ou adolescente você JÁ NOTIFICOU?</p> <p>D10a. Violência Física (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10b. Psicológica/Moral (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>

<p>D10c. Violência Sexual (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10d. Negligência/Abandono (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10e. Trabalho Infantil (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10f. Outras _____ (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
MÓDULO E: EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM O SISTEMA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE
<p>E1. SE SIM A QUESTÃO D6, ou seja, SE JÁ FEZ ALGUMA NOTIFICAÇÃO de situação de violência contra a criança ou adolescente, sabe o que aconteceu depois? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO E5)</p>
<p>E2. O que aconteceu depois da notificação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>E3. Você acha que o Conselho Tutelar ou a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente atuaram adequadamente? (1) Sim (SE SIM, PULE PARA A QUESTÃO E5) (2) Não</p>
<p>E4. Por que NÃO? Justifique sua resposta.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>E5. Você tem receio de notificar um caso de violência contra crianças e adolescentes? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA O MÓDULO F)</p>
<p>E6. Qual o seu maior receio? (1) Envolvimento legal (2) Perder a confiança da vítima e família (3) Prejudicar o acompanhamento da vítima e da família (4) Sofrer represália (5) Outro. Qual? _____</p>
MÓDULO F: CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA E A NOTIFICAÇÃO
<p>Agora, vamos apresentar algumas afirmativas referentes a conhecimentos sobre violência contra crianças e adolescentes e gostaríamos que você marcasse com um (X) a opção de resposta que melhor se ajusta ao que você pensa:</p>
<p>F1. A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil envolve força corporal e ameaça. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente</p>
<p>F2. As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual ou negligencia costumam dizer a alguém logo após a ocorrência. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente</p>
<p>F3. Os profissionais que notificam um caso suspeito de violência contra criança e adolescente podem ser processados se o caso não for confirmado. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente</p>
<p>F4. A maioria das crianças que sofreram violência sexual tem como autor da agressão um desconhecido.</p>

(1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F5. A maioria dos adultos que abusam de crianças ou adolescentes foram abusadas na mesma fase da vida. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F6. O profissional de saúde deve ter provas do abuso sexual da criança ou adolescente antes de notificar o caso. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F7. Os serviços de proteção à criança e ao adolescente investigam somente os casos de violência notificados pelos profissionais de saúde. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F8. Muitas crianças e adolescentes que fogem de casa fazem isso após terem sofrido algum tipo de violência em casa. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F9. Crianças e adolescentes sexualmente abusadas devem passar por um exame físico para confirmar a situação. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F10. Crianças e adolescentes negligenciadas devem passar por um exame físico para confirmar a situação. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F11. Uma criança ou adolescente que tenha sido abusada fisicamente terá sinais físicos em todos os casos. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F12. O Estatuto da Criança e do Adolescente diz no artigo 13, que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade”. Este artigo se aplica a qualquer forma de violência independente da gravidade. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F13. Uma criança de 08 anos de idade relata que sua mãe o agride, inclusive apresenta marcas de cinto pelo corpo. Neste caso, o profissional de saúde não deve notificar, pois esta prática é uma tentativa dos pais de dar uma boa educação à criança. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F14. Um recém-nascido vai à 1ª consulta de crescimento e desenvolvimento, percebe-se que ele está baixo peso, fraldas sujas, algumas equimoses pelo corpo e pequenos nódulos subcutâneos em região mandibular e glútea, na sua opinião são sinais claros de negligência e violência física. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F15. Uma garota de 07 anos chega a UBS com sangramento vaginal. Ao exame físico, encontra-se hematoma da porção anterior do grande lábio esquerdo, o que faz suspeitar de abuso sexual. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F16. Um adolescente apresentou várias lesões de marcas de corda pelo corpo. Na sua opinião, você notifica o caso como violência física. (1)Discordo plenamente (2)Discordo (3)Sem opinião (4)Concordo (5)Concordo plenamente
F17. Os casos de violência contra a criança e o adolescente devem ser encaminhados: (1) Somente para o Conselho Tutelar (2) Somente para a polícia (3) Somente para o Ministério Público (4) Todos acima (5) Não sei
F18. RELACIONE A SEGUNDA COLUNA COM A PRIMEIRA! Determine o fluxo de comunicação da ficha de notificação devidamente preenchida pelo profissional de saúde na atenção básica:

F26. O que a equipe de saúde da família poderia fazer nessa situação para ajudar Glória?

MÓDULO G: EXPERIÊNCIAS NA INFÂNCIA

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança. Para cada afirmação, marque com um (X) a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu, desde que você se lembre, até o seus 10 anos de idade.

Complete a frase: DESDE QUE EU ME LEMBRO ATÉ OS MEUS 10 ANOS DE IDADE...

	Nunca verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Sempre verdadeiro
Eu não tive o suficiente para comer.					
Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
As pessoas da minha família me chamavam de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.					
Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
Eu tive que usar roupas sujas.					
Eu me senti amado(a).					
Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					

Complete a frase: DESDE QUE EU ME LEMBRO ATÉ OS MEUS 10 ANOS DE IDADE...

	Nunca verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Sempre verdadeiro
Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.					

As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
Eu tive uma ótima infância.					
Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
Complete a frase: DESDE QUE EU ME LEMBRO ATÉ OS MEUS 10 ANOS DE IDADE...					
	Nunca verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Sempre verdadeiro
Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
Eu tive a melhor família do mundo.					
Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
Alguém me molestou.					
Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.					
Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
Eu acredito que fui abusado(a).					
Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Por favor, no espaço abaixo, apresente SUGESTÕES PARA MELHORAR O ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA às crianças e adolescentes em situação de violência.

AGRADECEMOS POR COMPLETAR O QUESTIONÁRIO!



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL – IMS/ UERJ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA

QUESTIONÁRIO B – TÉCNICO DE ENFERMAGEM, TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL, AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Para preenchimento pela equipe de pesquisa:					
ID	eSF	Data da Coleta	Hora Início	Hora Fim	Aplicador
□□□□□□		□□/□□/□□□□	__:__	__:__	
ATENÇÃO					
<p>Prezado profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preencha os itens abaixo e marque um (X) na opção escolhida. Se você quiser mudar sua opção de resposta, assinale com uma seta a resposta verdadeira. • O questionário é anônimo e todos os dados serão mantidos em sigilo. • Por favor, faça uma revisão cuidadosa antes de entregar o questionário para ver se você não se esqueceu de responder alguma pergunta. • Em caso de dúvida chame o responsável pela aplicação do questionário. 					
Para preenchimento pelo profissional de saúde:					
MÓDULO A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
<p>A1. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino</p>					
<p>A2. Data de Nascimento: __/__/____</p>					
<p>A3. Situação Conjugal: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/União estável (3) Separado(a)/Divorciado(a) (4) Viúvo(a)</p>					
<p>A4. Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (asiático) (5) Indígena</p>					
<p>A5. Tem filhos? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO A7)</p>					
<p>A6. Quantos filhos você tem? _____</p>					
<p>A7. Qual foi seu último nível de escolaridade completo?</p> <p>(1) Ensino Fundamental. Qual foi o ano de conclusão? _____</p> <p>(2) Ensino Médio. Qual foi o ano de conclusão? _____</p> <p>(3) Ensino Superior. Qual foi o ano de conclusão? _____</p>					

(4) Especialização. Qual foi o ano de conclusão? _____
A8. Renda: A8a. Seu salário Bruto (R\$): _____ A8b. Renda Total da Família (R\$): _____ A8c. Quantas pessoas vivem da sua renda (inclua você também)? _____ A8d. Quantas pessoas moram em sua residência (inclua você também)? _____
A9. Seu domicílio é do tipo: (1) Casa (2) Apartamento (3) Outros: _____
A10. De qual material são feitas as paredes do seu domicílio? (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Outros: _____
A11. De qual material é feito o telhado do seu domicílio? (1) Telha de Barro (2) Laje (3) Telha de Zinco (4) Outros: _____
A12. De qual material é feito o piso do seu domicílio? (1) Cerâmica (2) Carpete (3) Cimento (4) Madeira (5) Outros: _____
A13. Qual a forma de abastecimento de água no seu domicílio? (1) Rede geral (2) Poço (3) Outros: _____
A14. A água usada para beber no seu domicílio é: (1) Filtrada (2) Fervida (3) Outros: _____
A15. Qual o número de cômodos no seu domicílio (incluindo banheiro(s) e cozinha(s))? _____
A16. Qual o destino dado ao lixo no seu domicílio? (1) Coletado pelo serviço de limpeza (2) Queimado (3) Outros: _____
A17. Qual a origem da energia elétrica usada no seu domicílio? (1) Rede geral (2) Não tem energia elétrica (3) Outros: _____
A18. Considerando o trecho da sua casa, a sua rua é: (1) Asfaltada/ Pavimentada (2) Terra/Cascalho (3) Outros: _____
A19. Os moradores tem acesso à internet no seu domicílio? (1) Sim (2) Não

A20. Em sua casa há os itens abaixo? Por favor, marque (X) em quantos dos itens abaixo existem em sua casa:

Itens	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Automóvel Particular					
Computador					
Máquina de lavar louças					
Geladeira					
Freezer					
Máquina de lavar roupa					
Aparelho de DVD (ou qualquer outro aparelho que toque DVD)					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Máquina secadora de roupa					
Empregado(a) doméstico(a) mensalista (que trabalhe 3x ou mais na semana)					

A21. Religião atual:

- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Umbanda ou candomblé
- (5) Judaica
- (6) Sem religião
- (7) Outras: _____

A22. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- (1) Nenhuma (2) Uma vez no ano (3) Algumas vezes no ano (4) Todos os meses

MÓDULO B: FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO NA ESF

B1. Você possui graduação?

- (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO B5)

B2. Universidade de graduação:

- (1) Pública (2) Privada

B3. Graduação em:

- (1) Medicina
- (2) Enfermagem
- (3) Odontologia
- (4) Psicologia
- (5) Farmácia
- (6) Serviço Social
- (7) Outros: _____

B4. Ano de conclusão do curso de graduação (SE MAIS DE UMA OPÇÃO NA QUESTÃO B3, INDIQUE O ANO DE CONCLUSÃO DE CADA CURSO):

B5. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família? _____ ano(s)

B6. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade básica de saúde?

- () _____ mês(es) () _____ ano(s)

B7. Qual sua carga horária semanal de serviço nesta unidade básica de saúde?

_____ horas/semana

<p>B8. Regime de Trabalho (1) Efetivo (2) Temporário</p>
<p>B9. Atualmente, você atua na equipe de saúde da família como: (1) Técnico(a) de Enfermagem (2) Técnico(a) em Saúde Bucal (3) Agente Comunitário de Saúde</p>
<p>MÓDULO C: NOTIFICAÇÃO E O SERVIÇO DE SAÚDE</p>
<p>C1. Você conhece a ficha de notificação de violência interpessoal ou autoprovocada? (1) Sim (2) Não</p>
<p>C2. A sua unidade básica de saúde possui a ficha de notificação de violência interpessoal ou autoprovocada? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>
<p>C3. Se você possui graduação (SE NÃO TEM GRADUAÇÃO, PULE PARA A QUESTÃO C5), o tema violência contra criança e adolescente foi abordado durante o curso? (2) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO C5)</p>
<p>C4. Quantas disciplinas durante a sua graduação tiveram alguma atividade (aula, discussão, caso clínico, etc.) sobre violência contra criança e o adolescente? (1) Nenhuma (2) 1 a 2 (3) 3 a 4 (4) 5 a 6 (5) 7 ou mais</p>
<p>C5. Quantas vezes você já participou de algum treinamento ou capacitação sobre violência contra criança e adolescente? (1) Nunca participei (SE NUNCA PARTICIPOU, PULE PARA A QUESTÃO C9) (2) 1 a 2 (3) 3 a 4 (4) 5 a 6 (5) 7 ou mais</p>
<p>C6. Quantos treinamentos ou capacitações sobre violência contra criança e adolescente você participou nos últimos cinco anos? (1) Nenhum (2) 1 a 2 (3) 3 a 4 (4) 5 a 6 (5) 7 ou mais</p>
<p>C7. Onde geralmente ocorrem esses treinamentos ou capacitações? (1) Na própria unidade de saúde (2) Na SEMSA (3) No DISA (4) Em outro local. Qual? _____</p>
<p>C8. Que tipo de método de ensino é utilizado nesses treinamentos ou capacitações? Você pode selecionar uma ou mais de uma resposta a esta questão. (1) Nenhum (2) Palestra (3) Discussão de material do Ministério da Saúde (4) Oficinas (5) Encenação (6) Leitura (7) Estudos de Casos (8) Rodas de Conversas (9) Outro. Qual? _____</p>
<p>C9. Você acha que se sente capacitado para lidar com as situações de violência contra crianças e adolescentes no dia a dia do serviço? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não</p>
<p>C10. Quais as instituições (governamentais e não governamentais) que você pode contar no apoio ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência? _____ _____</p>

MÓDULO D: IDENTIFICAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS
<p>D1. Você JÁ IDENTIFICOU algum caso suspeito ou confirmado de violência contra criança ou adolescente alguma vez na vida? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO D6)</p>
<p>D2. Quantos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente você JÁ IDENTIFICOU alguma vez na vida? (1) 1 a 3 (2) 4 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais</p>
<p>D3. Quantos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente você JÁ IDENTIFICOU nos últimos 5 anos? (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
<p>D4. Você JÁ IDENTIFICOU algum caso suspeito ou confirmado de violência contra criança ou adolescente durante seu tempo de atuação na ESF? (1) Sim (2) Não</p>
<p>D5. Nos últimos 12 meses, quantos casos de cada tipo de violência contra criança ou adolescente você JÁ IDENTIFICOU?</p> <p>D5a. Violência Física (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5b. Psicológica/Moral (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5c. Violência Sexual (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5d. Negligência/Abandono (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5e. Trabalho Infantil (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D5f. Outras: _____ (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
<p>D6. Você JÁ NOTIFICOU algum caso de violência contra criança ou adolescente alguma vez na vida? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO E5)</p>
<p>D7. Quantos casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança ou adolescente você JÁ NOTIFICOU alguma vez na vida? (1) 1 a 3 (2) 4 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais</p>
<p>D8. Você JÁ NOTIFICOU algum caso de violência contra criança ou adolescente durante seu tempo de atuação na ESF? (1) Sim (2) Não</p>
<p>D9. Quantos casos de violência contra criança ou adolescente você JÁ NOTIFICOU nos últimos 5 anos? (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
<p>D10. Nos últimos 12 meses, quantos casos de cada tipo de violência contra criança ou adolescente você JÁ NOTIFICOU?</p> <p>D10a. Violência Física (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10b. Psicológica/Moral (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>

<p>D10c. Violência Sexual (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10d. Negligência/Abandono (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10e. Trabalho Infantil (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p> <p>D10f. Outras _____ (1) Nenhum (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 a 9 (5) 10 ou mais</p>
MÓDULO E: EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM O SISTEMA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE
<p>E1. SE SIM A QUESTÃO D6, ou seja, SE JÁ FEZ ALGUMA NOTIFICAÇÃO de violência contra a criança ou adolescente, sabe o que aconteceu depois? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO E5)</p>
<p>E2. O que aconteceu depois da notificação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>E3. Você acha que o Conselho Tutelar ou a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente atuaram adequadamente? (1) Sim (SE SIM, PULE PARA A QUESTÃO E5) (2) Não</p>
<p>E4. Por que NÃO? Justifique sua resposta.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>E5. Você tem receio de notificar um caso de violência contra crianças e adolescentes? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA O MÓDULO F)</p>
<p>E6. Qual o seu maior medo? (1) Envolvimento legal (2) Perder a confiança da vítima e família (3) Prejudicar o acompanhamento da vítima e da família (4) Sofrer represália (5) Outro. Qual? _____</p>
MÓDULO F: CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA E A NOTIFICAÇÃO
<p>Agora, vamos apresentar algumas afirmativas referentes a conhecimentos sobre violência contra crianças e adolescentes e gostaríamos que você marcasse com um (X) a opção de resposta que melhor se ajusta ao que você pensa:</p>
<p>F1. A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil envolve força corporal e ameaça. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F2. As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual ou negligência costumam dizer a alguém logo após a ocorrência. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F3. Os profissionais que notificam um caso suspeito de violência contra criança e adolescente podem ser processados se o caso não for confirmado. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F4. A maioria das crianças que sofreram violência sexual tem como autor da agressão um desconhecido. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>

<p>F5. A maioria dos adultos que abusam de crianças ou adolescentes foram abusadas na mesma fase da vida. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F6. O profissional de saúde deve ter provas do abuso sexual da criança ou adolescente antes de notificar o caso. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F7. Os serviços de proteção à criança e ao adolescente investigam somente os casos de violência notificados pelos profissionais de saúde. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F8. Muitas crianças e adolescentes que fogem de casa fazem isso após terem sofrido algum tipo de violência em casa. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F9. Crianças e adolescentes sexualmente abusadas devem passar por um exame físico para confirmar a situação. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F10. Crianças e adolescentes negligenciadas devem passar por um exame físico para confirmar a situação. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F11. Uma criança ou adolescente que tenha sido abusada fisicamente terá sinais físicos em todos os casos. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F12. O Estatuto da Criança e do Adolescente diz no artigo 13, que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade”. Este artigo se aplica a qualquer forma de violência independente da gravidade. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F13. Uma criança de 08 anos de idade relata que sua mãe o agride, inclusive apresenta marcas de cinto pelo corpo. Neste caso, o profissional de saúde não deve notificar, pois é uma tentativa dos pais de dar uma boa educação à criança. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F14. Um recém-nascido vai à 1ª consulta de crescimento e desenvolvimento e percebe-se que ele está baixo peso, fraldas sujas, algumas marcas pelo corpo e caroços na mandíbula e glúteo, na sua opinião são sinais claros de negligência e violência física. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F15. Uma garota de 07 anos chega a UBS com sangramento vaginal. Ao exame físico, encontra-se marca roxa na vagina, o que faz suspeitar de abuso sexual. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F16. Um adolescente apresentou várias marcas de corda pelo corpo. Na sua opinião, você notifica o caso como violência física. (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Sem opinião (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p>
<p>F17. Os casos de violência contra a criança e o adolescente devem ser encaminhados: (1) Somente para o Conselho Tutelar (2) Somente para a polícia (3) Somente para o Ministério Público (4) Todos acima (5) Não sei</p>
<p>F18. RELACIONE A SEGUNDA COLUNA COM A PRIMEIRA! Determine o fluxo de comunicação da ficha de notificação devidamente preenchida pelo profissional de saúde na atenção básica:</p> <p>1 - 1ª Via da Ficha de notificação () Encaminhada ao Serviço de Vigilância em Saúde do DISA 2 - 2ª Via da Ficha de notificação () Encaminhada para os Conselhos e a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente</p>

MÓDULO G: EXPERIÊNCIAS NA INFÂNCIA					
<p>As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança. Para cada afirmação, marque com um (X) a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu, desde que você se lembre, até o seus 10 anos de idade.</p>					
Complete a frase: DESDE QUE EU ME LEMBRO ATÉ OS MEUS 10 ANOS DE IDADE...					
	Nunca verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Sempre verdadeiro
Eu não tive o suficiente para comer.					
Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
As pessoas da minha família me chamavam de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.					
Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
Eu tive que usar roupas sujas.					
Eu me senti amado(a).					
Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.					
Complete a frase: DESDE QUE EU ME LEMBRO ATÉ OS MEUS 10 ANOS DE IDADE...					
	Nunca verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Sempre verdadeiro
As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
Eu tive uma ótima infância.					
Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
Eu senti que alguém da minha					

família me odiava.					
As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
Eu tive a melhor família do mundo.					
Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
Alguém me molestou.					
Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.					
Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
Eu acredito que fui abusado(a).					
Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Por favor, no espaço abaixo, apresente SUGESTÕES PARA MELHORAR O ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA às crianças e adolescentes em situação de violência.

AGRADECEMOS POR COMPLETAR O QUESTIONÁRIO!

ANEXO D – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde para submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa



Av. Mário Tpiranga, 1695 – Adrianópolis –
Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel: 3236-8987
gesou@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Anuência nº 25/2017 – GESAU/SEMSA

Manaus, 07 de julho de 2017.

ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO CEP

Declaramos para fim de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, estar de acordo com a condução no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA da pesquisa descrita e seguir:

TÍTULO: O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS - AM

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NATHÁLIA FRANÇA DE OLIVEIRA

PROFESSOR ORIENTADOR: CLAUDIA LEITE DE MORAES

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

É de conhecimento que os objetivos e a metodologia desenvolvida por esta pesquisa, não interferirão no fluxo normal da Instituição e que a pesquisa não gerará nenhum ônus para a Secretaria.

Salientamos que esta autorização é voluntária podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimento sobre o projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido ou até mesmo ser revogada.

Dessa forma, enfatizamos que a execução do projeto terá seu início somente após:

- 1) A **APROVAÇÃO** por um CEP, quando for o caso, mediante a apresentação de parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares;
- 2) A apresentação da **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**, emitida pela Direção da Gestão da Educação na Saúde/SEMSA.

Elizabeth Ferreira Bezerra

ELIZABETH FERREIRA BEZERRA

Gerência de Gestão da Educação na Saúde

Departamento de Gestão do Trabalho e Educação, em exercício

Nathália França de Oliveira

NATHÁLIA FRANÇA DE OLIVEIRA

Pesquisador (a) Responsável

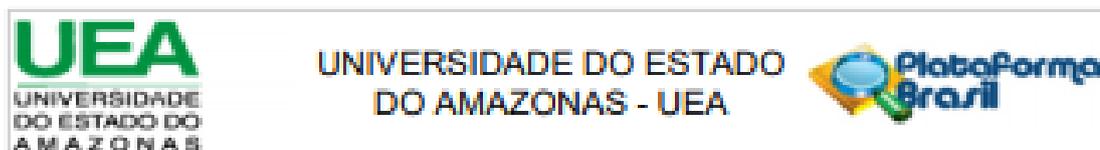
943 912 542-09

CPF

07/07/17

DATA

ANEXO E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Manaus-AM.

Pesquisador: Nathália França de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71311317.0.0000.5016

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.309/667

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado: O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Manaus-AM. **Pesquisador Responsável:** Nathália França de Oliveira. O objetivo principal deste estudo é analisar o processo de notificação de violência interpessoal ou autoprovocada contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Manaus – AM. No artigo 1 será analisada a completude das fichas de notificação de violência contra crianças e adolescentes, notificadas no município de Manaus - AM durante os anos 2009 a 2014 através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), além de apresentar o perfil dos casos de violência contra crianças e adolescentes, no mesmo período. Os dados serão submetidos a estatísticas descritivas. Nos artigos 2 e 3 busca-se avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família em relação à violência contra crianças e adolescentes e seu sistema de vigilância e investigar os fatores facilitadores e os que dificultam a notificação, respectivamente. Os dados utilizados nestes estudos se originarão de um estudo transversal realizado nas unidades básicas de saúde em Manaus – AM. A população do estudo será composta pelos profissionais de saúde de nível superior, médio e os agentes comunitários de saúde da ESF. O instrumento que será utilizado na coleta dos dados, elaborado a partir do

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: Chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Formar: 2.309.067

modelo teórico – operacional proposto, é composto por oito módulos que envolvem (características sociodemográficas, formação profissional, notificação e o serviço de saúde, identificação e processo de trabalho na atenção às violências, experiências anteriores com o sistema de proteção a criança e ao adolescente, conhecimentos e atitudes em relação à violência e notificação, a ocorrência de violência progressa e violência atual). Os dados serão submetidos a estatísticas descritivas e inferenciais. Espera-se com os resultados deste estudo possam contribuir para a vigilância desse agravo, além de nortear ações efetivas de capacitação e treinamento para a melhoria da qualidade da notificação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de notificação de violência interpessoal ou autoprovocada contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Manaus - AM.

Objetivo Secundário:

1) Analisar o grau de completude das fichas de notificação de violência contra crianças e adolescentes, notificadas no município de Manaus - AM durante os anos 2009 a 2014 através do SINAN.2) Apresentar o perfil dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados no município de Manaus - AM durante os anos acima mencionados.3) Avaliar o conhecimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família em relação à violência contra crianças e adolescentes e seu sistema de vigilância.4) Investigar os fatores facilitadores e os que dificultam a notificação da violência interpessoal ou autoprovocada contra crianças e adolescentes pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos ao profissional de saúde, como o incômodo deste necessitar relatar os fatores que facilitam ou dificultam o processo de notificação, além de relembrar possíveis situações desconfortáveis que podem estar relacionadas a traumas na infância e na adolescência.

Benefícios:

Os participantes da pesquisa não terão qualquer benefício financeiro proveniente desta pesquisa. Todavia, estão contribuindo para o processo de vigilância da violência como agravo de notificação.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-000

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.309.667

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e acadêmica pois a notificação é necessária para conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem "ocultos" nos espaços privados e públicos; para compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no País, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz; para intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência; e para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção (BRASIL, 2017).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram depositados no sistema Plataforma Brasil de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_962443.pdf	26/09/2017 12:06:00		Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	26/09/2017 12:05:32	Nathália França de Oliveira	Aceito
Cronograma	atividades.pdf	26/09/2017 12:05:14	Nathália França de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_CEP_UEA.pdf	14/07/2017 12:01:16	Nathália França de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.doc	13/07/2017 19:10:25	Nathália França de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	13/07/2017 19:09:57	Nathália França de Oliveira	Aceito
Outros	Anuencia_SEMSA.pdf	13/07/2017 19:09:34	Nathália França de Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chuapada

CEP: 69.050-000

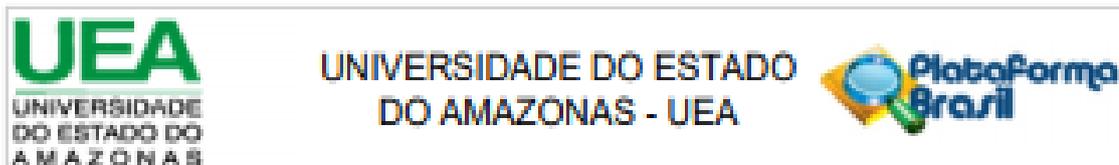
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.569.667

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:
Manoel Luiz Neto
(Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada CEP: 69.050-030
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 Fax: (92)3878-4368 E-mail: cnp.uea@gmail.com



ANEXO F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: “O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM”, conduzida pela Profa. MSc. Nathália França de Oliveira. Este estudo tem por objetivo analisar o processo de notificação da violência contra as crianças e os adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM.

Você foi selecionado(a) por ser profissional da Estratégia Saúde da Família atuante nas práticas das unidades básicas de saúde de Manaus-AM há pelo menos um ano. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A pesquisa oferece riscos mínimos ao profissional de saúde, como o incômodo deste necessitar relatar os fatores que facilitam ou dificultam o processo de notificação, além de relembrar possíveis situações desconfortáveis que podem estar relacionadas a traumas na infância e na adolescência. Os participantes da pesquisa não terão qualquer benefício financeiro proveniente desta pesquisa. Todavia, estão contribuindo para o processo de vigilância da violência como agravo de notificação.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em autopreencher o instrumento de coleta composto por sete módulos (características sociodemográficas; formação profissional e atuação na ESF; notificação e o serviço de saúde; identificação e o processo de trabalho na atenção às violências; experiências anteriores com o sistema de proteção à criança e ao adolescente; conhecimentos e atitudes em relação a violência e a notificação e experiências na infância) a ser respondido em um local reservado, no qual estará presente apenas o pesquisador responsável por sanar as dúvidas quanto ao preenchimento e apresentar os objetivos da pesquisa. Não haverá registro de áudio ou vídeo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Profa. MSc. Nathália França de Oliveira. Enfermeira, Professora Assistente da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas. Endereço Profissional: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha, Manaus – AM. Telefone: 3878-4351. Celular: 98145-4408. E-mail: nfoliveira@uea.edu.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas: Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha, Manaus – AM. Telefone: 3878-4368. E-mail: cep@uea.edu.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Manaus, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____