

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA
INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM SANTA
MARIA, RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Pâmela Kurtz Cezar

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM SANTA MARIA, RS

Pâmela Kurtz Cezar

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Kurtz Cezar, Pâmela
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA
ADOLESCÊNCIA EM SANTA MARIA, RS / Pâmela Kurtz Cezar.-
2015.
185 p.; 30cm

Orientador: Dorian Mônica Arpini
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2015

1. Violência 2. Notificação de abuso 3. Criança 4.
Adolescente I. Arpini, Dorian Mônica II. Título.

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós Graduação em Psicologia

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

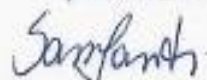
**NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA
ADOLESCÊNCIA EM SANTA MARIA, RS**

elaborada por
Pâmela Kurtz Cezar

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:


Dorian Mônica Appini, Dr^a
(Presidente/Orientadora)


Samara Silva dos Santos, Dr^a (UFSM)


Sônia Margarida Gomes Sousa, Dr^a (PUC-GOÍÁS)

*“Muitas coisas de que precisamos podem esperar.
A criança não (...).
Não lhe podemos responder: Amanhã.
Seu nome é Hoje.”*

(Viviane Nogueira de Azevedo Guerra, 2010, p. 130)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA EM SANTA MARIA, RS

AUTORA: PÂMELA KURTZ CEZAR

ORIENTADORA: DORIAN MÔNICA ARPINI

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 24 de abril de 2015

O presente estudo teve como objetivo investigar o processo de notificação compulsória da violência na infância e na adolescência na cidade de Santa Maria/RS, por meio da articulação de dados epidemiológicos com as vivências dos profissionais envolvidos nesse processo. Para tanto foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, com delineamento descritivo e exploratório. A coleta de dados na parte quantitativa compreendeu uma pesquisa documental, realizada na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN-Net: violência doméstica, sexual e/ou outras. Para a coleta de dados na parte qualitativa realizaram-se quatro grupos focais com profissionais envolvidos com a gestão e/ou a execução do processo de notificação compulsória da violência. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva e da técnica de análise de conteúdo. Os resultados foram expostos em três artigos. No primeiro foram apresentados os resultados da pesquisa quantitativa, no qual foram descritos os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência, no período de 2009 a 2013, ocorridos e notificados em Santa Maria/RS. Identificou-se que o sexo feminino predominou no número de vítimas, a violência física foi a mais notificada, a residência foi o local onde mais ocorreram as violências, além da mãe e do pai aparecerem como os maiores agressores. Nos segundo e terceiro artigos foram apresentados os resultados da pesquisa qualitativa. O segundo artigo referiu-se ao processo de implantação e implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Os resultados observados evidenciaram que no cotidiano dos serviços esse procedimento não era rotina. Identificaram-se fragilidades tanto na capacitação dos profissionais para realizarem a notificação compulsória da violência como na divulgação e utilização dos dados epidemiológicos. Também foram visualizados progressos, por meio do crescente número de serviços envolvidos com esse procedimento, somados ao aumento nos registros de notificação nos últimos anos. O terceiro artigo apresentou as percepções e os sentimentos dos profissionais quanto à notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Os resultados indicaram que os profissionais percebiam a notificação compulsória da violência, quando envolvia crianças e adolescentes, como um procedimento mais difícil. Entre os sentimentos mobilizados pela violência na infância e na adolescência estava a impotência, o espanto, a revolta e o desejo de fazer algo. Entre os sentimentos mobilizados pela notificação da violência estava o medo e a frustração. No que diz respeito aos serviços de atendimento e a rede de proteção, os profissionais expuseram que para enfrentar a violência era necessário um trabalho integrado, interdisciplinar e intersetorial. Diante dos dados obtidos nos três artigos, conclui-se que a notificação compulsória da violência pode ser um importante instrumento de proteção à infância e a adolescência. Para tanto é preciso aperfeiçoar esse processo na cidade de Santa Maria/RS, investindo na qualificação e no apoio aos profissionais, na organização e divulgação dos fluxos de atendimento e na utilização adequada dos dados epidemiológicos fornecidos pelas notificações compulsórias da violência.

Palavras-chave: Violência. Notificação de abuso. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

Master's Thesis
Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

COMPULSORY NOTIFICATION OF VIOLENCE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE IN SANTA MARIA, RS

AUTHOR: PÂMELA KURTZ CEZAR

ADVISOR: DORIAN MÔNICA ARPINI

Place and date of Defense: Santa Maria, April 24, 2015.

This study aimed to investigate the process of compulsory notification of violence in childhood and adolescence in the city of Santa Maria/RS, through articulation of epidemiological data with the experiences of professionals involved in this process. For this purpose, a quantitative and qualitative research with descriptive and exploratory design was carried out. Data collection on the quantitative section comprised a documentary survey conducted in the Notifiable Diseases Information System (SINAN-Net) database: domestic and sexual violence and/or others. In order to collect qualitative data, four focus groups with professionals involved in the process of compulsory notification of violence management and/or execution were organized. The data analysis was performed using descriptive statistics and content analysis technique. The results are displayed in three articles. In the first one the results of quantitative research were presented by describing the epidemiological data of compulsory notification of violence in child and adolescent age group, from 2009 to 2013, occurred and reported in Santa Maria/RS. The findings show that victims were predominantly female; physical violence was the most commonly reported; the residence was the place where more violence occurred; and the mother and father were presented as the biggest offenders. In the second and third articles the results of qualitative research were presented. The second one referred to the deployment and implementation process of compulsory notification of violence in Santa Maria/RS. The results showed that in everyday services this procedure was not routine. Weaknesses were identified both in the professionals training in order to carry out the compulsory notification of violence and in the dissemination and use of epidemiological data. Also, some progress was identified through the growing number of services involved with this procedure, in addition to the notification records increase in recent years. The third article presented the professionals' perceptions and feelings regarding compulsory notification of violence in childhood and adolescence as well as the interdisciplinary and intersectoral work. The results indicated that the professionals perceived the compulsory notification of violence as a most difficult procedure when it involved children and adolescents. Among all the feelings mobilized by violence in childhood and adolescence were impotence, dismay, anger, and desire to do something. On the other hand, the feelings mobilized by the notification of violence were fear and frustration. With regard to care services and protection network, professionals said that in order to confront violence, an integrated, interdisciplinary and intersectoral work was needed. Given the results from the three articles, it is concluded that compulsory notification of violence can be an important instrument for children and adolescence protection. Thus, this process needs to be improved in Santa Maria city by investing in qualification and support to professionals, compilation and distribution of assistance flows, and appropriate use of epidemiological data provided by the compulsory notifications of violence.

Keywords: Violence. Abuse notification. Child. Adolescent.

LISTA DE QUADROS/TABELA/FIGURAS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Organização dos Grupos Focais por Categorias e Níveis de Atenção..... | 47 |
| Quadro 2: Participantes Grupo Focal Gestão..... | 55 |
| Quadro 3: Participantes Grupo Focal Execução 1 – Atenção Secundária..... | 55 |
| Quadro 4: Participantes Grupo Focal Execução 2 – Atenção Primária..... | 55 |
| Quadro 5: Participantes Grupo Focal Execução 3 – Atenção Primária e Atenção Terciária...55 | |
| Tabela 1 - Municípios do RS com maior número de população com os respectivos registros de Notificações Compulsórias da Violência (NCV) na faixa etária da infância e da adolescência..... | 68 |
| Figura 1 - Distribuição do número de registros de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos no estado do RS, no período entre 2009 a 2013..... | 69 |
| Figura 2 - Distribuição dos registros de NCV no estado do RS, no período entre 2009 a 2013, de acordo com o sexo e a faixa etária..... | 69 |
| Figura 3 - Distribuição dos tipos de violência notificadas na faixa etária entre 0 e 19 anos no RS, no período de 2009 a 2013..... | 70 |
| Figura 4 - Distribuição dos locais de ocorrência de violência na faixa etária entre 0 e 19 anos no RS, no período de 2009 a 2013..... | 71 |
| Figura 5 - Distribuição dos tipos de vínculo das vítimas com os agressores no RS, no período de 2009 a 2013..... | 72 |
| Figura 6 - Distribuição do número de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos na cidade de Santa Maria/RS, no período entre 2009 a 2013..... | 73 |
| Figura 7 - Distribuição dos registros de NCV na cidade de Santa Maria/RS, no período entre 2009 a 2013, de acordo com o sexo e a faixa etária..... | 73 |
| Figura 8 - Distribuição dos tipos de violências notificadas por faixa etária na cidade de Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013..... | 74 |
| Figura 9 - Distribuição dos locais de ocorrência de violência por faixa etária na cidade de Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013..... | 75 |
| Figura 10 - Distribuição dos tipos de vínculo das vítimas com os agressores, por faixa etária, na cidade de Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013..... | 75 |

LISTA DE ABREVIATURAS

- AP – Atenção Primária
- AS – Atenção Secundária
- AT – Atenção Terciária
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
- CT – Conselho Tutelar
- CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
- DEPE - Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão
- DPCA - Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
- HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NCV – Notificação Compulsória da Violência
- NEPES – Núcleo de Educação Permanente em Saúde
- NURAS - Núcleo Regional de Ações de Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PA – Pronto Atendimento
- RMI – Residência Multiprofissional Integrada
- RS – Rio Grande do Sul
- SAM - Serviço de Assistência ao Menor
- SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO..... | 13 |
| APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL DA PESQUISADORA..... | 14 |
| INTRODUÇÃO..... | 16 |
| REVISÃO TEÓRICA..... | 20 |
| CAPÍTULO 1 - Percurso histórico da infância e da adolescência no Brasil: uma trajetória de violações e garantias de direitos..... | 20 |
| 1.1 Panorama geral: a violência na história da infância e da adolescência..... | 20 |
| 1.2 Brasil Colônia..... | 22 |
| 1.3 Brasil Império..... | 24 |
| 1.4 Brasil República..... | 27 |
| 1.5 O advento do Estatuto da Criança e do Adolescente e a realidade atual da infância e da adolescência no Brasil..... | 30 |
| CAPÍTULO 2 – A violência na infância e na adolescência como prioridade de intervenção na Saúde Pública e a notificação compulsória como possível fator de proteção..... | 33 |
| 2.1 A violência na Saúde Pública: breves considerações históricas e o olhar da saúde sobre a violência na infância e na adolescência no Brasil..... | 33 |
| 2.2 Os profissionais da saúde e a notificação da violência na infância e na adolescência no Brasil..... | 37 |
| 2.3 O processo de notificação compulsória da violência na Saúde Pública..... | 40 |
| TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... | 44 |
| Desenho do estudo..... | 44 |
| Apresentação de Santa Maria/RS e dos serviços participantes dos Grupos Focais.... | 46 |
| Procedimentos de coleta de dados..... | 48 |
| Participantes dos Grupos Focais..... | 54 |
| Procedimentos para análise dos dados..... | 56 |
| Aspectos éticos..... | 58 |
| ARTIGO 1..... | 61 |
| Resumo..... | 62 |
| Abstract..... | 63 |
| Introdução..... | 64 |
| Metodologia..... | 67 |
| Resultados..... | 68 |
| Discussões..... | 76 |
| Considerações finais..... | 84 |
| Referências | 84 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| ARTIGO 2 | 89 |
| Resumo..... | 90 |
| Abstract..... | 91 |
| Introdução..... | 92 |
| Metodologia..... | 95 |
| Resultados e discussões | 99 |
| Considerações finais..... | 125 |
| Referências | 127 |
| | |
| ARTIGO 3 | 132 |
| Resumo..... | 133 |
| Abstract..... | 134 |
| Introdução..... | 135 |
| Metodologia..... | 137 |
| Resultados e discussões | 140 |
| Considerações finais..... | 154 |
| Referências | 155 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 161 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 164 |
| | |
| ANEXOS | 171 |
| | |
| APÊNDICES | 180 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo A – Parecer do Comitê de Ética..... | 172 |
| Anexo B – Ficha de Notificação Compulsória da Violência (Versão 2008)..... | 176 |
| Anexo C – Ficha de Notificação Compulsória da Violência (Versão 2014)..... | 178 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|-----|
| Apêndice A - Modelo do Termo de Autorização Institucional..... | 181 |
| Apêndice B - Termo de Confidencialidade..... | 182 |
| Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 183 |
| Apêndice D - Roteiro dos Grupos Focais..... | 184 |

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O presente trabalho compõe a Dissertação de Mestrado intitulada “Notificação compulsória da violência na infância e na adolescência em Santa Maria, RS”. Para sua apresentação utilizou-se o formato de artigos científicos, que é admitido institucionalmente, conforme o Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (UFSM, 2012). Tal exposição vai ao encontro das propostas do Projeto Político Pedagógico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, que objetiva, entre outros, estimular a publicação dos resultados da dissertação na modalidade de artigo em periódicos científicos.

Deste modo, essa dissertação foi organizada em oito tópicos. O primeiro deles faz uma breve contextualização da trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, descrevendo as motivações que levaram a escolha do tema de pesquisa. O segundo tópico apresenta a introdução da dissertação. O terceiro refere-se à revisão teórica, que foi dividida em dois capítulos, quais sejam: Percurso histórico da infância e da adolescência no Brasil: uma trajetória de violações e garantias de direitos; A violência na infância e na adolescência como prioridade de intervenção na Saúde Pública e a notificação compulsória como possível fator de proteção. No quarto tópico é apresentada a trajetória metodológica realizada pela pesquisadora para a construção da dissertação.

Por sua vez, nos tópicos quinto, sexto e sétimo são expostos os resultados da pesquisa por meio de três artigos científicos. O quinto tópico traz o artigo referente à pesquisa quantitativa, realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN-Net RS. Nesse artigo foram descritos os dados epidemiológicos das notificações compulsórias de violência na infância e na adolescência na cidade de Santa Maria/RS, no período entre 2009 e 2013. Os dois próximos tópicos apresentam artigos referentes à pesquisa qualitativa, realizada por meio de quatro grupos focais com profissionais envolvidos com a gestão e/ou a execução da notificação compulsória da violência na cidade. O artigo apresentado no sexto tópico refere-se à implantação e implementação do processo de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. O artigo exposto no sétimo tópico traz as percepções e os sentimentos dos profissionais quanto à notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Por fim, o oitavo e último tópico, traz as considerações finais da pesquisadora em relação à pesquisa desenvolvida.

APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL DA PESQUISADORA

Para compreender como o fenômeno da violência, no âmbito da infância e da adolescência, tornou-se temática de interesse para a pesquisadora é preciso fazer um breve resgate da trajetória acadêmica e profissional. A graduação em psicologia não contemplou de maneira satisfatória o tema da violência em sua grade curricular. O contato mais específico com esse fenômeno ocorreu no estágio final do curso, realizado no ano de 2008, no Ambulatório de Saúde Mental em Santa Maria/RS. A experiência de estágio possibilitou o acompanhamento de situações de violência numa perspectiva clínica e individual.

Com o término da graduação no ano de 2009 e o interesse em ingressar na área da Saúde Pública, a pesquisadora optou por fazer a seleção para o Programa de Residência Multiprofissional Integrada (RMI) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na ênfase de Saúde da Família. Assim, por meio das vivências em três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) foi possível visualizar o fenômeno da violência como grave demanda de saúde não só individual, mas também familiar e social.

No decorrer das atividades dos profissionais da RMI, identificou-se que inúmeras crianças e adolescentes se encontravam como vítimas de diversas formas de violência e que os profissionais das equipes de ESF tinham dificuldades em intervir nessas situações. Em decorrência disso foi desenvolvido um projeto de pesquisa seguido de um projeto de intervenção, construído de forma interdisciplinar e intersetorial, para conhecer e qualificar os atendimentos dos profissionais de saúde acerca da violência na infância e na adolescência na cidade de Santa Maria/RS.

O Trabalho de Conclusão da RMI foi desenvolvido por meio de uma pesquisa realizada no final de 2010 e início de 2011, com todas as equipes de ESF de Santa Maria/RS, totalizando 116 participantes. Em relação aos resultados da investigação, 56% dos profissionais afirmaram que não se sentiam capacitados para atender crianças e adolescentes em situação de violência e 87,1% do total geral dos participantes alegaram que não existiam na sua ESF instrumentos, protocolos e/ou registros formais para atendimento de casos de violência envolvendo crianças e/ou adolescentes (CEZAR; KOCOUREK, 2011).

A partir desses resultados outra inquietação referente à violência na infância e na adolescência surgiu para a pesquisadora, a saber, o processo de notificação da violência. Para

dar continuidade ao estudo desenvolvido durante a RMI, optou-se por fazer a seleção para o Mestrado em Psicologia da UFSM no ano de 2012 e seguir pesquisando sobre a referida temática. Em março de 2013 a pesquisadora ingressou no Programa de Pós-Graduação em Psicologia tendo as seguintes questões norteadoras para a dissertação: o que mostram os dados de notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência em Santa Maria/RS? Como os profissionais envolvidos com a notificação compulsória da violência vivenciam esse processo? No decorrer do mestrado essas questões foram investigadas e aprofundadas por meio de uma pesquisa de abordagem quanti-qualitativa.

Destaca-se que em junho de 2014 a pesquisadora foi nomeada para assumir Cargo Público de 40 horas semanais como Psicóloga na Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. A partir de julho de 2014 as atividades do mestrado deixaram de ser em regime de dedicação exclusiva, havendo o desligamento da Bolsa Capes. A pesquisadora foi designada para desenvolver suas atividades de servidora pública na Secretaria de Município da Saúde, compondo o Grupo Estruturante do primeiro Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ressalta-se que a pesquisadora seguiu desenvolvendo atividades ligadas a temática da violência para além da dissertação de mestrado, aproximando-se do setor de Vigilância da Violência da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS e também por meio da participação no Grupo de Trabalho Integrado de enfrentamento às Violências. Esse grupo foi formado em julho de 2014 por profissionais representantes da Secretaria de Saúde de Santa Maria, Secretaria de Desenvolvimento Social, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria, Programa de Residência Multiprofissional Integrada, entre outros serviços do município. Os encontros ocorrem quinzenalmente com duração aproximada de 2h30min, no qual se discutem, entre outros aspectos, o processo de notificação compulsória da violência e a rede de atendimento e proteção às vítimas de violência.

INTRODUÇÃO

A violência é considerada um fenômeno sócio-histórico, complexo e multifatorial que faz parte da trajetória da humanidade (MINAYO, 1994; MINAYO; SOUZA, 1998). Em sua conceituação é possível afirmar que a violência é toda ação ou omissão, intencional, capaz de causar dano à outra (s) pessoa (s) ou a si próprio (BRASIL, 2005; OMS, 2002).

A Organização Mundial da Saúde afirmou que a violência tornou-se um grave problema de saúde pública a ser enfrentado pela sociedade. A manifestação desse fenômeno traz consequências que impactam significativamente no cotidiano da população, podendo levar ao desenvolvimento de problemas sociais, emocionais, cognitivos e físicos, além de produzir altos custos econômicos ao Estado e às famílias (BRASIL, 2009a; OMS, 2002).

O impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) tornou-se uma das maiores preocupações para chefes de Estados e para gestores da saúde. No Brasil, as violências e acidentes constituem a terceira causa de morte na população geral e a primeira causa na faixa etária entre 1 e 49 anos. Esses eventos contribuem expressivamente para a diminuição da expectativa de vida dos jovens, bem como para a redução da qualidade de vida da população (BRASIL, 2014a).

A violência que atinge a infância e a adolescência é uma realidade responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade nessa faixa etária. Quando não identificada e não cuidada deixa marcas que poderão influenciar os comportamentos e as escolhas para o resto da vida, podendo se perpetuar por gerações seguidas (BRASIL, 2002a, 2010). A proteção prioritária as crianças e aos adolescentes, por sua condição típica de desenvolvimento, foi garantida na Constituição Federal do Brasil de 1988 e especificada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 (BRASIL, 1988, 1990a).

O artigo 227 da Constituição Federal colocou as crianças e os adolescentes em prioridade de proteção para a família, à sociedade e o Estado, sendo esses responsáveis por colocá-los a salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988). O ECA apresentou que será punido, na forma da lei, qualquer atentado por ação ou omissão aos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, responsabilizando os profissionais da saúde e da educação quanto à comunicação dos casos suspeitos ou comprovados de violência envolvendo a infância e a adolescência (BRASIL, 1990a).

O número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde como vítimas de negligência, abusos físicos, sexuais e psicológicos cresce expressivamente. Diante disso, a violência em suas variadas manifestações deve ser identificada, discutida, comunicada e o atendimento deve ser priorizado (BRASIL, 2002a). Mesmo que a violência não seja questão exclusiva da saúde, este setor para além de acolher suas vítimas e cuidar de seus agravos físicos e psicológicos, precisa também propor medidas enfrentamento, prevenção e promoção de saúde (MINAYO; SOUZA, 1998).

Entre os dispositivos necessários ao enfrentamento da violência está a notificação. Destaca-se que a notificação da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos tornou-se uma exigência legal, resultado de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra esses segmentos pudesse sair do anonimato (BRASIL, 2014a).

Em 2011 o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº104, que reforça a obrigatoriedade da notificação da violência por parte dos profissionais de saúde, que ocorre por meio do preenchimento da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências* do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2011a). No ano de 2014 a Portaria nº 1.271 estabeleceu que a notificação compulsória é uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde, que deve ser realizada de maneira imediata ou semanal. A violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal e a violência sexual e a tentativa de suicídio eventos de notificação imediata (BRASIL, 2014b). Com vistas ao aprimoramento dos instrumentos de vigilância em saúde e em conformidade com as políticas públicas de inclusão social, em 2014 o Ministério da Saúde publicou outra versão da ficha de notificação, denominada: *Ficha de Notificação/Investigação individual-Violência interpessoal/autoprovocada* (BRASIL, 2014a).

Os dados epidemiológicos coletados pelas notificações compulsórias da violência possibilitam que os gestores identifiquem os tipos de violência, onde elas ocorrem, o perfil do agressor, entre outras informações que quando analisadas servirão para subsidiar o planejamento de ações de prevenção e intervenção frente à violência (BRASIL, 2009a).

A execução de ações de vigilância epidemiológica está prevista no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa vigilância compreende um conjunto de intervenções que promovem conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer modificação nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, seja individual ou coletiva. A Lei Orgânica da Saúde traz em seus princípios e diretrizes a necessidade de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática de ações em saúde (BRASIL, 1990b). Já o ECA garante preferência às crianças e aos adolescentes na

formulação e execução de políticas públicas e na destinação de recursos públicos às áreas relacionadas à sua proteção (BRASIL, 1990a).

Por sua vez, o planejamento de políticas públicas voltadas à infância e a adolescência precisa estar em sintonia com os dados epidemiológicos, especialmente na área da violência, pois esse fenômeno é um problema de saúde pública que traz impactos significativos na vida das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2009a). No entanto, mesmo com as determinações legais, a subnotificação da violência ainda é uma realidade no Brasil. Os profissionais têm encontrado dificuldades para adotar a notificação como procedimento padrão e necessário (ASSIS et al., 2012; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; LUNA et al., 2010).

Portanto, essa dissertação de mestrado, realizada por meio de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, teve como objetivo principal investigar o processo de notificação compulsória da violência (NCV) no âmbito da infância e da adolescência na cidade de Santa Maria/RS, por meio da articulação dos dados epidemiológicos fornecidos pelo SINAN, com as vivências dos profissionais envolvidos nesse processo.

A parte quantitativa objetivou apresentar os dados epidemiológicos das NCV na faixa etária da infância e da adolescência no período de 2009 a 2013, ocorridos e notificados em Santa Maria/RS, identificando o sexo das vítimas, o tipo de violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor. Os objetivos da parte qualitativa foram compreender como os profissionais envolvidos com a NCV entendem a implantação e implementação desse processo em Santa Maria/RS, identificar os dispositivos utilizados para capacitar os profissionais quanto à NCV, investigar o processo de divulgação dos dados epidemiológicos fornecidos pelas NCV na cidade e conhecer as percepções e sentimentos dos profissionais quanto à NCV e os direitos das crianças e dos adolescentes.

Justifica-se que a escolha pelo estudo da notificação compulsória da violência na infância e na adolescência, além de estar em conformidade com os interesses da pesquisadora, é um tema atual, de importância social e que está condizente com as necessidades de saúde em nível nacional e local. Espera-se que seja possível por meio dos resultados da pesquisa, ampliar o conhecimento científico sobre a realidade investigada, auxiliar na implementação desse processo em Santa Maria/RS e no melhor planejamento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência na infância e na adolescência.

A pesquisa almejou a articulação entre ensino-serviço-gestão, demonstrando que a formação acadêmica, fornecida pela Universidade Federal de Santa Maria, possui responsabilidade social e compromisso ético com a formulação de pesquisas científicas condizentes com as necessidades de saúde da cidade. Essa dissertação está em consonância

com os princípios e diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente, do Sistema Único de Saúde e em conformidade com o Projeto Político Pedagógico do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFSM, que tem como área de concentração a Psicologia da Saúde.

Ressalta-se que a violência é um fenômeno complexo e multifatorial, exigindo do pesquisador uma investigação ampliada, no qual os diversos campos de saber precisam se complementar e se relacionar para que o fenômeno possa ser compreendido por meio de seus atravessamentos históricos, culturais, sociais, singulares e não de maneira reduzida, estática e/ou fragmentada. Deste modo, a articulação entre pesquisa quantitativa e qualitativa se deu pelo entendimento da importância do diálogo entre os diferentes saberes e práticas, superando o entendimento tradicional, no qual objetividade e subjetividade constituem uma contradição. Buscou-se por meio dessa pesquisa uma integração e complementariedade, para que fosse possível compreender o fenômeno da notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência de maneira mais aprofundada e ampliada.

REVISÃO TEÓRICA

A revisão teórica se propõe a refletir acerca da violência na infância e na adolescência, numa perspectiva sócio-histórica. Para tanto foram construídos dois capítulos teóricos, no qual o primeiro apresenta um resgate histórico da trajetória de violações e garantias de direitos às crianças e aos adolescentes no Brasil e o segundo apresenta as perspectivas da violência no campo da Saúde Pública, refletindo acerca da notificação compulsória da violência enquanto possível fator de proteção às crianças e aos adolescentes.

CAPÍTULO 1 - PERCURSO HISTÓRICO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL: UMA TRAJETÓRIA DE VIOLAÇÕES E GARANTIAS DE DIREITOS

1.1 - Panorama geral: a violência na história da infância e da adolescência

A violência na infância e na adolescência é um fenômeno que acompanha a trajetória humana desde os mais antigos registros. São incontáveis as maneiras pelas quais a violência se expressa, podendo ainda se adaptar às peculiaridades culturais e às características de cada momento histórico (ASSIS, 1994). O entendimento do que é violência tem se transformado e o que temos atualmente não é necessariamente uma redução ou um aumento da violência contra as crianças e os adolescentes, mas uma mudança de discurso, uma tomada de consciência acerca da importância de proteger essa parcela da população (ELIACHEF, 2007). A esse respeito Leite (2011) destaca:

A ostensiva dramaticidade dos problemas da infância nos dias que correm projetou nessa fase da vida um interesse e uma preocupação intensos. Muitos desses problemas não são nem novos, nem menos trágicos do que nos séculos anteriores. (LEITE, 2011, p. 20).

O entendimento contemporâneo de infância e de adolescência, que caracteriza as crianças e os adolescentes enquanto sujeitos de direitos e em prioridade de proteção para a família e o Estado, por estarem justamente em processo de desenvolvimento (BRASIL, 1990a), é resultado de um percurso histórico marcado por diversas transformações. Ao

encontro disso Rizzini (2008) ressalta que foi em meio a intensas mudanças econômicas, políticas e sociais, ocorridas no século XIX, que o conceito de infância ganhou outros significados e uma dimensão social inexistente até então no contexto ocidental. Assim, a criança deixou de ser objeto de preocupação e intervenção exclusiva da família e Igreja para tornar-se alvo de interesse público, de competência do Estado.

Conforme Ariès (1981) a infância como percebida atualmente se constituiu como uma invenção da modernidade, tornando-se uma categoria social recente na história da humanidade. De tal modo que o nascimento de um sentimento de infância, que tem por base o reconhecimento de particularidades nesse período da vida e que traz a necessidade de uma compreensão diferenciada para essa faixa etária, é mais evidenciado a partir do século XIX.

Tal sentimento de infância era inexistente até o século XVII, porque as crianças eram tratadas como adultos em miniatura e compartilhavam espaços e atividades comuns aos demais familiares e sociedade. Essa relação sem diferenciação fazia com que as crianças ficassem, provavelmente, mais expostas à violência dos mais velhos, já que a duração da infância “protegida” era abreviada aos anos iniciais de vida, considerados mais frágeis, no qual existia um sentimento superficial pela criança, denominado de paparicação. O não reconhecimento da criança enquanto ser singular também podia ser evidenciado nas situações de falecimento, pois ela poderia ser substituída por outra sem maiores sofrimentos. Tem-se, uma configuração na qual a família estava permeada mais por valores morais e sociais do que afetivos em relação à criança (ARIÈS, 1981).

No final do século XVII começou a surgir uma modificação acerca do entendimento de infância enquanto fase da vida diferenciada da idade adulta. A partir desse período as crianças deixaram de ficar “misturadas” aos adultos e passaram ao chamado processo de escolarização, na qual ficavam recolhidas em colégios e afastadas da família, numa espécie de quarentena. Esse outro olhar para a infância, que percebeu a necessidade de modificação das práticas de educação, trouxe em sua base a presença de uma disciplina autoritária na qual a criança deveria ser exposta para ser educada e corrigida. Entretanto, foi a partir desse momento que os pais passaram a se preocupar com a educação de seus filhos, fazendo com que a criança pudesse sair do anonimato antes evidenciado (ARIÈS, 1981).

Por sua vez, em relação à fase da adolescência, os estudos de Ariès (1981) demonstraram que até o século XVIII a adolescência era confundida com a infância. Somente após o surgimento do sentimento de infância que foi possível a emergência da adolescência, como uma fase com características particulares e distintas dos demais períodos do desenvolvimento humano. Tem-se então um entendimento de que cada época da história

destinou um olhar especial às fases da vida humana: a infância como prioridade no século XIX e a adolescência no século XX.

Pode-se visualizar que a violência na história da infância e da adolescência sempre se fez presente, seja em termos de anonimato, não reconhecimento e outras negligências, ou por meio de práticas autoritárias e disciplinadoras ditas educacionais, que tinham muitas vezes no castigo corporal suas justificativas, podendo ser percebidas enquanto maus-tratos físicos. Somado a isso existiam elevados índices de mortalidade infantil, infanticídios e outras práticas violentas, que hoje poderiam ser entendidas enquanto abusos físicos, psicológicos e/ou sexuais. Deste modo, as diferentes manifestações da violência foram se modificando ao longo da história e as maneiras de compreender tais práticas passaram por transformação (ARIÈS, 1981; ASSIS, 1994; DEL PRIORE, 1998; GUERRA, 2010).

Conforme destaca Del Priore (1998), resgatar a história da criança brasileira é evidenciar um passado repleto de anonimatos, violações e tragédias que atravessaram a vida de milhares de meninos e meninas. Tem-se como proposta nos próximos tópicos fazer um resgate histórico da violência na história da infância e da adolescência no cenário brasileiro. Passando pelo Brasil Colônia, Brasil Império até chegar ao Brasil República, focando posteriormente no panorama atual, que tem no Estatuto da Criança e do Adolescente sua referência maior em termos de legislação voltada à proteção integral da infância e da adolescência, contrapondo, contudo, as garantias previstas em lei com a realidade de violências e violações ainda vivenciadas no cotidiano dessa população.

1.2 - Brasil Colônia (1500 a 1822 – do século XVI ao início do século XIX)

Durante o período de 1500, ano do descobrimento, até 1822 o Brasil foi uma Colônia de Portugal. Tal fato fazia com que o Brasil dependesse do poder advindo dos portugueses econômica, política e administrativamente. As leis e ordens que se aplicavam à infância e a adolescência eram ditadas por Portugal e aplicadas por meio da burocracia, representantes da Corte e Igreja Católica. Os cuidados destinados às crianças e aos adolescentes indígenas brasileiros eram realizados pelos padres jesuítas e tinham a finalidade de batizá-los e incorporá-los ao trabalho, por meio de valores civilizatórios e religiosos (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Os jesuítas foram responsáveis pela “humanização” e cristianização dos índios e utilizavam para isso uma doutrina baseada em valores morais e religiosos, por meio de um projeto disciplinar que utilizava, por exemplo, castigos físicos e ameaças. As crianças menores eram percebidas como inocentes e dóceis e por isso estariam no momento apropriado à catequese. Por sua vez as crianças maiores eram vistas como estando numa idade mais perigosa, pois já haviam incorporado certos valores e costumes parentais, tidos pelos jesuítas como inadequados (DEL PRIORE, 1998). Para dar vida ao projeto disciplinar das crianças indígenas, os jesuítas fundaram as casas de recolhimento e/ou casas para meninos e meninas índias, com a finalidade de separá-los dos pais e da comunidade para educá-los conforme os costumes e normas do cristianismo (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Outro ponto a ser destacado no período do Brasil Colônia refere-se à escravidão negra, por sua importância e influência no âmbito das relações econômicas e sociais (CABRAL; SOUSA, 2004; DEL PRIORE, 1998). Como a economia brasileira dependia de exportações, das riquezas naturais e produtos agrícolas, era necessária mão de obra para realizar tais intervenções, essa mão de obra era escrava e proveniente da África. Outra prática comum era a de alugar as mulheres escravas como amas de leite, o que fazia com que as mães escravas tivessem que se separar de seus filhos, para cuidar dos filhos dos senhores. Ressalta-se que nessa época havia alto índice de mortalidade infantil e a venda de crianças escravas (DEL PRIORE, 1998; FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Essa elevada taxa de mortalidade infantil, que contribuiu para o baixo crescimento da população escrava, era decorrente de abortos, maus-tratos, precárias condições dos cativeiros e até mesmo por infanticídios praticados pelas mães, que tinham a finalidade de salvar os filhos da futura escravidão, tendo em vista que o destino das crianças que sobreviviam era o trabalho escravo. As crianças escravas menores eram tratadas pelos filhos dos senhores como se fossem animais de estimação e ainda suportavam outras humilhações, além de maus tratos físicos e abusos sexuais (FALEIROS, 2011).

Era comum nesse período o nascimento de filhos ilegítimos, muitos deles filhos de senhores com escravas, que em muitos casos eram fadados ao abandono. Outro fator que levava ao abandono de crianças era a pobreza (FALEIROS; FALEIROS, 2008). Em meados do século XVII, tornou-se ameaçador o número de crianças abandonadas em portas de casas, de igrejas e nas ruas, o que originou um grave problema que exigiu providências imediatas. Assim Estado e Igreja passaram a promover diversas formas de assistência direcionadas não só às crianças abandonadas, mas às órfãs e/ou pobres (CABRAL; SOUSA, 2004).

Dentre as alternativas encontradas pelo Estado e Igreja Católica para amenizar o problema das crianças abandonadas, do aborto e do infanticídio, esteve a criação da Roda de expostos (CABRAL; SOUSA, 2004; FALEIROS, 2011; LEITE, 1998; MARCILIO, 2011). O sistema de rodas de expostos foi inventado na Europa medieval com a finalidade de garantir anonimato à pessoa que não desejasse ficar com seu bebê, que era então colocado num dispositivo cilíndrico que girava do exterior para o interior da casa de recolhimento (FALEIROS, 2011; MARCILIO, 2011).

A roda de expostos foi por mais de um século a única instituição de assistência à criança abandonada no Brasil e possuía inicialmente caráter caritativo e religioso. Durante o período colonial foram criadas três rodas de expostos no país, todas elas no século XVIII: a primeira em Salvador no ano de 1726, após no Rio de Janeiro em 1738 e por fim no Recife em 1789 (MARCILIO, 2011). As crianças colocadas na roda de expostos eram chamadas de enjeitadas e/ou expostas e em geral entregues a amas de leite alugadas ou a famílias que recebiam pequenos pagamentos e acabavam por utilizá-las, posteriormente, para o trabalho doméstico. Na Casa de Expostos era alto o índice de mortalidade infantil, seja por omissões de cuidados ou por precárias condições das próprias Santas Casas, como por desinteresse e pouco investimento da Corte (FALEIROS; FALEIROS, 2008; LEITE, 1998).

Os registros do Brasil Colônia indicaram que as práticas de colonização acabaram por distinguir parcelas da população, das quais se originaram, por exemplo, a classe pobre marginalizada, caracterizada pelos indígenas, negros e crianças abandonadas (CABRAL; SOUSA, 2004). Tem-se, portanto, que os fenômenos da exclusão social e da violência na infância e na adolescência foram fatos presentes na história do Brasil desde o seu descobrimento (CABRAL; SOUSA, 2004; GUERRA, 2010; RIZZINI; FONSECA, 2001).

1.3 - Brasil Império (1822 a 1889 – do início do século XIX ao final do século XIX)

O período da história brasileira que tem início com a Proclamação da Independência em 1822 e que se estende até a Proclamação da República em 1889, é conhecido por Brasil Império. Foi neste contexto que surgiram as primeiras leis destinadas à infância e a adolescência no Brasil. Contudo, inicialmente a preocupação com essa população se limitava aos casos de crianças órfãs e abandonadas, seguindo as mesmas preocupações e intervenções mantidas no final do período colonial, por meio das Casas dos Expostos (RIZZINI, 2002).

Após a independência do Brasil, as Casas de Expostos seguiram funcionando com as três casas instituídas no Brasil Colônia (Salvador, Rio de Janeiro e Recife) e outras foram inauguradas no período imperial. Uma roda foi criada no início do Império em 1825 na cidade de São Paulo. Em 1828 com a chamada Lei dos Municípios, as rodas de expostos foram colocadas a serviço do Estado, perdendo seu cunho caritativo de assistência para dar início à fase filantrópica, que associava o público ao privado. Essa lei tinha a finalidade de estimular a iniciativa privada a assumir a tarefa de criar e educar as crianças abandonadas. Após a aprovação da lei, foram inauguradas outras rodas de expostos em diversas cidades do Brasil: Porto Alegre (RS), Rio Grande (RS), Pelotas (RS), Cachoeira (BA), Olinda (PE), Campos (RJ), Vitória (ES), Desterro (SC) e Cuiabá (MT). As oito últimas rodas citadas deixaram de funcionar até a década de 1870, permanecendo em funcionamento apenas as maiores (MARCILIO, 2011).

Em 1830 foi instituída a primeira lei penal do período imperial, o Código Criminal do Império, que foi considerado um grande avanço, visto que até então vigoravam as Ordenações do Reino de Portugal. Foi por meio dessa lei que apareceu pela primeira vez o interesse de cunho jurídico em relação aos menores de idade no Brasil. Anterior a 1830 as crianças e jovens eram brutalmente punidos, sem muitas diferenciações em relação aos criminosos adultos. O Código Criminal do Império passou a considerar o estabelecimento da responsabilidade penal a partir de quatorze anos de idade. Os menores de quatorze anos que tivessem cometido crime seriam recolhidos às Casas de Correção, não excedendo a idade de dezessete anos (LONDONO, 1998; PASSETI, 1998; RIZZINI, 2002). As Casas de Correção eram instituições que recebiam os menores infratores, com a finalidade de regenerá-los por meio de uma educação rigorosa (LONDONO, 1998).

As preocupações relativas à infância no período inicial do Brasil Império foram embasadas em iniciativas de recolhimento de crianças órfãs, expostas e pobres, por meio de medidas assistenciais lideradas pela iniciativa privada com caráter religioso e caritativo. As instituições asilares religiosas mantiveram alianças com o governo por meio de obras de caridade, na qual a responsabilidade por zelar pelos expostos recaía basicamente sobre a Igreja Católica que contava com subsídios advindos dos cofres públicos (RIZZINI, 2002).

Somente a partir da segunda metade do século XIX que foram registradas legislações que se preocuparam com a formação educacional das crianças. Tais leis e decretos tratavam da regulamentação do ensino primário e secundário, do estabelecimento da obrigatoriedade do ensino a todos os meninos maiores de sete anos, somado ao fato da pobreza não poder ser considerada como impedimento para o acesso ao ensino. As exceções ao ingresso na escola

consistiram no fato de os meninos apresentarem moléstias contagiosas, não serem vacinados ou serem escravos. Identifica-se que a educação obrigatória no Brasil Império fez referência exclusiva aos meninos, sendo as meninas automaticamente excluídas de qualquer possibilidade de frequentar as escolas (CABRAL; SOUSA, 2004; RIZZINI, 2002).

Outro marco na história da legislação do Brasil Império referiu-se à lei 2.040 de 1871, conhecida por Lei do Ventre Livre. Esta lei estabeleceu que os filhos de escravos, a partir daquele momento nasceriam livres, além de instituir a proibição de separar os filhos menores de doze anos do pai ou da mãe, prevendo também alternativas de recolhimento àqueles filhos que fossem abandonados. Com isso, as crianças que antes eram tratadas no âmbito reservado das famílias de seus donos, que começavam a trabalhar muito cedo ou ainda serviam de brinquedo para os filhos dos senhores, tornar-se-iam preocupação e responsabilidade do governo e de outros segmentos da sociedade, dentre os quais os médicos higienistas (FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI, 2002).

Nesse período o Brasil tornou-se palco de intensas transformações oriundas do processo de urbanização, que deram força ao movimento higienista com foco no controle disciplinar e social, por meio de ações de higiene, controle e prevenção de doenças infectocontagiosas e epidemias. É nesse contexto que os olhares se dirigem para a criança, em especial a criança pobre (CABRAL; SOUSA, 2004; RIZZINI, 2002).

Com isso o governo imperial passou a se preocupar em retirar das ruas as crianças que por ali vagavam, por meio da criação de asilos. Em 1871 foi criado o Asilo de Meninos Desvalidos, com a finalidade de proporcionar ensino básico e profissionalizante para meninos que até então estavam na rua (CABRAL; SOUSA, 2004; FALEIROS; FALEIROS, 2008). As meninas desvalidas já eram recolhidas nas Santas Casas desde 1740. No final do século XIX já havia trinta asilos para órfãos, sete escolas industriais e de artífices e quatro escolas agrícolas (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Visualiza-se que no período imperial a infância e a adolescência foram alvo de preocupação por parte do governo, sendo criadas diversas leis e decretos direcionados às crianças e aos adolescentes pobres, abandonados e delinquentes, em especial no âmbito penal e educacional. Além da abolição da escravidão em 1888, que marcou positivamente o final do Império no Brasil. Contudo, tais intervenções não foram suficientes para afirmar que essas crianças e adolescentes estavam devidamente protegidos, tendo em vista que a taxa de mortalidade infantil continuava elevada, assim como os altos índices de abandono e delinquência juvenil (RIZZINI, 2002), somado a disseminação de doenças infectocontagiosas

como sarampo, sarna e varíola (RIBEIRO, 2006) que atingiam e comprometiam a saúde e sobrevivência dessa população.

O movimento higienista foi expressivo nesse contexto, caracterizando-se pela intervenção médica sobre questões como higiene, controle e prevenção de doenças infectocontagiosas e epidemias. A higiene médica atuava com a finalidade de salvar os indivíduos, normalizando as condutas familiares por meio de valores burgueses que regulavam politicamente a vida, o corpo, o sexo e as relações afetivas. Instituiu-se assim o indivíduo reprimido e disciplinado nas variadas esferas de sua vida social e familiar (COSTA, 1989). Por conseguinte, é nesse contexto de transformação, caracterizado pela urbanização, disseminação de doenças e políticas higienistas, que ocorreu a passagem do Brasil Império para o Brasil República (CABRAL; SOUSA, 2004).

1.4 - Brasil República (a partir de 1889 - final do século XIX em diante)

Com o advento da Proclamação da República em 1889, que foi precedida pela abolição da escravidão em 1888, surgiu um olhar diferenciado para a criança e o adolescente no país (CABRAL; SOUSA, 2004; FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI, 2002). O período republicano foi considerado o que mais avançou no que se refere à história da legislação destinada à infância e a adolescência no país (LONDONO, 1998; RIZZINI, 2002).

Contudo, nos anos iniciais da República a preocupação maior não estava necessariamente na defesa da infância e da adolescência, mas na defesa da sociedade contra as crianças e os adolescentes que poderiam se constituir em uma ameaça para a coletividade. Com isso a intervenção do Estado focou a educação e a correção dos menores, para que eles se transformassem em cidadãos produtivos para a sociedade (RIZZINI, 2002).

Destaca-se que a palavra “menor” tornou-se uma nomenclatura jurídica e estigmatizante, que caracterizou a criança pobre e abandonada, associando-as à marginalidade e delinquência (LONDONO, 1998; RIZZINI, 2002). No início do século XX, o que se identificava era uma crítica a não diferenciação no tratamento dispensado as crianças, aos adolescentes e aos adultos vistos como delinquentes (CABRAL; SOUSA, 2004). Em decorrência disso, inúmeras medidas por parte do Estado foram tomadas, por meio de projetos, decretos e leis, para dar conta da infância entendida como abandonada e delinquente (FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI, 2002).

As iniciativas do Estado consistiram, por exemplo, no reconhecimento da responsabilidade perante a proteção das crianças abandonadas ou vítimas de maus tratos físicos, na regulamentação da idade criminal, na criação de colônias correcionais para menores delinquentes, na maior vigilância desse menor e controle sobre sua família, por meio da possibilidade de suspensão, destituição e restituição do pátrio poder e na criação de patronatos agrícolas, que visavam à educação moral, cívica e profissional (RIZZINI, 2002). Nesse período foram criados Tribunais Especiais, Juizado de Menores, Conselho de Assistência e Proteção aos Menores, Abrigo de Menores, sendo tais atribuições consolidadas em 1927, no primeiro Código de Menores (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

O Código de 1927 foi um documento minucioso que tinha por base solucionar o problema dos menores, por meio do controle, com a utilização de mecanismos de tutela, guarda, vigilância, reeducação, reabilitação, preservação, reforma e educação (RIZZINI, 2002). O primeiro Código de Menores preocupava-se, ao mesmo tempo, com questões acerca da higiene da infância e da delinquência infanto-juvenil. Para tanto estabelecia a vigilância pública sobre a infância, adolescência, suas famílias e instituições que atendiam essa população, fiscalizando desde a amamentação até os abandonados, maltratados e delinquentes (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

Esse Código instituiu a proibição do trabalho para crianças de até doze anos e sua impunidade até quatorze anos. Dos quatorze aos dezoito anos poderiam ser internados em instituições especiais e a partir dos dezoito seriam punidos pelos crimes cometidos (CORRÊA, 2011; RIZZINI, 2002). Ressalta-se ainda que os discursos da época tinham como embasamento a salvação da criança, pois acreditava-se que se a criança ficasse moralmente abandonada ela tornar-se-ia um delinquente. Portanto, cabia ao Estado intervir neste aspecto, para garantir o futuro da criança e conseqüentemente o futuro da nação (RIZZINI, 2002).

Em 1937 a Constituição Federal do Brasil trouxe um entendimento mais social à infância e a adolescência, que até então estavam atreladas especialmente as intervenções no campo jurídico (RIZZINI, 2002). Tal fato pode ser visualizado no artigo 127 desse Documento:

Art 127 - A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades. O abandono moral, intelectual ou físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las do conforto e dos cuidados indispensáveis à preservação física e moral. Aos pais miseráveis assiste o direito de invocar o auxílio e proteção do Estado para a subsistência e educação da sua prole. (BRASIL, 1937).

Para garantir a materialidade do texto constitucional foram instituídas ações no âmbito trabalhista e serviços voltados à proteção da maternidade, da infância e da adolescência (FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI, 2002). Foi apenas na década de 1950 que o Brasil extinguiu a Roda de Expostos. Tal sistema se configurou como uma das instituições brasileiras de mais longa duração, sobrevivendo aos três grandes períodos da história do país. Criada na Colônia, multiplicou-se no Império e se manteve até as décadas iniciais da República (MARCILIO, 2011). Em meio a críticas, em especial, por questões de higiene e elevada mortalidade infantil que o movimento higienista juntos aos juristas, preocupados com a saúde da população, lançaram uma campanha pelo fim da Roda dos Expostos (FALEIROS; FALEIROS, 2008; MARCILIO, 2011).

Nas décadas entre 1940 e 1950 identificou-se uma mudança de enfoque em relação aos menores. O cenário político do país buscava melhorar as condições de vida do trabalhador, principalmente referentes às condições de trabalho, saúde e educação, refletindo positivamente sobre a situação da infância (RIZZINI, 2002). Um marco nesse período foi a criação em 1941 do Serviço de Assistência ao Menor (SAM), que tinha a finalidade de atuar junto aos menores abandonados e delinquentes por meio de ações educativas. Contudo o que foi observado no cotidiano de tais serviços, foram ações de cunho repressivo e corretivo (FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI, 2002). O SAM se transformou, no imaginário popular, numa instituição para a prisão de menores delinquentes e até mesmo em uma escola do crime (RIZZINI; RIZZINI, 2004). No final da década de 1950 e início da década de 1960 formou-se um consenso em relação à extinção do SAM (RIZZINI, 2002).

O governo militar, posterior ao golpe de 1964, apresentou uma proposta de atendimento ao menor denominada de Política Nacional do Bem-Estar do Menor, estabelecendo um sistema centralizado e verticalizado de tratamento do menor no Brasil. Assim, em substituição ao SAM, foi criado em 1965 a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) que tinha, entre outros objetivos, evitar a internação de menores e a missão de instituir o anti-SAM. Para tanto essa entidade tinha autonomia administrativa e financeira, sendo independente do Ministério da Justiça (CABRAL; SOUSA, 2004; FALEIROS; FALEIROS, 2008; PASSETTI, 1998; RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Na década de 1970 reacendeu os debates em torno da criação de um novo Código de Menores, sendo esse instituído em 1979, abarcando questões sobre a assistência, a proteção e a vigilância dos menores, compreendido como uma doutrina da situação irregular. Esse código salientou o poder do Juiz de Menores e o olhar estigmatizante e repressor para as

crianças e os adolescentes do país (FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI, 2002; RIZZINI; RIZZINI, 2004). Entretanto, tal legislação não teve vida longa, tendo em vista que a década de 1980 se concretizou como um período de transformações significativas no contexto da proteção à infância e a adolescência no Brasil (RIZZINI, 2002).

Foi na década de 1980 que a luta pelos direitos humanos e pelos direitos das crianças e dos adolescentes ganharam força expressiva. No lugar da doutrina da situação irregular buscou-se por uma doutrina de proteção integral, que colocava as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito. Nesse período destacaram-se diversos movimentos da sociedade civil brasileira e de alguns setores do Estado, além de medidas internacionais como a Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da criança de 1989. No Brasil, a medida mais significativa foi à inclusão do artigo 227 na Constituição Federal de 1988 (FALEIROS; FALEIROS, 2008; RIZZINI; SILVA, 2003). Esse artigo apresenta que:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988).

Por meio da Constituição Federal de 1988, percebeu-se uma mudança política em relação à infância e a adolescência no cenário brasileiro. A importância desse Documento consistiu no fato de que ele abriu caminho, junto com a Convenção dos Direitos da criança de 1989, para a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que é compreendido como a legislação que coloca as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e em prioridade de intervenção para a família, a sociedade e o Estado. Conforme destaca Cabral e Sousa (2004) o ECA tornou-se um divisor de águas no que se refere à garantia de direitos à infância e a adolescência no Brasil.

1.5 - O advento do Estatuto da Criança e do Adolescente e a realidade atual da infância e da adolescência no Brasil

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 se estabeleceu enquanto a legislação que tem a finalidade de proporcionar alternativas mais dignas e humanas em

relação aos atendimentos oferecidos à infância e a adolescência no Brasil. Deste modo o ECA substituiu definitivamente a doutrina de situação irregular pela doutrina de proteção integral, e com isso iniciou um processo de reestruturação do olhar sobre as crianças e os adolescentes no país, apresentando novos paradigmas de atenção voltados a essa população (CABRAL; SOUSA, 2004; LEMOS, 2008; RIZZINI, 2002; RIZZINI; SILVA, 2003). Ressalta-se que o entendimento de proteção integral, garantido pelo ECA, diz respeito ao cuidado não apenas às crianças e aos adolescentes após seus direitos terem sido violados, mas num cuidado que possibilite uma antecipação a essas violações (LEMOS, 2008).

O Estatuto define que são consideradas crianças as pessoas com até doze anos de idade incompletos e adolescentes às pessoas entre doze e dezoito anos de idade. Podendo ainda, nos casos expressos em lei, aplicar-se excepcionalmente o ECA às pessoas entre dezoito e vinte e um anos (BRASIL, 1990a). Portanto, o foco deixou de ser os menores, abandonados, expostos e/ou delinquentes, para crianças e adolescentes vistos enquanto sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento, sem distinção ou discriminação de qualquer tipo. Todas as crianças e todos os adolescentes possuem direitos e precisam de cuidado e proteção integral e singular por parte da família, da sociedade e do Estado (RIZZINI; SILVA, 2003). Nos artigos iniciais do ECA é possível evidenciar esses novos direitos:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990a).

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990a).

O Estatuto estabeleceu, no artigo número 131, a criação do Conselho Tutelar, que a partir de então se tornou o órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, sendo um órgão permanente, autônomo e não jurisdicional. O ECA também retomou o que foi exposto na Constituição Federal de 1988 a respeito da importância de manter as crianças e os adolescentes protegidos das situações de violência. O artigo quinto do ECA ressalta que:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 1990a).

Apesar dos avanços em termos legislação e de reconhecimento da necessidade de proteção para essa população, a violência em suas variadas manifestações segue presente no cotidiano das crianças e dos adolescentes, e embora alguns tipos de violência possam ter sido minimizados, não foram de forma alguma extintos (ASSIS, 1994).

Todos os dias, ou quase, especialistas e o público em geral descobrem com estupefação ‘a amplitude dos maus-tratos’ e se perguntam com espanto se estes vêm aumentando. No início éramos poucos a dizer que não tinham aumentado, o que crescera fora a possibilidade de detectá-los; porém como agora esse se tornou discurso comum, isso nos leva a indagar se não estão efetivamente aumentando. De qualquer forma, o que incontestavelmente mudou foi nossa percepção dos maus-tratos, portanto da criança, de seu lugar na família e de suas relações com os adultos. (ELIACHEF, 2007, p. 165).

A violência contra crianças e adolescentes fez e ainda faz parte da história do Brasil, estando presente no período colonial, imperial e republicano, por meio de práticas de infanticídio, negligência, abusos físicos, psicológicos e sexuais, que ocorreram em diversos espaços, como família, escola e até mesmo nas instituições que deveriam ser espaços de proteção. Deste modo, a violência tem atingido as crianças e os adolescentes, quer sejam índios, escravos, brancos, negros, ricos, pobres, abandonados, do sexo masculino ou feminino, e mesmo com o advento do ECA e da garantia de proteção integral a essa população o quadro de violência, ao qual a infância e a adolescência seguem expostas, se configura como dramático no contexto brasileiro (GUERRA, 2010).

Destaca-se que o ECA é considerado uma das legislações mais avançadas do mundo, tornando-se referência internacional no âmbito dos direitos das crianças e dos adolescentes. Sua instituição é resultado de um longo percurso histórico, marcado por inúmeras transformações sociais no contexto brasileiro. Entretanto, o conteúdo político dessa lei não se concretizou de maneira satisfatória e condizente com as demandas de milhares de crianças e adolescentes do Brasil. Tem-se, portanto, diversos desafios para que o Estatuto saia de uma condição ideal para tornar-se uma realidade mais efetiva (PEREIRA, 2003).

O ECA é uma legislação que trata dos direitos das crianças e adolescentes, contudo, não pode se visto como uma “poção mágica” (THÉRY, 2007) capaz de resolver todos os problemas das crianças e dos adolescentes do Brasil. Conforme Lemos (2008), não é possível atribuir a um conjunto de leis a capacidade revolucionária de transformar toda a realidade

brasileira. Ao encontro disso, Guerra (2010) diz que é preciso se questionar até que ponto uma medida jurídica por si só pode funcionar como um impeditivo para as situações de violência.

Salienta-se que o fenômeno da violência no âmbito da infância e da adolescência é algo complexo e multifatorial. Torna-se necessário considerar na compreensão do fenômeno, os aspectos individuais, psicológicos, sociais, históricos, culturais e econômicos. Pois embora o ECA seja considerado um avanço que trouxe inúmeros direitos e benefícios às crianças, adolescentes e suas famílias, a complexidade da violência demanda intervenções que a legislação por si só não tem conseguido garantir (GODINHO; RAMIRES, 2011).

Para concretizar os direitos previstos no ECA e proteger de maneira mais efetiva as crianças e os adolescentes das situações de violência é necessário, entre outras intervenções, que os profissionais envolvidos com a infância e a adolescência consigam dar vida a essa legislação. É nesse aspecto que precisam entrar em cena, os diversos profissionais da área da saúde, tendo em vista que a garantia dos direitos da infância e da adolescência perpassam diretamente o contexto das Políticas Públicas na área da Saúde.

CAPÍTULO 2 – A VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA COMO PRIORIDADE DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA COMO POSSÍVEL FATOR DE PROTEÇÃO¹

2.1 - A violência na Saúde Pública: breves considerações históricas e o olhar da saúde sobre a violência na infância e na adolescência no Brasil

A violência, em sua origem e formas de manifestação, é considerada um fenômeno sócio-histórico que faz parte da história da humanidade. Tal fenômeno não é um assunto específico da Saúde Pública, contudo, transformou-se em questão para essa área devido aos impactos que ocasiona na saúde individual e coletiva da população. Para dar conta dessa demanda o setor saúde foi convocado a propor intervenções para sua prevenção,

¹ Parte da revisão teórica do Capítulo 2 foi enviada à Revista Adolescência e Saúde com o título: Notificação compulsória da violência como possível fator de proteção à infância e a adolescência. O artigo foi aprovado na modalidade artigo de revisão e está em processo de publicação.

enfrentamento e para a formulação de políticas públicas específicas e intersetoriais no âmbito da violência (MINAYO, 1994, 2006).

A partir da década de 1970 o conceito tradicional de saúde começou a ser questionado, e em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tal conceito foi reformulado, passando de um entendimento puramente biológico, que considerava a saúde como ausência de doença, para uma compreensão ampliada, na qual a saúde passou a ser determinada também por influências sociais, culturais e econômicas (BRASIL, 1986). Foi na década de 1980 que movimentos coletivos ganharam força no Brasil, buscando por direitos sociais, como no âmbito da saúde pública (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001). Tiveram destaque, nesse período, os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Foi a partir de 1980 que a temática da violência ingressou na agenda dos debates políticos, sociais e no campo da saúde no Brasil. No entanto, a inclusão da violência na pauta da saúde pública ocorreu de maneira lenta e gradual (MINAYO, 1994, 2006; MINAYO; SOUZA, 1999), tendo em vista que historicamente esse fenômeno foi mais abordado no contexto do direito criminal e da segurança pública. Sua inclusão no campo da saúde se deu, inicialmente, no âmbito biomédico e por isso pode-se compreender que durante muito tempo a saúde olhou para a violência como espectadora, já que atuava basicamente na reparação das lesões ocasionadas por esse fenômeno (MINAYO; SOUZA, 1999).

Em 1988, com a Constituição Federal do Brasil, as bases legais para o estabelecimento de um sistema de saúde pública no país foram instituídas. O artigo 196 desse Documento definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, além do direito ao acesso universal e igualitário às suas ações e serviços (BRASIL, 1988). Os artigos da Constituição Federal, que tratam da saúde, serviram como base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (BRASIL, 1990b).

Assim, com o passar da década de 1980 a violência foi ganhando visibilidade por meio de movimentos sociais que tinham na proteção da infância contra a violência um de seus temas principais. Como destaque desse período esteve o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2006). Diversos espaços foram criados pelo país para cuidar da infância vítima de violência, destacando-se dentre esses, os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami) em São Paulo; a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia) no Rio de Janeiro; a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância

(Abpani) em Minas Gerais e o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) no Rio de Janeiro (MINAYO; SOUZA, 1999).

A partir de 1990 as discussões sobre o fenômeno da violência ganharam mais espaço no contexto da Saúde Pública. No final da década uma política nacional para o tema começou a se delinear no interior do Ministério da Saúde com a finalidade de incluir no âmbito do SUS, ações direcionadas especificamente para o seu enfrentamento. Pois, embora esse fenômeno não seja de intervenção exclusiva da saúde, esse setor possui inúmeros motivos para se preocupar com a violência, entre eles, o fato do conceito ampliado de saúde indicar que todos os agravos e ameaças à vida precisem fazer parte do rol de intervenções em saúde pública (MINAYO; SOUZA, 1999).

Assim como nos determinantes da saúde, as manifestações da violência estão correlacionadas com fatores sociais, econômicos, culturais e singulares. Portanto esse fenômeno precisa ser visto como uma questão para a saúde pública, já que impacta significativamente na qualidade de vida da população, tanto pelo número de vítimas fatais que a violência produz, quanto pela intensidade das implicações que dela podem decorrer (BRASIL, 2008; OMS, 2002; MINAYO, 1994; REICHENHEIM et al., 2011).

Além das consequências diretas, indiretas, físicas, psicológicas e simbólicas que a violência pode produzir sobre as pessoas e a população, existe o fato de que os efeitos desse fenômeno podem congestionar os serviços de saúde e aumentar os custos públicos para dar conta dessas intervenções (BRASIL, 2009a; MINAYO, 1994). Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) em articulação com outros Ministérios, setores, organizações, instituições de ensino e sociedade civil lançou diversas propostas de intervenção no âmbito da violência, dentre as quais, leis, portarias, manuais, diretrizes, documentos, planos de ação e políticas públicas. Tais propostas apresentam diversas prioridades e dentre elas está presente o enfrentamento da violência contra as crianças e os adolescentes por meio de intervenções de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2006).

Em 2001 foi implantada a “*Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*”, por meio da *Portaria nº 737*. Tal política foi uma resposta do Ministério da Saúde aos impactos provocados pelos acidentes e violências na saúde da população e nos serviços de saúde pública (BRASIL, 2001). Nesse mesmo ano foi lançada a *Portaria nº 1968*, que dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes, Conselhos Tutelares e/ou Juizado de Menores, dos casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra as crianças e os adolescentes atendidos no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

No ano de 2002 o Ministério da Saúde lançou dois manuais direcionados aos profissionais de saúde e intitulados “*Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*” e “*Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*” (BRASIL 2002a, 2002b). Ainda em 2002 o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos lançou o “*Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*” (MINAYO, 2006). Em 2004 foi proposta a criação da *Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde*, com a finalidade de implantar e implementar núcleos locais de prevenção da violência e promoção da saúde. Tais núcleos tinham a finalidade de proporcionar atenção integral às pessoas e às famílias em situação de violência (BRASIL, 2011b).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde, por meio da *Portaria nº 687*, aprovou a *Política Nacional de Promoção da Saúde*, que trouxe dentre as prioridades de ação, a prevenção da violência e o estímulo à cultura da paz. Para tanto tal política indicava, entre outras necessidades, a importância de investimento na sensibilização e capacitação de gestores e profissionais de saúde quanto a identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual (BRASIL, 2006). Em 2006 o Ministério da Saúde implantou o “*Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*” na tentativa de organizar um Sistema de Informação que registrasse as situações de violência em âmbito nacional (BRASIL, 2011b).

Em 2008 as áreas da saúde e da segurança pública estabeleceram um *Acordo de Cooperação Técnica* com a finalidade de desenvolver ações conjuntas com foco na prevenção da violência e na promoção da segurança pública (BRASIL, 2011b). No ano de 2009 foram publicados dois documentos, intitulados “*Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência*” (BRASIL, 2009b) e “*Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes*” (BRASIL, 2009a).

O Ministério da Saúde publicou em 2011 a *Portaria nº 104*, que incluiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional. (BRASIL, 2011a). Nesse mesmo ano outros manuais técnicos foram lançados, intitulados: “*Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*” (BRASIL, 2011b), e “*Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências*” (BRASIL, 2011c).

No ano de 2014 o Ministério da Saúde publicou a *Portaria nº 1.271* estabelecendo que a violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal e a violência sexual e a tentativa de suicídio eventos de notificação imediata (BRASIL, 2014b). Nesse ano outro manual técnico foi lançado, intitulado: “*Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada*” (BRASIL, 2014a).

Por conseguinte, tais propostas lideradas e/ou pactuadas pelo Ministério da Saúde demonstram que o enfrentamento da violência tem ampliado seu lugar no cenário da Saúde Pública brasileira. Contudo, persistem desafios para que tais determinações possam efetivamente se fazer presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Dentre esses desafios, destaca-se o da notificação da violência envolvendo crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde.

2.2 - Os profissionais da saúde e a notificação da violência na infância e na adolescência no Brasil

A visibilidade da violência pode estar associada às maneiras pelas quais ela se manifesta e também em relação à capacidade da sociedade em conseguir identificá-la. O notificante é a pessoa que pode tornar pública a violência e, portanto, é considerado um ator fundamental na rede de proteção à infância e a adolescência (GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 1999). A notificação torna-se um valioso instrumento de política pública, tendo em vista que ajuda a dimensionar a magnitude da violência e com isso definir, mais adequadamente, a necessidade de investimentos dos órgãos públicos em serviços e intervenções específicas (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Entretanto, foi apenas com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que os profissionais de saúde passaram a ser convocados a intervir de maneira diferenciada nas situações de violência que envolvia crianças e adolescentes. Com isso, somente cuidar dos agravos decorrentes desse fenômeno não era suficiente, os profissionais de saúde tornar-se-iam solicitados a notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra as crianças e os adolescentes (BRASIL, 1990a). Nos artigos 13 e 245 do ECA estão definidas essas novas atribuições e responsabilidades:

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990a).

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:
Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990a).

O ECA determina que os profissionais, ao tomarem conhecimento ou suspeitarem de que uma criança ou adolescente esteja sendo vítima de violência, devem notificar a autoridade competente, a saber, o Conselho Tutelar do município ou na sua ausência o Poder Judiciário. O Estatuto determina ainda penalidades aos profissionais da saúde e/ou da educação, que descumprirem essa determinação legal. Embora tal procedimento possa parecer simples, ele envolve dois pontos cruciais no que se refere às intervenções no âmbito da violência contra crianças e adolescentes, quais sejam: a decisão do profissional em notificar e em relação às ações que devem ser tomadas após a notificação (GONÇALVES, 2004).

Inúmeros obstáculos se impõem aos profissionais em relação ao ato de notificar as situações de violência na infância e na adolescência. Apesar da obrigatoriedade da notificação os profissionais têm enfrentado dificuldades para adotar esse procedimento como conduta padrão. Dentre os obstáculos podem ser citados, por exemplo, o pouco conhecimento sobre a temática da violência, que pode levar os profissionais a uma maior dificuldade para identificar os sinais ou sintomas específicos dessas situações, além da angústia despertada quanto às questões legais que podem advir da notificação, como também as influências de ordem pessoal, cultural e estrutural dos serviços, que fazem com que os profissionais possam minimizar os benefícios que poderiam acontecer em decorrência das notificações (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Outro fator que perpassa o atendimento e as notificações dos casos de violência envolvendo crianças e adolescentes refere-se aos sentimentos dos próprios profissionais de saúde. Alguns estudos apontam que os sentimentos mais comuns nos profissionais que se deparam com essas situações são medo, impotência, revolta, insegurança, e até mesmo aceitação social para determinados tipos de violência (ARPINI et al., 2008; BESERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002; LOPES et al., 2012). Entende-se que esses sentimentos, muitas vezes, podem dificultar o processo de identificação e atendimento às vítimas de violência. Somado a isso, outro problema encontrado pelos profissionais de saúde ao se

deparar com essas situações refere-se à falta de uma linguagem comum entre os setores, sobretudo na área social e jurídica (BRASIL, 2002b).

Visualiza-se que os obstáculos encontrados pelos profissionais, quanto à notificação da violência que envolve as crianças e os adolescentes, podem levar a ocorrência de poucas notificações desse fenômeno (ARPINI et al., 2008; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; LOPES et al., 2012). Por conseguinte, a subnotificação pode fazer com que o fenômeno da violência se torne praticamente invisível (ARPINI et al., 2008; AZAMBUJA, 2005) ou até mesmo não compreendido enquanto demanda específica para alguns serviços de saúde pública (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Destaca-se que houve progressos em termos de reconhecimento da violência enquanto problema de saúde pública, em especial, devido ao crescente número de pesquisas científicas sobre o fenômeno nas últimas décadas e pelos avanços nas políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2006). Entretanto, tais progressos ainda não são suficientes para solucionar as problemáticas em torno da violência, uma vez que esse fenômeno permanece cercado de invisibilidades nas práticas diárias de muitos profissionais de saúde (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Neste sentido, torna-se fundamental estabelecer espaços de escuta e capacitação aos profissionais de saúde no que se refere, por exemplo, à temática da notificação da violência (BRASIL, 2002b; LOPES et al., 2012). Tendo em vista que a legislação é clara e direta quanto à obrigatoriedade desse procedimento nos casos que envolvem crianças e adolescentes, porém oferece poucas orientações aos profissionais sobre esse aspecto (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Por outro lado, o setor da saúde reconheceu que apenas notificar ao Conselho Tutelar, os casos de violência contra crianças e adolescentes não era suficiente para enfrentar essa problemática, uma vez que os registros de notificação apontavam para uma subnotificação da violência. Além disto, conforme Galvão e Dimenstein (2009), os dados de violência na saúde se restringiram, inicialmente, a registros de mortalidade e/ou internações hospitalares, deixando uma lacuna referente às violências que não levavam a óbito ou que não demandavam internação, ou seja, as situações de violência que chegavam a outros serviços de saúde como ambulatórios e serviços da rede básica.

Para preencher essa lacuna o Ministério da Saúde propôs a elaboração de um instrumento que abarcasse todos os registros de notificação da violência nos diversos serviços de saúde (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009). Deste modo, em 2011 a violência passou a compor a lista de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em

todo território nacional. A partir dessa inclusão todos os profissionais da saúde tornaram-se responsáveis em notificar as violências por meio do preenchimento de uma ficha de notificação (BRASIL, 2011a).

2.3 - O processo de notificação compulsória da violência na Saúde Pública

O Ministério da Saúde reconheceu a violência enquanto fenômeno que ocasiona inúmeros impactos pessoais, sociais e econômicos, sobretudo no âmbito do SUS. Deste modo, como alternativa para o enfrentamento desse problema de saúde pública se tem buscado por intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2009a).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde implantou o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)* por meio da *Portaria nº 1.356*. Esse sistema tinha como objetivo obter e divulgar dados epidemiológicos sobre violências e acidentes no Brasil, sendo estruturado em dois componentes: Vigilância Contínua e Vigilância Sentinela. O primeiro captava dados de violência doméstica, sexual e/ou outras em serviços de saúde, na qual a notificação podia ser feita por qualquer profissional de saúde ou de outros setores, conforme pactuação local e realizada por meio do preenchimento de uma ficha, denominada “*Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*”. O segundo componente, VIVA Sentinela ou Vigilância por Inquérito, constituiu uma modalidade de vigilância pontual realizada bianualmente e com base nas notificações de violência em serviços sentinelas de urgência e emergência (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2008, 2011b; MOREIRA; SOUSA; SILVA, 2013).

No que se refere à vigilância epidemiológica de violências e acidentes, o Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), numa parceria entre Gerência Técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, desenvolveu em 2008 um aplicativo de entrada de dados no SINAN referente às violências. O objetivo desse aplicativo consiste em coletar, transmitir e materializar dados gerados pela vigilância epidemiológica dos agravos de notificação compulsória para que seja possível, entre outros fins, fornecer informações para a tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2011b).

Ainda em 2008 foi desenvolvida outra versão da “*Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*”² (ANEXO B) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (versão 10.07.2008). Esse instrumento foi construído com a finalidade de aperfeiçoar o processo de notificação e divulgação da informação, para que fosse possível subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais (BRASIL, 2011b). No ano de 2009 o componente “*Vigilância Contínua*” foi integrado ao SINAN, para que fosse possível padronizar e dimensionar a magnitude das violências em todo o país, tendo em vista que anterior ao SINAN, inúmeros municípios adotavam fichas próprias para as notificações das violências, gerando com isso informações heterogêneas e desarticuladas (ASSIS et al., 2012).

A Ficha de Notificação Compulsória da Violência do SINAN foi elaborada de maneira coletiva, com a colaboração de gestores e profissionais da saúde vinculados ao Ministério da Saúde, além de outras instituições governamentais das três esferas que integram o SUS (municipal/estadual/federal) e também em parceria com instituições de ensino e pesquisa e outras instituições não governamentais. Essa ficha é composta por variáveis e categorias que englobam as violências autoprovocadas e as violências interpessoais. Por meio de seu preenchimento torna-se possível revelar a magnitude da violência, sua tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, sejam elas vítimas e/ou autores da agressão, localização de ocorrência, entre outras características dos eventos violentos (BRASIL, 2011b).

No entanto, com a necessidade de padronizar os métodos referentes à notificação compulsória e à vigilância em saúde, o Ministério da Saúde emitiu em 2011 a *Portaria nº104*, que reforça a notificação da violência como sendo obrigatória a todos os profissionais de saúde, por meio do preenchimento da ficha do SINAN (BRASIL, 2011a). A notificação nos serviços de saúde deve ser realizada sempre que houver atendimento de uma situação suspeita ou confirmada de violência doméstica, sexual e/ou outras. A ficha de notificação deve ser preenchida em duas vias, sendo que uma cópia permanece na Unidade de Saúde e a outra é encaminhada à Vigilância Epidemiológica do Município. Excepcionalmente, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, uma comunicação, relatório impresso e/ou uma terceira cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar ou a autoridades competentes, em conformidade com o que foi estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2011b).

² Link de acesso da Ficha de Notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências - <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/violencia.pdf>

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou dois manuais técnicos direcionados aos profissionais que atuam em situações de violência: O primeiro é intitulado: “*Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*”. Esse manual busca subsidiar os profissionais para que seja realizado o preenchimento adequado e padronizado da Ficha de Notificação Compulsória da Violência (BRASIL, 2011b). O outro, intitulado: “*Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências*”, tem a finalidade de estabelecer uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2011c).

Nesse último documento foi destacado que as intervenções nas situações de violência, para que contemplem uma atenção integral, devem ser conduzidas por meio de uma proposta de linha de cuidado. Tal medida estabelece que diversas ações, profissionais e setores precisam estar articulados num fluxo contínuo de cuidados que perpassem as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e o seguimento na rede. Com isso percebe-se que a notificação não deve ser uma intervenção isolada nas situações de violência, pois esse processo faz parte de um conjunto maior de ações que devem estar presentes e articuladas para que o cuidado seja integral e efetivo (BRASIL, 2011c).

Em 2014 foi publicada a *Portaria nº 1.271*, estabelecendo que a notificação compulsória é uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde, que deve ser realizada de maneira imediata ou semanal. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. A notificação compulsória semanal deve ser realizada em até 7 dias, a partir do conhecimento do fato. A violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal e a violência sexual e a tentativa de suicídio eventos de notificação imediata (BRASIL, 2014b).

Buscando o aprimoramento dos instrumentos de vigilância em saúde, o Ministério da Saúde publicou em 2014, outra versão da ficha de notificação da violência, denominada: “*Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência interpessoal/autoprovocada*”³ (ANEXO C). Deste modo, os profissionais precisam notificar os casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra

³ Link de acesso da Ficha de Notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada - http://www.hc.ufpr.br/arquivos/viol_net.pdf

mulheres e homens em todas as idades. Nas situações de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão notificadas as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. Para auxiliar os profissionais quanto ao preenchimento da nova ficha de notificação, o Ministério da Saúde lançou, nesse mesmo ano, outro manual técnico intitulado: “*Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada*” (BRASIL, 2014a).

A notificação compulsória precisa ser compreendida como uma das esferas necessárias ao enfrentamento da violência, tendo em vista que pode operar como um instrumento promotor de políticas públicas e de garantia dos direitos para a infância e a adolescência. Para tanto, requer dos profissionais preparo técnico, somado a um trabalho multiprofissional e intersetorial, pois notificar implica compartilhar responsabilidades no que diz respeito à proteção das crianças e dos adolescentes (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009a; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

É necessário considerar ainda que outros setores, além da saúde, têm investido em ações e políticas públicas de enfrentamento da violência na infância e na adolescência. Cita-se o Disque 100 como uma importante referência brasileira de notificação de situações de violência envolvendo crianças e adolescentes. O Disque Denúncia Nacional foi criado em 1997, coordenado pela Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (Abrapia). No ano de 2003 a Secretaria Especial dos Direitos Humanos assumiu o Disque Denúncia como ação estratégica para a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. A partir de 2006 o número 100 passou a ser utilizado para facilitar o processo de denúncia. O Disque 100 recebe e encaminha denúncias de violência contra crianças e adolescentes em todo país, se constituindo, dessa forma, como um canal de comunicação da sociedade com o poder público (BRASIL, 2009c; MOREIRA; SOUSA; SILVA, 2013).

Acrescenta-se que o Disque 100 é uma ferramenta ampliada para a notificação de situações de violência, no qual toda a população pode fazer uso. Diferente da notificação compulsória da violência, que é uma atribuição dos profissionais do setor da saúde.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Desenho do estudo

Para alcançar os objetivos propostos nessa dissertação de mestrado e compreender de maneira mais ampliada o fenômeno investigado, realizou-se uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, com delineamento descritivo e exploratório. Deste modo, investigou-se o processo da notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência, na cidade de Santa Maria/RS, por meio da articulação de dados epidemiológicos com as vivências dos profissionais envolvidos nesse processo.

A pesquisa quantitativa é aquela que utiliza a quantificação com intuito de assegurar a precisão dos resultados, empregando, por exemplo, de instrumental estatístico para numerar ou avaliar unidades e categorias. Essa abordagem é comumente utilizada em estudos descritivos, pois se almeja investigar e apresentar as características de um fenômeno, sem a finalidade maior de compreendê-lo em profundidade (RICHARDSON, 1999). Conforme Minayo e Sanches (1993) o enfoque quantitativo busca apresentar dados, indicadores e tendências que são observáveis e assim podem abranger grandes conjuntos de informações que são classificadas para tornarem-se acessíveis de modo objetivo.

Por sua vez, a pesquisa qualitativa é aquela que abrange as experiências pessoais, que não são passíveis de precisão numérica (MARTINS; BICUDO, 1994). Essa abordagem possibilita a compreensão do fenômeno a partir das vivências dos participantes, proporcionando um entendimento mais aprofundado do objeto investigado, pois se ocupa dos sentidos, crenças e valores singulares (MINAYO, 2007). Segundo Gomes (2007) a pesquisa qualitativa possui cunho exploratório, uma vez que busca compreender a realidade por meio dos significados e vivências subjetivas e não apenas descrevê-la de forma objetiva.

A articulação entre pesquisa quantitativa e qualitativa é entendida por meio da proposta de triangulação, na qual ocorre um diálogo entre os diferentes saberes, no sentido de integração e não de exclusão, para que seja possível compreender o fenômeno investigado de maneira mais ampliada (DESLANDES; ASSIS, 2002). Entende-se que a vinculação da pesquisa quantitativa com a qualitativa, por meio da articulação dos dados epidemiológicos com as vivências dos profissionais, amplia a possibilidade de compreensão do processo da

notificação compulsória da violência na infância e na adolescência, uma vez que são lançados diferentes olhares sobre o mesmo fenômeno.

Tanto a abordagem quantitativa como a qualitativa são imprescindíveis no campo da Saúde Pública. Nenhuma delas é satisfatória para dar conta sozinha do entendimento ampliado dos fenômenos, visto que a relação entre objetivo e subjetivo não pode ser algo contraditório e sim complementar. O estudo quantitativo pode levantar questões que são detalhadas em um estudo qualitativo e vice-versa (DESLANDES; ASSIS, 2002).

Para a construção dessa dissertação de mestrado, empregou-se como instrumentos de coleta de dados, a pesquisa documental na parte quantitativa e a técnica de grupos focais na parte qualitativa. Ressalta-se que a pesquisa documental é aquela que utiliza documentos como estratégia para a obtenção de dados para o estudo. Por documento entende-se toda fonte de dados já existente, mas que não estão ultrapassados e, portanto, representam recursos vivos de informação (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Os documentos podem estar na forma de texto ou de arquivo eletrônico, como num banco de dados, por exemplo, sendo capazes de proporcionar informações em nível pessoal ou institucional. Salienta-se que os documentos não são meros dados representativos de fatos ou da realidade, mas informações que possuem objetivos e utilidade prática (FLICK, 2009). Esse estudo compreendeu uma pesquisa documental realizada no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN-Net: violência doméstica, sexual e/ou outras, por meio do acesso as Tabulações da Vigilância Epidemiológica – TabNet-RS, disponíveis publicamente no site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

A pesquisa documental, conforme Flick (2009) pode ser utilizada como estratégia complementar a outros instrumentos de coleta de dados. Nesse estudo também foi utilizada a técnica de grupos focais, compreendida como entrevista grupal e semiestruturada, característica da pesquisa qualitativa (JOVCHELOVITCH, 2000). Para a condução dos grupos focais o pesquisador/moderador propõe questões específicas que são norteadoras das discussões em grupo, além de estimular ativamente a interação dos participantes, para que eles conversem entre si e não somente com o pesquisador. A composição do grupo focal precisa garantir que os participantes possuam algo em comum, bem como apresentem vivências diversas para que o grupo possa debater as diferentes opiniões e experiências (BARBOUR, 2009; JOVCHELOVITCH, 2000).

Sendo assim, a escolha pela técnica do grupo focal se deu pelo entendimento de que as vivências dos profissionais seriam mais amplamente exploradas no contexto da interação grupal do que se fossem realizadas por meio de entrevistas individuais. Deste modo, foram

realizados quatro grupos focais, compostos por profissionais envolvidos com a gestão e/ou execução do processo de notificação compulsória da violência, que atuam na cidade de Santa Maria/RS.

Apresentação de Santa Maria/RS e dos serviços participantes dos Grupos Focais

Santa Maria está localizada na região sul do Brasil e na região central do estado do Rio Grande do Sul. Sua emancipação político-administrativa ocorreu no ano de 1858. A cidade conta com uma área de 1.788,12 Km², com população de 261.031 habitantes, conforme censo 2010 e população estimada de 274.838 em 2014 (IBGE, 2014). Santa Maria é uma cidade de médio porte, sendo a 5^a de maior população do estado do RS. A parte urbana da cidade é distribuída em oito regiões administrativas, quais sejam: Norte, Noroeste, Sul, Centro Oeste, Oeste, Leste, Centro Leste e Centro. O município de Santa Maria/RS se caracteriza como um importante pólo militar e educacional do Brasil. Reconhecido por ocupar a posição de 2^a Guarnição Militar do país, além de sediar inúmeras instituições de ensino superior, dentre elas uma das maiores universidades do Brasil, a Universidade Federal de Santa Maria. As bases econômicas do município são voltadas para o setor terciário, relacionadas com a prestação de serviços, com destaque para o comércio e o funcionalismo público (ADESM, 2013).

Por sua vez, essa pesquisa de dissertação de mestrado foi realizada em serviços vinculados a área da saúde e da assistência social⁴ da cidade de Santa Maria/RS. No que se refere à saúde, os serviços pesquisados foram o setor de Vigilância da Violência da Secretaria Municipal de Saúde, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Núcleo Regional de Ações de Saúde (NURAS) da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimento municipal (PA) e Unidade de Pronto atendimento (UPA). Os serviços correspondentes à área de assistência social foram os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS I e II).

Justifica-se que o Projeto de dissertação do mestrado previa a realização de um grupo focal com profissionais do Conselho Tutelar (CT). Como a cidade de Santa Maria/RS conta

⁴ A Portaria nº 104 do Ministério da Saúde traz a obrigatoriedade da notificação compulsória da violência (NCV) para os profissionais do setor saúde. No entanto, no município de Santa Maria/RS, os profissionais do CREAS, embora estejam vinculados a Política da Assistência Social, realizam o procedimento da NCV.

com três Conselhos Tutelares foi previsto um grupo focal composto por um representante de cada CT. Contudo esse grupo não foi realizado tendo em vista a dificuldade em fechar um horário compatível com os três representantes dos CT do município.

Os serviços selecionados para participar da pesquisa foram aqueles que estavam envolvidos com a gestão e/ou execução da notificação compulsória da violência (NCV) em Santa Maria/RS, conforme contato realizado com a Secretaria Municipal de Saúde em 2013. Destaca-se que se entendeu por gestão, nesse estudo, os setores vinculados à Vigilância da Violência, que são responsáveis pela inclusão dos registros de NCV na base de dados epidemiológicos do SINAN e/ou por sensibilizar, apoiar e capacitar outros profissionais quanto à importância desse processo. Por execução, entenderam-se aqueles serviços envolvidos com o preenchimento da ficha de notificação compulsória da violência do SINAN.

Para a organização dos grupos focais os setores/serviços foram distribuídos em categorias e níveis de atenção. As categorias foram separadas em duas, quais sejam: Gestão da Notificação Compulsória da Violência e Execução da Notificação Compulsória da Violência. A segunda categoria foi subdividida em níveis de atenção, quais sejam: Atenção Primária, Atenção Secundária⁵ e Atenção Terciária. Destaca-se que foi realizado um encontro por grupo focal.

Quadro 1: Organização dos Grupos Focais por Categorias e Níveis de Atenção

| | |
|---|----------------------|
| - Categoria 1 - Gestão da Notificação Compulsória da Violência | |
| Vigilância em Saúde: Vigilância da Violência da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria | |
| Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário de Santa Maria | |
| Núcleo Regional de Ações de Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde | |
| - Categoria 2 - Execução da Notificação Compulsória da Violência – por níveis de atenção | |
| Unidades Básicas de Saúde (UBS) | } Atenção Primária |
| Estratégias Saúde da Família (ESF) | |
| Pronto Atendimento Municipal (PA) | } Atenção Secundária |
| Unidade de Pronto Atendimento (UPA) | |
| Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) | } Atenção Terciária |
| Hospital | |

⁵ Considerou-se como Atenção Secundária o nível intermediário entre Atenção Primária e Atenção Terciária. Incluiu-se nesse campo os serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência (Pronto Atendimento e Unidade de Pronto Atendimento) e o serviço vinculado à Política de Assistência Social (Centro de Referência Especializado em Assistência Social).

Previa-se ao menos um representante de cada setor/serviço para compor os grupos focais. Por sua vez, devido ao grande número de serviços envolvidos na execução da NCV, no âmbito da Atenção Primária, se utilizou como critério para a constituição dos grupos focais a representação de uma Unidade Básica de Saúde e uma Estratégia Saúde da Família de cada região administrativa de Santa Maria/RS (Centro, Centro Oeste, Centro Leste, Norte, Nordeste, Sul, Leste e Oeste), que foram escolhidas mediante sorteio.

Para a realização do sorteio a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou um material contendo as UBS e ESF distribuídas por região administrativa. O sorteio ocorreu no Departamento de Psicologia da UFSM, sala nº 320, Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar, no dia 05 de Agosto de 2013 com a presença da mestrandia autora da pesquisa Pâmela Kurtz Cezar, da orientadora Profª Drª Dorian Mônica Arpini e da mestrandia Amanda Pansard Alves.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa iniciou pela parte quantitativa. No mês de janeiro de 2014 foi realizada a pesquisa documental no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN-Net: violência doméstica, sexual e/ou outras, por meio do acesso as Tabulações da Vigilância Epidemiológica – TabNet-RS.

Realizou-se uma busca por dados secundários de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS, especificando que este foi o município de residência e de ocorrência do fato, compreendendo a regional de notificação, de residência e de ocorrência das violências. As variáveis utilizadas na busca foram o total de registros de notificação compulsória de violência, o sexo das vítimas, o tipo de violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor.

Os dados epidemiológicos corresponderam ao período de 2009 a 2013. Como o estudo teve por foco a infância e a adolescência, foram incluídas na busca as idades entre 0 e 19 anos, também apresentadas separadamente por faixa etária de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos. A utilização dessas faixas etárias se deu pelo fato de que o SINAN utiliza as idades indicadas pelo Ministério da Saúde, que acompanha os parâmetros da Organização Mundial de Saúde. Para fins de comparação foram pesquisados dados de notificações compulsórias da violência no estado do Rio Grande do Sul, empregando-se as mesmas variáveis.

Em relação à pesquisa qualitativa, ressalta-se que em 2013 já haviam sido realizados os primeiros contatos com os departamentos responsáveis pela aprovação de pesquisas, vinculados aos serviços que iriam compor o estudo. Os setores contatados foram o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES), vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS e a Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria (DEPE). O NEPES autorizou a pesquisa nos serviços da área da saúde, a saber, Setor de Vigilância da Violência, UBS, ESF e Pronto Atendimento. O DEPE autorizou a pesquisa no HUSM. Para a autorização dos CREAS e dos Conselhos Tutelares contatou-se a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e posteriormente os responsáveis por esses serviços. Para a autorização da UPA e do Hospital Casa de Saúde o contato foi efetuado diretamente com os coordenadores do serviço.

Em março de 2014 foram retomados os contatos com os serviços para a realização dos grupos focais. Inicialmente conversou-se com os integrantes da Categoria da Gestão da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Os contatos foram realizados por telefone, nos quais a pesquisadora retomou a proposta da pesquisa e combinou a data e o local para a realização do grupo focal. Realizaram-se vários telefonemas para estabelecer o melhor horário e local para as participantes. Deste modo, no dia 03 de Abril de 2014, às 08h30min, no Auditório Londero do Hospital Universitário de Santa Maria realizou-se o primeiro grupo focal. Estiveram presentes nesse grupo as três representantes da gestão da notificação compulsória violência, advindas dos setores de Vigilância da Violência da Secretaria de Saúde de Santa Maria, da 4ª CRS e do HUSM.

Também em março de 2014 foram realizados os primeiros contatos com os Conselhos Tutelares. Para tanto a pesquisadora foi pessoalmente nos três Conselhos Tutelares de Santa Maria/RS para retomar a proposta da pesquisa e combinar uma data para a realização do grupo focal. Ao conversar com alguns conselheiros ficou combinado que a pesquisadora retornaria em outro momento, tendo em vista que um dos Conselhos Tutelares estava sem recepcionista, somado ao fato de que alguns conselheiros estavam em férias, aumentando a demanda de trabalhos dos outros conselheiros. Naquele momento não foi possível estabelecer um dia comum aos três Conselhos Tutelares para realizar o grupo focal.

Os contatos para a realização dos grupos focais da Categoria da Execução da notificação compulsória da violência começaram em abril de 2014. Inicialmente a pesquisadora teve a preocupação de encontrar um local adequado para desenvolver os grupos, optando-se por um local vinculado a Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS. Dessa forma a pesquisadora conversou com o NEPES, que sugeriu o setor de Vigilância em Saúde. Após

autorização da responsável por esse setor, a pesquisadora, junto à coordenadora da Vigilância da Violência do município, organizou um cronograma para a realização de três grupos focais, no qual foram fixadas três datas, a saber: dias 14, 21 e 28 de maio de 2014, às 14h.

Com o cronograma definido a pesquisadora foi conversar com a Coordenadora da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS, para apresentar a proposta da pesquisa, as unidades de saúde de Atenção Primária sorteadas, além de solicitar a liberação dos profissionais para se ausentarem dos serviços nos dias/horários dos grupos focais. Durante essa conversa foi possível identificar quais profissionais estavam mais envolvidos com a notificação compulsória da violência nas UBS e ESF do município. Destaca-se que para a coordenadora da Atenção Básica os profissionais da enfermagem eram os que mais se envolviam com os processos de notificação.

Após esse encontro a pesquisadora partiu para o contato direto com os serviços. Para o primeiro grupo focal da Categoria Execução pretendia-se que a composição abarcasse os serviços de Atenção Secundária e Atenção Terciária. Foram realizados contatos com seis serviços, a saber: UPA, Hospital Casa de Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria, Pronto Atendimento Infantil, CREAS I e CREAS II. Ressalta-se que a pesquisadora foi pessoalmente em todos esses locais para conversar com os responsáveis/coordenadores, para retomar e/ou apresentar as propostas da pesquisa, bem como fazer o convite para a participação no grupo focal que seria realizado no dia 14 de maio de 2014, às 14h, no setor de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS. Em alguns locais a pesquisadora precisou ir mais de uma vez e/ou realizar contato telefônico para conseguir conversar com o responsável e/ou com o profissional indicado para participar do grupo focal.

O primeiro grupo focal foi realizado na data apresentada, tendo como participantes os seguintes serviços: UPA, Pronto Atendimento Infantil, CREAS I e CREAS II. Os representantes dos dois Hospitais convidados não puderam participar desse encontro, justificando suas ausências e se colocando a disposição para participar do próximo grupo.

Para a realização do segundo e terceiro grupos focais, composto por profissionais da Atenção Primária a Saúde, optou em separar as UBS das ESF. Inicialmente foram realizados contatos com as UBS sorteadas. A pesquisadora novamente foi pessoalmente em todos os serviços para fazer o convite para a participação no grupo a ser realizado dia 21 de maio de 2014, às 14h, no mesmo local do grupo focal anterior. Os contatos foram realizados especialmente com as enfermeiras, seguindo a indicação da Coordenadora da Atenção Básica. Nessas conversas as próprias enfermeiras confirmaram que eram elas que, no geral, se envolviam com os processos de notificação de doenças/agravos. Para esse grupo foram

retomados por telefone os convites com os representantes dos Hospitais que não puderam participar do primeiro grupo focal.

Em relação aos contatos, é preciso acrescentar que uma enfermeira (UBS) não aceitou participar da pesquisa, justificando sua não participação e acrescentando que os outros profissionais da unidade não estavam fazendo o preenchimento da ficha de notificação compulsória da violência. Essa unidade foi substituída por outra, não sendo necessário sorteio, pois só havia mais essa UBS na região. Houve ainda a situação de que em outra unidade (UBS) não havia enfermeira. Em conversa com a recepção e o coordenador ficou entendido que a unidade não estava envolvida com o processo de notificação compulsória da violência, bem como não havia interesse em participar da pesquisa. Essa unidade também foi substituída sem sorteio, visto que havia apenas outra nessa região. A pesquisadora efetuou contato pessoalmente com as novas unidades para fazer o convite do grupo focal.

No que se refere ao grupo focal composto por profissionais de ESF destaca-se que a pesquisadora realizou contato pessoalmente com todas as unidades sorteadas. Dessas, apenas uma precisou ser substituída, pois estava passando por mudança de local no período da coleta de dados. A equipe toda estava envolvida nesse processo, não sendo possível se ausentar para participar do grupo focal. Como nessa região havia mais ESF, foi realizado sorteio para obter outra unidade. Esse sorteio ocorreu no Departamento de Psicologia da UFSM, sala nº 320, Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar, no dia 22 de maio de 2014 com a presença da mestrandia autora da pesquisa Pâmela Kurtz Cezar, da orientadora Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini e da mestrandia Amanda Pansard Alves.

Salienta-se que o grupo focal previsto para o dia 21 de maio precisou ser transferido, visto que surgiu um compromisso institucional, no qual alguns dos participantes do grupo precisariam estar presentes. Assim sendo, a pesquisadora telefonou para os profissionais, desmarcando o grupo e reagendando para o dia 28 de maio no mesmo horário e local.

Após esse imprevisto, e tendo em vista a dificuldade dos profissionais em relação às datas e horários dos grupos focais, estabeleceu-se que não haveria distinção em relação à composição dos grupos. Estes poderiam ser formados tanto por profissionais de UBS como de ESF e por representantes dos Hospitais. A formação se daria conforme a compatibilidade de horário dos profissionais. Deste modo, mais uma vez a pesquisadora fez contato pessoalmente e/ou por telefone com os representantes das UBS e ESF selecionadas, com o Hospital Casa de Saúde e com o Hospital Universitário de Santa Maria. Nesses contatos se disponibilizaram aos profissionais duas datas para a participação nos grupos focais: dias 28 e 29 de maio de 2014, às 14h, no setor de Vigilância em Saúde.

No grupo focal do dia 28 de maio estiveram presentes representantes de UBS e ESF. No dia 29 de maio participaram representantes de UBS, ESF e HUSM. Em relação à composição desses grupos é preciso acrescentar que uma das UBS foi representada apenas por profissionais da Residência Multiprofissional Integrada da UFSM. Em duas das ESF as enfermeiras levaram consigo uma residente cada. Ademais as outras unidades foram representadas por enfermeiras e por uma técnica de enfermagem.

Não foram representados nos grupos focais algumas UBS, ESF e Hospital Casa de Saúde. Todos esses serviços foram contatados pessoalmente e por telefone, bem como foi disponibilizado mais de uma data para a participação em um dos grupos focais. Alguns profissionais justificaram sua ausência por telefone, por motivos diversos como problemas de saúde ou compromissos institucionais nos dias dos grupos.

No que diz respeito à realização dos quatro grupos focais acrescenta-se que todos tiveram a pesquisadora como moderadora/condutora dos grupos, bem como a mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFSM, Patrícia Jovasque Rocha, como assistente. A presença da assistente foi fundamental para a dinâmica do grupo, visto que ela ficou responsável pela anotação da ordem das falas dos participantes.

No início de cada grupo a pesquisadora se apresentou e retomou os propósitos da pesquisa e da realização do grupo focal, além de fazer uma rodada de apresentação, na qual os profissionais falaram dos serviços de onde vinham e de sua formação. Nesse momento foi entregue, discutido e assinado o TCLE. Após autorização dos profissionais iniciou-se os grupos, com o gravador em áudio ligado. Os grupos focais seguiram um roteiro semiestruturado, com eixos norteadores (APÊNDICE D), bem como se utilizou como material de apoio a Ficha de Notificação Compulsória da Violência, a Portaria nº 104/2011 e os dados epidemiológicos do SINAN apresentados na parte quantitativa da pesquisa, referentes à cidade de Santa Maria/RS. Os quatro grupos tiveram duração entre 1h30min e 2horas. Ao final dos grupos foi disponibilizado um espaço para discussão das dúvidas dos participantes que surgiram durante os grupos, como por exemplo, sobre a ficha de notificação, os fluxos de atendimentos às vítimas de violência em Santa Maria/RS, entre outras questões.

Foram disponibilizados aos participantes, no término de cada grupo, materiais para que eles pudessem levar aos seus serviços. Foi fornecida a Portaria nº 104/2011 e as seguintes cartilhas: Violência envolvendo crianças e adolescentes: Guia informativo sobre a rede de proteção e serviços de referência e contra referência no município de Santa Maria/RS; A construção da rede de atendimento às pessoas em situação de violência; Conversando sobre sexualidade na família; Interação pais bebê. A primeira cartilha foi construída pela autora da

pesquisa em 2011, vinculado ao Programa de RMI/UFSM. A segunda cartilha foi construída pela Secretaria de Saúde de Santa Maria/Setor de Vigilância da Violência. As duas últimas foram construídas pelo Núcleo de Estudos em Infância, Adolescência e Família, vinculado ao Departamento de Psicologia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.

Cabe salientar, em relação aos grupos focais, que a escolha do local foi fundamental para legitimar e fortalecer a participação na pesquisa. A opção pelo local institucional também aproximou os profissionais do próprio setor de Vigilância da Violência da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS. Destaca-se que os contatos para a realização dos grupos focais aconteceram apenas a partir de março por causa do período de férias dos profissionais.

A responsável pelo setor de Vigilância da Violência havia feito essa sugestão em dezembro de 2013. Outra questão a ser apontada refere-se à abordagem utilizada para contatar os participantes. Ter feito o contato presencial, no local de trabalho dos profissionais, foi imprescindível para que a pesquisadora pudesse conhecer os serviços, apresentar de maneira mais adequada a pesquisa e convidar os profissionais para o grupo.

Ressalta-se para a dificuldade em compor os grupos focais, tendo em vista que os profissionais atuavam em diversos serviços da cidade. Dessa forma, ter um horário compatível com os grupos tornou-se um obstáculo para alguns profissionais e até mesmo para a realização da pesquisa. Entretanto os representantes dos serviços que conseguiram participar deram um retorno positivo de suas participações após os grupos, afirmando que se sentiram mais qualificados, pois passaram a refletir sobre o processo de notificação compulsória da violência, bem como puderam conhecer o funcionamento de outros serviços.

Justifica-se a não realização do grupo focal com o Conselho Tutelar. A pesquisadora efetuou diversos contatos, pessoalmente e por telefone, durante os meses de abril, maio e junho de 2014, com os três CT de Santa Maria/RS. Esse grupo focal não foi realizado pela dificuldade em fechar um horário compatível com os representantes dos CT. Foram realizadas diversas tentativas e até mesmo agendamento por duas vezes de horário e local para a realização do grupo focal.

Devido a imprevistos no cotidiano de trabalho dos conselheiros, os grupos foram desmarcados. A pesquisadora teve o cuidado em propor um local adequado e de fácil acesso, no qual se combinou que o grupo poderia acontecer na sede do CT da Região Centro. Houve a proposta de transporte para o deslocamento até o local do grupo focal, no qual a pesquisadora se propôs em buscar e levar os profissionais ou ainda arcar com as despesas referentes ao deslocamento caso eles desejassem. Durante os contatos, os conselheiros relataram a

sobrecarga de trabalho, o pouco número de conselheiros para atender toda a cidade, a falta de recepcionista, entre outras questões, que dificultava a saída para a participação no grupo.

Participantes dos Grupos Focais

A pesquisa teve como participantes representantes dos serviços envolvidos com a gestão e/ou execução da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. A proposta inicial era de que os participantes fossem escolhidos conforme critério de amostragem por julgamento, também conhecida por amostra intencional. O que caracteriza esta amostra é o fato de que os julgamentos do pesquisador são empregados no momento da seleção dos participantes, pois ele acredita que alguns sujeitos, em especial, podem atender melhor aos objetivos da pesquisa (HAIR Jr et al., 2005).

Justifica-se que esse critério não foi aplicado na totalidade dos participantes, visto que nem todos os profissionais da Atenção Primária que participaram dos grupos focais conheciam ou estavam realizando a notificação compulsória da violência, por meio do preenchimento da ficha de notificação. Tal situação não prejudicou o desenvolvimento da pesquisa, pois um dos objetivos do estudo foi justamente compreender o processo de implantação e implementação da NCV em Santa Maria/RS. As vivências relatadas nos grupos, referentes ao não conhecimento ou não preenchimento da ficha de notificação foram fundamentais para compreender de maneira mais fidedigna esse processo na cidade.

A pesquisa teve o total de 18 participantes, representantes dos serviços de Atenção Primária (UBS e ESF), Atenção Secundária (PA, UPA e CREAS), Atenção Terciária (Hospital) e Gestão (setores de Vigilância da Violência de Santa Maria/RS, da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e do Hospital Universitário de Santa Maria), que compuseram os quatro grupos focais.

Dentre os núcleos profissionais representados estiveram a enfermagem (nível superior e técnico), a psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Nos quadros a seguir é possível visualizar a distribuição dos grupos focais por Categoria e nível de Atenção.

Quadro 2: Participantes Grupo Focal Gestão

| Identificação | Formação |
|----------------------|-----------------|
| G1 | Enfermagem |
| G2 | Enfermagem |
| G3 | Enfermagem |

Quadro 3: Participantes Grupo Focal Execução 1
Atenção Secundária (AS)

| Identificação | Formação |
|----------------------|-----------------|
| E1/AS | Enfermagem |
| E2/AS | Enfermagem |
| E3/AS | Psicologia |
| E4/AS | Psicologia |

Quadro 4: Participantes Grupo Focal Execução 2
Atenção Primária (AP)

| Identificação | Formação |
|----------------------|----------------------------|
| E5/AP | Enfermagem |
| E6/AP | Enfermagem (nível técnico) |
| E7/AP | Enfermagem |
| E8/AP | Enfermagem |
| E9/AP | Terapia Ocupacional |
| E10/AP | Fonoaudiologia |

Quadro 5: Participantes Grupo Focal Execução 3
Atenção Primária (AP) e Atenção Terciária (AT)

| Identificação | Formação |
|----------------------|--|
| E11/AP | Enfermagem |
| E12/AP | Enfermagem |
| E13/AP | Enfermagem |
| E14/AP | Enfermagem |
| E15/AT | Bolsista – Acadêmica Terapia Ocupacional |

Procedimentos para análise dos dados

Para a análise dos dados na parte quantitativa da pesquisa utilizou-se da estatística descritiva com demonstração das frequências relativas e absolutas. Deste modo, os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência foram sintetizados e expostos por meio de tabela e figuras. Para a análise dos dados epidemiológicos contou-se com a colaboração da professora Dr^a Everley Rosane Goetz.

Para a análise das informações da parte qualitativa da pesquisa realizou-se a gravação em áudio de todos os grupos focais, que foram posteriormente transcritos na íntegra. Os conteúdos dos grupos focais foram submetidos à análise de Conteúdo proposta por Bardin. Esse método de análise caracteriza-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, realizados por meio de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens obtidas por meio da pesquisa, que possibilita a construção de novos conhecimentos sobre o assunto em questão (BARDIN, 1977). A análise de conteúdo possibilita a descoberta do que está por trás do que foi manifestado, pois suas técnicas de análise permitem ir além das aparências concretas do que foi emitido. Assim, partindo-se de uma perspectiva qualitativa, a análise e a interpretação dos dados não objetiva relatar as opiniões/falas e sim explorar as informações e representações acerca do assunto pesquisado (GOMES, 2007).

A realização da análise de conteúdo compreende três momentos, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A primeira refere-se à organização dos dados, ao conhecimento do material e definição de unidades de registro. Já a segunda fase, diz respeito à adoção de procedimentos de codificações e categorizações dos dados selecionados anteriormente. O terceiro estágio envolve a busca de sentidos e os elos lógicos entre categorias e/ou unidades, para que seja possível desvendar os conteúdos latentes do material analisado (BARDIN, 1977).

Nessa pesquisa, a Análise de Conteúdo seguiu as três etapas citadas acima. Com a finalização da transcrição dos dados, os grupos focais foram analisados individualmente de maneira detalhada e posteriormente de maneira integrada. Esse primeiro contato com o material permitiu a organização e a elaboração de indicadores e hipóteses que fundamentaram a construção das categorias e a interpretação final (pré-análise). Num segundo momento, os dados brutos dos grupos focais passaram por um processo de codificação - recorte,

enumeração e agregação dos dados em categorias - para que fosse possível atingir uma representação do conteúdo (exploração do material). Por fim, as informações categorizadas foram analisadas buscando-se suas significações e realizando inferências e interpretações de acordo com os objetivos propostos no estudo (tratamento dos resultados e interpretação).

Por meio da análise dos dados foram constituídas cinco categorias finais, com suas respectivas subcategorias, que são apresentadas nos resultados dos artigos 2 e 3 dessa dissertação. No artigo 2, que trata da implantação e implementação do processo de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS, são apresentadas três categorias, com suas respectivas subcategorias, quais sejam:

1. O processo de notificação compulsória da violência

- 1.1 Notificação compulsória da violência e diferenças de outros tipos de notificação;
- 1.2 Percepções sobre a ficha de NCV.

2. Notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS

- 2.1 Implantação da NCV em Santa Maria/RS;
- 2.2 Implementação da NCV em Santa Maria/RS.

3. Dados epidemiológicos de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS

- 3.1 Conhecimento e divulgação dos dados epidemiológicos das NCV em Santa Maria/RS;
- 3.2 Subnotificação da violência em Santa Maria/RS.

No artigo 3, que trata das percepções e dos sentimentos dos profissionais quanto à notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e o trabalho interdisciplinar e intersetorial, são apresentadas duas categorias, com suas respectivas subcategorias, quais sejam:

4. O processo de notificação compulsória da violência na infância e na adolescência

- 4.1 Diferença da NCV quando envolve crianças e adolescentes;
- 4.2 Sentimentos mobilizados pelas situações de violência na infância e na adolescência;
- 4.3 Sentimentos mobilizados pela notificação compulsória da violência na infância e na adolescência.

5. Notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e o trabalho interdisciplinar e intersetorial

5.1 Os serviços de atendimento e a rede de proteção à infância e a adolescência;

5.2 Dificuldades e potencialidades identificadas no trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº CAEE 22253413.4.0000.5346 (ANEXO A). Essa dissertação de mestrado fundamentou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, correspondente à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Almejou-se atingir três princípios básicos da bioética, quais sejam: beneficência, não maleficência e autonomia.

Em relação ao princípio da beneficência, identificou-se que os benefícios da pesquisa puderam ser observados em curto prazo, durante a realização dos grupos focais. As interações proporcionadas pelos grupos possibilitaram um espaço para a troca de experiências entre os participantes envolvidos com a notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Dessa forma as discussões levaram a reflexões e motivações para mudanças nas práticas profissionais no cotidiano dos serviços. Em médio e longo prazo tem-se como benefícios a possibilidade de ampliação do conhecimento científico acerca do fenômeno estudado, que pode subsidiar e qualificar o processo de formulação e efetivação de políticas públicas referentes ao enfrentamento da violência no âmbito da infância e da adolescência.

Para garantir o princípio da não maleficência a pesquisadora teve o cuidado em avaliar as interações ocorridas durante os grupos focais, assegurando um espaço que proporcionou sigilo e conforto aos participantes. Destaca-se que não houve imprevistos nem intercorrências no decorrer dos grupos focais. Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2000), o risco é avaliado como mínimo quando os procedimentos de pesquisa não submetem os participantes a interferências maiores do que as encontradas em suas atividades habituais.

Para garantir o princípio da autonomia, antes da realização dos grupos focais, foi entregue e explicado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi elaborado em linguagem clara e compreensível, contendo informações e esclarecimentos acerca dos procedimentos realizados. Nesse documento, constaram os objetivos da pesquisa, o esclarecimento referente à livre decisão da participação e a garantia à confidencialidade e à privacidade, somados a possibilidade de desistência da participação a qualquer momento da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficando com a pesquisadora e a outra com os participantes.

A pesquisadora se responsabilizou quanto à sustentação do sigilo em relação à identidade dos participantes da pesquisa, ocultando informações que pudessem identificá-los. Para preservar o anonimato durante a apresentação das falas dos participantes, no lugar dos nomes utilizaram-se códigos, por meio de letras e números. Por meio do Termo de Confidencialidade, houve o comprometimento com a garantia de que os dados obtidos pelos grupos focais fossem utilizados, exclusivamente, para fins de pesquisa, sendo mantidos em privacidade, a cargo da pesquisadora e da orientadora do estudo. Destaca-se que o material gravado em áudio será apagado após cinco anos, conforme preconizado em lei.

Ressalta-se o compromisso quanto à devolução dos resultados da dissertação. Deste modo, é importante esclarecer que a pesquisadora está envolvida com o setor de Vigilância da Violência de Santa Maria/RS, por meio do vínculo enquanto servidora pública do município. Atualmente a pesquisadora, em parceria com a coordenadora desse setor, planeja e desenvolve atividades de qualificação dos profissionais da rede de saúde e assistência social da cidade, em relação à notificação compulsória da violência. Para além dessa atuação existe a participação no Grupo de Trabalho Integrado de enfrentamento às Violências. Esse grupo objetiva aproximar os profissionais que trabalham com situações de violência em Santa Maria/RS, com os propósitos de qualificar a rede de atendimento e proteção às vítimas de violência, construir/organizar fluxos de intervenção, desencadear/aprimorar o processo de notificação compulsória da violência, entre outros.

Ocorre também uma articulação com o Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM, na qual a pesquisadora integrou a equipe organizadora do *“Guia Informativo sobre a Notificação, Rede de Proteção e Serviços de Assistência em violência intrafamiliar no Município de Santa Maria – RS”*. Este guia é uma atualização do material produzido pela pesquisadora e seus colegas para o Projeto de Intervenção do Programa de RMI em 2011, intitulado: *“Violência envolvendo crianças e adolescentes - Guia informativo sobre a Rede de Proteção e Serviços de Referência e Contra referência/no Município de*

Santa Maria – RS”. O guia atualizado será utilizado como material de apoio nas capacitações, bem como, distribuído nos serviços de saúde, assistência social, educação, entre outros que compõe a rede de proteção e atendimento às pessoas em situação de violência.

Por outro lado, após a apresentação dessa dissertação, a pesquisadora pretende entregar uma cópia impressa as instituições participantes do estudo, bem como apresentar a possibilidade de realização de um encontro com os profissionais que participaram dos grupos focais para que os resultados possam ser socializados e discutidos em grupo. Caso haja interesse por parte de alguma instituição, a pesquisadora se coloca a disposição para planejar e realizar um curso de qualificação referente à temática da notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência.

Artigo 1

REGISTROS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES⁶

⁶ Esse artigo contou com a colaboração da Professora Dr^a Everley Rosane Goetz, professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

REGISTROS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

RESUMO

Este estudo objetivou apresentar dados epidemiológicos de notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência, no período de 2009 a 2013, ocorridos e notificados na cidade de Santa Maria/RS, identificando o sexo das vítimas, o tipo de violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor. Para fins de comparação inicialmente foram apresentados dados epidemiológicos de notificações compulsórias da violência no estado do Rio Grande do Sul, empregando-se as mesmas variáveis. Realizou-se uma pesquisa epidemiológica descritiva e documental, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, por meio do acesso aos dados da Vigilância Epidemiológica – TabNet-RS. Os dados foram analisados conforme estatística descritiva com demonstração das frequências relativas e absolutas. Os resultados indicaram similaridades em relação aos dados de Santa Maria e do estado do RS, nas quais o sexo feminino predominou no número de vítimas, a violência física foi a mais notificada, a residência foi o local onde mais ocorreram as violências e a mãe e o pai apareceram como os maiores agressores. O diferencial do estudo apareceu nos registros de violências autoprovocadas na adolescência, com índices elevados de notificação na cidade investigada. Identificou-se ainda a subnotificação da violência contra crianças e adolescentes. Conclui-se que a notificação compulsória da violência é um desafio ao campo da Saúde Pública e que esse procedimento pode ser um valioso instrumento de proteção à infância e a adolescência, quando integrado a outras práticas de cuidado.

Palavras Chave: Violência. Criança. Adolescente. Notificação de abuso.

RECORDS OF COMPULSORY NOTIFICATION OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT

This study aims to present epidemiological data of compulsory notification of violence in the age group of children and adolescents from 2009 to 2013, occurred and reported in the city of Santa Maria/RS, by identifying the gender of the victims, the type of violence suffered, the place where it happened and the type of relationship with the offender. For comparison purposes, epidemiological data of compulsory notifications of violence in the state of Rio Grande do Sul (RS) were initially presented, using the same variables. A descriptive and documentary epidemiological research was performed, using secondary data from the Notifiable Diseases Information System through access to data from Epidemiological Surveillance - TabNet-RS. The data were analyzed according to descriptive statistics with demonstration of absolute and relative frequencies. The results indicated similarities in relation to data from Santa Maria and the state of RS, in which the victims were predominantly female, physical violence was the most commonly reported, the residence was the place where more violence occurred and the mother and father were the biggest offenders. The differential in this study appeared in the records of self-violence in adolescence, with high levels of notification in the city investigated. The underreporting of violence against children and adolescents was also identified. In conclusion, the compulsory notification of violence is a challenge to the public health field and such procedure could be a valuable instrument for protecting children and adolescents when integrated to other healthcare practices.

Keywords: Violence. Child. Adolescent. Abuse Notification.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é um fato que acompanha a trajetória da humanidade desde os mais remotos registros, sendo incalculáveis as maneiras pelas quais esse fenômeno se expressa (ARIES, 1981; ASSIS, 1994). Embora o entendimento do que é violência tenha se transformado nas últimas décadas, o que temos na atualidade não é necessariamente uma redução ou um aumento da violência envolvendo a infância e a adolescência, mas uma mudança de discurso, uma tomada de consciência acerca da importância de proteger essa parcela da população (ELIACHEF, 2007).

A partir de 1980 a luta pelos direitos humanos e pelos direitos da criança e do adolescente ganhou força expressiva. Nesse período houve movimentos da sociedade civil e de setores do Estado, somados a acontecimentos internacionais como a Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança em 1989. No Brasil, a medida mais significativa foi à inclusão do artigo 227 na Constituição Federal de 1988. Esse artigo expõe que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar com prioridade à criança e ao adolescente o direito a uma vida digna, colocando-os a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988; FALEIROS; FALEIROS, 2008).

A Organização Mundial da Saúde passou a considerar a violência um grave problema de saúde pública que precisa ser enfrentado, de maneira urgente, por toda a sociedade (OMS, 2002). A inclusão da violência na pauta da Saúde Pública brasileira ocorreu de maneira lenta e gradual, visto que historicamente esse fenômeno foi abordado, sobretudo, no âmbito do direito criminal e da segurança pública. As ações no campo da saúde restringiram-se, num primeiro momento, a intervenções curativas, na qual os profissionais de saúde atuavam essencialmente como reparadores das lesões causadas pela violência (MINAYO, 1994, 2006; MINAYO; SOUZA, 1999).

Na década de 1990 a temática da violência ganhou mais espaço no campo da saúde. No final da década uma política pública nacional começou a se delinear com a intenção de incluir no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ações direcionadas para seu enfrentamento. Pois mesmo que a violência não seja questão específica da saúde, transformou-se em assunto para esse setor devido aos impactos que ocasiona na saúde individual e coletiva da população (MINAYO, 1994, 2006).

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, os profissionais de saúde foram convocados a intervir de outra maneira nas ocorrências de violência envolvendo crianças e adolescentes. Somente cuidar das lesões causadas por esse fenômeno não era suficiente, os profissionais de saúde tornar-se-iam também solicitados a notificar as situações identificadas de violência. O artigo 13 do ECA define que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990).

O notificante é considerado um ator fundamental na rede de proteção à infância e a adolescência, pois é a pessoa que pode tornar pública a violência (GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 1999). Portanto, a notificação torna-se um valioso instrumento promotor de política pública, visto que ajuda a dimensionar a magnitude da violência e definir, mais adequadamente, a necessidade de investimentos dos órgãos públicos em serviços e intervenções direcionadas ao enfrentamento do fenômeno (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2011a; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Em 2001 o Ministério da Saúde, reconhecendo o impacto social e econômico das violências, implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências, por meio da Portaria nº 737 (BRASIL, 2001). Em 2006 foi publicada a Portaria nº 1.356, implantando-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Esse sistema tinha a finalidade de obter e divulgar dados epidemiológicos sobre violências e acidentes no Brasil, sendo estruturado em dois componentes: Vigilância Contínua e Vigilância Sentinela. O primeiro captava dados de violência doméstica, sexual e/ou outras em serviços de saúde por meio do preenchimento de uma ficha denominada “*Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*”. O segundo componente, VIVA Sentinela ou Vigilância por Inquérito, constituiu uma modalidade de vigilância pontual realizada com base nas notificações de violência em serviços sentinelas de urgência e emergência (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2008, 2011a).

Em 2008 uma parceria entre o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Gerência Técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, desenvolveu um aplicativo de entrada de dados no SINAN referente às violências. (BRASIL, 2011a). A partir de 2009 o “*Módulo Violência*” foi integrado ao SINAN-Net, para que fosse possível uniformizar e dimensionar a magnitude das violências em todo o país, tendo em vista que anterior ao SINAN os municípios adotavam fichas próprias para as notificações das violências, gerando

informações heterogêneas e desarticuladas (ASSIS et al., 2012). Nesse mesmo ano foi desenvolvida outra versão da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências* do SINAN. Por meio de seu preenchimento tornou-se possível revelar a tipologia da violência, a gravidade, o perfil das pessoas envolvidas, sejam vítimas e/ou autores da agressão, entre outras características (BRASIL, 2011a).

No entanto, com a necessidade de padronizar os métodos referentes à notificação compulsória e à vigilância em saúde, o Ministério da Saúde emitiu em 2011 a Portaria nº 104, reforçando a notificação da violência como obrigatória a todos os profissionais de saúde, responsabilizando-os quanto ao preenchimento da ficha do SINAN. Essa Portaria incluiu a violência na lista das doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional (BRASIL, 2011b).

A notificação nos serviços de saúde, seja de nível primário, secundário ou terciário, deve ser realizada sempre que houver atendimento de uma situação suspeita ou confirmada de violência doméstica, sexual e/ou outras. Excepcionalmente, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, uma comunicação, relatório impresso e/ou uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar ou a autoridades competentes, conforme estabelecido no ECA (BRASIL, 1990, 2011a).

No ano de 2014 a publicação da Portaria nº 1.271 estabeleceu que a notificação compulsória é uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde, que deve ser realizada de maneira imediata ou semanal. A violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal e a violência sexual e a tentativa de suicídio eventos de notificação imediata (BRASIL, 2014a). Com vistas ao aprimoramento dos instrumentos de vigilância em saúde e em conformidade com as Políticas Públicas de inclusão social, em 2014 o Ministério da Saúde publicou outra versão da ficha de notificação da violência, denominada “*Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência interpessoal/autoprovocada*”. Assim, torna-se possível detectar as características e dimensionar as violências que afetam outros segmentos sociais, como a população negra, população de campo e da floresta, pessoas com deficiência, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2014b).

Considerando o exposto, este estudo tem como objetivo apresentar os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência (NCV) na faixa etária da infância e da adolescência no período de 2009 a 2013 ocorridos e notificados na cidade de Santa Maria RS, identificando o sexo das vítimas, o tipo de violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor. Para fins de comparação inicialmente são apresentados

dados epidemiológicos de notificações da violência no estado do Rio Grande do Sul (RS), utilizando-se as mesmas variáveis.

METODOLOGIA

O estudo refere-se a uma pesquisa quantitativa, epidemiológica descritiva e documental. Utilizaram-se dados secundários do Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN-Net: violência doméstica, sexual e/ou outras, por meio do acesso aos dados da Vigilância Epidemiológica - TabNet RS, disponíveis publicamente no site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Foi realizada uma busca por dados referentes à notificação compulsória da violência (NCV) no Rio Grande do Sul, destacando as dez cidades de maior população do estado com o respectivo número de NCV. Posteriormente, foram feitas análises mais detalhadas das NCV a partir de dados da cidade de Santa Maria/RS, especificando que este foi o município de residência e de ocorrência do fato, compreendendo a regional de notificação, de residência e de ocorrência das violências.

As variáveis utilizadas na busca foram o total de registros de notificação compulsória, o sexo das vítimas, o tipo de violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor. Os dados epidemiológicos corresponderam ao período de 2009 a 2013. Dessa forma os dados apresentados referem-se ao preenchimento da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências* do SINAN – versão 2008. Como o estudo teve por foco a infância e a adolescência, foram incluídas na busca as idades entre 0 e 19 anos, também apresentadas separadamente por faixa etária de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos.

A análise dos dados utilizou-se da estatística descritiva com demonstração das frequências relativas e absolutas, com exposição dos resultados sintetizados por meio de gráficos. Inicialmente na seção dos resultados os dados referentes aos registros de NCV são apresentados a partir de tabela e figuras e posteriormente na discussão esses dados são analisados e discutidos com outros achados científicos.

RESULTADOS

No estado do Rio Grande do Sul (RS), de acordo com dados do SINAN – TabNet-RS, no período entre 2009 a 2013, houve um total de 21.194 notificações compulsórias de violência (NCV) envolvendo crianças e adolescentes. Na tabela 1 são apresentadas as dez cidades de maior população do estado do RS, de acordo com dados do IBGE (2010), com as respectivas quantidades de notificações de violência, na faixa etária entre 0 a 19 anos.

Tabela 1 – Municípios do RS com maior número de população com os respectivos registros de notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência.

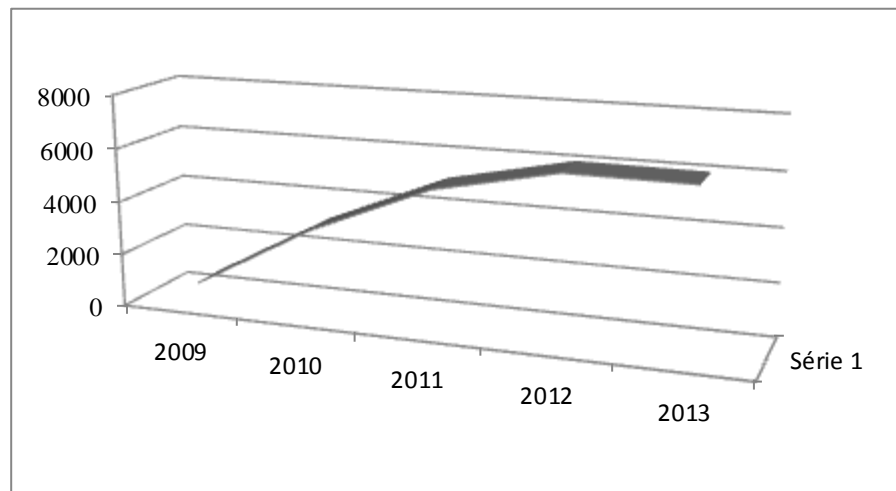
| Município | População | Registros NCV |
|------------------|------------------|----------------------|
| Porto Alegre | 1.409.939 | 5.769 |
| Caxias do Sul | 435.564 | 3.200 |
| Pelotas | 328.275 | 15 |
| Canoas | 323.827 | 917 |
| Santa Maria | 261.027 | 402 |
| Gravataí | 255.762 | 40 |
| Viamão | 239.384 | 2 |
| Novo Hamburgo | 239.051 | 79 |
| São Leopoldo | 214.210 | 24 |
| Rio Grande | 197.253 | 63 |

Fonte: Censo (IBGE, 2010) e SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Observa-se pela Tabela 1 que alguns municípios, como Porto Alegre e Caxias do Sul, apresentaram um quantitativo significativo de registros de NCV na faixa etária da infância e da adolescência, enquanto que outros municípios, como por exemplo, Pelotas e Viamão, apresentaram um quantitativo muito baixo de registros considerando o mesmo período.

No período compreendido entre 2009 e 2013, houve um aumento expressivo dos registros de NCV contra crianças e adolescentes no estado do RS. No ano de 2009, foram realizadas 721 notificações, em 2010 foram 3.208, em 2011 foram 5.117, em 2012 foram 6.086 e em 2013 notificou-se 6.062 casos, conforme observado na Figura 1.

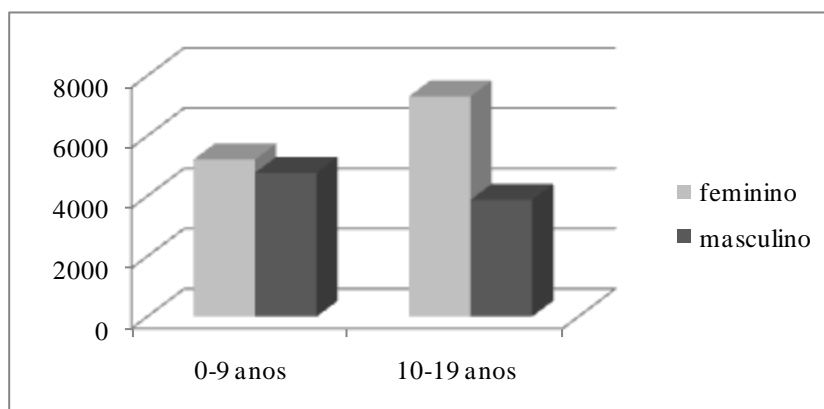
Figura 1 – Distribuição do número de registros de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos no estado do RS, no período entre 2009 a 2013.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Identificou-se por meio da Figura 1 que houve uma evolução no quantitativo dos registros de NCV envolvendo a infância e a adolescência no RS, sobretudo a partir de 2011. Por sua vez, do total de 21.194 registros de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos, 12.526 referiram-se à vítimas do sexo feminino e 8.651 ao masculino. O número de NCV na faixa etária entre 0 e 9 anos foi de 10.005, das quais 5.215 de vítimas meninas e 4.774 meninos. Na faixa etária entre 10 e 19 anos, o número de NCV foi 11.189, sendo 7.311 vítimas do sexo feminino e 3.877 do masculino, conforme Figura 2.

Figura 2 - Distribuição dos registros de NCV no estado do RS, no período entre 2009 a 2013, de acordo com o sexo e a faixa etária.

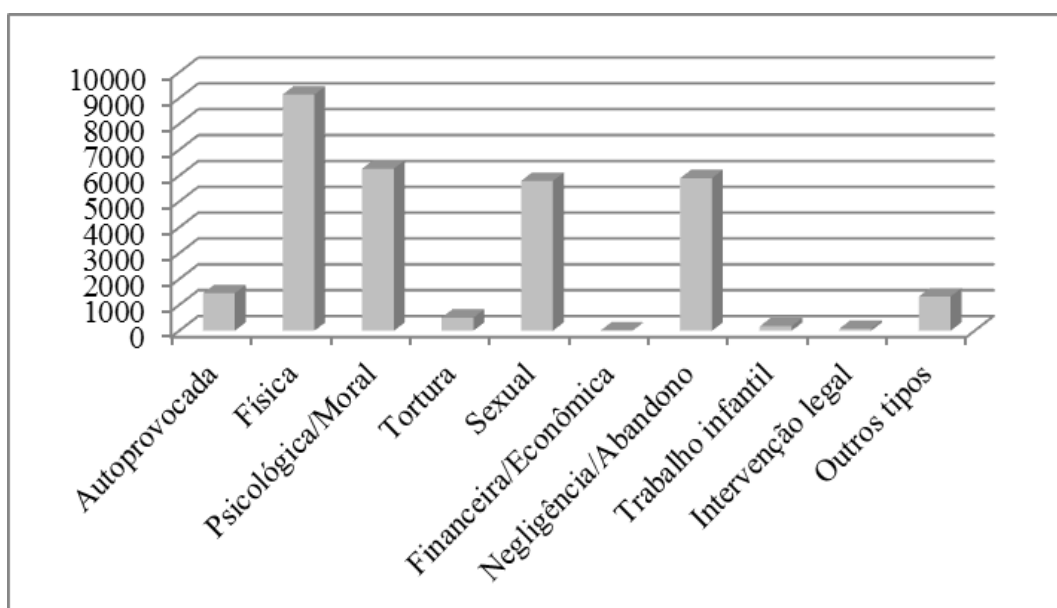


Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Observa-se por meio da Figura 2 que a violência acometeu mais meninas do que meninos no RS entre 2009 e 2013 considerando a faixa etária entre 0 e 19 anos. No entanto, à medida que as meninas adentraram na pré-adolescência e daí em diante, faixa etária entre 10 e 19 anos, parece que passaram a ser mais suscetíveis a sofrerem violência, enquanto que, para os meninos, este número reduz nessa faixa etária em comparação à anterior.

Em relação aos tipos de violência contra crianças e adolescentes que foram notificadas no RS observa-se que do total de 21.194 registros, 1.450 referiram-se à lesão auto provocada, 9.135 à violência física, 6.270 à violência psicológica/moral, 507 à tortura, 5.796 à violência sexual, 13 a tráfico de seres humanos, 156 à violência financeira/econômica, 5.905 à negligência/abandono, 173 a trabalho infantil, 80 à violência por intervenção legal e 1.324 casos foram notificados como outra violência, conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 - Distribuição dos tipos de violência notificadas na faixa etária entre 0 e 19 anos no RS, no período de 2009 a 2013.

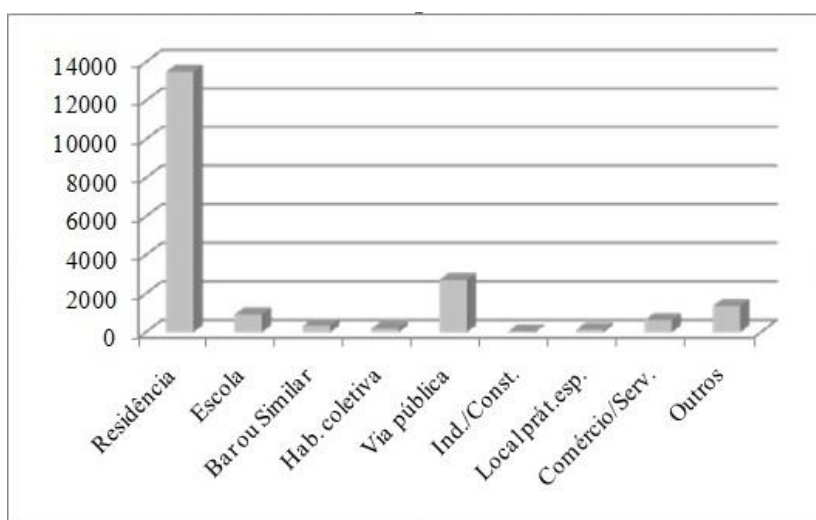


Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Observa-se na Figura 3 que as violências que mais acometeram crianças e adolescentes no RS, no período entre 2009 e 2013, foram à violência física, seguida da violência psicológica, negligência/abandono e violência sexual.

Por sua vez, do total de 21.194 registros de NCV contra crianças e adolescentes no RS, entre 2009 e 2013, em 64% dos casos a violência foi praticada na própria residência, aproximadamente 4% na escola e o restante em locais diversos como via pública, bares, habitação coletiva, dentre outros, conforme exposto na Figura 4.

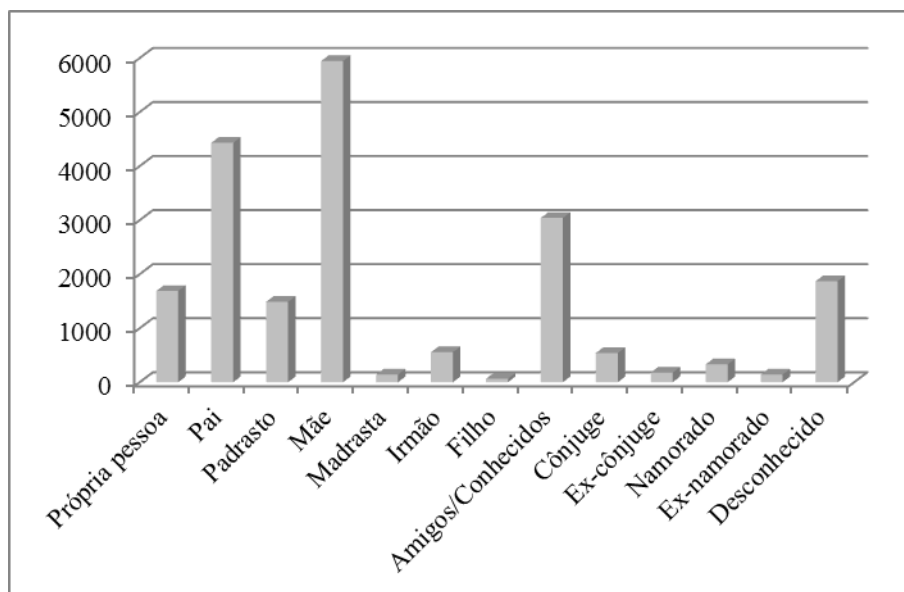
Figura 4 - Distribuição dos locais de ocorrência de violência na faixa etária entre 0 e 19 anos no RS, no período de 2009 a 2013.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Quanto ao tipo de vínculo da vítima com o agressor, os registros de NCV no RS indicaram que os atos foram cometidos predominantemente pelas mães (28% dos casos), depois pelo pai (21%), pela própria pessoa (8% - lesão autoprovocada), pelo padrasto (7%), pela madrasta (0,7%), sendo o restante distribuído dentre outras pessoas, tais como irmão, filhos, amigos, namorados, conhecidos e desconhecidos, conforme identificado na Figura 5.

Figura 5 - Distribuição dos tipos de vínculo das vítimas com os agressores no RS, no período de 2009 a 2013.

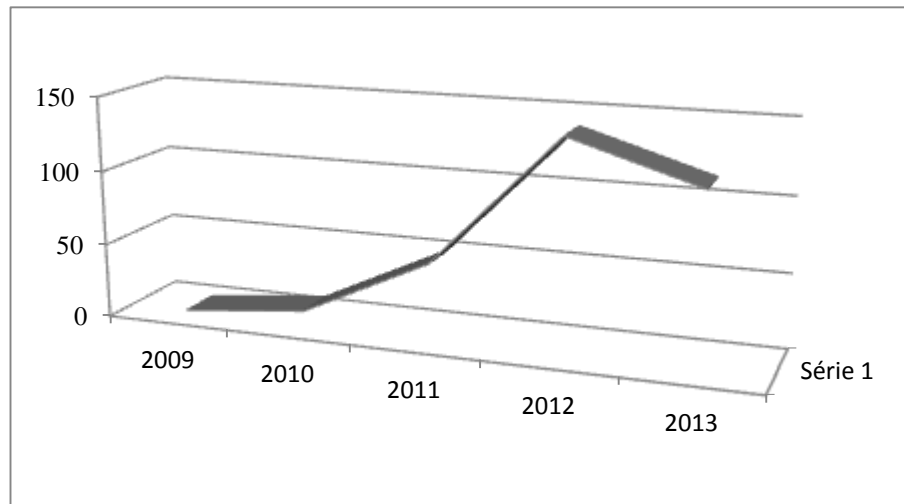


Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Como se pôde constatar nas Figuras 4 e 5, a residência foi o local que apresentou de forma expressiva o maior índice de NCV, bem como a mãe e o pai apareceram como os maiores agressores, considerando a faixa etária entre 0 e 19 anos no estado do RS.

No que diz respeito aos dados epidemiológicos da cidade de Santa Maria/RS, identificou-se que no período compreendido entre 2009 a 2013, houve 316 registros de NCV referentes à faixa etária entre 0 e 19 anos. Esse quantitativo representa as violências que ocorreram e que foram notificadas na cidade (dados por Residência e Ocorrência). No ano de 2009 registrou-se apenas 1 notificação, em 2010 foram 10, em 2011 foram 51, em 2012 foram 140 e em 2013 notificaram-se 114 casos de violência contra crianças e adolescentes. Esses registros podem ser visualizados na Figura 6.

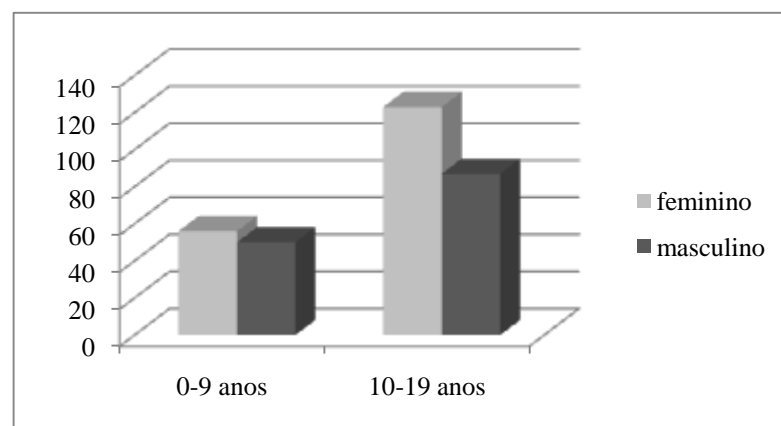
Figura 6 - Distribuição do número de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos na cidade de Santa Maria/RS, no período entre 2009 a 2013.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Os dados de Santa Maria/RS indicaram, assim como em todo estado do RS, uma evolução e semelhança nos registros de NCV na faixa etária da infância e da adolescência. Do total das 316 notificações entre 2009 a 2013, aproximadamente 57% foram contra o sexo feminino e o restante (43%) contra o masculino. Houve 106 registros de NCV na faixa etária entre 0 e 9 anos, nas quais 56 tiveram como vítimas as meninas e 50 os meninos. Em relação à faixa etária entre 10 e 19 anos, houve 210 registros, sendo 123 de violência contra meninas e 87 contra meninos, conforme observado na Figura 7.

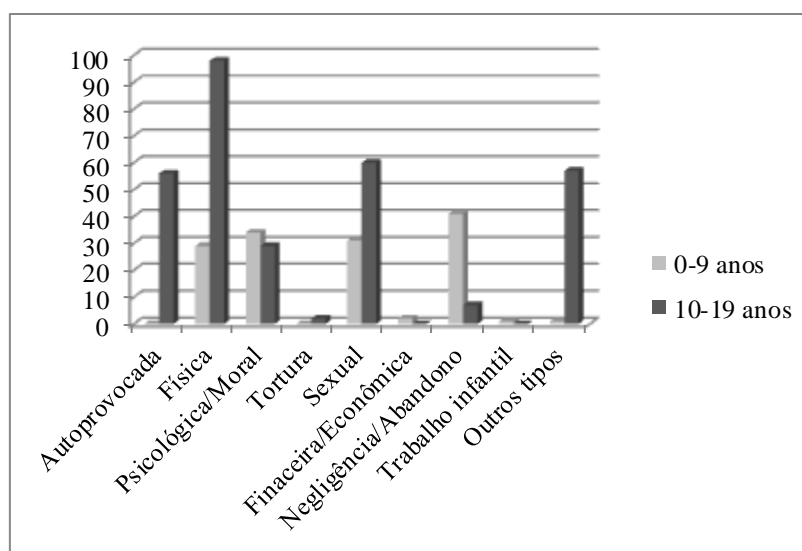
Figura 7 - Distribuição dos registros de NCV na cidade de Santa Maria/RS, no período entre 2009 a 2013, de acordo com o sexo e a faixa etária.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Observa-se, assim como ocorreu no RS, que o sexo feminino predominou no número de vítimas de violência, em especial na adolescência. No que se refere aos tipos de violência, as notificações revelam que na faixa etária entre 0 e 9 anos predominou a negligência/abandono com 41 registros, acompanhada da violência psicológica/moral com 34, da violência sexual com 31 e da violência física com 29 registros. Na faixa etária entre 10 e 19 anos prevaleceu a violência física com 98 registros, seguida da violência sexual com 60, de outros tipos de violência com 57 e da lesão autoprovocada com 56 notificações, conforme demonstrado na Figura 8.

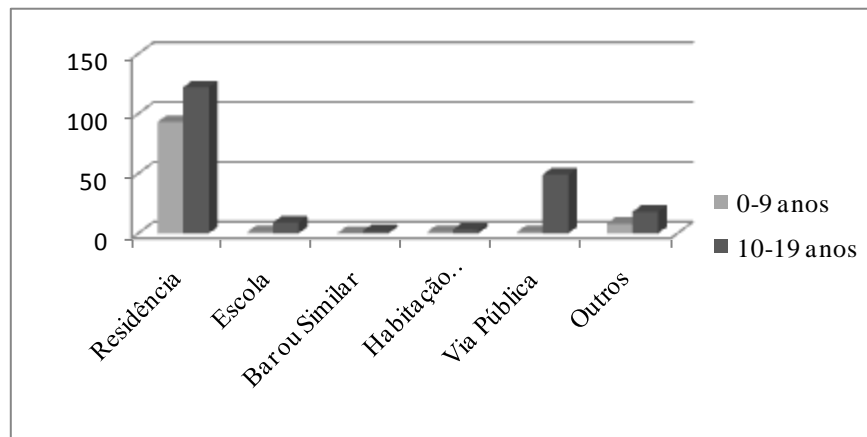
Figura 8 - Distribuição dos tipos de violências notificadas por faixa etária na cidade de Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Identifica-se, conforme exposto na Figura 8, que na infância predominaram as situações de negligência/abandono e na adolescência prevaleceu à violência física. Contudo destaca-se nessa fase a violência autoprovocada. No que diz respeito ao local onde ocorreram as violências, identificou-se que mais de 68% dos casos ocorreram na própria residência das vítimas. Na faixa etária entre 0 e 9 anos houve 106 registros de NCV, dos quais 93 tiveram como local de ocorrência a residência. Na faixa etária entre 10 e 19 anos, das 210 NCV, 122 ocorreram na residência, seguido de 49 registros de ocorrência em via pública, conforme apresentado na Figura 9.

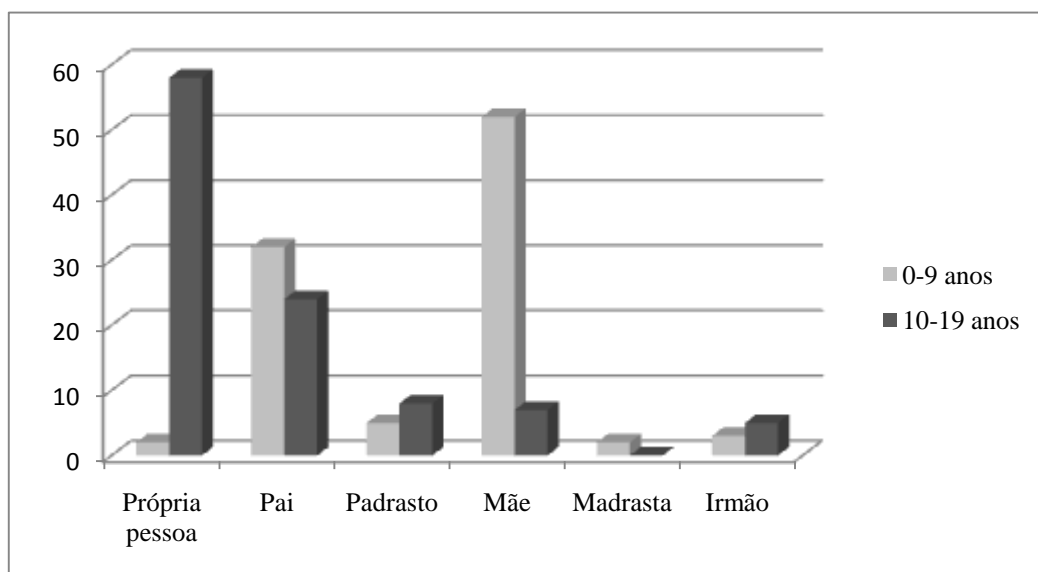
Figura 9 - Distribuição dos locais de ocorrência de violência por faixa etária na cidade de Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

No que se refere ao tipo de vínculo da vítima com o agressor, observou-se que na faixa etária entre 0 e 9 anos a mãe apareceu como a maior agressora com 52 registros, seguida pelo pai com 32. Na faixa etária entre 10 e 19 anos prevaleceu à própria pessoa com 58 registros, seguida por agressões praticadas por conhecidos com 37, depois por desconhecidos com 36 e pelo pai com 24, conforme Figura 10.

Figura 10 - Distribuição dos tipos de vínculo das vítimas com os agressores, por faixa etária, na cidade de Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013.



Fonte: SINAN/TabNet-RS (2009-2013)

Observa-se por meio das Figuras 9 e 10 que a residência predominou como o local de maior ocorrência das violências que afetam crianças e adolescentes em Santa Maria/RS, assim como ocorreu em todo o estado do RS. Em relação aos autores da agressão, a mãe e o pai seguem em destaque. Contudo na cidade de Santa Maria/RS, na faixa etária da adolescência, prevaleceu a própria pessoa como autora da agressão.

DISCUSSÃO

Os dados epidemiológicos das notificações compulsórias de violência (NCV) registrados no SINAN e referentes ao estado do Rio Grande do Sul (RS), apresentados na Tabela 1, indicaram que a cidade de Caxias do Sul destacou-se como o município que proporcionalmente ao total de habitantes teve o maior número de NCV envolvendo crianças e adolescentes. Por outro lado, alguns municípios como Pelotas, por exemplo, apresentaram um quantitativo muito baixo de registros. No comparativo entre as cidades apresentadas na Tabela 1, o município de Santa Maria/RS, foco deste estudo, é o quinto do estado em população e está na quarta posição em relação ao quantitativo de NCV.

Um estudo com foco nas notificações de violência contra adolescentes no Rio Grande do Sul, realizado no TabNet-RS, constatou que em 2009 houveram poucos registros de NCV no estado. Do total de Coordenadorias Regionais de Saúde, 13 não apresentaram nenhuma notificação e 6 tiveram números baixos de registros. Já em 2010 todas as Coordenadorias passaram a notificar a violência. O estudo apontou que apesar da Coordenadoria de Porto Alegre apresentar mais notificações de violência, as cidades de Caxias do Sul e Cruz Alta se salientaram em relação ao coeficiente de morbidade (ZANATTA et al., 2012).

Torna-se interessante conhecer que estratégias os municípios com maiores índices de NCV têm utilizado para atingir esses resultados, bem como identificar quais atitudes os municípios que apresentam poucos registros de NCV têm tido em relação aos dados epidemiológicos, no sentido de problematizá-los e buscar mecanismos de enfrentamento. Tais investigações são necessárias tendo em vista que um baixo índice de notificações não significa que o município não apresenta violência contra crianças e adolescentes.

Ouro estudo realizado na base de dados do SINAN-Net em 2010 acerca das notificações de violência doméstica, sexual e outras perpetradas contra crianças no Brasil identificou que Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Roraima e São Paulo são os estados

com maiores taxas de notificação de violência na infância. Além disso, Rio Grande do Sul apresentou um total de 26,4% de municípios notificantes e apareceu como o segundo estado do Brasil com o maior número de unidades de saúde notificantes. O estudo demonstrou que também existem disparidades em relação às notificações de violência no Brasil, visto que existem estados com taxas baixas e outros com taxas elevadas de NCV referentes à infância. Percebe-se que embora o estado do RS tenha se destacado positivamente em relação aos registros NCV, o percentual de municípios notificantes em 2010 indicava que a maioria das cidades gaúchas ainda não estava realizando tal procedimento (ASSIS et al., 2012).

Outra porta de entrada para a comunicação das violências é o Disque Denúncia Nacional, atualmente conhecido por Disque 100. Este sistema criado em 1997, foi inicialmente voltado às denúncias de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes. Em 2003 a Secretaria de Direitos Humanos assumiu o Disque Denúncia como estratégia para a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. A partir de 2006 o número 100 passou a ser utilizado para facilitar o processo de denúncia (MOREIRA; SOUSA; SILVA, 2013).

Os dados do Disque 100, referentes ao período entre maio de 2003 e maio de 2010, indicaram que este sistema realizou mais de 2 milhões de atendimentos em todo o Brasil, das quais 125mil denúncias foram recebidas e encaminhadas. Desse total, 43,786 mil foram provenientes da região Nordeste, 39.924 da região Sudeste, 16.008 da região Sul, 12.243 da região Norte e 12.230 da Centro-Oeste. Por sua vez, no ranking das unidades federativas em relação ao número de denúncias identificou-se que o estado do RS não apareceu na lista dos dez estados com maior número de denúncias no período investigado (MOREIRA; SOUSA; SILVA, 2013). No ranking das denúncias do Disque 100, considerando a média de denúncias para grupo de 100 mil habitantes por unidade federativa, no período de maio de 2003 a maio de 2009, o estado do RS apareceu em 15º lugar com 6.125 registros (BRASIL, 2009a).

Ao observar os dados epidemiológicos do estado do RS, apresentados na Figura 1, é possível evidenciar que na faixa etária entre 0 e 19 anos houve um avanço em termos de NCV, pois desde 2009 as notificações têm aumentado, em especial a partir de 2011. Tal fato pode ser atribuído à emissão da Portaria nº 104 em 2011, que torna a violência um evento de notificação compulsória em todo país. Assim os profissionais de saúde passaram a ser convocados a fazer o preenchimento da Ficha de Notificação sempre que houvesse atendimento de uma situação ou de uma suspeita de violência. Outro fator que pode contribuir para elevar os índices de NCV é a Portaria nº 1.271/2014, tendo em vista que a partir desta publicação, situações de violência sexual e tentativa de suicídio passam a ser de notificação

obrigatória em até 24h do conhecimento do fato. Os demais tipos de violência devem ser notificados em até uma semana (BRASIL, 2011b, 2014a).

Em relação ao sexo das vítimas de violência no RS observa-se, conforme Figura 2, que as meninas apareceram como as maiores vítimas de violência, sobretudo na faixa etária entre 10 e 19 anos. No que diz respeito aos tipos de violência notificadas no SINAN na faixa etária entre 0 e 19 anos, no período de 2009 a 2013, têm-se a predominância da violência física, seguida da violência psicológica/moral, das situações de negligência/abandono, da violência sexual e das violências autoprovocadas, conforme Figura 3. Quanto ao local de ocorrência tem-se a residência como o lócus privilegiado dos episódios de violências que envolvem a infância e a adolescência, seguida da via pública. As notificações referentes ao vínculo da vítima com o agressor indicaram que no RS a mãe apareceu como a maior agressora, seguida pelo pai e amigos/conhecidos, segundo dados apresentados nas Figuras 4 e 5.

Um estudo realizado no TabNet-RS, considerando a faixa etária entre 10 e 19 anos identificou que nos anos de 2009 a 2010 as violências notificadas no estado do RS foram perpetradas sobretudo contra o sexo feminino. Em 2009 prevaleceram os registros de violência sexual contra o sexo feminino e de violência física contra o masculino. Em 2010 a violência física predominou em ambos os sexos, contudo os registros de violência sexual seguiam apontando as meninas como as maiores vítimas. Em relação ao vínculo da vítima com o agressor o estudo mostrou que na faixa etária de 10 a 14 anos o pai e a mãe apareceram como os principais agressores e na faixa etária entre 15 a 19 anos apareceram como agressores cônjuges, namorados, ex-cônjuges e ex-namorados (ZANATTA et al., 2012).

Uma pesquisa realizada na Região Metropolitana de Porto Alegre/RS investigou 1.754 registros de crianças e adolescentes, na faixa etária entre 0 e 14 anos, que foram vítimas de violência entre 1997 e 1998. Foram consultadas 75 instituições que realizavam atendimento a crianças e adolescentes, como Conselhos Tutelares, Casas de Passagem, Hospitais, Órgãos do Ministério Público. Os resultados apontaram que em relação à violência sexual 79,4% das vítimas eram meninas e 20,6% meninos. O local de ocorrência dessas violências foi em 65,7% dos casos na residência da vítima, em 22,2% na rua, em 9,8% na residência de terceiros e 2,4% em instituições públicas (KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1999).

A análise de todos os processos de violência sexual ajuizados pelas Promotorias Especializadas na Infância e na Juventude de Porto Alegre/RS e Ministério Público Estadual do Rio Grande do Sul durante os anos de 1992 a 1998, apontou que as crianças e os adolescentes vítimas de violência sexual eram do sexo feminino em 80,9% dos casos. No que diz respeito ao local de ocorrência da violência observou-se que em 66,7% dos casos o abuso

aconteceu na casa da vítima. O agressor era em 98,8% dos casos do sexo masculino e possuía vínculos afetivos e de confiança com a vítima. O pai apareceu como agressor em 57,4% das ocorrências, seguido pelo padrasto em 37,2% (HABIGZANG et al., 2005).

Outra pesquisa, realizada por meio do acesso as fichas de atendimento no período de 2002 a 2006 no Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil em Porto Alegre, identificou que 75% das vítimas de violência eram do sexo feminino. Os registros do ano de 2006 demonstraram que 82,5% dos casos notificados referiram-se a violência sexual. Desses abusos, 59,3% foi caracterizado como intrafamiliar, dos quais os padrastos e os pais apareceram como os maiores abusadores (PELISOLI et al., 2010).

Estudos realizados no Brasil, em diversas cidades, setores e serviços têm apontado as violências sexual, física, psicológica e a negligência como as violências que mais afetam as crianças e os adolescentes (APOSTÓLICO et al., 2012; ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009a; BRITO et al., 2005; COSTA et al., 2007; VELOSO et al., 2013). Outras pesquisas que utilizam o SINAN têm evidenciado que a residência foi o local onde mais aconteceram as violências na faixa etária da infância e da adolescência, somado ao fato de que o pai, a mãe, demais familiares ou conhecidos serem os maiores agressores e o sexo feminino a maior vítima (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2008; VELOSO et al., 2013; WASELFISZ, 2012).

Os dados epidemiológicos registrados no SINAN, referentes à cidade de Santa Maria/RS, indicaram que no período entre 2009 e 2013 os registros aumentaram, em especial a partir de 2011, conforme apresentado na Figura 6. Tal situação acompanha a série histórica do RS. Outro ponto observado é o baixo índice de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos, tendo em vista que a cidade conta com população acima de 260 mil habitantes (IBGE, 2010) e apresentou apenas 316 registros, num período de cinco anos de notificações no SINAN.

Os dados apresentados nas Figuras 7 e 8 demonstraram o sexo feminino como a maior vítima das violências na faixa etária investigada, com predominância na faixa etária entre 10 e 19 anos. Em relação aos tipos de violências notificadas, assim como no estado do RS, a violência física apareceu em primeiro lugar considerando as idades entre 0 e 19 anos. Em Santa Maria/RS, na faixa etária entre 0 e 9 anos predominaram as notificações de negligência/abandono, seguida da violência psicológica/moral, violência sexual e violência física. Na faixa etária entre 10 e 19 anos prevaleceu à violência física, seguida da violência sexual, com destaque para as lesões autoprovocadas.

A residência também apareceu na cidade de Santa Maria/RS como local onde mais foram identificadas e notificadas as violências que envolvem a infância e a adolescência, seguida da via pública, conforme observado na Figura 9. Quanto ao tipo de vínculo da vítima

com o agressor identificou-se que a mãe e o pai seguiram como os maiores agressores. Na faixa etária entre 0 e 9 anos predominou a mãe seguida pelo pai e na faixa etária entre 10 e 19 anos predominou a própria pessoa seguida pelo pai, segundo dados da Figura 10.

O que se destacou em Santa Maria/RS foi o alto índice de notificações de violências autoprovocadas na faixa etária entre 10 e 19 anos. Essa violência é caracterizada por situações em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma, englobando as tentativas de suicídio e o suicídio. A Organização Mundial da Saúde apresenta que na faixa etária entre 15 e 35 anos o suicídio está entre as três maiores causas de morte. O Brasil é considerado um país com baixas taxas de suicídio, contudo alguns estados brasileiros apresentam índices equivalentes a países com frequências consideradas de média a elevada. Sendo o RS o estado com taxas mais altas de suicídio no país (BRASIL, 2006).

Os dados epidemiológicos referentes às lesões autoprovocadas na cidade de Santa Maria/RS diferem de outros estudos que utilizam o SINAN como fonte de dados. Esta questão merece atenção de gestores e profissionais da saúde do município, bem como maior investigação acerca dos motivos pelos quais os adolescentes, em especial, têm cometido atos de agressão contra si mesmo.

Um estudo realizado em Santa Maria/RS, nos meses de janeiro a junho de 2004 na Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), demonstrou que houve um total de 1.234 registros, dos quais 455 casos envolveram 550 crianças e adolescentes como vítimas de violência. As violências mais notificadas foram lesão corporal, outras violências e ameaça. Identificou-se que o perfil predominante das vítimas era do sexo feminino, na faixa etária entre 13 e 18 anos. Quanto ao tipo de vínculo com o agressor observou-se que a maior parte dos registros indicava que não havia relação entre vítima/agressor. Posteriormente apareceu o pai e depois outro familiar. Quanto ao local de ocorrência das violências, a casa apareceu em primeiro lugar, seguido da rua (ARPINI; SILVA, 2006).

Percebe-se que os registros realizados num período de seis meses na DPCA superam expressivamente o número de registros do SINAN num período de 5 anos de NCV em Santa Maria/RS. A relação vítima/agressor também difere, pois na DPCA predominaram os registros em que não existia relação vítima/agressor. Nos registros do SINAN identificou-se que prevaleceram as situações nas quais os agressores possuíam vínculo com a vítima sendo, sobretudo, pessoas muito próximas, como mães e pais das crianças e/ou adolescentes. Por outro lado, tanto na DPCA como no SINAN a violência física seguiu como a mais notificada, permaneceu o sexo feminino como a maior vítima e a residência como o local onde mais aconteceram as violências.

O mesmo estudo realizado na DPCA identificou quem foi o autor da notificação. Dos 550 registros em que crianças ou adolescentes eram vítimas de violência, a mãe apareceu como notificante em 254 ocasiões, seguida pelo pai. Tal situação difere dos dados epidemiológicos do SINAN, tendo em vista que a mãe e o pai aparecem justamente como os maiores agressores. Na lista dos notificantes da DPCA os serviços de saúde sequer foram citados como autores da notificação (ARPINI; SILVA, 2006).

Destaca-se que as situações registradas no SINAN são aquelas que chegam aos serviços de saúde e são reconhecidas pelos profissionais como violência (WAISELFISZ, 2012). Embora os registros de NCV na faixa etária entre 0 e 19 anos tenham aumentado a partir de 2011, os números do SINAN indicam uma subnotificação da violência contra a infância e a adolescência. Tal fato pode ser observado ao analisar o total de NCV em todo o estado do RS e na cidade de Santa Maria/RS num período de 5 anos de notificação. É necessário considerar, também que algumas fichas de NCV podem ter sido preenchidas de maneira inadequada ou com falta de informações.

Entende-se que uma das maneiras possíveis para dar visibilidade à violência nos serviços de saúde é proporcionar qualificação aos profissionais quanto à notificação compulsória (ASSIS et al., 2012; GARBIN et al., 2011). Assim a violência poderá ganhar reconhecimento e o processo de notificação poderá desempenhar efetivamente sua função de descrever o perfil epidemiológico da violência, fornecendo informações para a avaliação local das necessidades de investimento e posterior planejamento de políticas públicas mais condizentes com a realidade (DESLANDES et al., 2011; GARBIN et al., 2011).

No entanto, é preciso estar atento para que os indicadores epidemiológicos fornecidos pela NCV não sejam percebidos apenas como dados estatísticos. É necessário que se faça a problematização da informação por meio de discussões fundamentadas não só teoricamente, mas em interface com o contexto social e as demais relações que permeiam as situações de violência (ARPINI et al., 2008; GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

É preciso se questionar acerca do destino dos dados epidemiológicos da violência. As gestões em nível municipal, estadual e/ou federal têm utilizado esses dados para planejar intervenções de enfrentamento da violência? Quem tem acesso a tais registros? Quais os motivos da subnotificação? Estas questões precisam fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde para que a violência possa ser mais adequadamente compreendida e enfrentada.

Por outro lado, mesmo que os dados epidemiológicos das NCV que envolvem as crianças e os adolescentes possam indicar uma subnotificação da violência, é necessário problematizar os dados que estão registrados no SINAN. Esses dados revelam, por exemplo,

que é preciso investir no cuidado às famílias, uma vez que a residência tem sido o local de maior ocorrência das violências aliado ao fato da mãe e do pai se apresentarem como os maiores agressores.

Torna-se necessário destacar que o perfil da violência identificado neste estudo e corroborado com outras investigações tem revelado que a família pode ser em inúmeras situações, um fator de risco ao desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. A compreensão idealizada de família e do ambiente doméstico, na qual as crianças e os adolescentes que estão em casa com seus pais estão protegidos e resguardados da violência torna-se, em diversas situações, uma inverdade. É preciso haver o entendimento de que a violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes, em suas variadas manifestações - negligência, violência física, psicológica, sexual - é uma realidade no cotidiano de incontáveis famílias, independente de classe social (DE ANTONI; KOLLER, 2000; FERENCZI, 1992; GUERRA, 2010).

Outro ponto que merece atenção é em relação ao sexo das vítimas de violência. Identificou-se neste estudo que o sexo feminino predominou tanto no estado do RS como na cidade de Santa Maria/RS. Portanto, torna-se fundamental qualificar as ações de enfrentamento da violência com foco no cuidado das famílias e das meninas, para que a violência sofrida na infância/adolescência não seja naturalizada e reproduzida na idade adulta. Entendem-se como alternativas de enfrentamento e prevenção da violência as ações que visam qualificar e intensificar o trabalho territorial, em especial por meio do fortalecimento das Equipes de Saúde da Família e do trabalho dos Agentes comunitários de Saúde, juntamente com ações de articulação com Centros de Referência em Assistência Social, Escolas e demais dispositivos comunitários.

Evidencia-se a necessidade de tornar a NCV uma prática cotidiana nos serviços de saúde. Esse procedimento precisa ser compreendido como uma das esferas necessárias ao enfrentamento da violência, tendo em vista que pode operar como um importante instrumento promotor de políticas públicas e de garantia dos direitos para a infância e a adolescência. Para tanto, requer dos profissionais além de preparo técnico, um trabalho multiprofissional e intersetorial, visto que notificar implica compartilhar responsabilidades no que diz respeito à proteção das crianças e dos adolescentes (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009b).

Identificam-se inúmeros desafios ao campo da saúde, que perpassam a qualificação e suporte aos profissionais diante das situações de violência contra a infância e a adolescência. Os profissionais de saúde precisam sentir-se seguros e amparados para realizar a notificação compulsória da violência e, além disso, visualizarem os resultados de sua ação. Pois embora a

NCV possa não ter um efeito transformador da realidade imediata, ela certamente é um instrumento que permite dar visibilidade as manifestações da violência, dimensionando a intensidade e as características do fenômeno.

Outro desafio consiste na utilização adequada dos dados epidemiológicos, somado ao entendimento de que a notificação é uma parte das ações necessárias ao enfrentamento da violência. Ela não pode ser vista como uma ação pontual e final e sim como uma intervenção dentro de uma proposta de linha de cuidado, na qual outras ações, setores, serviços e atores são necessários no cuidado às crianças, adolescentes e as famílias envolvidas com a violência (BRASIL, 2011c).

Ressalta-se que os dados apresentados neste estudo se referem a registros de notificação da violência no campo da saúde e que esses registros não contemplam necessariamente uma articulação com as violências que chegam a outros serviços e/ou setores que também prestam atendimento para crianças e adolescentes. É preciso considerar que a notificação da violência que envolve a infância e a adolescência pode ser realizada em diversos espaços, como Conselhos Tutelares, Delegacias de Proteção a Crianças e Adolescentes, Ministério Público, Hospitais de Urgência e Emergência, Disque 100, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre outros. Identifica-se que a não uniformização em relação aos dados epidemiológicos das violências leva a uma pulverização dos registros, fazendo com que esse fenômeno seja percebido de forma fragmentada pelos diversos setores que deveriam estar integrados com vistas ao seu enfrentamento (MOREIRA; SOUSA; SILVA, 2013).

Percebe-se que a precariedade do dimensionamento epidemiológico da violência é outro obstáculo ao enfrentamento do fenômeno (AZEVEDO et al., 2001). A pouca notificação ou a desarticulação dos dados ocasiona déficits na qualidade da informação, levando ao não conhecimento detalhado do fenômeno, fazendo com que as manifestações da violência se tornem praticamente invisíveis aos gestores, prejudicando o planejamento de ações e políticas públicas (ARPINI et al., 2008; ASSIS et al., 2012; AZAMBUJA, 2005).

Deste modo, destaca-se para a importância da integração dos dados epidemiológicos das violências, por meio da construção de um sistema de informação universal que inclua os registros da Saúde, Assistência Social, Segurança Pública, Disque 100 e demais instituições que se envolvem com as notificações de violência, para que seja possível dimensionar de maneira mais fidedigna e não fragmentada o perfil da violência no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se por meio deste estudo que o perfil da violência e as características das vítimas têm mantido um padrão na cidade de Santa Maria/RS em relação ao estado do Rio Grande do Sul e demais estudos realizados no Brasil. Independente da porta de entrada das notificações - Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Disque 100, entre outros - os dados epidemiológicos mostraram que as crianças e os adolescentes vêm sendo vítimas, sobretudo, da violência doméstica/intrafamiliar. O destaque deste estudo foi em relação aos dados de NCV em Santa Maria/RS, no qual se identificou um alto índice de violências autoprovocadas na faixa etária entre 10 e 19 anos.

Portanto, é necessário avançar na utilização e problematização dos dados epidemiológicos, visto que existe um padrão que se mantém durante anos em relação às vítimas, agressores e locais de ocorrência das violências. Diante disso entende-se como fundamental encontrar mecanismos de enfrentamento da violência que perpassam o cuidado às famílias, somado ao fortalecimento das ações de prevenção, que envolvam intervenções plurais, interdisciplinares e intersetoriais.

Conclui-se que a notificação compulsória da violência ainda é um desafio ao campo da Saúde Pública e que tal procedimento pode ser um valioso instrumento de proteção às crianças e aos adolescentes, quando integrado a outras práticas de cuidado e as Políticas Públicas direcionadas a infância, a adolescência e a família. Tal procedimento, aliado aos avanços conquistados em termos de legislação e direitos da infância e adolescência, se constitui num importante recurso para avançar na superação da subnotificação, possibilitando maior clareza em relação ao fenômeno, fomentando investimentos direcionados adequadamente ao enfrentamento das violências.

REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, M. R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, 2012.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ARPINI, D. M.; SILVA, M. L. **A violência com Crianças e Adolescentes na Cidade de Santa Maria – RS**. Psicologia/UFSM, 2006.

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. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. 126-134, 1994.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.

AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.25, n.1, p. 4-13, 2005.

AZEVEDO, M. A. et al. Educação a distância: o combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.1, p. 85-89, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Lei 8.069: **Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 18 Jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/UNICAMP, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção da Violência e Cultura da Paz**. Vol. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Disque 100: cem mil denúncias e um retrato da violência sexual infanto-juvenil**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104/2011.** Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271/2014.** Brasília, 2014a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf
Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudos de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p.143-149, 2005.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1129-1141, 2007.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. A visão sobre família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**, v.5, n.2, p. 347-381, 2000.

DESLANDES, S. F. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.8, p.1633-1645, 2011.

ELIACHEF, C. Todos vítimas? A propósito dos maus-tratos à criança. In: ALTOÉ, S. (Org.). **A Lei e as leis: Direito e psicanálise**. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 163-72.

FALEIROS, V.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 97-106.

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009.

GARBIN, C. A. S. et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.2, p. 17-23, 2011.

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.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.6, p. 547-553, 1999.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

HABIGZANG, L. et al. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21 n. 3, p. 341-348, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades**.

População 2010. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690>. Acesso em: 25 out. 2014.

KRISTENSEN, C. H.; OLIVEIRA, M. S.; FLORES, R. Z. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre: Pode piorar? In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente. (Ed.). **Violência doméstica**. São Leopoldo: AMENCAR, 1999. p. 104-117.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, n.10, p. 7-18, 1994.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G.; SILVA, M. A. G. A. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise da situação e recomendações para o enfrentamento e prevenção. In: SOUSA, S. M. G; MOREIRA, M. I. C. (Orgs.). **Quebrando o silêncio**: disque 100. Goiânia, Cênone, 2013. p. 31-70.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002.

PELISOLI, C. et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. **Temas em Psicologia**, v.18, n.1, p.85-97, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria estadual da saúde do Rio Grande do Sul. **Tabnet: Dados epidemiológicos - SINAN - violência doméstica, sexual e/ou outras, RS, 2009-2013**. Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <http://200.198.173.164/scripts/tabcgi.exe?snet/violencianet>. Acesso em: 15 jan. 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.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

ZANATTA, E. A. et al. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. **Enfermagem em Foco**, v. 3, p. 165-168, 2012.

Artigo 2

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA EM SANTA MARIA/RS

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA EM SANTA MARIA/RS

RESUMO

Este estudo objetivou compreender o processo de implantação e implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Efetuou-se uma pesquisa qualitativa com delineamento exploratório. Para a coleta de dados realizaram-se quatro grupos focais, com profissionais envolvidos com a gestão e/ou a execução desse procedimento. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que os profissionais compreendiam a finalidade e a importância da notificação compulsória da violência, no entanto reconheciam que no cotidiano dos serviços esse procedimento não era rotina. Identificou-se que os serviços dos Níveis de Atenção Secundária e Terciária estavam mais estruturados em relação às notificações, em comparação aos serviços do Nível de Atenção Primária. Observaram-se fragilidades na capacitação dos profissionais para realizarem a notificação compulsória da violência. Os profissionais referiram que os dispositivos utilizados para capacitar foram no formato de palestras, com pouca contextualização das realidades locais e/ou por meio do envio de material didático/informativo, sem espaços para discussões. Constaram-se fragilidades na divulgação e na utilização dos dados epidemiológicos. Os profissionais que atuavam na gestão estavam apropriados dessas informações, mas reconheciam que as utilizavam de maneira pouco expressiva. Os profissionais que atuavam na execução desconheciam os dados e não visualizavam ações concretas que tivessem sido decorrência de sua utilização. Contudo, os resultados também indicaram progressos em relação à notificação compulsória da violência na cidade, observados por meio do crescente número de serviços envolvidos com esse procedimento, somado ao aumento nos registros de notificação nos últimos anos. Conclui-se que a implantação e a implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS foram processos complementares, com retrocessos, avanços e desafios permanentes. Dentre os desafios, cita-se a necessidade de fortalecimento a Atenção Primária e a inclusão de ações de educação permanente nos serviços.

Palavras-chave: Violência. Notificação de Abuso. Prática Profissional.

COMPULSORY NOTIFICATION OF VIOLENCE IN SANTA MARIA, RS

ABSTRACT

This study aimed to understand the deployment and implementation process of compulsory notification of violence in Santa Maria/RS. A qualitative study with exploratory design was conducted. For data collection, four focus groups with professionals involved in the management and/or execution of this procedure were organized. The data were analyzed using content analysis technique. The results showed that professionals understood the purpose and the importance of compulsory notification of violence. However, they acknowledged that in everyday services this procedure was not routine. The services of Secondary and Tertiary Care Levels were best structured in relation to the notifications when compared to the Primary Level. Weaknesses were identified regarding the professionals training to carry out the compulsory notification of violence. The professionals mentioned that the devices used for their capacitation were lectures, with little contextualization on local reality, and/or teaching material without place for discussions. Weaknesses in the dissemination and use of epidemiological data were identified. Professionals in the Management had this information, but they recognized that they used in a limited way. Professional in the Execution did not know the data and did not visualize concrete actions that had been the result of its use. Nonetheless, the results also indicated progress on the compulsory notification of violence in the city, observed through the increasing number of services involved with this procedure in addition to the increase in notification records in recent years. In conclusion, the deployment and implementation of compulsory notification of violence in Santa Maria/RS were complementary processes with retrocession, progress and continuing challenges. Among the challenges, the need to strengthen the Primary Care and the inclusion of permanent education actions in the services are mentioned.

Keywords: Violence. Abuse Notification. Professional Practice.

INTRODUÇÃO

O enfrentamento da violência tornou-se um dos desafios do século, tendo em vista que esse é um fenômeno plural, complexo e de causas múltiplas, identificado como um problema social e de saúde que atinge toda a sociedade (BRASIL, 2009a, 2009b; MINAYO; SOUZA, 1998). A Organização Mundial da Saúde considera violência o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

Dessa forma, a violência pode ser caracterizada por meio de quaisquer condutas, ação ou omissão, de maneira intencional, que cause ou possa causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial (BRASIL, 2014a). As manifestações da violência acarretam perdas na saúde ainda pouco dimensionadas. Percebê-las, registrá-las e discuti-las tornou-se um desafio para profissionais de todas as áreas (BRASIL, 2002).

Desde a década de 1980 que a violência vem sendo apontada como uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil. Progressivamente deixou de ser um problema exclusivo da área social e jurídica, para ser também uma questão de saúde. Contudo, apenas a partir de 1990 que uma política nacional para tratar do tema começou a se delinear, com a finalidade de incluir no campo do Sistema Único de Saúde (SUS), ações direcionadas ao enfrentamento do fenômeno (BRITO et al., 2005; MINAYO; SOUZA, 1999).

O impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) tornou-se, na atualidade, uma das maiores preocupações para chefes de Estados e gestores da saúde. As violências e acidentes constituem a terceira causa de morte na população geral e a primeira causa na faixa etária entre 1 e 49 anos. Tais eventos contribuem significativamente para a redução da qualidade de vida da população (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde, reconhecendo a violência enquanto fenômeno que ocasiona impactos pessoais, sociais e econômicos, inclusive no âmbito do SUS, tem investido em intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde, bem como em ações de monitoramento da violência, para fins de vigilância epidemiológica do fenômeno (BRASIL, 2009a). Destaca-se que a Saúde tornou-se um setor estratégico no enfrentamento da violência, tendo instituído e publicado, nos últimos anos, agendas de trabalho, planos de ação,

programas, políticas, portarias e publicações técnicas, em parceria com outros setores governamentais e da sociedade em geral (BRASIL, 2013).

Em 2006 foi implantado o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*, com o propósito de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes no Brasil. O VIVA foi estruturado em dois componentes: *Vigilância Contínua* e *Vigilância Sentinela*. O primeiro é formado pela vigilância da violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, sendo realizado por meio do preenchimento da “*Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*”. O segundo componente atua na modalidade de inquérito sobre as violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência (BRASIL, 2008, 2011a, 2013).

No ano de 2008 o Ministério da Saúde, em parceria com a Gerência Técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, desenvolveu um aplicativo de entrada de dados no SINAN referente às violências (BRASIL, 2011a). Em 2009 o componente “*Vigilância Contínua*” foi integrado ao SINAN, para que fosse possível padronizar e dimensionar a magnitude das violências em todo o país, pois anterior a esse sistema os municípios tinham a possibilidade de adotar fichas próprias para as notificações das violências, gerando com isso informações heterogêneas e desarticuladas (ASSIS et al., 2012).

A obrigatoriedade da notificação da violência no Brasil foi estabelecida por meio de diversos atos normativos e legais. A Lei nº 8.069/1990 que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente define que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. A Lei nº 10.778/2003 estabeleceu a notificação compulsória da violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados. A Lei nº 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, define que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso.

Com a finalidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, foi publicada em 2011 a *Portaria nº 104*. Essa Portaria definiu a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, estabelecendo fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Tal Portaria

incluiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista das situações de notificação compulsória em toda rede de saúde, pública e privada (BRASIL, 2011b).

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, estendendo-se também aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino. As notificações devem ser realizadas por meio do preenchimento da ficha de notificação e registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL, 2011b).

Em 2014 foi publicada a *Portaria nº 1.271*, definindo que a notificação compulsória deve ser realizada de maneira imediata ou semanal. A notificação compulsória imediata deve ser realizada em até 24 horas do primeiro atendimento. A notificação compulsória semanal deve ser realizada em até 7 dias, a partir do conhecimento do fato. A violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal e a violência sexual e a tentativa de suicídio eventos de notificação imediata (BRASIL, 2014b). Também em 2014 foi publicada outra versão da ficha de notificação da violência, denominada: “*Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência interpessoal/autoprovocada*”.

Por sua vez, a notificação da violência deve ser realizada sempre que houver atendimento de uma situação suspeita ou confirmada de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2014a).

Deste modo, a notificação torna-se um dispositivo necessário ao enfrentamento da violência, pois pode produzir maior cuidado nos atendimentos de casos singulares ao mesmo tempo em que é um instrumento de controle epidemiológico, trazendo visibilidade ao fenômeno, permitindo que a dinâmica da violência possa ser revelada (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). O fato da notificação ser obrigatória aos profissionais da saúde significa o reconhecimento da violência enquanto problema urgente a ser enfrentado no âmbito do SUS.

Destaca-se que houve progressos em termos de reconhecimento da violência enquanto problema de saúde pública, em especial, pelos avanços nas políticas públicas voltadas ao enfrentamento desse fenômeno (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2006). Entretanto, tais progressos ainda não são suficientes para solucionar as problemáticas em torno da violência,

uma vez que esse fenômeno permanece cercado de invisibilidades nas práticas diárias de muitos profissionais de saúde (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Mesmo com as determinações legais, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil. Estima-se que para cada situação de violência notificada, existem de 10 a 20 casos não notificados (PASCOLAT et al., 2001). A não notificação da violência ocasiona déficits na qualidade da informação, o que leva ao não conhecimento detalhado do fenômeno, prejudicando o planejamento das ações em saúde (ASSIS et al., 2012).

Considerando a importância da notificação compulsória para o enfrentamento da violência somada à escassez de estudos científicos qualitativos sobre essa temática específica, que esse estudo objetivou compreender o processo de implantação e implementação da notificação compulsória da violência na cidade de Santa Maria/RS, por meio das vivências de profissionais envolvidos nesse processo.

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento exploratório. A abordagem qualitativa atua num nível de realidade que não pode ser quantificada, pois se ocupa da compreensão do fenômeno a partir das vivências participantes, proporcionando o entendimento mais aprofundado do objeto investigado (MINAYO, 2007).

Instrumentos e Procedimentos

Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupos focais, compreendida como entrevista grupal e semiestruturada, característica da pesquisa qualitativa (JOVCHELOVITCH, 2000). Realizaram-se quatro grupos focais, sendo um encontro com cada grupo de participantes. Os grupos contaram com representantes de serviços da área da saúde e da assistência social de Santa Maria/RS. Os serviços selecionados para participar da pesquisa foram aqueles que estavam envolvidos com a gestão e/ou execução da notificação

compulsória da violência (NCV) na cidade, no período em que foram realizados os contatos para a obtenção das autorizações institucionais para o envio do projeto ao Comitê de Ética.

No que se refere à saúde, os serviços pesquisados foram o setor de Vigilância da Violência da Secretaria Municipal de Saúde, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Núcleo Regional de Ações de Saúde (NURAS) da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimento municipal (PA) e Unidade de Pronto atendimento (UPA). Os serviços correspondentes à área de assistência social foram os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS I e II).

Para a organização e composição dos grupos focais os setores/serviços foram separados em categorias e níveis de atenção. As categorias foram separadas em duas, quais sejam: *Gestão da Notificação Compulsória da Violência* e *Execução da Notificação Compulsória da Violência*. A segunda categoria foi subdividida em níveis de atenção, quais sejam: *Atenção Primária* (UBS e ESF), *Atenção Secundária* (UPA, PA, CREAS) e *Atenção Terciária* (Hospital). Destaca-se que, nesse estudo, se considerou como gestão os setores vinculados à Vigilância da Violência e por execução, os serviços envolvidos com o preenchimento da ficha de notificação compulsória da violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Após autorização institucional, os contatos com os participantes dos grupos focais ocorreram pessoalmente nos locais de trabalho e/ou por telefone. Os quatro grupos foram realizados em locais institucionais (um deles no Hospital Universitário de Santa Maria e os outros três no setor de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS). Os grupos contaram com a presença de um moderador e um assistente. No início de cada grupo foi entregue, discutido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os grupos focais seguiram um roteiro semiestruturado, com eixos norteadores. Utilizou-se como material de apoio a Ficha de Notificação Compulsória da Violência, a Portaria nº 104/2011 e dados epidemiológicos do SINAN referentes aos registros de violência em Santa Maria/RS. Os grupos foram gravados em áudio e tiveram duração aproximada entre 1h30min e 2horas.

Participantes

Participaram da pesquisa 18 representantes de serviços envolvidos com a gestão e/ou execução da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Dentre os núcleos

profissionais representados estiveram a enfermagem (nível superior e técnico), a psicologia, a terapia ocupacional e a fonoaudiologia. No primeiro grupo estiveram presentes três representantes da gestão da notificação compulsória violência, advindas dos setores de Vigilância da Violência da Secretaria de Saúde de Santa Maria, da 4ª CRS e do HUSM. Os demais grupos foram realizados com a categoria da execução da notificação compulsória da violência. Estiveram presentes no segundo grupo, quatro participantes advindos da UPA, Pronto Atendimento Infantil, CREAS I e CREAS II. O terceiro grupo teve a participação de seis profissionais advindos de UBS e ESF. O quarto grupo teve a presença de cinco participantes, advindos de UBS, ESF e HUSM.

Quadro 1: Participantes Grupo Focal Gestão

| Identificação | Formação |
|----------------------|-----------------|
| G1 | Enfermagem |
| G2 | Enfermagem |
| G3 | Enfermagem |

Quadro 2: Participantes Grupo Focal Execução 1
Atenção Secundária (AS)

| Identificação | Formação |
|----------------------|-----------------|
| E1/AS | Enfermagem |
| E2/AS | Enfermagem |
| E3/AS | Psicologia |
| E4/AS | Psicologia |

Quadro 3: Participantes Grupo Focal Execução 2
Atenção Primária (AP)

| Identificação | Formação |
|----------------------|----------------------------|
| E5/AP | Enfermagem |
| E6/AP | Enfermagem (nível técnico) |
| E7/AP | Enfermagem |
| E8/AP | Enfermagem |
| E9/AP | Terapia Ocupacional |
| E10/AP | Fonoaudiologia |

Quadro 4: Participantes Grupo Focal Execução 3
Atenção Primária (AP) e Atenção Terciária (AT)

| Identificação | Formação |
|----------------------|--|
| E11/AP | Enfermagem |
| E12/AP | Enfermagem |
| E13/AP | Enfermagem |
| E14/AP | Enfermagem |
| E15/AT | Bolsista – Acadêmica Terapia Ocupacional |

Análise dos dados

Os grupos focais foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Ressalta-se que os grupos foram analisados primeiro de maneira individual e detalhada e posteriormente de maneira integrada. A realização da análise de conteúdo compreendeu três momentos, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira referiu-se à organização dos dados, ao conhecimento do material e a definição de unidades de registro. A segunda referiu-se à adoção de procedimentos de codificações e categorizações dos dados selecionados anteriormente, e a terceira envolveu a busca de sentidos e elos lógicos entre categorias, para que fosse possível desvendar os conteúdos latentes do material analisado (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo permitiu a constituição de categorias e subcategorias, que são apresentadas nos resultados desse artigo, quais sejam: *O processo de notificação compulsória da violência* (Notificação compulsória da violência e diferenças de outros tipos de notificação; Percepções sobre a ficha de notificação compulsória da violência). *Notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS* (Implantação da NCV em Santa Maria/RS; Implementação da NCV em Santa Maria/RS). *Dados epidemiológicos de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS* (Conhecimento e divulgação dos dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência em Santa Maria/RS; Subnotificação da violência em Santa Maria/RS).

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº CAEE 22253413.4.0000.5346. O estudo fundamentou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, correspondentes às resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Antes da realização dos grupos focais foi entregue e explicado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora se responsabilizou quanto à sustentação do sigilo em relação à identidade dos participantes, ocultando informações que pudessem identificá-los. Para preservar o anonimato durante a apresentação das falas, no lugar dos nomes utilizaram-se códigos, com letras e números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. O processo de notificação compulsória da violência (NCV)

Essa categoria é apresentada por meio de duas subcategorias que versam a respeito das compreensões dos profissionais acerca do processo de notificação compulsória da violência, com as diferenças em relação a outros tipos de notificação e as percepções desses profissionais sobre a ficha de notificação compulsória da violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

1.1 Notificação compulsória da violência e diferenças de outros tipos de notificação

Notificar é informar, comunicar, fazer com que algo obtenha conhecimento. Por sua vez a notificação compulsória da violência é um procedimento sistemático, padronizado e obrigatório, realizado em formulário próprio, para casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (RIO GRANDE DO SUL, 2009). O registro é realizado por meio do preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo de responsabilidade dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 2011a; 2011b).

No âmbito da Vigilância em Saúde, a notificação compulsória da violência (NCV), possui a finalidade de alimentar um banco de dados, para que a informação gerada possa ser utilizada de maneira condizente com a realidade local, estadual e/ou nacional. Os dados epidemiológicos, após analisados, podem orientar o planejamento e o estabelecimento de ações de prevenção e enfrentamento da violência (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009a; LIMA; DESLANDES, 2011).

Os profissionais que participaram do estudo relataram ter o entendimento do que é e qual a finalidade da notificação compulsória da violência, bem como compreendiam as diferenças existentes entre a NCV de outros tipos de notificação, conforme visualizado nas falas abaixo.

O objetivo da notificação é esse, é trazer os dados a tona (...) que tu pode chegar e botar na mesa do gestor e dizer: o quadro da violência no município, na saúde que ele gerencia é esse. Pra ele poder criar um movimento né, de criar políticas públicas de atenção aos casos (...) então é por isso que ela virou compulsória, pra ter visibilidade, e a partir daí criar políticas públicas do estado, dos municípios e mesmo federal. (G2).

Tem a notificação de violência que tu faz, por exemplo, o registro policial, é uma notificação que tem a ver com a justiça (...) então são outros órgãos que se envolvem. A notificação compulsória que tem a ver com os profissionais da saúde, eu entendo como obrigatória, como responsabilidade dos profissionais. (G3).

A gente utiliza algumas notificações que é pra enviar pro Ministério Público ou pra Conselho Tutelar informando a situação específica da família ou da criança (...) e a notificação essa compulsória ela é bem pontual né, são alguns dados básicos, mas em termos de ter um banco de dados pra poder atuar em cima disso. (E4/AS).

Ao analisar os relatos anteriores é possível compreender que os participantes da pesquisa identificavam a notificação compulsória da violência como um procedimento vinculado à área da saúde, que tinha o propósito de contribuir na descrição do perfil epidemiológico da violência. Diferente de outras formas de notificação da violência, que teriam outras finalidades, como a notificação realizada ao Ministério Público, ao Conselho Tutelar, às Delegacias de Polícia, entre outros.

Destaca-se que no Brasil, a notificação da violência pode ser realizada por meio de diversas portas de entrada, como por exemplo, nos Conselhos Tutelares, nas Delegacias de Polícia, no Disque 100, no Disque 180, no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre outros dispositivos (BRASIL, 2011a; MOREIRA; SOUSA; SILVA, 2013). Contudo, embora existam especificidades entre a NCV e os outros tipos de notificação, esses procedimentos não podem ser compreendidos de maneira excludente, mas enquanto processos diferenciados, complementares e necessários para dar visibilidade e possibilitar o enfrentamento adequado da violência. A notificação compulsória da violência, realizada por meio do preenchimento da ficha do SINAN, precisa estar acompanhada, por exemplo, de uma notificação ao Conselho Tutelar, quando a suspeita ou confirmação da violência envolver crianças e/ou adolescentes, conforme preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990, 2011a).

Outro ponto que perpassa a notificação da violência refere-se à utilização equivocada desse termo como sinônimo de denúncia. A notificação é a comunicação das situações suspeitas e/ou confirmadas de violência aos órgãos responsáveis. A denúncia, conforme o Código de Processo Penal, é o procedimento oferecido pelo Promotor de Justiça ao Juiz de Direito, após a conclusão do inquérito policial, com vistas à responsabilização ou absolvição do agressor (DOBKE; SANTOS; DELL'AGLIO, 2010; FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2014). Já a notificação compulsória diz respeito ao preenchimento da ficha do SINAN, para fins de dimensionamento da violência e planejamento de ações, programas e/ou políticas públicas (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009a; LIMA; DESLANDES, 2011).

Embora os profissionais envolvidos com a execução da NCV compreendessem os propósitos desse dispositivo, no cotidiano dos serviços eles referiram encontrar dificuldades para esclarecer a população que esse procedimento não constituía uma denúncia. O uso popular da denúncia como sinônimo de notificação fez com que até mesmo os profissionais se sentissem confusos e, conseqüentemente, hesitantes na hora de realizar a notificação compulsória da violência. As inseguranças podem ser visualizadas por meio de questionamentos como: “*mas pelo que eu entendo a notificação não é uma denuncia, né?*” (E4/AS). O próximo relato também traz essa confusão entre as terminologias.

Eu tinha entendido que essa notificação ninguém vai atrás, foi isso que eu entendi no treinamento, na capacitação, que ninguém vai atrás. Eles (população) acham que é a denúncia, primeira coisa (...) e tem uns que não aceitam porque eles acham que não é isso que tu tá explicando, que não, que isso daqui não é só um dado. (E5/AP).

Visualiza-se, por meio das falas, a existência de uma certa confusão entre as terminologias. Portanto, esclarecer a população pareceu não ser uma tarefa fácil para os participantes, visto que os próprios profissionais, muitas vezes, ficavam em dúvida sobre o fato de a notificação constituir ou não uma denúncia. O estudo de Rolim et al. (2014) assinalou que a confusão entre as terminologias notificação/denúncia, pode contribuir para a subnotificação da violência.

Mesmo identificando a finalidade e a importância da NCV, os participantes do estudo reconheciam que tal procedimento não era rotina em suas práticas profissionais. Outros estudos também identificaram essa contradição (MOREIR et al., 2014; SILVA et al., 2009). As falas abaixo exemplificam essa ambivalência e apresentam as incertezas dos profissionais em relação ao ato de notificar.

A importância fundamental da notificação é gerar dados pra nós termos como vemos a problemática em si (...) e em cima desses dados promover políticas, ações. Mas como profissionais lá da ponta como nós somos, realmente a última coisa que a gente se preocupa é notifica, a gente acaba, liga pra assistência social, liga pro conselho (...) a gente acaba falhando como profissional, mas por se preocupa mais com o ser humano, do que com o papel, que também é fundamental. (E11/AP).

Será que é mais importante preenche aquele papel ou senta e ouvi a pessoa? (...) quantas vou prevenir fazendo esta notificação? isso que eu penso também, ou eu vou ajuda se eu senta e escuta e tenta encaminha a situação dela, me colocar a disposição e ouvir? (E8/AP).

E às vezes quando tu consegue encaminha, deu então tá liberado, ‘putz notificação’, acho que a linha anda um pouco por aí né, às vezes quando a gente tem uma suspeita, um caso mais sensível, a gente tenta faze uma agilidade do funcionamento da rede e o papel realmente naquele momento é o que menos importa. (E12/AP).

Esses relatos demonstraram a presença de um vácuo entre a notificação compulsória da violência e a resolatividade das situações vivenciadas no fazer diário dos profissionais. As falas indicaram práticas excludentes, pois uma ação parecia anular a outra - *“será que é mais importante preenche aquele papel ou senta e ouvi a pessoa?”*. Deste modo, o ato de notificar não era compreendido enquanto um ato de cuidado, necessário ao enfrentamento da violência, mas como um procedimento burocrático e pouco efetivo no dia a dia dos serviços.

Ressalta-se que as intervenções nas situações de violência, para que contemplem a atenção integral, devem ser conduzidas por meio de uma linha de cuidado. Este dispositivo estabelece que diversas ações, profissionais e setores precisam estar articulados num fluxo contínuo de cuidados que perpassam as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede (BRASIL, 2011c). Com isso, é importante ter claro que a notificação compulsória da violência deve ser mais do que o preenchimento de um papel para alimentar um Sistema de Informação.

1.2 Percepções sobre a ficha de notificação compulsória da violência

Os profissionais que participaram do estudo, quando questionados a respeito da ficha de notificação compulsória da violência, relataram inúmeras dúvidas quanto ao preenchimento e as terminologias apresentadas na mesma, bem como expuseram suas percepções em relação ao tamanho da ficha, a forma como ela foi apresentada e as questões que ali constavam, conforme apresentado nas falas a seguir.

Eu acho que ela é bem extensa, mas eu acho que são coisas importantes, sabe (...) cada um tem entendimento, por mais que eu tenha lido o manual e coisa, depois que tu pega a prática de fazer, tu vai mais rápido, mas mesmo assim eu não me sinto cem por cento segura preenchendo isso aqui, a ficha. (E2/AS).

Acho com perguntas extremamente constrangedoras (...) e olhem esses dados complementares, situação conjugal, relações sexuais (...) todo o exame físico, aquele monte de medicação que recebe, mais a profilaxia pra sífilis (...) ai eu perguntando tudo isso pra ela, todo trâmite, que tipo de relação sexual tu tem, só com homem, com mulher? (E8/AP).

E poluídas, isso aqui eu olho, não é claro, é poluída (...) aqui oh, consequências da ocorrência detectadas no momento, 56 (item da ficha), por exemplo, transtorno mental, acho que qualquer pessoa violentada de qualquer forma vai ter, tá mas o que é transtorno mental? (E5/AP).

Os relatos apresentados demonstraram que o formato e a composição da ficha de notificação compulsória da violência interferiam na realização desse procedimento. Os profissionais percebiam a ficha como extensa e poluída, embora também entendessem que as informações que ali constavam eram necessárias. As falas ainda evidenciaram as dúvidas em relação às terminologias adotadas na ficha, tais como, as consequências da violência no momento da notificação. As dificuldades apareciam na hora de avaliar se ocorreu, por exemplo, transtorno mental, transtorno de comportamento e/ou estresse pós-traumático. Outro ponto discutido sobre a ficha referiu-se a temas como a sexualidade. Os profissionais sentiam que alguns itens poderiam gerar constrangimento ao serem indagados, dificultando ou inibindo o preenchimento da ficha, interferindo inclusive, no vínculo com as vítimas/familiares e demais pessoas envolvidas na situação.

As incertezas quanto ao preenchimento da ficha de notificação compulsória da violência, somadas ao tamanho e ao formato da mesma, podem levar ao registro incorreto ou ao não preenchimento de determinados itens. Em decorrência disso os dados epidemiológicos gerados pelas NCV ficam fragilizados, ocasionando “falhas na informação”, conforme relata a participante: *“Se a gente conhece bem aquela ficha, a gente consegue lembra o que que tem que tira dali, mas é que é muita coisa né, então também pode ocorrer falhas na informação. (E5/AP)”*. A próxima fala também exemplifica essa situação.

Então tu imagina um médico ou qualquer outro profissional fazer uma notificação que tem tantos campos, que a violência tem mais de 64 campos, que o campo de encaminhamento é 64 e daí vem cheio de erros (...) não é uma ficha que tu sai preenchendo, porque ela vai dar problema logo adiante porque tem erro, que não fecha os dados. (G3).

A não notificação da violência ou a notificação incorreta e/ou incompleta ocasiona déficits na qualidade da informação, levando ao conhecimento fragmentado do fenômeno (ASSIS et al., 2012). A precariedade do dimensionamento epidemiológico da violência torna-se um obstáculo ao enfrentamento dessa problemática (AZEVEDO et al., 2001).

Destaca-se que o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, objetivou por meio do componente Vigilância Contínua, a captação de dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde. A notificação dessas situações era realizada por meio do preenchimento de uma ficha, denominada de *“Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências”* (BRASIL, 2011a).

No ano de 2008 foi desenvolvida outra versão dessa ficha de notificação (versão 10.07.2008). Em 2009 o item Vigilância Contínua integrou-se ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para que fosse possível padronizar e dimensionar as violências em todo o Brasil (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2011a). Com vistas à qualificação dos instrumentos de vigilância em saúde, o Ministério da Saúde divulgou em 2014, outra versão da ficha de notificação, denominada de “*Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência interpessoal/autoprovocada*” (versão 28.03.2014) (BRASIL, 2014a).

A ficha de notificação compulsória da violência do SINAN foi elaborada de maneira coletiva, por meio da colaboração de gestores e profissionais da saúde vinculados ao Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa e outras instituições não governamentais. Por meio de seu preenchimento torna-se possível revelar a magnitude da violência, sua tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência, entre outras características dos eventos violentos (BRASIL, 2011a).

Salienta-se que no período da coleta de dados da pesquisa, a ficha de notificação compulsória da violência utilizada pelos profissionais, correspondia à versão de 2008. Todavia, os participantes da Categoria Gestão já possuíam a informação de que a ficha estava passando por modificações, conforme identificado na fala abaixo.

Mas ela tá por ser mudada (...) tava a mulher do Ministério que justamente tão mexendo na ficha (...) ela disse: agora vai mudar a ficha, vai chegar (...) por exemplo, a questão do suicídio, as lesões auto provocadas ali não consta (...) e o que a gente viu também, naquela capacitação que a gente foi é a questão da classificação, aquela sigla, gays, lésbicas, mudou tudo aquilo. (G1).

Em 2014 foi apresentada outra versão da ficha de notificação compulsória da violência do SINAN. A nova ficha é composta por variáveis e categorias que englobam as violências interpessoais e autoprovocadas. Uma das novidades é a inclusão do nome social, da orientação sexual e da identidade de gênero. É possível, a partir dessa versão, dimensionar se a violência foi motivada por sexismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiência, entre outras probabilidades. Ocorreram ainda mudanças em relação ao encaminhamento das situações notificadas, bem como a exclusão de algumas variáveis e categorias da ficha de 2008, como, por exemplo, referentes à consequência das violências e questões sobre violência sexual (BRASIL, 2014a). Ressalta-se que as exclusões realizadas vieram ao encontro das dificuldades relatadas pelos profissionais quanto à versão de 2008 da ficha de NCV.

Um estudo realizado acerca do protocolo/ficha de notificação apresentou alguns potenciais e limites desse procedimento. Dentre as potencialidades está a visualização da violência como demanda cotidiana nos serviços, pois para notificar é preciso que o profissional “abra os olhos” para as manifestações do fenômeno. Como limitações, identificou-se a não abrangência do protocolo, visto que ele se dirigia a grupos específicos, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009). Salienta-se que a nova versão da ficha de notificação compulsória da violência ampliou as possibilidades de notificação, pois abrangeu outros grupos populacionais.

Acrescenta-se que a notificação em si não garante que o atendimento das situações de violência torne-se rotina no serviço. O profissional pode preencher a ficha de notificação como se estivesse preenchendo outro documento qualquer e, após essa ação desresponsabilizar-se pela continuidade do caso notificado, acreditando que sua tarefa era apenas preencher a ficha. Portanto, o protocolo de notificação da violência precisa ser compreendido pelos profissionais como um instrumento complementar e não como um fim em si mesmo (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

2. Notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS

Essa categoria apresenta duas subcategorias que abordam o processo de implantação e o processo de implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS.

2.1 Implantação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS

Implantar é estabelecer, instituir, promover a inserção e o desenvolvimento de algo. Assim, o processo de implantação da notificação compulsória da violência no município de Santa Maria/RS iniciou como uma modalidade Sentinela, vinculado ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Para tanto se criou um serviço no hospital, denominado de “Observatório de Violências e Acidentes”. Conforme relato de uma das participantes da Categoria da Gestão, esse serviço foi criado no ano de 2006, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O monitoramento dos acidentes e violências era realizado por meio de um programa estadual, denominado RINAV (Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências).

A preocupação do estado consistia no fato de que as causas externas (violências e acidentes) estavam entre as principais causas de morte no Rio Grande do Sul. Deste modo, em

conformidade com leis e portarias nacionais, que determinavam a obrigatoriedade da notificação, que a SES/RS apresentou o RINAV, como formulário padrão para a realização da notificação da violência (RIO GRANDE DO SUL, 2007). Mesmo que o RINAV indicasse que as notificações de violência pudessem ser realizadas nos diversos serviços que compõe a rede de saúde, de quaisquer níveis de atenção (primário, secundário, terciário), em Santa Maria/RS, esse processo iniciou apenas com o Hospital Universitário. Essa trajetória de implantação pode ser visualizada nos relatos abaixo.

O hospital era um hospital sentinela. Tinha um programa do estado pra notificar violências (...) o estado fez esse programa, deu um computador pra nós, deu um pouco de dinheiro e daí começou assim, lá no Pronto Socorro, um serviço chamado “Observatório de Acidentes e Violência” (...) acho que lá de 2006 que tem isso (...) a gente pegava todos os acidentes, que era bem alto e todas as violências que conseguia pegar e digitava dentro de um programa do estado. Depois vem em 2010 a ficha do SINAN. Daí esse programa fechou. Daí a gente só faz violência, não faz mais acidentes. (G3).

Daí aquilo começou a bombar e a 4ªCRS começou a pressionar lá, pressionar lá, porque não tinha notificação, não tinha número (...) e daí assim, aí começou em 2010 eu acho que o estado apertou eles, o município, daí eles tinham que destinar uma pessoa (...) daí a gente começou trabalhar e daí começou. (G1).

Embora as notificações de violência tenham se integrado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2009 (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2011a), as falas acima demonstraram que em Santa Maria/RS, a implantação da NCV do SINAN, ocorreu a partir do ano de 2010. Essa implantação foi impulsionada pelo estado do RS, por meio da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, que pressionou o município a tomar providências, tendo em vista o baixo quantitativo⁷ de registros de notificação. A partir desse momento designou-se uma profissional para assumir o compromisso em relação à qualificação e ampliação da notificação compulsória da violência na cidade.

No período inicial de implantação do SINAN em Santa Maria/RS, as notificações de violência realizadas no HUSM eram enviadas ao setor de Vigilância em Saúde de Santa Maria/RS, para que pudessem ser incluídas no Sistema de Informação. A partir de 2012 foi liberado e instalado no hospital o sistema para a digitação dessas notificações, segundo relata uma das participantes da Categoria Gestão.

Em 2012 nós começamos a digitar, mas a gente sempre fez e mandava pra eles (setor de Vigilância em Saúde de Santa Maria/RS) e daí liberaram pra nós o banco, né, pra instalação pra digitar. Porque pensa bem, se as notificações são tão altas no

⁷ O baixo quantitativo de registros de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS, pode ser observados no *Artigo 1* desta dissertação.

Hospital Universitário, imagina a trabalhadeira que poupa pro município fazer, porque tu pode só digitar. Então assim, foi uma jogada fantástica que o estado fez. (G3).

Pode-se identificar que a implantação da NCV na cidade foi incentivada e respaldada pelo estado do RS. Outro ponto que merece atenção refere-se ao fato de que após a transição do Sistema estadual (RINAV) para o Sistema nacional (SINAN), as violências separaram-se dos acidentes e demais serviços de saúde, para além do Hospital Universitário, passaram a se envolver com a notificação da violência, por meio do preenchimento da ficha do SINAN.

As vivências dos profissionais da Categoria Execução são distintas em relação à implantação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Foi possível identificar que a implantação ocorreu, sobretudo a partir de 2011. No período inicial de implantação os serviços dos Níveis de Atenção Terciária (HUSM) e Atenção Secundária (Pronto Atendimento municipal) foram os que mais se envolveram com as notificações. Os relatos a seguir apresentam algumas vivências em relação ao processo de implantação.

Desde 2011 (...) eu entrei lá e outra menina que passou como é que fazia e realmente chega lá nos primeiros, tu realmente não sabe se tem que ir atrás, claro eu tinha vergonha de fala, de pergunta, eu fui perdendo isso, tu só vai pegando o jeito assim, faz três anos que eu faço, fazendo, indo atrás. (E15/AT).

Olha, faz um tempo que a 'X' luta com essa questão, então eu acho que assim, lá no PA que ela busca mais, que se fala mais, acho que já faz o que, uns três ou quatro anos, eu acho (...) eu digo que três, quatro anos é o tempo que a gente ouviu mais falar, é mais cobrado digamos assim, através da 'X'. (E2/AS).

Os profissionais vinculados ao Nível de Atenção Primária expuseram o processo de implantação da NCV em Santa Maria/RS de maneira mais fragilizada, conforme demonstrado nas falas abaixo.

Foi em 2013 (...) foi nessas minhas férias que as gurias receberam lá no Posto, as residentes que tavam (...) a 'X' foi lá, entregou a notificação e daí quando eu cheguei, acho que uns três meses depois fiquei sabendo que tinha aquilo lá, aquele pacote que eu fui mexer nos armários, e vi que tava lá essas notificações. (E5/AP).

Para mim, vou ser sincera até então ninguém e parece pouquinho, mas já tá fazendo quase um ano né (...) chegou por alto, que a enfermeira ela tinha trazido um pacotinho e queria conversa com as agentes comunitárias e conosco sobre violência, faz uma espécie de capacitação. (E11/AP).

Porque assim, eu tinha conversado com a 'X' e coisa, mas na correria, daí ela foi lá e o que ela fez assim foi entrega os papeis né, daí fica mais uns papeis no armário (...) o mesmo pacotinho dentro armário (...) faz acho que um ano já, chegou o kit notificação. (E12/AP).

Para as unidades de saúde da Atenção Primária, que participaram do estudo, a implantação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS ocorreu de maneira mais informal, no qual se disponibilizou um material (fichas de notificação e instrutivo de preenchimento), mas não se aprofundou com toda a equipe as possibilidades desse processo no cotidiano dos serviços. Os relatos demonstraram que a implantação da notificação compulsória da violência nesses serviços se caracterizou pelos “Kits notificação” dentro do armário, tendo em vista que as equipes não se apropriaram desse procedimento como uma ação pertencente no fazer diário nas unidades de saúde. Os “pacotinhos” dentro do armário também demonstraram que a violência permanecia cercada de invisibilidades nos serviços de saúde, corroborando com estudos como o de Galvão e Dimenstein (2009).

Embora os profissionais tenham apresentado vivências distintas acerca da implantação da NCV, é necessário destacar um ponto em comum, que tornou esse processo similar aos participantes do estudo. A implantação teve como pano de fundo uma figura chave, uma profissional que se tornou referência nas questões de violência no âmbito da saúde em Santa Maria/RS. Esse reconhecimento positivo é resultado da forma de atuação desta profissional, que ao mesmo tempo em que cobrava as notificações dos serviços, também se mostrava disponível para auxiliar nas dúvidas e na qualificação desse procedimento, conforme comentou uma das participantes da Categoria Execução: *“Lá, a ‘X’ se prontificou a ir, sabe. - Eu posso vim aqui um dia, eu posso sentar com vocês, fazer, tirar as dúvidas - então a gente não tem como dizer não né? É só arranjar um tempinho pra isso também, né”*. (E3/AS).

As vivências relatadas possibilitaram a constatação de que a implantação da notificação compulsória da violência nos serviços da cidade se constituiu por meio de um processo pessoalizado e por vezes solitário, conforme exposto nessa fala: *“Aí é cansativo, até quando a ‘X’ (...) daqui uns dias a ‘X’ vai e aposentar e não tem discípulos (...) porque a gente assim oh, eu não me dedico só a isso, então não consigo me dedicar”*. (G1). Visualiza-se, por meio dessa fala, que no município não existia um núcleo gestor e sim uma pessoa responsável por tais questões, que nem se quer tinha dedicação exclusiva às ações de Vigilância da Violência no momento em que o estudo foi realizado. Para outra participante da Categoria Gestão, a violência podia ser caracterizada em Santa Maria/RS como *“uma política sem apoio”*. (G2). Portanto, as fragilidades na implantação da NCV refletiram diretamente na implementação desse procedimento.

Acrescenta-se que a existência um grupo gestor, formado por uma equipe assessora, poderia fazer com que o enfrentamento da violência, viesse a se tornar uma prática institucional e não uma ação individual e fragmentada. Essa equipe de apoio traria respaldo

aos profissionais, para que eles sintam-se aptos e seguros para realizar a notificação da violência (SILVA et al., 2009).

2.2 Implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS

Implementar é por em prática, executar, realizar. Deste modo, a implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS, no momento em que o estudo foi realizado, se apresentou como um processo em construção, repleto de dificuldades, conquistas e desafios. Mesmo que a NCV tivesse sido implantada em Santa Maria/RS no ano de 2010, as participantes da Categoria Gestão identificaram que esse era um trabalho gradativo e não finalizado, conforme revelam as próximas falas.

E a gente tenta (...) indo nas unidades pra ver se sensibiliza essa questão da notificação, por que é uma questão bem complicada (...) então as pessoas não pegam pra si, não veem a importância, então é bem complicada essa questão da sensibilização. Como diz a 'Y' é um trabalho de formiguinha, é devagar, é sensibilizando, é sempre indo e buscando. (G1).

É responsável pela psiquiatria, pela emergência, ele não sabia da existência da ficha de notificação (...) então pra ver assim oh, o quanto a gente tem que fazer esse trabalho de ter na cabeça que as pessoas não sabem né, e são os profissionais que são responsáveis por outros profissionais. (G3).

Os relatos demonstram que a implantação e a implementação da NCV são processos complementares, em constante renovação, tendo em vista que existiam profissionais que ainda desconheciam esse procedimento na cidade, mesmo fazendo parte de serviços nos quais a notificação já havia sido implantada. A fala de uma participante da Categoria Execução exemplifica essa situação.

Até agora nós não temos protocolo né? Nós não temos nenhum protocolo ainda (...) eu digo que até então não tem protocolo, tem só a obrigação moral. Se o médico vê tal coisa, tem a obrigação moral de ir adiante ou não (...) não sei se eu to certa ou to errada, que até então a gente não tem protocolo pra seguir 'ó você é obrigada a registrar' eles não tem isso. (E6/AP).

Outro ponto a ser destacado nesse relato é a decisão dos profissionais em realizar ou não a notificação. Salienta-se que esse procedimento não poderia ser um ato baseado em princípios morais individuais, nos quais os profissionais pudessem escolher por sua realização. De acordo com a legislação, a notificação é um procedimento padrão, de responsabilidade dos profissionais, determinado por diversos atos normativos e legais (BRASIL, 1990, 2003a, 2003b, 2011b, 2014b).

Todavia, foi possível compreender que a implementação da NCV na cidade esteve diretamente relacionada à emissão da Portaria nº 104/2011. A partir dessa publicação a violência doméstica, sexual e/ou outras violências foram incluídas na lista das situações de notificação compulsória em toda rede de saúde, reforçando a responsabilidade dos profissionais quanto ao preenchimento da ficha do SINAN (BRASIL, 2011a, 2011b).

Essa Portaria apresentou a obrigatoriedade da NCV para os serviços que compõe a rede de saúde, pública e privada. Entretanto, em Santa Maria/RS, a notificação compulsória da violência se estendeu para os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), vinculados à área da Assistência Social. A fala a seguir ilustra esse processo.

Os CREAS eles notificam, eles são os que mais ajudam ali (...) Santa Maria, como tinha um problema sério de notificação e os CREAS atendia muito e tava disposto, daí o estado, lá as DANTS abriu uma exceção (...) vai formalizar, mas Santa Maria começou em função disso, que os profissionais tinham interesse. (G2).

O CREAS faz parte da Política de Assistência Social, constituindo-se como serviço especializado, responsável pela Proteção Social Especial de Média Complexidade. Esse serviço oferece atendimento às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Os objetivos do CREAS consistem em proteger as vítimas de violências, reduzir a ocorrência de riscos, seu agravamento ou sua reincidência, desenvolver ações para eliminação/redução da violação dos direitos humanos e sociais, entre outros. Em decorrência da complexidade das situações acompanhadas pelo CREAS, a equipe desse serviço precisa ser composta por profissionais de diferentes especialidades, como serviço social, direito, pedagogia e psicologia (ALMEIDA; GOTO, 2011). Deste modo, pelo fato de o CREAS ser um serviço que se envolve diretamente com as situações de violência, que o município de Santa Maria/RS, por meio de uma pactuação com a Secretaria de Saúde do RS, fez uma parceria com o CREAS, para que as notificações compulsórias de violência fossem realizadas nesse local.

Assim como ocorreu com a implantação da NCV, a implementação desse processo também foi permeada por vivências distintas. Identificaram-se duas realidades iniciais: uma em relação ao contexto hospitalar e outra aos demais serviços.

Então a gente sabe assim, que a gente é um serviço organizado (...) a gente faz a busca ativa de casos nas portas de entradas, ou pela internação (...) daí a gente vai atrás de quem atendeu (...) nós temos um sistema de busca, mas com certeza fica coisa pra ser feita (...) imagina nas unidades básicas que depende de tá sensibilizando alguém, eu digo que se fosse dessa forma o HUSM também não ia fazer a notificação, se não tivesse um serviço, se não tivesse as pessoas atrás (...)

entramos no sistema e vamos atrás (...) eu até fiz um levantamento, a gente digita mais de 70% das notificações. (G3).

É que, por exemplo, a 'Y' tem uma outra vivência, que a 'Y' tem outro serviço aqui. Eu como estou distante (...) então a gente não consegue muito gerenciar essas questões dos locais. Então a 'Y' eu sei que ela tá batalhando, porque ela tá mais diretamente, ela está no serviço. (G1).

No Hospital (Nível Terciário) o processo de implementação da NCV, foi apontado como estando mais estruturado, tendo em vista a existência de um núcleo gestor que conseguia estar presente no dia a dia dos setores, fazendo busca ativa das ocorrências de violência e qualificando o processo de notificação. Esse núcleo contava com bolsistas e Residentes multiprofissionais, que atuavam diretamente no preenchimento das fichas do SINAN. Outro ponto que favoreceu a implementação da NCV foi a própria estrutura física do Hospital, que facilitava a aproximação entre os setores, conforme relatado abaixo.

É feito, não importa se é confirmado, se suspeita, tu faz igual. É rotina, sim é rotina. Agora a gente tá tendo mais acesso no que acontece (...) na psiquiatria, tentativa de suicídio também entra, a gente também notifica, daí a gente tá tendo um controle de todas as pessoas que entram na psiquiatria e todas as pessoas que saem, a gente pega os prontuários que entram lá dentro pra revisa. (E15/AT).

A realidade dos demais locais envolvidos com a NCV era outra. Os serviços estavam localizados em toda a cidade de Santa Maria/RS, o que inviabilizava o contato direto, somado ao fato de que não existia um núcleo gestor municipal que pudesse estar presente no cotidiano desses serviços. Também se visualizaram diferenças na implementação entre os Níveis de Atenção Secundário e Primário. Os serviços de Atenção Secundária estavam mais estruturados em relação à NVC, nos quais foi possível identificar processos organizativos internos para a realização desse procedimento, como demonstram os relatos abaixo.

Eu tento preencher no momento que eu to fazendo o atendimento ou logo em seguida que a criança ou o idoso passou pelo médico, já pra poder, se faltar alguma informação dar tempo de colher ainda (...) no nosso caso a gente coloca a data em que foi procurado o atendimento, porque geralmente é procurado no dia que acontece. (E1/AS).

Eu no meu caso, assim oh, tem muitos dados aqui que já tem preenchidos, por exemplo, na ficha de acolhimento que é a primeira entrevista que a assistente social faz, agora no caso todos nós né, fazemos quando a pessoa chega no serviço. Então muitos dados aqui eu posso pegar na ficha de acolhimento, mas procuro, não vou dizer que faço sempre, não vou mentir, também chamar a pessoa pra preencher corretamente. (E3/AS).

Eu sempre tento separar e quando sobre algum tempo eu pego as pastas também, os prontuários né, então aqueles que durante aquela semana, por exemplo, me relataram alguma situação ou eu observei uma situação, aí naquele momento eu pego e preencho aquelas fichas em relação aquele paciente (...) eu geralmente tiro cópia e

anexo na pasta do prontuário do paciente. Que daí fica ali um registro de quando é que foi feito (...) digamos que ter mais uma página do prontuário a ser preenchido né, ser os nossos papéis, nem que a gente vá preenchendo aos poucos até finalizar ela. (E4/AS).

As falas evidenciaram que não existiu um padrão organizativo para o preenchimento da ficha de notificação do SINAN, pois os profissionais foram realizando e adaptando a notificação às realidades de seus serviços. Alguns notificavam no momento do atendimento, outros após. Visualizou-se ainda a construção de estratégias pelos profissionais para qualificar a notificação, como por exemplo, colocar a ficha junto aos prontuários, para que não houvesse o esquecimento quanto ao preenchimento da notificação.

As dificuldades apontadas pelos participantes, que segundo eles, interferiam na realização das notificações, consistiam em questões como: *“Esse suporte de pessoal é uma coisa assim que é absurdo né, a falta de pessoal”*. (E2/AS). *“E de equipamento, né (...) da questão do carro, que lá tem carro uma vez na semana”*. (E4/AS).

Outra dificuldade relatada foi o tempo necessário para preencher as notificações, conforme apresentado nas falas que seguem: *A questão até do tempo pra nós que estamos em Pronto Atendimento é bem complicado do papel (...) a gente sabe a importância, mas daqui a pouco tem alguém chegando*. (E1/AS).

A minha maior dificuldade é arranjar um tempo pra sentar e pra fazer (...) então é muita coisa, é muita demanda. Eu entendo que é importante, né, mas eu não to conseguindo achar um tempo pra sentar, e levar trabalho pra casa não dá, né. Pra sentar e fazer, eu faço o que eu posso né. (E3/AS).

Percebe-se que as dificuldades quanto à realização da NCV, para os profissionais da Atenção Secundária, permearam dois pontos principais: o tempo e a estrutura dos serviços. Os participantes identificavam a importância da notificação, mas afirmaram que não conseguiam realizar esse procedimento de maneira sistemática, tendo em vista a grande demanda dos serviços, a falta de recursos humanos e as fragilidades de recursos estruturais.

Outros estudos têm apresentado que as dificuldades no processo de notificação da violência podem estar relacionadas a diversos fatores, como por exemplo, pouco preparo profissional para diagnosticar e intervir nas situações de violência, fragilidades na estrutura e organização dos serviços, falta de credibilidade na rede de proteção e receios quanto aos procedimentos legais que poderiam advir da notificação (ARPINI et al., 2008; GONÇALVES; FERRERIRA, 2002; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

Contudo, mesmo com as dificuldades apontadas, os participantes entendiam que era possível realizar a NCV nos serviços, conforme demonstra o relato abaixo.

Eu sinto uma resistência das pessoas, né. Alguém tem que fazer, né. Não vai ter muito tempo, mas uma horinha, um dia, né. Se organiza também, talvez não consiga fazer em grande quantidade, mas o pouquinho que fizer já ajuda, né, então eu sinto uma resistência (...) Que é mais fácil, né, tu dizer “ah, não tenho tempo, não vou fazer”, mas se tu quiser tu encontra. Pode ser uma horinha ou meia hora que tu faça um, mas se tu quiser tu encontra. Eu penso assim. (E3/AS).

A resistência em relação à NCV foi outro ponto discutido pelos participantes. Embora diversos serviços de Santa Maria/RS estivessem envolvidos com a notificação compulsória da violência, na maioria deles, esse não era um procedimento comum a toda a equipe, ficando restrito a poucos ou apenas a um profissional, conforme exposto nesses relatos: *“Posso falar porque lá só eu faço a notificação e nós somos em três”*. (E3/AS). *“Quem notifica é geralmente a enfermagem, quem se envolve com essa parte é a enfermagem”*. (E1/AS). Essa questão da enfermagem merece destaque, pois conforme apresenta a fala abaixo.

A enfermagem, ela acaba assumindo isso, mas não é papel exclusivo do enfermeiro né (...) porque a gente tem uma linha de pega além do que é nosso né, e a notificação não é nossa, é dos profissionais da saúde, dos médicos e enfermeiros, dos assistentes sociais, dos psicólogos. (E12/AP).

Para Gonçalves e Ferreira (2002) o ato de notificar sofre interferências de ordem pessoal por parte dos profissionais como também de ordem estrutural dos serviços. Dessa forma, os relatos acima exemplificam mais uma vez que a NCV em Santa Maria/RS estava perpassada por processos pessoalizados, nem sempre institucionais. Os participantes do estudo, tanto da Categoria Gestão como da Execução, por vezes se percebiam solitários, assumindo uma responsabilidade que deveria ser compartilhada. Destaca-se que a NCV precisa se constituir numa prática da equipe e não num processo individual, que ficaria na dependência de profissionais que viessem a se identificar com a causa da violência. A Portaria 104/2011, do Ministério da Saúde, deixou claro que a notificação é uma responsabilidade de todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2011b) e não apenas do enfermeiro.

Por outro lado, no que diz respeito à Atenção Primária, identificou-se que esse nível estava mais fragilizado em relação aos Níveis de Atenção Secundária e Terciária, ou seja, o processo de implementação da NCV estava ocorrendo de maneira mais lenta, conforme elucidada a fala a seguir.

Eu comecei a fazer posso dizer que faz meses, até tu se inteirar daquilo, tu fica receosa. Daí tu faz, não faz, tu começa a fazer tu acha dificuldade (...) só que também o tempo é curto, tu tá fazendo, tu para porque tem que fazer outra coisa e tu não retoma. Por mais que a gente sabe que existem violências, a gente sabe que existem notificações, mas agora que tá sendo mais trabalhado, que a gente tá conseguindo por nas Unidades (...) é tudo novo, a gente fica receosa, e o que notifica? Violência. O que é violência pra mim às vezes não pode se pra ela. (E5/AP).

O estudo de Galvão e Dimenstein (2011) realizado com profissionais de saúde da Atenção Primária demonstrou que eles reconheciam que a violência estava presente em seus territórios, mas não se sentiam seguros e/ou qualificados para intervir nessas situações. Outro estudo apontou que as notificações compulsórias da violência advindas de serviços da atenção básica, eram inferiores quando comparadas aos registros advindos de outras unidades, como hospitais e rede de urgência e emergência (VELOSO et al., 2013). Um estudo realizado com enfermeiros da atenção primária identificou que predominava nas unidades a não notificação, mesmo nos casos identificados de violência (ROLIM et al., 2014).

Para os profissionais da Atenção Primária, que participaram desse estudo, a notificação compulsória da violência parecia constituir um processo novo, permeado por incertezas e questionamentos, tais como: o que é violência? o que notificar nos territórios? Os relatos abaixo versam sobre essas questões.

A 'X' tava lá na primeira semana em função da campanha de vacinação, ah vamos aproveitar que vocês vieram, vamos falar da questão das notificações da violência, não tão notificando, vamos ver que tá acontecendo. A gente até se empolgo e vamos sim, vamos sim, só que daí quando começou chega às situações de violência a gente viu que não era bem assim, de notifica (...) a realidade é outra. (E8/AP).

Questão da religião né (...) questão cultural pesa muito também (...) lida com o território, porque tem muito da questão da subjetividade do usuário né, como ela falo né, o que é cuidado pra mim pode não ser pra ele (...) então tem muitos aspectos assim que acabam interferindo. E daí vem o que notifica? (E9/AP).

Até a questão que a gente espera a confirmação do caso da notificação sabe, enquanto na suspeita a gente poderia, agora a gente conversando passou alguns casos que a gente poderia notificar, questão de abandono, maus tratos (...) mas a gente espera a confirmação pra sai a notificação, não notifica suspeita. (E12/AP).

No Brasil, as legislações sobre a notificação da suspeita de violência são claras quanto à obrigatoriedade desse procedimento. O Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo, determinou desde 1990 que os casos de suspeita ou confirmação de violência, contra a infância e a adolescência, deveriam ser notificados às autoridades competentes. As Portarias 104/2011 e 1271/2014 também estabeleceram a notificação compulsória para as situações suspeitas de violências interpessoais e autoprovocadas (BRASIL, 1990, 2011b, 2014b).

Entretanto, identificou-se que os profissionais possuíam dificuldades para notificar as violências quando envolvia apenas uma suspeita, sentindo receio quanto às consequências que poderiam advir caso suas suspeitas não fossem validadas. Neste aspecto é interessante observar que os profissionais pareciam ter o entendimento que sua ação (notificar) poderia

ocasionar uma penalidade, contudo, não demonstraram ter a compreensão inversa, de que justamente sua omissão (não notificar) poderia gerar essa punição.

O estudo realizado por Faraj, Siqueira e Arpini (2014) demonstrou que, para os profissionais do Sistema de Garantia de Direitos, a omissão dos profissionais da rede de atendimento, diante de uma situação de violência, poderia ocorrer devido à falta de informação acerca dos procedimentos que envolvem a notificação, falta de comprometimento profissional, medo de represálias e falta de credibilidade nos órgãos competentes.

Assim, as fragilidades na implementação da NCV na Atenção Primária podem estar relacionadas justamente às potencialidades que esse nível possui para o enfrentamento da violência. Destaca-se que os serviços de Atenção Primária têm base territorial, constituindo-se como a porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2011d). Dessa forma, possuem potencial para suspeitar, identificar e acompanhar as situações de violência, em especial a violência doméstica (CEZAR; KOCOUREK, 2011).

Contudo, as manifestações desse fenômeno podem se apresentar de maneira mais velada do que nos serviços dos Níveis Secundário e Terciário. Nesses últimos, geralmente a violência chega de modo mais agravado, com sintomas e/ou lesões mais aparentes. Na Atenção Primária parecem existir inúmeros atravessamentos, como por exemplo, as questões culturais, religiosas e sociais que perpassam a vida das famílias, e conseqüentemente, interferem nas notificações da violência.

Para as profissionais da Atenção Primária, a notificação compulsória consistia em mais uma ação, entre tantas outras que elas possuíam no dia a dia das unidades de saúde. A diferença era que esse procedimento ainda não havia se tornado rotina para as participantes do estudo. Com isso, referiram que se tornava difícil notificar a violência, embora elas tivessem habituadas a notificar outras doenças e/ou agravos. As falas abaixo expõem essas vivências.

A gente tem a consciência de quanto é importante (...) só que é aquela coisa, aquilo que é mais comum, que a gente já mexeu mais vezes, notificação de varicela, notificação de sífilis, porque tu já mexeu entendeu? (...) ao mesmo tempo em que tenho isso, tenho teste do pezinho, tenho vacina, tudo ao mesmo tempo, a gente não para, a gente faz tudo, então a gente acaba não conseguindo se dedica. (E12/AP).

Quando chega lá na unidade básica a gente é responsável desde os curativos de cobertura, o pedido, todos os relatórios (...) é uma infinidade, por exemplo, gestantes, SISpré-natal, que ocupam tempo enorme, os testes rápidos de HIV, fora tantas outras coisas (...) ai acaba sendo, isso da epidemia, que é fundamental, mais uma das coisas que a gente tem que fazer num dia que tu corre o dia todo pra dá conta de uma série de outras políticas. (E11/AP).

Ai volta no que eu comentei, rotulam a unidade muitas vezes de desinteressada (...) já te rotulam, direto atendendo de tudo um pouco né, e não tem esse respaldo, tu fica

perdida, tu liga pra um, liga pra outro, como é que eu faço? (...) então tudo assim é difícil né, mas se tem sim interesse de fazer, é muito importante. (E13/AP).

O Nível de Atenção Primária ainda apresenta especificidades em relação aos serviços que o compõe. O processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) difere substancialmente do processo de trabalho em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme observado nos relatos a seguir.

Na UBS, diferente da ESF, não tem espaços para reunião, porque é orientado (...) até se tenta né, às vezes acontece, mas não com toda a equipe como deveria acontecer (...) as UBS tem quem atende a demanda de quando as ESF estão em reunião. (E9/AP).

E é uma UBS, tu não trabalha a partir do território, tu trabalha a partir da demanda (...) aí que a gente vê a importância da Estratégia, porque se tu tiver uma Estratégia bem definida, como deveria ser mesmo, tu tem teus agentes comunitários, tão mensalmente na casa 'oh a criança tá começando a ficar estranha ali oh' (...) mas é a lógica, porque daí tu consegue tá próximo, tu consegue olhar, consegue buscar, conversa com os vizinhos. (E12/AP).

Porque daí seria o agente comunitário até o elo, seria não, é o elo pra comunidade inclusive pra ti fazer uma notificação, pra uma suspeita porque daí o agente comunitário já teria os dados dessa família, endereço dessa família, sabe onde mora. (E11/AP).

A Estratégia Saúde da Família é o modelo prioritário do SUS para a Atenção Básica. A ESF é composta por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada, possuindo como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, atuando de forma integral e continuada (BRASIL, 2011d).

É nesse panorama que a ESF adquire papel fundamental, especialmente por ter em sua equipe o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Por meio deste profissional e da visita domiciliar as manifestações da violência podem ficar mais perceptíveis. O ACS é o elo entre a equipe e a comunidade, e a visita domiciliar, além de possibilitar a compreensão da dinâmica familiar e comunitária, permite o desenvolvimento de ações preventivas e educativas (BRASIL, 2011d; CEZAR; KOCOUREK, 2011). Contudo, na realidade de Santa Maria/RS, se pode identificar que o processo de notificação compulsória da violência estava fragilizado no âmbito da Atenção Primária, inclusive nas unidades de ESF.

Ainda em relação à implementação da NCV, destaca-se que esse processo estava permeado por incertezas quanto a sua efetividade. Os profissionais colocaram ter dificuldades para visualizar os resultados da notificação compulsória, conforme exposto nas falas a seguir.

Não tem respaldo, a notificação garante segurança ou cumpre com a obrigatoriedade só? Qual é o efeito disso? (...) acho que é o que me causa mais conflito, mais angústia na gente, nesse sentido (...) a gente precisa pensar na viabilidade disso e discutir pra vê a realidade, porque a teoria tudo muito bonito. (E9/AP).

Qual o resultado disso né, o resultado é pra fornecer um dado ou é pra benefício imediato pra'quela pessoa? (...) É obrigatório, é compulsório, mas e daí? Isso é só como ela falo: é só pra gente tê um mero dado ali pronto? Ou que respaldo que se tem? Ou o que de imediato que vai se feito? (E8/AP).

Parece que o pouco apoio que sentem ter recebido da gestão e as incertezas em relação ao que notificar, sobretudo, quando envolve uma situação suspeita de violência, constituem barreiras aos profissionais. Para promover o desenvolvimento da notificação é necessário que exista a divulgação da informação e o retorno aos profissionais de suas ações (ASSIS et al., 2012). A intervenção da Gestão na Atenção Primária deve ir além da distribuição de fichas de notificação. Sendo necessário qualificar os processos de formação, avaliação, supervisão e apoio aos profissionais encarregados de notificar (MOREIRA et al., 2014).

Quando os profissionais compreendem a notificação como uma ação burocrática, pode ocorrer desse procedimento ficar em segundo plano. Consequentemente as manifestações da violência deixam de ser visualizadas de maneira efetiva e esse fenômeno passa a ser negligenciado pelos serviços (GARBIN et al., 2011). Para que a notificação compulsória da violência não se torne um processo desacreditado, visto como *“mais uma coisa pra preencher, mais uma coisa mais pra fazer”* (G1), ela precisa ter sentido para os profissionais, precisa se inserir na rotina, não apenas como uma ficha para preencher, mas como parte do processo de cuidado das vítimas/famílias/comunidade.

Assim, parece fundamental que os profissionais possam se apropriar desse procedimento, visualizando seus resultados, seja em termos de ações ampliadas ou na resolutividade dos casos pontuais do dia a dia. Pois conforme expõe um dos participantes: *“Eu observei isso também conversando com a ‘X’ a respeito da notificação, é uma questão que tá sempre na fala de todo mundo, mas na prática ainda não”*. (E4/AS).

Uma das maneiras possíveis para dar visibilidade à violência nos serviços de saúde é proporcionar capacitação aos profissionais quanto à notificação compulsória (ASSIS et al., 2012; GARBIN et al., 2011). Assim a violência poderá ganhar reconhecimento e o processo de notificação compulsória poderá desempenhar efetivamente sua função de descrever o perfil epidemiológico da violência, fornecendo informações para a avaliação local das necessidades de investimento e posterior planejamento de políticas públicas mais condizentes com a realidade (DESLANDES et al., 2011; GARBIN et al., 2011).

Para a implantação e a implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS, foi necessário a utilização de dispositivos para capacitar os profissionais. Os profissionais da Categoria Gestão referiram ter participado de diversos espaços de qualificação. Em relação à Categoria Execução, identificaram-se profissionais que referiram não ter participado de nenhum espaço formal de qualificação, fosse sobre questões gerais de violência ou sobre o processo de notificação compulsória. Por sua vez, os profissionais que participaram de capacitações, afirmaram que essas não supriram suas expectativas, conforme exemplificado na fala abaixo.

Deu pra ter uma noção do que que é, foi mostrada a ficha, foi entregue o manual lá, nunca li todo também, que é grande, de como preenche ali os dados do que é obrigatório, do que que não é (...) falou-se um pouco dos tipos de violência, mas aquelas mais comuns, não como esses casos que a gente se depara as vezes (...) porque assim oh, as capacitações são tão rápida, às vezes só uma tarde, às vezes só uma manhã, e vai só um da equipe. (E5/AP).

As vivências expostas demonstraram que os dispositivos utilizados para qualificar os profissionais foram avaliados como espaços de capacitação rápidos, por meio de palestras, com pouca contextualização das realidades locais. Somado ao fato de que, no geral, apenas um integrante das equipes participava. Por conseguinte, ressalta-se que proporcionar capacitação técnica parece não ser suficiente, faz-se necessário problematizar esses espaços, aproximando-os das realidades de cada serviço.

Outro dispositivo apontado pelos profissionais que teria sido utilizado para qualificar quanto a NCV foi a distribuição de materiais didáticos e informativos, o chamado “Kit notificação”, composto por fichas de notificações da violência, instrutivo de preenchimento, cartazes, folders e banners contendo os fluxos municipais para atendimento e encaminhamento de situações de violência. A fala a seguir ilustra tal vivência.

Eu acho que teve uma há um ano e pouco atrás, ai acho que uns tavam de férias, não deu pra ir (...) dai eu entrei em contato com a ‘X’ e a ‘X’ me mandou os papéis, mas foi alguma coisa nesse sentido, que eu não pude conversa com a ‘X’, já que a gente não vai consegui senta pra conversa então vou te manda, mas não adiante manda, fica no armário (...) ai são mais uns papéis que tão no armário. (E12/AP).

Identificou-se que apenas enviar os materiais não teria sido satisfatório para que o processo de NCV viesse a fazer parte da rotina dos profissionais. Parece que os papéis em si não fizeram sentido e somaram-se a tantos outros que já havia no armário. Deste modo, é necessário que as informações possam ser problematizadas no cotidiano dos serviços, no qual os documentos e fluxos possam ser discutidos e compartilhados junto às demandas da equipe.

Os profissionais relataram o interesse em participar de espaços de capacitação diferenciados, que abarcassem discussões de caso, problematizando-se intervenções para além do preenchimento da ficha de notificação. Espaços de troca, no dia a dia dos serviços, nos quais toda a equipe pudesse participar e se envolver, para que todos assumissem o compromisso com a NCV, fazendo com que esse procedimento deixe de ser pessoalizado, para tornar-se uma prática institucional. Por sua vez, conforme destaca uma das participantes: *“O interessante seria que tivesse uma equipe fosse em cada local e fizesse um treinamento, mas não sei se isso é possível”*. (E15/AT). Os relatos abaixo vão ao encontro dessa sugestão.

O pessoal que trabalha, tirar um dia pra ir nesses serviços preencher fichas com esses profissionais (...) acredito que isso daria um pouco mais de tranquilidade e segurança naquelas dúvidas que tem e de repente daí em diante deslanchar né, o preenchimento. Ver que não é o bicho de sete cabeças. (E4/AS).

E o serviço ele tem que da educação permanente dentro da carga horária (...) falta mais capacitação dentro do horário de serviço entendeu, eu acho que deveria ser sentado conosco pra explicação do fluxo, tira as dúvidas, pega a ficha, faz aquela brincadeirinha (...) vamos simula preenchimento pra aquilo não fica tão estranho pra gente (...) a prática é o critério de verdade não é. (E12/AP).

Sabe-se que para fazer a notificação, o profissional necessitaria estar apto a diagnosticar as violências, conhecer os aspectos legais de sua obrigatoriedade, bem como as políticas públicas vigentes em nível nacional, estadual e municipal (GARBIN et al., 2011). Assim, investir na qualificação dos profissionais é uma das estratégias para o enfrentamento da violência, pois os profissionais são agentes multiplicadores, e quando capacitados podem contribuir não apenas para o cuidado às vítimas, mas na prevenção dessas ocorrências e na promoção da qualidade de vida às famílias e a comunidade (CEZAR; KOCOUREK, 2011). Este aspecto merece atenção, considerando que as falas anteriormente apresentadas pontuam as inseguranças e fragilidades vivenciadas pelos profissionais nesse sentido.

Torna-se fundamental proporcionar espaços de educação permanente aos profissionais. A educação permanente ocorre no fazer diário dos trabalhadores, dentro de seus locais de trabalho. Partindo da compreensão de que as práticas em saúde podem ser transformadas por meio da reflexão crítica acerca das ações cotidianas (CARVALHO; CECCIM, 2006). A educação permanente ainda atua como instrumento de valorização do trabalho, pois quando os profissionais se sentem estimados e se reconhecem como sujeitos ativos nos processos de mudança, sua implicação com o trabalho e com a produção de vida é potencializada (BRASIL, 2004).

As discussões sobre violência não podem ser pontuais e isoladas nos serviços de saúde, pois correm o risco de cair no esquecimento. Portanto, o investimento na formação

profissional, por meio da educação permanente, torna-se uma medida imperativa, visto seu potencial para transformar as práticas cotidianas e modificar o cenário de subnotificação da violência (MOREIRA et al., 2014).

Por sua vez, destaca-se que os profissionais da Categoria Gestão identificaram as fragilidades em relação aos dispositivos utilizados para qualificar os serviços quanto à NCV em Santa Maria/RS. Reconheceram a importância de avançar, modificando a estratégia, por meio de capacitações que vão ao encontro das propostas apresentadas pelos profissionais da Categoria Execução, conforme elucidada a próxima fala.

Eu não sou contra capacitação, mas não é assim que as coisas funcionam (...) quem sabe pensar assim, talvez pensar em algo que seja mais prático. Uma coisa mais prática de fazer uma capacitação, de pegar os fragmentos da história lá, eu não sei, tem que pensar em alguma coisa. (G3).

Pode-se identificar uma sintonia entre os profissionais da Categoria Gestão e da Categoria Execução, na qual existiu o reconhecimento da necessidade de qualificar a notificação compulsória da violência na cidade, por meio de ações de educação permanente nos serviços. Deste modo, acrescenta-se que os profissionais da gestão e da execução precisam estar integrados, buscando de maneira corresponsável por alternativas para qualificar esse processo.

Os discursos precisariam sair da lógica de vitimização e culpabilização (os profissionais da gestão não investem na qualificação dos serviços / os profissionais da execução estão acomodados e descomprometidos com o enfrentamento da violência). Esse processo favorece a lógica da acomodação, pois parece que sempre “falta algo”, mas “esse algo” tem que vir de fora. Para inverter essa construção é necessário que todos os profissionais possam se sentir parte do processo, ativos na elaboração de alternativas condizentes com suas realidades nos diversos serviços/setores. Neste aspecto a Política Nacional de Humanização propõe a indissociabilidade das práticas de atenção e gestão, na qual todos os trabalhadores são protagonistas de seus processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Ressalta-se, por outro lado que os profissionais apontaram ter havido conquistas na implementação da NCV em Santa Maria/RS, observadas por meio da fala que segue.

O que alavancou as ações nas unidades foi com a residência (...) eu recebo mais notificação da Unimed 24, que agora eu consegui implantar, isso tudo foi ano passado, no Caridade vem uma que outra, na Casa de Saúde vem também (...) isso foi o avanço de 2014, porque a gente não tinha conseguido ainda chegar nos privados. Mas daí a gente tinha o material aquele, os banners, cartilhas e cartazes. A gente levou o material, conversou, fez aquela conversa, aquela sensibilização. (G1).

Por conseguinte, pode-se identificar que os processos de implantação e implementação da NCV têm sido construídos cotidianamente na cidade, por meio de avanços e retrocessos, no qual novos parceiros, serviços e setores vêm se integrando e somando esforços para que a violência possa ganhar visibilidade e ser enfrentada de maneira cada vez mais atenta e adequada. Entretanto, persistem desafios importantes, em especial, no que diz respeito à divulgação e a utilização dos dados epidemiológicos obtidos por meio das notificações compulsórias da violência.

3. Dados epidemiológicos de notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS

Essa categoria apresenta duas subcategorias que versam sobre o conhecimento e a divulgação dos dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência em Santa Maria/RS e a subnotificação da violência na cidade.

3.1 Conhecimento e divulgação dos dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência em Santa Maria/RS

Os dados preenchidos na ficha de notificação da violência possibilitam a alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Após analisados, os dados epidemiológicos constituem informação em saúde, que podem auxiliar no planejamento e na tomada de decisão, para o estabelecimento de ações de prevenção e enfrentamento da violência (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009a; LIMA; DESLANDES, 2011).

Os profissionais da Categoria Gestão demonstraram conhecer, com propriedade, os dados epidemiológicos das NCV em Santa Maria/RS, conforme evidencia o relato abaixo.

Eu tenho um dado aqui de notificação de 2012 que é fechado. Que o HUSM notificou 343 notificações, entre todas elas, e Santa Maria 473. Então pra ti ver o volume do HUSM, são mais de 70% que o HUSM faz. Este ano tem os dados de 2013, nós fizemos 239 notificações (...) se 239 notificações no ano não é significativo, eu não sei o que que é significativo (...) Tu pega o que é escrachado, a violência sexual e a tentativa de suicídio. O resto passa batido, então se isso não é prioridade eu não sei que que é (...) o risco de suicídio é o mais, a mais alta notificação que nós temos dentro da violência (...) pela pesquisa das nossas notificações de violência sexual que foi 33 no ano de 2013, metade é criança e adolescente, então é 50%. (G3).

Por outro lado, embora tenham mostrado conhecimento acerca dos dados epidemiológicos, os profissionais da Categoria Gestão reconheceram fragilidades nesse

processo, quais sejam: dificuldades no manuseio do Sistema de Informação e dificuldades na utilização e divulgação desses dados. A fala que segue exemplifica essa questão.

E daí você viu que nós temos dificuldade e as gurias sabem, de mexer no Sistema de Informação, e a 'X' está me confessando que é a 'Z' que faz por ela, então nós que trabalhamos com os serviços temos dificuldade de lidar com o Sistema de Informação, tu imagina os outros. Os outros trabalhadores (...) a gente não domina o sistema e nós temos que melhorar né, nós vimos isso agora (...) nós temos um outro agravante, nós temos dificuldade de transformar esses dados em informação. Então pra mim assim um dos objetivos esse ano é dominar o sistema, saber de cabo a rabo, porque nós que vamos divulgar pra outras pessoas (...) nós vamos ter que inventar qualquer moda de trazer essa informação pra outras pessoas. (G3).

Apesar dessas fragilidades apontadas, os profissionais da Categoria Gestão também relataram algumas iniciativas em relação à divulgação e utilização dos dados epidemiológicos em Santa Maria/RS, que podem ser visualizadas nas falas abaixo.

Até acho que desencadeou um pouco, por exemplo, assim, nas questões das auto provocadas a gente tem mexido nos dados, tem se movimentado (...) a gente começou a mexer porque a gente identificou que as auto provocadas têm um grande número, daí a gente começou a mexer. (G1).

Com o suicídio eu percebi isso né, de risco de suicídio. Eu acho que a gente tem que pensar até em uma outra capacitação, tem que pensar nisso né, de tá falando mais desse tema (...) nós pensamos assim oh vamos começar a trabalhar com o pessoal da psiquiatria, eu fui pra tentar organizar um protocolo de acompanhamento aos pacientes com risco de suicídio (...) aí nós chegamos, eu sugeri de a gente fazer um banco de dados pra gente monitorar esses pacientes. (G3).

Em relação aos profissionais da Categoria Execução, pode-se identificar um desconhecimento sobre os dados epidemiológicos das NCV na cidade. Os profissionais referiram que houve espaços nos quais alguns dados foram apresentados de maneira geral, contudo, no dia a dia dos serviços, essas informações não circulavam, conforme relatou uma participante: *“nessa capacitação lá ela apresentou dados do estado (...) mas assim, pra nós lá não chega isso”*. (E2/AS).

Os profissionais da Categoria Execução referiram conhecer a realidade das ocorrências de violência de seus serviços. Suas vivências demonstraram algumas características dos eventos violentos, tais como: predominância da violência doméstica/intrafamiliar, dos tipos física e sexual nos serviços de saúde e dos tipos física, sexual, psicológica e negligência nos serviços de assistência social. Nos relatos a seguir é possível observar essas características.

Até o momento que a gente tem em números lá é a violência sexual (...) essa questão da saúde, por exemplo, que foi até o que a 'Y' contou, deu pra ver bem essa diferença, que na área da saúde o que aparece é a física e a sexual, porque tem

marcas, né. A psicológica ela é bem pouquinhos casos que eles assim, negligencia, que eles notificavam. Agora pra nós não, pra nós já chega bastante casos. (E4/AS).

Muitas vezes o que a gente vê, que aparece assim, aquela repercussão social, e a maioria das vezes quando aparece o pai ou a mãe, junto com madrasta e padrasto são os principais agressores né. (E11/AP).

As violências que os profissionais identificaram como prevalentes em seus serviços, também foram às violências que predominaram no SINAN, conforme apresentado no “*Artigo I*” dessa dissertação. O estudo realizado por Faraj, Siqueira e Arpini (2014) em Santa Maria/RS, com profissionais do Sistema de Garantias de Direitos (SGD), apontou a violência doméstica/intrafamiliar, física e sexual como as mais notificadas aos órgãos desse sistema. Esse estudo ainda identificou que os profissionais da saúde notificavam pouco ao SGD.

Quando questionados a respeito do conhecimento sobre a utilização dos dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência em Santa Maria/RS, os profissionais da Categoria Execução relataram que:

São dados, são números, são formas de cobrar, são formas de expor o que realmente necessita esses serviços (...) se discutem eu acho que eles acham que a demanda é pouco ainda, porque eu entrei em 2011 no serviço e vi pouca evolução em termos de melhorar a estrutura, contratação de pessoal, adequar o serviço. Se não é os profissionais fazerem algum movimento muitas vezes, não se vê uma política de incentivo aos profissionais. (E4/AS).

Pode-se constatar que os profissionais desconheciam a utilização dos dados epidemiológicos das NCV na cidade. Parece que não conseguiam identificar os efeitos das notificações nos locais de trabalho, em termos de qualificação dos serviços ou de elaboração de políticas e ações de enfrentamento da violência. É necessário acrescentar que o registro sistemático de dados por si só não garante sua potencialidade. Os dados não tem sentido e não produzem nada se não forem devidamente utilizados para embasar ações e políticas em nível local (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

É preciso estar atento para que os indicadores epidemiológicos fornecidos pela notificação compulsória da violência não sejam percebidos apenas como dados estatísticos. É necessário que se faça a problematização da informação por meio de discussões fundamentadas não só teoricamente, mas em interface com o contexto social e as demais relações que permeiam as situações de violência (ARPINI et al., 2008; GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Por outro lado, parece estar presente também o entendimento de que os dados epidemiológicos pudessem não representar de maneira fidedigna a realidade do município,

conforme relatou a participante “*mas eu devo reconhecer, eu acho que assim, que se notifica pouco, pouco. Por isso tudo que a gente já falou antes, eu acho que muita coisa é por n motivos, mas eu acho que fica muito aquém assim*”. (E2/AS). Essa fala vai ao encontro do cenário de Santa Maria/RS, no qual a subnotificação da violência se faz presente, conforme exposto no “*Artigo 1*”.

3.2 Subnotificação da violência em Santa Maria/RS

O “*Artigo 1*” dessa dissertação demonstrou que a subnotificação da violência é uma realidade em Santa Maria/RS. As participantes da Categoria Gestão também possuíam o entendimento de que os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência estavam subnotificados, conforme exposto por uma das participantes: “*O que nos mostram agora e que eles não representam a realidade (...) se tu vai fazer alguma coisa, primeiro tu tem que colocar assim oh: não representam a realidade. Então eles perdem valor*”. (G2).

Contudo, mesmo não representando de maneira legítima a realidade da cidade, os dados existentes revelam características dos eventos violentos. Portanto, podem ser utilizados para problematizar o contexto local e auxiliar no planejamento de ações de prevenção e enfrentamento da violência. Ainda que subnotificado, “*é um índice, é um indicativo*”. (G3).

Durante a realização dos grupos focais, a pesquisadora apresentou aos participantes da Categoria Execução, dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência, ocorridos e notificados em Santa Maria/RS, no período de 2009 a 2013. Esses dados estão detalhados no “*Artigo 1*” dessa dissertação.

Quando foi apresentado aos profissionais da Categoria Execução, que num período de cinco anos havia apenas 316 registros de NCV no SINAN, eles se mostraram surpresos, pois embora visualizassem que existia uma subnotificação, não possuíam a dimensão dessa realidade. As reflexões que surgiram a partir do conhecimento dos dados, podem ser observadas por meio de relatos como: “*É muito pouco né, pelo volume que se atende (...) é a notificação que tá sendo falha mesmo*”. (E13/AP).

Bem irreais, com certeza (...) são dados irreais, eu acho que as notificações que ocorreram foram aquelas que chegaram a nível hospitalar que tiveram um atendimento mais específico, uma lesão grave, alguma coisa assim que é notificado. (E8/AP).

No ano passado a gente fechou com 307 casos atendidos, ou seja, são 307 suspeitas. Agora, por exemplo, até ontem o nosso fluxo tava em 107 casos que já entraram esse ano (...) se contar que são todos os anos 300 casos por ano, em cinco anos são 1.500 casos. (E4/AS).

Eu aqui pensando, se a gente pegasse assim, por exemplo, tá cada paciente que chega lá na unidade e cada profissional que recebe esse paciente suspeita né, ou confirma na hora e bota lá no caderninho só os pauzinhos assim, sabe de fecha de, cada cinco, acho que se pega esses números vai ser muito mais próximo da realidade do que esse absurdo do que tu acabo lendo pra nós, porque ainda sim tu considera, bom esses aqui por mais que sejam só suspeitas foram só das pessoas que chegaram até aqui e as que não chegaram? (E9/AP).

A fala da participante E8/AP trouxe uma questão importante, pois conforme exposto anteriormente por uma das profissionais da Categoria Gestão, o Hospital foi responsável por praticamente 70% do total geral das notificações em Santa Maria/RS. Os relatos demonstraram ainda que os casos de violência foram identificados e atendidos nos serviços, a fragilidade esteve no registro dessas situações, como afirmou a participante E13/AP “*é a notificação que tá sendo falha*”. Salienta-se que a subnotificação da violência é uma realidade em todo o Brasil (ASSIS et al., 2012; VELOSO et al., 2013; WAISELFISZ, 2012).

Embora os dados epidemiológicos indicassem uma subnotificação da violência em Santa Maria/RS, eles também revelaram avanços, tendo em vista que, conforme exposto no “*Artigo 1*”, em 2009 registrou-se apenas uma notificação, em 2010 foram dez, em 2011 foram cinquenta e uma, em 2012 foram cento e quarenta e em 2013 notificaram-se cento e quatorze casos de violência contra crianças e adolescentes. Percebe-se, portanto, que a partir do ano de 2011 a notificação compulsória da violência apresentou progressos na cidade, em termos de aumento no quantitativo de registros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a compreensão da implantação e implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS, por meio das vivências dos profissionais envolvidos nesse processo. A partir das considerações tecidas na discussão dos resultados, é relevante destacar que os profissionais pareciam ter o entendimento dos propósitos e da importância da notificação compulsória da violência, enquanto dispositivo que permitia o dimensionamento epidemiológico da violência. Visualizavam ainda suas responsabilidades quanto ao preenchimento da ficha de notificação do SINAN. Contudo, afirmaram que esse procedimento não fazia parte da rotina dos serviços, sendo visto como uma ação secundária.

Identificou-se que a implantação e a implementação da NCV constituíram processos pessoalizados e por vezes solitários. Não existindo no município um núcleo gestor

responsável pelo setor de Vigilância da Violência, que pudesse fazer a gerencia compartilhada desse processo. Nos serviços de execução se observou que nem toda a equipe estava envolvida com as notificações, ficando tal atribuição a cargo de um ou poucos profissionais.

Os serviços dos Níveis de Atenção Secundária e Terciária se encontravam mais estruturados em relação às notificações, sobretudo o Hospital. Por outro lado, as unidades de saúde da Atenção Primária estavam mais fragilizadas. Os profissionais desse nível possuíam dificuldades que perpassavam desde dúvidas quanto ao que notificar. Por conseguinte, ressalta-se para a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária, em especial das equipes de Estratégia Saúde da Família, tendo em vista o potencial deste serviço, tanto para suspeitar e identificar as situações de violência, como para cuidar das vítimas e de suas famílias.

Além dessas questões o estudo identificou fragilidades nos processos de capacitação dos profissionais para realizarem as notificações compulsórias da violência. Os dispositivos utilizados para qualificar esses profissionais foram principalmente capacitações no formato de palestras, com pouca contextualização das realidades locais ou por meio do envio de material didático sem espaço para discussões. Como alternativa para o aperfeiçoamento dessa prática está o desenvolvimento de ações de educação permanente, no qual a temática da violência possa ser problematizada no fazer diário dos profissionais.

Constataram-se fragilidades na divulgação e utilização dos dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência. Os profissionais da Categoria Gestão estavam apropriados dessas informações, mas as utilizavam de maneira pouco expressiva. Por sua vez, os profissionais da Categoria Execução revelaram desconhecer os dados e não visualizam ações concretas que tivessem sido resultado de sua utilização. Destaca-se que os dados epidemiológicos precisam ser problematizados em nível local e transformados em informação, para que as ações de enfrentamento da violência possam ser planejadas de maneira condizente com a realidade da cidade de Santa Maria/RS.

Entende-se que a NCV precisa fazer sentido no cotidiano de trabalho. É importante que os profissionais possam visualizar o retorno de suas ações, tanto em relação aos casos que foram notificados, como em termos de qualificação dos serviços e construção de programas e políticas de prevenção e enfrentamento da violência. É preciso avançar para que os profissionais compreendam que notificar é mais do que preencher uma ficha para alimentar um Sistema de Informação. Notificar é cuidar, é uma prática complementar, que deve estar acompanhada de outras intervenções, como o acolhimento, a escuta, as ações clínicas e de articulação com os demais dispositivos de rede de proteção. Soma-se a essas práticas a necessidade de integração entre os níveis de atenção e gestão.

O estudo também identificou progressos em relação à NCV na cidade, observados por meio do crescente número de serviços envolvidos com esse procedimento, somados ao aumento dos dados epidemiológicos de notificação da violência nos últimos anos. Conclui-se, portanto, que a implantação e a implementação da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS foram processos complementares, com retrocessos, avanços e desafios. A implantação não está finalizada, visto que outros serviços têm se integrado à Categoria da Execução. Deste modo, os processos de notificação compulsória da violência se renovam, sem a pretensão de chegar a um fim.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. P.; GOTO, T. A. Intervenção e cuidado com crianças e adolescentes vitimizadas: atuação do psicólogo no Programa Sentinela (CREAS) em Poços de Caldas (MG). **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v.19, n. 1-2, p. 89-98, 2011.

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.

AZEVEDO, M. A. et al. Educação a distância: o combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes: uma experiência bem sucedida. **Psicologia em Estudo**, v.6, n.1, p. 85-89, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Lei 8.069**: Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 8: **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei 10.778:** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Lei 10.741:** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção da Violência e Cultura da Paz.** Vol. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104/2011.** Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/2011.** Brasília, 2011d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 18 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271/2014**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf. Acesso em: 20 jun. 2014.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 143-149, 2005.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S., et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.149-82.

CEZAR, P. K.; KOCOUREK, S. **Articulação ensino-serviço em saúde pública**: indicadores da intervenção dos profissionais da estratégia de saúde da família acerca da violência envolvendo crianças e adolescentes. 2011. 22f. Trabalho de conclusão de especialização, Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 016 de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

DESLANDES, S. F. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.8, p.1633-1645, 2011.

DOBKE, V. M.; SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Abuso sexual intrafamiliar: Da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. **Temas em Psicologia**, v.18, n.1, p. 167-176, 2010.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. **A notificação da violência, o atendimento psicológico e a rede de proteção da criança e do adolescente: o olhar de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos.** 2014. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009.

GARBIN, C. A. S. et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.2, p. 17-23, 2011.

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.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2000.

KRUG, E. G. et al. **Relatório Mundial sobre violência e Saúde.** Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, J.S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos brasileiros. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n.38, p. 819-832, 2011.

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.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

_____. O desafio da pesquisa social. In. MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2007. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4 n.3, p. 513-531, 1998.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G.; SILVA, M. A. G. A. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise da situação e recomendações para o enfrentamento e prevenção. In: SOUSA, S. M. G; MOREIRA, M. I. C. (Orgs.). **Quebrando o silêncio**: disque 100. Goiânia, Cãnone, 2013. p. 31-70.

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.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: O perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n.1, p. 35-40, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência**. Porto Alegre: CEVS, 2007.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência**. Porto Alegre: CEVS, 2009.

ROLIM, A. C. A. et al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n.6, p.1048-1055, 2014.

SILVA, P. A. et al. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, v.8, n.1, p. 56-62, 2009.

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.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

Artigo 3

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as percepções e os sentimentos de profissionais, da área da saúde e da assistência social, a respeito da notificação compulsória da violência e do trabalho interdisciplinar e intersetorial no âmbito da infância e da adolescência. Efetuou-se uma pesquisa qualitativa com delineamento exploratório. Para a coleta de dados realizaram-se quatro grupos focais, com profissionais envolvidos com a gestão e/ou a execução da notificação compulsória da violência na cidade de Santa Maria/RS. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que os profissionais percebiam a notificação compulsória da violência, quando envolvia crianças e adolescentes, como um procedimento mais difícil, devido às próprias características dessa faixa etária. Entre os sentimentos mobilizados pela violência na infância e na adolescência, os profissionais referiram à impotência, o espanto, a revolta e o desejo de fazer algo. Entre os sentimentos mobilizados pela notificação da violência foi referido o medo e a frustração. Os serviços apontados pelos participantes do estudo, como estratégicos na rede de proteção a infância e a adolescência, foram os Centros de Referência em Assistência Social, os Centro de Referência Especializados em Assistência Social, o Centro de Atenção Psicossocial Infantil, as Unidades de Saúde de Atenção Primária, os Conselhos Tutelares, as Escolas, as Delegacias e a Promotoria. Como dificuldades para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e intersetorial os profissionais mencionaram o pouco conhecimento dos fluxos de acompanhamento e encaminhamentos das situações de violência no município, somado as fragilidades de comunicação entre a própria equipe e/ou com os demais serviços. As potencialidades identificadas pelos profissionais consistiram na possibilidade do desenvolvimento de ações diversificadas e ampliadas com as crianças e os adolescentes, que facilitavam a suspeita e a identificação das situações de violência. Conclui-se que é necessário ampliar os espaços de cuidado e fortalecer a rede de proteção à infância e a adolescência por meio da qualificação e divulgação dos fluxos de atendimento, bem como tornar a notificação compulsória da violência uma prática integrada aos demais dispositivos de atenção às crianças e aos adolescentes vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência. Notificação de abuso. Criança. Adolescente. Ação Intersetorial.

COMPULSORY NOTIFICATION OF VIOLENCE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AND THE INTERDISCIPLINARY AND INTERSECTORAL WORK

ABSTRACT

This study aimed to understand the perceptions and feelings of professionals in both health and social care field regarding the compulsory notification of violence and the interdisciplinary and intersectoral work in childhood and adolescence context. A qualitative study with exploratory design was performed. For data collection, four focus groups with professionals involved in compulsory notification of violence management and/or execution in the city of Santa Maria/RS were organized. The data were analyzed using content analysis technique. The results showed that the professionals noticed the compulsory notification of violence as a more difficult procedure when it involved children and adolescents, due to the characteristics of this age group. Among all the feelings mobilized by violence in childhood and adolescence, the professionals mentioned impotence, dismay, revolt and desire to do something. On the other hand, the feelings mobilized by the notification of violence were fear and frustration. The services reported by this study participants seen as strategic in the childhood and adolescence protection network were Social Assistance Reference Centres, Specialized Social Assistance Reference Centres, Center of Psychosocial Attention to Children, Primary Health Care Centres, Child Protective Services, Schools, Police and Prosecutor. As difficulties for the development of interdisciplinary and intersectoral work, the professionals signaled the little knowledge of monitoring and referral flows of violence cases in the city, in addition to the weaknesses in communication between the team itself and/or with other services. The potential identified by the professionals consisted of the possibility of developing diversified and expanded activities with children and adolescents that facilitated the suspect and identification of situations of violence. In conclusion, it is necessary to expand the places for assistance and to strengthen the childhood and adolescence protection network by providing qualification and dissemination of service flows, as well as making the compulsory notification of violence an integrated practice to other care services to children and adolescents who are victims of violence.

Keywords: Violence. Abuse Notification. Child. Adolescent. Intersectoral Action.

INTRODUÇÃO

A violência que atinge crianças e adolescentes tem sido uma realidade responsável por altas taxas de morbimortalidade nessa faixa etária (BRASIL, 2002a). Quando não identificada nem cuidada a violência deixa marcas que poderão influenciar comportamentos e escolhas para o resto da vida, podendo se perpetuar por gerações (BRASIL, 2002a, 2010; REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999).

A proteção prioritária as crianças e adolescentes, por sua condição típica de desenvolvimento, foi assegurada na Constituição Federal do Brasil de 1988 e especificada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. O artigo 227 da Constituição Federal afirmou que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar com prioridade à criança e ao adolescente o direito a uma vida digna, colocando-os a salvo de toda a forma violência. O artigo 5º do ECA estabeleceu que nenhuma criança ou adolescente será objeto de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1988, 1990).

Por sua vez, a visibilidade da violência pode estar associada às maneiras pelas quais ela se manifesta, como também em relação à capacidade da sociedade em conseguir identificá-la. O notificante é a pessoa que pode tornar pública a violência e, portanto, é considerado um ator fundamental na rede de proteção à infância e a adolescência (GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 1999). Assim, a notificação torna-se um valioso instrumento de política pública, visto que ajuda a dimensionar a violência e a estabelecer, mais adequadamente, a necessidade de investimentos em intervenções para o enfrentamento do fenômeno (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Apenas com o advento do ECA que os profissionais de saúde foram demandados a intervir de maneira diferenciada nas situações de violência envolvendo a infância e a adolescência. Somente cuidar dos agravos decorrentes desse fenômeno não era suficiente, os profissionais tornaram-se também solicitados a notificar essas ocorrências. O artigo 13 do ECA definiu que, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990).

Todavia, o setor saúde identificou que apenas notificar ao Conselho Tutelar, os casos de violência envolvendo crianças e adolescentes, não era suficiente para enfrentar essa

problemática. No ano de 2011, o Ministério da Saúde, reconhecendo os impactos da violência na saúde, publicou a Portaria nº 104, incluindo a violência na lista das doenças, agravos e eventos em saúde de notificação compulsória em todo o território nacional. A partir dessa inclusão todos os profissionais da saúde devem notificar as violências por meio do preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2011a).

A notificação nos serviços de saúde deve ser realizada sempre que houver atendimento de uma situação suspeita ou confirmada de violência doméstica, sexual e/ou outras. Excepcionalmente, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, uma comunicação, relatório impresso e/ou uma terceira cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar ou a autoridades competentes, em conformidade com o que foi estabelecido no ECA (BRASIL, 2011b). No campo da Vigilância em Saúde, a notificação compulsória da violência (NCV), possui a finalidade de alimentação de bancos de dados, para que a informação gerada possa ser utilizada de maneira condizente com a realidade local, estadual e/ou nacional. Os dados epidemiológicos, após analisados, podem orientar o planejamento e o estabelecimento de ações de prevenção e enfrentamento da violência (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009; LIMA; DESLANDES, 2011).

Embora tenham ocorrido inúmeros avanços em termos de recomendações e resoluções nas últimas décadas no Brasil, esse fenômeno ainda segue presente na vida cotidiana de incontáveis crianças e adolescentes. Diariamente surgem notícias de graves violações praticadas, em muitos casos, pelas famílias e instituições que deveriam justamente protegê-los das situações de violência (WAISELFISZ, 2012).

As manifestações da violência acarretam perdas na saúde ainda pouco dimensionadas. Identificá-las, registrá-las e discuti-las tornou-se um desafio para profissionais de todas as áreas (BRASIL, 2002b). Por conseguinte, a notificação compulsória precisa ser compreendida como uma das esferas necessárias ao enfrentamento da violência, pois pode operar como um importante instrumento promotor de políticas públicas e de garantia dos direitos para a infância e a adolescência. Para tanto, requer dos profissionais, além de preparo técnico, um trabalho interdisciplinar e intersetorial, pois notificar implica também compartilhar responsabilidades no que diz respeito à proteção das crianças e dos adolescentes (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

O trabalho interdisciplinar consiste em ações desenvolvidas por diferentes profissões (disciplinas) dentro de um mesmo setor, por exemplo, no campo da saúde, enfermeiros, médicos e psicólogos trabalham de maneira integrada, discutindo práticas e situações de saúde

de maneira corresponsável. Já o trabalho intersetorial é aquele que extrapola um campo de atuação, ou seja, as ações são desenvolvidas de maneira articulada, no qual o setor saúde trabalha junto ao setor da educação, da assistência social, da justiça, entre outros. Considerando o exposto, esse artigo objetiva conhecer as percepções e os sentimentos de profissionais da área da saúde e da assistência social, a respeito da notificação compulsória da violência e do trabalho interdisciplinar e intersetorial no âmbito da infância e da adolescência.

MÉTODO

Delineamento, Instrumentos e Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento exploratório. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupos focais, compreendida como entrevista grupal e semiestruturada (GASKELL, 2005; JOVCHELOVITCH, 2000).

Realizaram-se quatro grupos focais, com representantes de serviços da área da saúde e da assistência social de Santa Maria/RS. Os serviços vinculados à saúde foram: Setor de Vigilância da Violência da Secretaria Municipal de Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Núcleo Regional de Ações de Saúde (NURAS) da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimento municipal (PA) e Unidade de Pronto atendimento (UPA). Os serviços correspondentes à assistência social foram: Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS I e II).

Os grupos focais foram organizados por categorias e níveis de atenção. As categorias foram separadas em duas, quais sejam: Gestão da Notificação Compulsória da Violência e Execução da Notificação Compulsória da Violência. A segunda categoria foi subdividida em níveis de atenção, quais sejam: Atenção Primária (UBS e ESF), Atenção Secundária (UPA, PA, CREAS) e Atenção Terciária (Hospital).

Os contatos com os participantes ocorreram pessoalmente nos locais de trabalho e/ou por telefone. Os grupos foram realizados em locais institucionais (um deles no Hospital Universitário de Santa Maria e os outros três no setor de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS). Os grupos contaram com a presença de um moderador e um

assistente. Os grupos seguiram um roteiro semiestruturado, com eixos norteadores. Utilizou-se como material de apoio a Ficha de Notificação Compulsória da Violência, a Portaria nº 104/2011 e dados epidemiológicos de violência do SINAN referentes à Santa Maria/RS. Os grupos foram gravados em áudio e tiveram duração aproximada entre 1h30min e 2horas.

Participantes

Participaram da pesquisa 18 representantes de serviços envolvidos com a gestão e/ou execução da notificação compulsória da violência em Santa Maria/RS. Os quadros abaixo apresentam as composições dos grupos focais.

Quadro 1: Participantes Grupo Focal Gestão

| Identificação | Formação |
|----------------------|-----------------|
| G1 | Enfermagem |
| G2 | Enfermagem |
| G3 | Enfermagem |

Quadro 2: Participantes Grupo Focal Execução 1
Atenção Secundária (AS)

| Identificação | Formação |
|----------------------|-----------------|
| E1/AS | Enfermagem |
| E2/AS | Enfermagem |
| E3/AS | Psicologia |
| E4/AS | Psicologia |

Quadro 3: Participantes Grupo Focal Execução 2
Atenção Primária (AP)

| Identificação | Formação |
|----------------------|----------------------------|
| E5/AP | Enfermagem |
| E6/AP | Enfermagem (nível técnico) |
| E7/AP | Enfermagem |
| E8/AP | Enfermagem |
| E9/AP | Terapia Ocupacional |
| E10/AP | Fonoaudiologia |

Quadro 4: Participantes Grupo Focal Execução 3
Atenção Primária (AP) e Atenção Terciária (AT)

| Identificação | Formação |
|----------------------|--|
| E11/AP | Enfermagem |
| E12/AP | Enfermagem |
| E13/AP | Enfermagem |
| E14/AP | Enfermagem |
| E15/AT | Bolsista – Acadêmica Terapia Ocupacional |

Análise dos dados

Para a análise dos grupos focais utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). Os grupos foram inicialmente analisados de maneira individual e posteriormente de maneira integrada.

A análise de conteúdo compreendeu três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O primeiro contato com o material permitiu a organização e a elaboração de indicadores e hipóteses que fundamentaram a construção das categorias e a interpretação final (pré-análise). Num segundo momento, os dados brutos passaram por um processo de codificação - recorte e agregação dos dados em categorias - para atingir uma representação do conteúdo (exploração do material). Por fim, as informações categorizadas foram analisadas buscando-se significações por meio de inferências e interpretações conforme os objetivos do estudo (tratamento dos resultados e interpretação).

A análise de conteúdo permitiu a constituição de categoriais e subcategorias, que são apresentadas nos resultados desse artigo, quais sejam: *O processo de notificação compulsória da violência na infância e na adolescência* (Diferença da notificação compulsória da violência quando envolve crianças e adolescentes; Sentimentos mobilizados pelas situações de violência na infância e na adolescência; Sentimentos mobilizados pela notificação compulsória da violência na infância e na adolescência). *Notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e o trabalho interdisciplinar e intersetorial* (Os serviços de atendimento e a rede de proteção à infância e a adolescência; Dificuldades e potencialidades identificadas no trabalho interdisciplinar e intersetorial).

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o nº CAEE 22253413.4.0000.5346. O estudo fundamentou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, correspondentes às resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Antes da realização dos grupos focais foi entregue e explicado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora se responsabilizou quanto à sustentação do sigilo em relação à identidade dos participantes, ocultando informações que pudessem identificá-los. Para preservar o anonimato durante a apresentação das falas, no lugar dos nomes utilizaram-se códigos, com letras e números.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

1. O processo de notificação compulsória da violência na infância e na adolescência

Essa categoria é apresentada por meio de três subcategorias que versam a respeito das diferenças da notificação compulsória da violência quando envolve crianças e adolescentes, dos sentimentos mobilizados pelas situações de violência na infância e na adolescência e dos sentimentos mobilizados pela notificação compulsória da violência na infância e na adolescência.

1.1 Diferença da notificação compulsória da violência quando envolve crianças e adolescentes

A notificação compulsória da violência (NCV) é obrigatória a todos os profissionais de saúde e deve ser realizada por meio do preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2011b). Ressalta-se que a notificação da violência é um dispositivo essencial de proteção às crianças e aos adolescentes, tendo em vista que possibilita que tais ocorrências entrem no fluxo de atendimento às vítimas e no fluxo de responsabilização dos agressores (FALEIROS, 2003). Além da possibilidade da notificação produzir melhoras nos atendimentos individuais, esse procedimento permite também o dimensionamento epidemiológico da violência (ANDRADE et al., 2011; ASSIS et al., 2012; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Estudos realizados no Brasil têm apontado as violências sexual, física, psicológica e a negligência como as violências que mais afetam as crianças e os adolescentes (APOSTÓLICO et al., 2012; ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2009; BRIT et al., 2005; COSTA et al., 2007; VELOSO et al., 2013). Diversas pesquisas que utilizam o SINAN como fonte de dados têm evidenciado que a residência é o local onde mais acontecem as violências que envolvem a infância e da adolescência, somado ao fato de que o pai, a mãe, demais familiares e/ou conhecidos serem os maiores agressores e o sexo feminino a maior vítima (ASSIS et al., 2012; BRASIL, 2008; VELOSO et al., 2013; WAISELFISZ, 2012).

Os dados do SINAN referentes às notificações de violência em Santa Maria/RS no período entre 2009 e 2013, apresentados no *Artigo 1*, demonstraram que na faixa etária entre 0 e 9 anos predominaram as notificações de negligência/abandono, seguida da violência psicológica/moral, violência sexual e violência física. Na faixa etária entre 10 e 19 anos prevaleceu à violência física, seguida da violência sexual, com destaque para as lesões autoprovocadas. A residência também apareceu como local onde mais foram notificadas as violências que envolvem a infância e a adolescência. Quanto ao tipo de vínculo da vítima com o agressor, identificou-se que na faixa etária entre 0 e 9 anos predominou a mãe seguida pelo pai e na faixa etária entre 10 e 19 anos predominou a própria pessoa seguida pelo pai (SINAN/TabNet-RS, 2009/2013).

Os profissionais que participaram do estudo, quando questionados a respeito da existência de diferenças na notificação compulsória da violência quando envolve crianças e adolescentes, expuseram que o procedimento em si era o mesmo, ou seja, a ficha de notificação a ser preenchida permanecia inalterada, independente da faixa etária da vítima. Contudo, referiram importantes diferenças na identificação e condução das situações, devido às próprias características da infância e da adolescência.

Para os participantes da Categoria Execução, o procedimento se tornava mais difícil tendo em vista que as crianças sempre compareciam aos serviços de atendimento acompanhadas por adultos, que falavam por elas. Já os adolescentes frequentavam pouco esses serviços, o que dificultava a identificação das situações suspeitas ou comprovadas de violência. Os relatos abaixo exemplificam essas situações.

Eu acho que é mais difícil né, porque a criança, por exemplo, muitas vezes tu tem que vê outros aspectos, a introspecção, alguma coisa assim. Que às vezes elas vão ali com os pais, eles falam por eles (...) e às vezes mesmo que seja um pouco maior elas não tem muita abertura. Eu acho que com outros métodos talvez, alguma coisa mais lúdica, pra chega neles né. Essa questão que eu acho mais difícil. O procedimento em si, não tem tanta diferença, mas eu acho mais complicado nesse sentido. (E7/AP).

O adolescente ele já tá um pouco mais afastado eu acho, dificulta um pouco mais de identifica por causa disso, porque pelo comportamento acho que mais nas escolas, daí o trabalho conjunto né, ai pra levanta seria mais na escola (...) o adolescente ele já se afasta. (E14/AP).

Conforme Faleiros (2003) para que exista a notificação é necessário que ocorra uma revelação, ou seja, para que a vítima possa revelar a violência que sofreu, ela precisa sentir confiança na pessoa/profissional. Por sua vez essa revelação não precisa constituir-se por meio da verbalização, pois muitos sinais e sintomas podem “falar” de uma possível

vitimização da criança e do adolescente (CRIVILLÉ, 1997; GONÇALVES, 2005). Outro aspecto a ser observado é o próprio discurso dos pais/familiares, que podem ser contraditórios aos comportamentos/sintomas exibidos pelas crianças e/ou adolescentes (CRIVILLÉ, 1997).

Quando os pais buscam por atendimento às crianças e aos adolescentes, podem muitas vezes mascarar os sintomas dos filhos. Os indicativos de que essas crianças e/ou adolescentes estão sendo vítimas de violência podem aparecer de maneira mais visível, por meio de marcas no corpo, ou de maneira mais discreta, por meio de alterações no comportamento (ARPINI et al., 2008; BRASIL, 2002a). Destaca-se que o profissional precisa ter uma postura diferenciada e por vezes criativa, para captar os sinais das vítimas de violência. É fundamental que o profissional observe os comportamentos das crianças e dos adolescentes, que muitas vezes se expressam de maneira lúdica, por meio de brincadeiras e desenhos. Os relatos abaixo evidenciam a importância de oportunizar espaços de acolhimento e escuta.

Mas e essa criança será que ela não tá imaginando, não tá fantasiando isso? Será que ela não viu algum filme e ficou fantasiando que aconteceu com ela? Esses são os questionamentos que a gente recebe, né? Só que a criança durante o atendimento utilizou do brinquedo, utilizou do desenho pra mostrar a cena que aconteceu com ela, é assim que ela se expressa. (E4/AS).

Fiz uma vivência na “imaginoteca” que é um espaço que a gente também vê assim como que é o vínculo, se a mãe brinca junto, como é que funciona, se a criança não se assusta com algumas coisas que a mãe faça ou que a gente faça, ou às vezes o comportamento da criança se não muda, a gente identifica assim, a gente estranha ou não, a gente até faz algumas brincadeiras com bonequinhos pra vê se ela não age de alguma forma, a questão do desenho também né, tento chamar o pai e mãe pra convive. E identifica depois a nível de Conselho pra ver se era mesmo violência. (E14/AP).

Deste modo, como se pode analisar com as falas, as especificidades da infância e da adolescência exigem do profissional um olhar mais atento e acolhedor, que considere o contexto no qual elas estão inseridas, percebendo os sinais e sintomas para além do relato dos pais/familiares/cuidadores.

O profissional ele tem que ter o olhar investigativo, em qualquer situação né, ‘Ah, tem esse e aquele sintoma, pode ser isso’(...) daí veio a primeira vez “ah, foi assim, ele caiu, derramou leite”. Mas pelas costas? Como é que faz? Daí não questionaram o tipo de queimadura, com a possibilidade de uma criança de oito anos fazer aquilo pra si própria por acidente. Começou com a mão, depois que veio as costas, quando ela já tinha 80% de queimadura (...) não questionaram nada. A criança chegou já e morreu por queimadura. O médico e a enfermeira tão respondendo processo. Talvez percam ainda o exercício, né. E o pai e a mãe vão responder pelo crime. (G2).

A fala acima, de uma participante da Categoria Gestão, levanta uma questão pertinente em relação à postura dos profissionais diante de situações de violência envolvendo crianças e

adolescentes. No caso relatado, a atitude dos pais constituiu uma violência por meio da ação, por sua vez, é importante problematizar que a não intervenção dos profissionais constituiu também uma violência por meio da omissão.

Um estudo realizado com operadores do direito e conselheiros tutelares identificou que na compreensão desses profissionais a omissão diante de uma situação de violência, em especial pelos trabalhadores da rede de atendimento, pode ocorrer devido à falta de informação sobre os procedimentos que envolvem a notificação, falta de credibilidade nos demais serviços da rede de proteção e também por falta de comprometimento dos profissionais (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2014).

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. Assim, os profissionais da saúde e da educação que deixarem de comunicar à autoridade competente os casos de que tenham conhecimento, incorrem em infrações administrativas (BRASIL, 1990). Os profissionais que participaram do estudo apresentaram vivências diversificadas em relação à comunicação ao Conselho Tutelar das situações de violência envolvendo crianças e adolescentes. Os profissionais da Categoria Gestão pareciam ter mais clareza quanto ao dever de comunicar o Conselho Tutelar, por sua vez os profissionais da Categoria Execução pareciam não ter rotinas uniformes de comunicação, ficando tal contato a cargo de cada profissional/serviço, ou conforme cada situação. As falas que seguem demonstram essas características.

Com a mulher tem outro tipo de abordagem (...) só em casos que tu percebe o risco de vida dela né, que tu vai tomar alguma atitude mais séria, mas senão é sempre no aconselhamento dela, apresentando caminhos, fortalecendo aquela mulher pra ela se empoderar dela mesma (...) então assim oh, são coisas diferentes. A atitude com uma criança e um adolescente ela tem que ser imediata com o conselho. Porque você não pode deixar aquela criança ir embora sem ter tomado um providencia que o conselho tutelar saiba. (G2).

A gente faz notificação compulsória (...) faz um registro da enfermagem, um registro dos outros profissionais na ficha de atendimento, mas não outro tipo de notificação. Só tem a compulsória mesmo (...) nós é o contato inicial, então depois a gente perde. (E1/AS).

O Conselho a gente tem o telefone e liga pras conselheiras né. Não tem outra forma de contato. Tá tem o email que quando tu consegui parar, e a Unidade que tiver, tu pode fazer né, que tiver acesso a internet, senão tu também não tem né (...) não existe nada assim em papel, tipo, formulário pra ti preencher (...) é uma coisa verbal né, de tu tenta entra em contato. (E5/AP).

Identificou-se, no período em que o estudo foi realizado, que os participantes não estabeleceram um padrão de comunicação com o Conselho Tutelar. A notificação

compulsória da violência, por meio do preenchimento da ficha do SINAN, não estava diretamente relacionada à notificação ao Conselho Tutelar nos casos de violência envolvendo a infância e a adolescência. Os dois procedimentos pareciam ser, para os profissionais, independentes um do outro.

O instrutivo de preenchimento da ficha de notificação da violência do SINAN deixa claro que, excepcionalmente, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, uma comunicação, relatório impresso e/ou uma terceira cópia da ficha de notificação do SINAN deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar ou a autoridades competentes (BRASIL, 2011b). Contudo, conforme exposto nas falas acima, essas duas modalidades complementares de notificação pareciam não estar estabelecidas de maneira padronizada nos serviços que compuseram o estudo.

A notificação da violência ao Conselho Tutelar tem o propósito de acionar a rede de proteção com vistas a cessar o ciclo da violência e restituir os direitos das crianças e dos adolescentes. A notificação compulsória, realizada por meio do preenchimento da ficha do SINAN, possibilita a análise epidemiológica da violência, com o propósito de fornecer subsídios para a organização dos serviços e formulação de políticas públicas. Embora essas duas modalidades de notificação tenham finalidades distintas, são procedimentos complementares e fundamentais no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes (LIMA; DESLANDES, 2011).

Por conseguinte, compreendeu-se que a notificação compulsória da violência envolvendo a infância e a adolescência possui peculiaridades em relação às notificações em outras faixas etárias, segundo o que foi relatado pelos participantes do estudo. Todavia, tal procedimento também possui outros atravessamentos, dentre os quais, os sentimentos mobilizados nos profissionais que compõe a rede de atendimento às crianças e aos adolescentes em situações de violência.

1.2 Sentimentos mobilizados pelas situações de violência na infância e a adolescência

Os profissionais que atuam com crianças e adolescentes vítimas de violência, em qualquer que seja o nível de atenção (primária, secundária, terciária) reconhecem que tais situações mobilizam inúmeros sentimentos. Os profissionais que participaram desse estudo, tanto da Categoria Gestão como da Categoria Execução, quando deparados com situações suspeitas ou confirmadas de violência, envolvendo crianças e adolescentes, relataram sentimentos como impotência, espanto e revolta.

É bem difícil né, é uma situação bem difícil pra gente lidar né, porque tu tá ali frente a um relato da mãe normalmente, e vendo assim aquela criança indefesa ali, e pensando quantas vezes já pode ter acontecido uma situação, né e como tu diz alguma coisa falhou que chegou nesse ponto. (E2/AS).

A menina de 13 anos disse assim ah, mas também agora já aconteceu deixa assim, tá quebrado (...) eu acho que é um sentimento bastante de impotência, porque isso é uma situação que está instalada, é do convívio, é da comunidade, é cultural (...) de revolta e impotência, bastante impotência! (E8/AP).

Acompanhando algumas notícias assim, alguns casos, realmente a gente fica revoltado né, impotente principalmente, e ai eu vejo muito disso a consequência (...) muito na saúde mental né, ai realmente tu vê que ficam marcas que acaba pro resto da vida e o tratamento na saúde mental infelizmente é praticamente eterno né, bem complicado. (E9/AP).

Identificou-se pelos relatos acima que a revolta e a impotência foram sentimentos que pareceram paralisar os profissionais, como se eles não acreditassem que uma atitude sua pudesse fazer diferença na vida das crianças ou adolescentes, uma vez que a situação de violência já estava instalada, conforme expõe uma participante *“a gente sempre fica arrasada, fica de mãos atadas e não pode fazer nada”* (E6/AP).

O pouco preparo dos profissionais para lidar com situações de violência contra crianças e adolescentes e a falta de apoio institucional podem gerar sentimentos de impotência, tendo em vista que os profissionais não conseguem encontrar uma resposta clara e direta frente à situação de violência (NUNES; SARTI; OHARA, 2009). Os sentimentos de impotência e revolta foram identificados em outros estudos que investigaram intervenções em situações de violência na infância e na adolescência. Esses achados demonstraram que tais sentimentos interferiam no atendimento e na condução dos casos, constituindo-se como barreiras à notificação da violência (ARPINI et al., 2008; BESERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002, LOPES et al., 2012).

Por outro lado houve relatos em que as situações de violência contra crianças e adolescentes, embora permeadas pela sensação de impotência, mobilizavam os profissionais a tomar alguma atitude na tentativa de romper com o ciclo de violência, conforme apresentado nas falas que seguem: *“Essas gurias não paravam de falar assim: mas que coisa absurda isso, que coisa, né? Então é essa coisa que mobiliza mesmo as pessoas, né. Mas assim oh, eu também acho que a gente sente assim esse compromisso de fazer alguma coisa. (G3).”*

Mas obviamente na questão de segurança e proteção da criança, aquela função toda (...) acho que a gente tem essa sensação talvez no Município de impotência, que ela vai além da questão da violência, mas tu pensa em violência de criança e adolescente tu tem uma responsabilidade muito maior, (...) ter um olhar mas atento a isso. (E12/AP).

O compromisso de fazer algo e o senso maior de responsabilidade parecem indicar que os profissionais compreendem os direitos diferenciados das crianças e dos adolescentes. Conforme estabelecido no ECA, as crianças e os adolescentes estão em condição peculiar de desenvolvimento, portanto, possuem prioridade de proteção para a família, a comunidade, a sociedade e o poder público. Esses direitos consistem na primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, precedência de atendimento nos serviços públicos, preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e na destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com sua proteção (BRASIL, 1990).

O conhecimento das legislações sobre a proteção às crianças e aos adolescentes é importante para gerar o sentimento de responsabilidade entre os profissionais, mas não é suficiente para que as situações de violência sejam resolvidas no cotidiano dos serviços. Mais do que conhecer as normativas, os profissionais precisam ter disponibilidade para suspeitar e levar o caso adiante (GARBIN et al., 2011).

Deste modo, para além dos sentimentos de frustração e impotência, e mediante o senso de responsabilidade frente à criança e o adolescente, os profissionais também relataram vivências positivas, no qual suas intervenções resultaram no rompimento da violência e na qualidade de vida às famílias. A fala que segue exemplifica essa vivência.

Tem aquela parte que tu consegue, por exemplo, tu consegue em alguns casos reorganizar a família. O primeiro caso, uma experiência minha mesmo, o primeiro caso que eu peguei (...) como eu recém tinha entrado, aquilo pra mim mexeu bastante comigo, eu fiquei bastante impactado. E foi um caso que até hoje eu sempre lembro, porque teve um resultado positivo (...) fiz um trabalho de orientação. O casal se restabeleceu, ele conseguiu se reorganizar em relação ao estresse do trabalho dele, não levar isso pra casa, e consegue né, até hoje lidar de uma forma diferente com o filho. Então tem o lado também que tem a recompensa, que tu vê de casos que a gente consegue ajudar. (E4/AS).

Ressalta-se que é imprescindível que os profissionais possam conhecer e reconhecer as ações positivas de seu cotidiano. Refletir sobre suas práticas, questionando os sentimentos de frustração e impotência que se fazem presentes. Será mesmo que não é possível fazer nada diante de uma situação instaurada de violência envolvendo crianças e adolescentes?

Nesse sentido, a notificação se apresenta como uma das estratégias necessárias ao enfrentamento da violência, bem como uma possibilidade de proteção e garantia de direitos às crianças e aos adolescentes (ASSIS et al., 2012; DESLANDES et al., 2011; LIMA; DESLANDES, 2011). Todavia, para além dos sentimentos mobilizados pelas situações de violência contra crianças e adolescentes, os profissionais também se deparam com sentimentos mobilizados pela notificação da violência.

1.3 Sentimentos mobilizados pela notificação compulsória da violência na infância e na adolescência

Diante das situações suspeitas ou comprovadas de violência envolvendo crianças e adolescentes os profissionais que participaram do estudo relataram dois sentimentos prevalentes que perpassam a notificação da violência: medo e frustração.

Os profissionais pareciam temer as consequências que poderiam advir da notificação compulsória, como se ao realizar esse procedimento eles estivessem se expondo a uma circunstância desagradável, seja com a comunidade/família/agressor ou com outro órgão público como polícia e/ou justiça. A notificação parecia gerar uma situação de exposição, que por sua vez gerava insegurança, que acabava por interferir na realização desse procedimento. As falas a seguir referem esses sentimentos.

É medo de se comprometer com aquelas assim “e se eu notifico e a polícia me chama? E eu tenho que depor, eu tenho que botar a cara”. É nisso que eu vejo o impedimento, o medo de responder por aquilo que você viu. É uma covardia, na verdade, quando tu pensa assim: é uma criança que tá ali, eu percebi o problema e eu não vou fazer nada pra mim não sofrer em detrimento com o sofrimento da criança que vai permanecer naquele círculo. E ela quando adulta vai reproduzir com seus filhos de novo e daí não termina nunca. (G2).

E se expõe na verdade, né? Porque ali tu conversa com o pai e com a mãe, tu questiona algumas coisas, tu conversa pra tu obter as informações pra tu preencher a ficha, né. Então o pessoal questiona isso também. Como é que a gente fica? Qual a segurança que a gente tem? E eu acho que isso também diminui, né, as notificações. (E2/AS).

A avó disse que pra agente de saúde, se tu conta qualquer coisa, eu vo sabe que foi tu e nunca mais vo deixa tu se aproxima da família (...) e se o Conselho aparecesse a vó disse que sabia que tinha sido a gente, então (...) e eles são as pessoas que mais veem, que a gente não tá todo dia ali, no meio (...) que nem eles falam: eu não posso me expor porque em primeiro lugar eu so vizinho. (E5/AP)

Conforme já apontado, as notificações compulsórias da violência nos casos que envolvem crianças e adolescentes exigem do profissional, além do preenchimento da ficha, o contato com o Conselho Tutelar. Tais procedimentos pareceram gerar angústia nos profissionais, em especial nos da Atenção Primária, visto a sensação de exposição, pois ao levar uma situação suspeita ou confirmada de violência ao conhecimento de sua equipe, e posteriormente ao conhecimento do Conselho Tutelar, os profissionais referiram que sentiam se colocar em posição delicada frente às famílias e a comunidade, temendo as possíveis consequências dessa ação.

O estudo de Galvão e Dimenstein (2009), realizado com profissionais da Atenção Primária, identificou que esses trabalhadores não se sentiam seguros para intervir nas

situações de violência, e por vezes não sabiam qual o seu papel na rede de atendimento. Nunes, Sarti e Ohara (2009) acrescentam que a proximidade territorial com as famílias constituem empecilhos aos profissionais diante da possibilidade de notificação, fazendo com que resistam a realizar tal procedimento.

A sensação de insegurança, exposição e ausência de proteção e respaldo institucional também foi identificada em outros estudos, no qual os profissionais não compreendiam o local de trabalho como seguro, caso realizassem a notificação da violência (MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013). Deste modo, as influências de ordem pessoal, cultural e estrutural dos serviços, podem fazer com que os profissionais minimizem os benefícios que poderiam advir das notificações (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Assim, torna-se necessário refletir sobre a necessidade de dar respaldo aos profissionais que estão na execução da NCV. Entende-se que eles precisam se sentir seguros para realizar a notificação, somado ao fato de visualizarem os efeitos desse procedimento. Neste aspecto o sentimento de frustração também se fez presente nos relatos dos participantes do estudo, conforme identificado na próxima fala.

É aquela questão, né, da frustração. Porque às vezes tu faz relatório, faz notificação e tu vê pouca melhoria. Então pode acontecer que acaba entrando num processo de frustração também, né, se não ocorrer essas melhorias, se os gestores que tem que articular, não articularem. (E4/AS).

A sensação de frustração pareceu estar relacionada a um trabalho solitário e sem retorno. Como se a notificação tivesse sido uma ação pontual que não trouxe benefícios para a vítima. Os estudos de Nunes, Sarti e Ohara (2009) e Oliveira et al. (2013) também identificaram que a demora ou a ausência de retorno em relação às notificações podem gerar sentimentos de frustração nos profissionais.

Salienta-se que a notificação da violência tem sido objeto de questionamentos. Pois, mesmo com as determinações legais, os profissionais têm encontrado dificuldades para tornar esse procedimento uma conduta padrão nos serviços de atendimento (ASSIS et al., 2012; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; LUNA et al., 2010).

Diversos estudos têm apontado às dificuldades que permeiam a notificação, tais como, pouco preparo técnico dos profissionais para suspeitar, identificar e/ou manejar as situações de violência, falta de credibilidade e/ou desconhecimento da rede de proteção, descrença na responsabilização dos agressores, receio em relação aos procedimentos legais que poderiam advir da notificação, inseguranças quanto à possibilidade de exposição diante dos agressores,

fatores culturais, fragilidades na formação e pouco apoio institucional (ARPINI et al., 2008; ASSIS et al., 2012; GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009; GONÇALVES; FERRERIRA, 2002; LOBATO et al., 2012; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

Ressalta-se que o preenchimento da ficha de NCV do SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar, não trazem garantias de que o caso será solucionado. As situações de violência, por sua complexidade, devem ser compartilhadas com a equipe e com outros serviços e setores. Deste modo, a notificação compulsória da violência pode ser um dispositivo de proteção à infância e a adolescência, um procedimento com possibilidades de interromper o ciclo da violência, desde que integrado a outras ações, serviços e setores.

2. Notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e o trabalho interdisciplinar e intersetorial

Essa categoria é constituída por duas subcategorias que versam a respeito dos serviços de atendimento e a rede de proteção à infância e a adolescência e as Dificuldades e potencialidades identificadas no trabalho interdisciplinar e intersetorial

2.1 Os serviços de atendimento e a rede de proteção à infância e a adolescência

Rede é uma trama que une pontos, possibilitando sustentação e suporte. É uma estrutura aberta, que se expande e forma novos nós. A rede é um dispositivo de comunicação e articulação entre as pessoas e as instituições que dela fazem parte (VILELA, 2008). A organização da rede se dá pela articulação dos atores e setores envolvidos, que compartilham e negociam responsabilidades para o desenvolvimento de ações integradas (FALEIROS, 2003). As redes estão em constante construção e renovação, são estruturas flexíveis, que permitem a entrada de novos componentes, estabelecendo relações horizontais e descentralizadas (OLIVEIRA et al., 2006).

Para que as intervenções nas situações de violência possam ser efetivas, é necessário que diversos profissionais, serviços e setores estejam articulados, por meio do estabelecimento de fluxos de atenção, de maneira co-responsável. Ao encontro disso, está a proposta da linha de cuidado, que perpassa diversas dimensões de cuidado, como acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede. Deste modo, as situações são analisadas em suas particularidades, nos quais fluxos e rotinas se constituem de maneira pactuada e integrada (BRASIL, 2011c).

A notificação compulsória da violência é parte fundamental nesse processo para que as características e o dimensionamento do fenômeno possam ser revelados. Contudo esse procedimento jamais deve ser compreendido como uma ação final e isolada, pois o preenchimento da ficha por si só não produz cuidado (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009). Os relatos abaixo exemplificam que a NVC precisa ser visualizada como um procedimento ampliado que requer intervenções interdisciplinares, intersetoriais e contínuas.

Na realidade às vezes tu notifica até pra tê um retorno, uma ajuda naquela situação, não somente por notifica né, pra faze um contato pra vê o que que dá pra se trabalha junto, porque sozinho não tem como né (...) eu tive um caso que eu fiz a notificação, encaminhei pro CRAS, o CRAS encaminhou pro CREAS. (E5/AP).

E a rede de cuidados pra que se inicie uma investigação e uma notificação (...) a questão da intersetorialidade, os conselhos, os postos, a segurança, tudo tá envolvido (...) pedi pra escola acompanha e o Conselho Tutelar também intervir, da continuidade e não só uma notificação por notificação. (E8/AP).

Lá a gente pega, notifica confirmado ou suspeita e dai sim, a partir da ficha a gente vai pra delegacia, pra conselho, CREAS, CRAS (...) as vezes a gente fazia reunião no CAPS, ah a gente foi no fórum também, tinha um monte te gente dos CAPS, CREAS. (E15/AT).

Os serviços apontados pelos participantes, como estratégicos na rede de proteção a infância e a adolescência, foram os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), os Centro de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I), as Unidades de Saúde de Atenção Primária, as Unidades de Pronto Atendimento, os Conselhos Tutelares, as Escolas, as Delegacias e a Promotoria. Esses serviços correspondem aos setores da Assistência Social, Saúde, Educação, Segurança e Justiça. Houve também referência à rede de apoio da própria família envolvida com as situações de violência, que podem abarcar, por exemplo, demais familiares, vizinhos, centros comunitários, igrejas, organizações não governamentais e outros dispositivos do território.

É importante destacar que os profissionais da rede de atendimento não estão sozinhos no enfrentamento da violência e não são os únicos responsáveis pelo cuidado às vítimas. Eles fazem parte de uma Rede de Proteção, onde existem serviços com potencial para identificar situações de violência, serviços para atendimento especializado, serviços para denúncia e notificação dessas situações, serviços para responsabilização dos agressores, além de outros serviços para apoio às vítimas e familiares (CEZAR; KOCOUREK, 2011).

No entanto para que a qualidade do cuidado seja garantida e para que o profissional se sinta respaldado, é preciso um agir coletivo e integrado entre os diferentes atores envolvidos. Pois para enfrentar a problemática da violência é preciso construir estratégias de intervenção

interdisciplinares e intersetoriais (ARPINI et al., 2008; BRASIL, 2008). Outros estudos também apontam a importância do trabalho em rede para o enfrentamento da violência e para a garantia de proteção às crianças e aos adolescentes (AZAMBUJA, 2011; FALEIROS, 2003; FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2014; LOPES et al., 2012).

Destaca-se que somado a necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, faz-se necessário o apoio e envolvimento da Gestão, conforme exposto na fala que segue.

Na violência tem que ter um comprometimento de todos (...) temos municípios que assumiram o compromisso de fazer rodas de conversa com a rede né, chama todos os envolvidos. A escola, a promotoria, a polícia, a saúde, assistência social, a educação (...) então por isso a gente debate bastante na rede de atenção que tem que ser estruturada né, que todos saibam (...) é assumir compromisso, o gestor assumir o compromisso de enfrentamento da violência doméstica, sexual, que por ela se obrigatória, então ele tem que pensar alternativas, que a questão da violência ela não se acaba com a notificação, o encaminhamento e colocar no SINAN. (G2).

Os relatos demonstraram que os profissionais possuíam um olhar ampliado acerca das ações necessárias ao enfrentamento das situações de violência. O trabalho em rede foi identificado como essencial e a notificação compulsória da violência como parte desse processo. Por sua vez, o trabalho em rede segue como um desafio, permeado por dificuldades e potencialidades.

2.2 Dificuldades e potencialidades identificadas no trabalho interdisciplinar e intersetorial

Para os participantes do estudo o trabalho interdisciplinar e intersetorial constituía um desafio permeado por dificuldades, dentre as quais o trabalho em equipe e a estruturação da rede de proteção. Os profissionais apontaram fragilidades nos fluxos de encaminhamento e acompanhamento das situações de violência e até mesmo desconhecimento desses fluxos. Os relatos ainda apontaram dificuldades de comunicação entre a própria equipe e/ou com os demais serviços.

Eu acho que a maior dificuldade que a gente enfrenta hoje é a questão da rede (...) os fluxos, que não funcionam muito bem, mas enfim, tem toda uma reestruturação de rede (...) a fragilidade do sistema, da rede de atenção básica. Ali tem escolas, a lógica das estratégias, que é trabalhar com as escolas, o que tem são ações pontuais. (G1)

É não há retorno do caso, a gente não fica sabendo. O caso chega, é atendido e é encaminhado, notificado e encaminhado, mas depois tu não fica sabendo. Claro que a gente tem aquelas crianças assim que retornam pelos mesmos pontos. Mas assim

que tenha retorno do conselho, por exemplo, ou dos serviços que tu encaminhou não. (E2/AS)

Eu acho que o que falta muito é a lógica do fluxo, porque assim oh, a gente né tem interesse de aprende tudo e acontece assim, a gente não tem muitos treinamentos efetivos entendeu sobre isso, bom chegou tal situação, qual é o fluxo, chegou tal situação qual é o fluxo (...) tu não sabe, aí tu tira a dúvida, liga pra um, ou fala com outra colega, oh tô com isso, faz o quê entendeu? Porque não existem fluxos claros. (E12/AP).

Nós temos que aprende a trabalha em equipe, não se trabalha em equipe, qualquer coisinha que chega é a enfermeira, não é assim? Isso tá totalmente errado, é uma equipe, uma equipe que deve todos vestir a camiseta e ir direto, não vai sobrecarregar ninguém, mas não é assim, tá errado. (E13/AP).

As dificuldades de comunicação entre a equipe e/ou com os demais serviços e o desconhecimento dos fluxos e protocolos pode fazer com que as situações de violência não sejam resolvidas de maneira efetiva. Esses dados vão ao encontro dos achados de outros estudos (NUNES; SARTI; OHARI, 2009; FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2014; PELISOLI et al., 2010). Por conseguinte, a desarticulação da rede pode fazer com que as vítimas sejam expostas a outra forma de violência, que atua em nível institucional. Os relatos abaixo referem essas falhas da rede de atendimento/proteção.

Porque sujeitar uma pessoa a contar uma história ruim duas vezes ou mais né, então ela ia lá no CREAS e fazia (...) colocava toda a situação de estupro disso e daquilo (...) aí o CREAS encaminhava pra saúde. A saúde ia lá e perguntava tudo de novo né. (G2).

Em casos de abuso, muita coisa falha também, se não falhou no CREAS, no CRAS, se não falhou lá na delegacia, mas os casos não se resolvem, não andam, aí tu faz a tua parte, mas daí quem sabe uma pessoa de outro serviço não faz direito aí corta ali. (E3/AS).

É importante discutir acerca da violência institucional, que é o tipo de violência praticada pelos próprios serviços públicos, seja por ação ou omissão (BRASIL, 2002a). Têm-se então uma dupla violência, àquela ocasionada pela violência em si, que é o dano primário, e àquela ocasionada pela intervenção profissional, por meio de ações não terapêuticas, isoladas e desarticuladas, que é o dano secundário (FURNISS, 2002). Deste modo, ressalta-se que as discussões em equipe e as articulações intersetoriais devem ocorrer de maneira ética, buscando minimizar os efeitos da violência para não expor as crianças e/ou adolescentes a outras formas de violência.

Para acolher a demanda da violência os serviços necessitam de rotinas internas, discussões em equipe, instrumentos e fluxos de atendimentos. Diante da complexidade do

fenômeno, precisam também atuar de forma articulada com demais serviços de saúde, assistência social, educação, segurança e justiça (ARPINI et al., 2008; BRASIL, 2010).

Embora os profissionais que participaram do estudo tenham apresentado dificuldades e fragilidades nos serviços que compõe a rede de proteção às crianças e aos adolescentes, eles também expuseram as potencialidades do trabalho interdisciplinar e intersetorial. A fala abaixo demonstra que o trabalho integrado pode qualificar as ações de cuidado e fortalecer os próprios serviços da rede de proteção.

Eu participo da rede da Ficha FICAI⁸, então lá a gente conseguiu construir um trabalho né, quando tem as discussões de caso, pra filtrar o que que é caso de CREAS, o que que é caso de CRAS, o que que é de outros serviços. Então foi uma maneira também de a gente conseguir trabalhar em equipe, saber exatamente pra onde encaminhar (...) a gente tem a atuação do enfermeiro, que é da unidade básica, teve um pessoal do CAPSI participando também (...) Até a gente tá conseguindo fazer um trabalho bem legal lá, a gente percebe que é a equipe encontra todas essas dificuldades de estrutura, de recursos, de profissionais, então a gente tá conseguindo um da o suporte para o outro. Pra não desistir e seguir. (E4/AS).

As potencialidades ocorrem tanto nas ações intersetoriais, como no trabalho desenvolvido dentro das equipes. Os espaços de intervenção constituem momentos oportunos para suspeitar e/ou identificar situações de violência envolvendo crianças e adolescentes. Para tanto, parece ser fundamental que os profissionais visualizem novas possibilidades de ações.

Quem faz puericultura, então a gente consegue fazer todo um olhar, tipo, coloca a criança numa, como se fosse uma brinquedotecazinha, toda sala, a gente consegue vê a criança no brinca, a mãe interagindo com a criança, a gente consegue fazer várias percepções (...) a gente faz atendimento obviamente mais intenso até os dois anos, mas a gente faz puericultura lá até os doze, né pelo menos uma vez por ano tá lá pesando, medindo, aproveita os momentos né (...) e o adolescente por mais que a gente tenha dificuldade de trabalhar, a gente obviamente tenta trabalhar nas escolas (...), mas por exemplo, assim oh, a carteira do adolescente né, torna o ECA mais conhecido deles né, torna isso mais discutível. (E12/AP).

Essa fala demonstra que é possível qualificar o cuidado quando as ações envolvem crianças e adolescentes. Em relação às crianças, os profissionais descreveram momentos oportunos para identificar e/ou suspeitar as situações de violência, como por exemplo, puericultura, sala de vacinas, vistas domiciliares. Para os adolescentes a estratégia prioritária apontada pelos profissionais foi à aproximação com o ambiente escolar. Destaca-se que essas estratégias ampliadas podem ser desenvolvidas, sobretudo nos serviços de Atenção Primária.

⁸ FICAI – Ficha de Acompanhamento do Aluno Infrequente – Para mais informações acessar: <https://escoladeconselhos.faccat.br/sites/default/files/cartilha-fica-a5i.pdf>

Os profissionais também expuseram outras possibilidades de enfrentamento da violência, tais como *“locais pra lazer né, que sejam assim de uso coletivo. Música, teatro. Isso é promoção, né?”* (G3), *“Sim, é promoção de saúde, de vida das pessoas. Então é um compromisso grande, né (...) na violência tem que ter um comprometimento de todos”* (G2).

Os relatos acima demonstraram que enfrentar a violência é também promover qualidade de vida, por meio de ações ampliadas, para além do cuidado das vítimas. Oportunizar ambientes saudáveis, com espaços de lazer e de convívio é uma intervenção necessária à prevenção da violência.

As ações de prevenção, promoção e educação em saúde precisam ser incorporadas às práticas cotidianas, por meio de intervenções compartilhadas que considerem as necessidades/características da população como fatores determinantes à sua qualidade de vida (CARVALHO; CECCIM, 2006). Para tanto, as ações ampliadas requerem parceria e profissionais que compreendam o cuidado para além da dimensão biológica (NUNES; SARTI; OHARA, 2009; OLIVEIRA et al., 2013).

Por conseguinte, identificou-se que para o enfrentamento das situações de violência na infância e na adolescência, o trabalho precisa ser ampliado, compartilhado e integrado, por meio de práticas diversificadas, interdisciplinares e intersetoriais, que abarcam intervenções de promoção, prevenção, atendimento, acompanhamento e responsabilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a compreensão das percepções e sentimentos dos profissionais da área da saúde e da assistência social acerca da notificação compulsória da violência na infância e na adolescência e do trabalho interdisciplinar e intersetorial. Deste modo, foi possível identificar que tanto a notificação compulsória da violência como o trabalho interdisciplinar e intersetorial no âmbito da infância e da adolescência eram processos desafiadores no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Os participantes demonstraram que tais procedimentos eram perpassados por dificuldades e potencialidades. Os sentimentos mobilizados pela violência envolvendo crianças e adolescentes ao mesmo tempo em que paralisavam os profissionais, também os motivavam a fazer algo para que as crianças e os adolescentes pudessem sair do ciclo da

violência. Já os sentimentos despertados pela notificação compulsória da violência, estavam relacionados à atuação interdisciplinar e intersetorial. Tendo em vista que a notificação compulsória da violência quando envolvia crianças e adolescentes, precisava estar integrada a uma notificação ao Conselho Tutelar. Contudo, conforme foi visualizado nesse estudo, tais práticas por vezes se constituíam de maneira excludente.

O estudo demonstrou que os profissionais encontravam dificuldades no trabalho interdisciplinar e intersetorial, fossem por fragilidades internas de comunicação com suas equipes, por desconhecimento dos fluxos de atendimento/acompanhamento das situações de violência ou por falta de retorno dos serviços da rede de proteção. Entretanto o trabalho interdisciplinar e intersetorial também foi identificado como uma potencialidade, visto que permitia ações ampliadas e diversificadas com as crianças e os adolescentes, bem como possibilitava o fortalecimento da rede de proteção.

As características da infância e da adolescência exigiam dos profissionais posturas diversificadas, acolhedoras e criativas. Os participantes do estudo compreendiam que na infância fazia-se necessário a utilização de espaços lúdicos e na adolescência era fundamental a aproximação com o ambiente escolar. Deste modo, essas ações diferenciadas qualificavam o cuidado e possibilitam que as situações de violência fossem suspeitadas e/ou identificadas de maneira mais consistente.

Conclui-se, que é preciso ampliar os espaços de cuidado às crianças e aos adolescentes, por meio de ações interdisciplinares, intersetoriais, de promoção e prevenção, bem como qualificar e divulgar os fluxos de atendimento e acompanhamento das situações de violência e tornar a notificação compulsória uma prática integrada aos demais dispositivos de atenção, visto que esse é um instrumento capaz de atuar como fator de proteção a infância e a adolescência quando associado a outras intervenções.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde & 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, 2012.

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.

AZAMBUJA, M. R. **Inquirição da criança vítima de violência sexual: Proteção ou violação de direitos?** Porto Alegre: Livraria do advogado, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BESERRA, M. A., CORRÊA, M. S. M., GUIMARÃES, K. N. Negligência contra criança: um olhar do profissional de saúde. In: Silva, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: Edupe, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Lei 8.069**: Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 8: **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção da Violência e Cultura da Paz**. Vol. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104/2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 143-149, 2005.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S., et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.149-82.

CEZAR, P. K.; KOCOUREK, S. **Articulação ensino-serviço em saúde pública**: indicadores da intervenção dos profissionais da estratégia de saúde da família acerca da violência envolvendo crianças e adolescentes. 2011. 22f. Trabalho de conclusão de especialização, Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 016 de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1129-1141, 2007.

CRIVILLÉ, A. Nem muito, nem pouco. Exatamente o necessário. In: Gabel, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997. p. 132-143.

DESLANDES, S. F. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.8, p.1633-1645, 2011.

FALEIROS, E. **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2003.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. **A notificação da violência, o atendimento psicológico e a rede de proteção da criança e do adolescente: o olhar de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos**. 2014. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009.

GARBIN, C. A. S. et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.2, p. 17-23, 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2005. p.64-89.

GONÇALVES, H. S. Violência contra a criança e o adolescente. In: BRANDÃO, G.; GONÇALVES, H. **Psicologia jurídica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 277-307.

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.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.6, p. 547-553, 1999.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública**: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000.

LIMA, J.S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos brasileiros. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n.38, p. 819-832, 2011.

LOBATO, G. R. et al. 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.

LOPES, M. D. C. et al. Significados atribuídos por profissionais à violência contra crianças e adolescentes: uma análise dos estudos atuais. **Barbarói**, v.36, ed. esp., p.56-69, 2012.

LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: o discurso oficial e a práxis. **Revista Enfermagem UERJ**, v.18, p.148-52, 2010.

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.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A; OHARA, C.V.S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, Edição Especial, p. 903-908, 2009.

OLIVEIRA, V. L. A. et al. Redes de Proteção: Novo paradigma de atuação - experiência de Curitiba. In LIMA, C. A. (Coord.), **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 143-149.

OLIVEIRA, S. M. et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de Unidades Básicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v.21, n. esp.1, p.594-599, 2013.

PELISOLI, C. et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: Dados de um serviço de referência. **Temas em Psicologia**, v.18, n1, p.85-97, 2010.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p. 109-121, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria estadual da saúde do Rio Grande do Sul - Tabnet: Dados epidemiológicos - SINAN - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS**, RS, 2009-2013. Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <http://200.198.173.164/scripts/tabcgi.exe?snet/violencianet>. Acesso em: 25 jan. 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.

VILELA, L. F. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2008.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa que originou essa dissertação objetivou investigar o processo de notificação compulsória da violência na infância e na adolescência em Santa Maria/RS, por meio da articulação de dados epidemiológicos com as vivências dos profissionais envolvidos nesse processo. Para tanto se efetuou uma pesquisa quantitativa e qualitativa. A parte quantitativa foi executada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a parte qualitativa foi realizada por meio de quatro grupos focais, com profissionais envolvidos com a gestão e/ou execução da notificação compulsória da violência na cidade.

Destaca-se que a articulação entre pesquisa quantitativa e qualitativa possibilitou um processo de integração e complementariedade, permitindo a compreensão do fenômeno estudado de maneira mais aprofundada e ampliada. Deste modo, por meio da pesquisa quantitativa, realizada no SINAN, foi possível descrever um perfil epidemiológico da violência envolvendo crianças e adolescentes em Santa Maria/RS, no período entre 2009 e 2013. Os dados existentes nesse Sistema de Informação demonstraram que a violência doméstica/intrafamiliar foi a que predominou, ou seja, a residência apareceu como o local de maior ocorrência das violências e a mãe e o pai como os maiores agressores considerando essa faixa etária. Por sua vez, o diferencial dessa pesquisa foi a identificação do alto índice de violências autoprovocadas na faixa etária entre 10 e 19 anos.

Em relação aos resultados da pesquisa qualitativa, realizada por meio de quatro grupos focais, foi possível identificar que embora os profissionais tivessem entendimento dos propósitos e da importância da notificação compulsória da violência, eles afirmaram que esse procedimento não fazia parte da rotina diária dos serviços. Nesse sentido, a implantação e implementação da notificação compulsória da violência na cidade constituíam processos complementares e não finalizados. Também constatou-se fragilidades nos processos de capacitação dos profissionais para realizarem as notificações compulsórias da violência, bem como na divulgação e utilização dos dados epidemiológicos resultantes dessas notificações.

No que diz respeito às diferenças da notificação compulsória da violência quando envolvem crianças e adolescentes, os profissionais expuseram que esse procedimento se tornava mais difícil, tendo em vista as especificidades dessa faixa etária e a obrigatoriedade de articulação com o Conselho Tutelar.

O estudo demonstrou que os profissionais encontravam dificuldades no trabalho interdisciplinar e intersetorial, fossem fragilidades internas de comunicação com suas equipes

ou externas por desconhecimento dos fluxos e/ou por falta de retorno dos serviços da rede de proteção. Contudo, o trabalho interdisciplinar e intersetorial também foi identificado como uma potencialidade, pois permitia ações ampliadas e diversificadas com as crianças e os adolescentes, além de fortalecer da rede de proteção.

Por conseguinte, constatou-se que a notificação compulsória da violência pode ser um valioso instrumento de proteção às crianças e aos adolescentes, quando integrado a outras práticas de cuidado. A notificação precisa ser identificada como uma prática da equipe e não como uma atribuição de apenas um profissional. Os profissionais precisam compreender que notificar é mais do que preencher uma ficha para alimentar um Sistema de Informação. Notificar é cuidar, é uma prática complementar, que deve estar acompanhada de outras intervenções, como o acolhimento, a escuta, as ações clínicas e de articulação com os demais dispositivos de rede de proteção. Soma-se a essas práticas a necessidade de integração entre os níveis de atenção e gestão.

Como desafios, identificou-se a necessidade de avançar na utilização e problematização dos dados epidemiológicos, para que as ações de enfrentamento da violência possam ser planejadas de modo condizente com a realidade de Santa Maria/RS. É necessário potencializar os espaços de qualificação dos profissionais, por meio de ações de educação permanente, desenvolvidas no dia a dia dos serviços, bem como, qualificar e divulgar os fluxos de atendimento/acompanhamento das situações de violência, fomentando as ações interdisciplinares, intersetoriais e ampliando os espaços de cuidados às crianças, aos adolescentes e suas famílias.

Como estratégia para o desenvolvimento dessas ações está o fortalecimento das intervenções de base territorial, no qual unidades de saúde, dispositivos de assistência social, escolas e demais atores/setores da rede de proteção, possam de maneira integrada, propor intervenções de promoção da saúde e prevenção da violência.

Conclui-se, que os objetivos dessa dissertação foram atingidos de maneira satisfatória. Entretanto, as possibilidades de compreensão do processo de notificação compulsória da violência não se esgotaram com esse estudo, tendo em vista a complexidade desse procedimento e os desafios que ainda se fazem presentes.

Ressalta-se em relação à metodologia utilizada para a realização da pesquisa, que o desenvolvimento dos grupos focais possibilitou que o fenômeno investigado fosse explorado de maneira ampliada. As discussões proporcionadas nos grupos possibilitaram a aproximação entre os profissionais, o conhecimento de outras realidades e reflexões sobre suas práticas diárias. Embora o grupo fosse um espaço de pesquisa, ele também se constituiu num espaço

de intervenção e qualificação. Somado a isso, acrescenta-se que a pesquisa quantitativa, realizada no SINAN, permitiu uma compreensão descritiva sobre a violência envolvendo crianças e adolescentes em Santa Maria/RS, o que qualificou esse estudo.

Por fim, acrescenta-se que o desenvolvimento dessa pesquisa também promoveu uma articulação entre gestão, atenção e formação. Deste modo, espera-se que a partir da devolução dos resultados seja possível auxiliar na implementação da notificação compulsória da violência na cidade, bem como, qualificar os espaços de cuidado às crianças e aos adolescentes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE SANTA MARIA – ADESM. **Plano Estratégico de Desenvolvimento de Santa Maria: “A Santa Maria que Queremos”** 2014-2030. Santa Maria RS, 2013.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e organização do Sistema de saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 13-49.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ARPINI, D. M. et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, 2008.

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. 126-134, 1994.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.

AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.25, n.1, p. 4-13, 2005.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BESERRA, M. A., CORRÊA, M. S. M., GUIMARÃES, K. N. Negligência contra criança: um olhar do profissional de saúde. In: SILVA, L. M. P. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: Edupe, 2002. p. 74-77.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1937.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Lei 8.069: **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990a.

_____. Lei 8.080: **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 8: **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção da Violência e Cultura da Paz**. Vol. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Disque 100: cem mil denúncias e um retrato da violência sexual infanto-juvenil**. Brasília, 2009c. Disponível em: http://www.carinhodeverdade.org.br/pub/pdf/cartilha_disque_100.pdf. Acesso em: 13 dez. 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104/2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271/2014**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf. Acesso em: 20 jun. 2014.

CABRAL, S. H.; SOUSA, S. M. G. O histórico processo de exclusão/inclusão dos adolescentes autores de ato infracional no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 71-90, 2004.

CEZAR, P. K.; KOCOUREK, S. **Articulação ensino-serviço em saúde pública**: indicadores da intervenção dos profissionais da estratégia de saúde da família acerca da violência envolvendo crianças e adolescentes. 2011. 22f. Trabalho de conclusão de especialização, Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 016 de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

CORREA, M. A cidade de menores: uma utopia dos anos 30. In: FREITAS, M. C. (Org.) **História Social da Infância no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 81-100.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DEL PRIORE, M. O papel branco, a infância e os jesuítas na colônia. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **A história da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1998. p. 10-27.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195-226.

ELIACHEF, C. Todos vítimas? A propósito dos maus-tratos à criança. In: ALTOÉ, S. (Org.). **A Lei e as leis: Direito e psicanálise**. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 163-72.

FALEIROS, E. S. A criança e o adolescente: objetos sem valor no Brasil Colônia e no Império. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (Orgs.). **A arte de governar crianças**. 3. ed. Rio de Janeiro: USU, 2011. p.203-222.

FALEIROS, V.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009.

GODINHO, L. B. R.; RAMIRES, V. R. R. Violência contra a criança. **Psicologia Argumento**. v. 29, n. 66, p. 315-326, 2011.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S (Org.), **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GONÇALVES H. S. Violência contra a criança e o adolescente. In: BRANDÃO, G.; GONÇALVES, H. S. (Orgs.). **Psicologia jurídica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: NAU; 2004. p. 277-307.

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

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.6, p. 547-553, 1999.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

HAIR JR, J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades - 2014**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690>. Acesso em: 13 jan. 2015.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEITE, M. L. M. O óbvio e o Contraditório da Roda. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1998. p. 98-111.

_____. A infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História Social da Infância no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 19-52.

LEMOS, F. C. S. O Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil atual. **Psicologia Política**. v. 8, n. 15, p. 93-106, 2008.

LONDONO, F. T. A origem do conceito menor. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1998. p. 129-145.

LOPES, M. D. C. et al. Significados atribuídos por profissionais à violência contra crianças e adolescentes: uma análise dos estudos atuais. **Barbarói**, v.36, ed. esp., p.56-69, 2012.

LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: o discurso oficial e a práxis. **Revista Enfermagem UERJ**, v.18, p.148-52, 2010.

MARCILIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, M. C. **História Social da Infância no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 53-80.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1994.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, n.10, p. 7-18, 1994.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 9-29.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4 n.3, p. 513-531, 1998.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G.; SILVA, M. A. G. A. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise da situação e recomendações para o enfrentamento e prevenção. In: SOUSA, S. M. G; MOREIRA, M. I. C. (Orgs.). **Quebrando o silêncio: disque 100**. Goiânia, Cànone, 2013. p. 31-70.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002.

PASSETI, E. O Menor no Brasil Republicano. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1998. p. 146-175.

PEREIRA, R. C. A criança não existe. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. C. (Orgs.). **Direito de Família e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 205-206.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**. Série Brasil. Publicação Online. 2011.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria estadual da saúde do Rio Grande do Sul - Tabnet: Dados epidemiológicos - SINAN - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS**, RS, 2009-2013. Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <http://200.198.173.164/scripts/tabcgi.exe?snet/violencianet>. Acesso em: 15 jan. 2014.

RIZZINI, I. **A criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000)**. 2. ed. Brasília: UNICEF; Rio de Janeiro: USU, 2002.

_____. **O Século Perdido - Raízes Históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

RIZZINI, I.; FONSECA, M. T. **Bibliografia sobre a história da criança no Brasil**. Marília: Unesp, 2001.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: PUC – Rio/São Paulo: Loyola, 2004.

RIZZINI, I.; SILVA, N. C. R. Direitos humanos e direitos da criança e do adolescente: reflexões sobre desigualdades sociais e a questão dos “meninos de rua”. In: SOUSA, S. M. G. (Orgs.). **Infância e adolescência: múltiplos olhares**. Goiânia: UCG, 2003. p. 99-112.

THÉRY, I. Novos direitos da criança – a poção mágica? In: ALTOÉ, S. (Org.). **A Lei e as leis: Direito e psicanálise**. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. P. 135-162.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. 8. ed. Santa Maria: Editora UFSM, 2012.

ANEXOS

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA EM SANTA MARIA, RS: UM ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO

Pesquisador: DORIAN MÔNICA ARPINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22253413.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 504.090

Data da Relatoria: 11/12/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa de mestrado possui abordagem quantitativo-qualitativa, com delineamento descritivo/exploratório, pois investigará o processo de notificação compulsória da violência na infância e adolescência em Santa Maria RS, por meio da correlação entre os dados epidemiológicos, fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com as vivências e compreensões dos profissionais envolvidos neste processo.

Será feita uma busca por dados referentes à notificação compulsória da violência na cidade de Santa Maria RS, especificando que este é o município de residência e de ocorrência do fato, como também compreende a regional de notificação, de residência e de ocorrência. Será incluída na busca a faixa etária de 0 a 19 anos, explicitando o sexo das vítimas, o tipo de

Endereço: Av. Roussino, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Cidade: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.109-800
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ulsma@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 504.050

violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor. Ressalta-se que estes dados corresponderão ao período de 2009 a 2013, pois é o período em que os dados estão disponíveis no sistema. E para a coleta de dados na parte qualitativa serão realizados grupos focais com profissionais que atuam na cidade de Santa Maria RS e estão envolvidos com a gestão e/ou execução do processo de notificação compulsória da violência ou por representantes do Conselho Tutelar. A avaliação das informações coletadas será realizada por meio da técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o processo de notificação compulsória da violência no âmbito da infância e adolescência na cidade de Santa Maria RS, por meio da correlação entre dados epidemiológicos, fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e as vivências dos profissionais envolvidos neste processo.

Objetivo Secundário:

- Analisar os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e adolescência no período de 2009 a 2013 em Santa Maria RS;- Identificar os serviços e quem são os profissionais responsáveis pela gestão e pela execução do processo de notificação compulsória da violência em Santa Maria RS;- Conhecer os dispositivos utilizados para capacitar os profissionais quanto à notificação compulsória da violência;- Compreender como os profissionais envolvidos na notificação compulsória da violência, no âmbito da infância e adolescência, entendem a implantação e implementação desse processo em Santa Maria RS;- Compreender as

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
bairro: Cidade Universitária - URSOCOP URSOCOP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.usm@gmail.com

Continuação do Parecer: 504.093

percepções e sentimentos dos profissionais quanto à notificação compulsória da violência e os direitos das crianças e dos adolescentes;- Investigar o processo de divulgação dos dados epidemiológicos fornecidos pelas notificações compulsórias da violência em Santa Maria RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o risco é avaliado como mínimo quando os procedimentos de pesquisa não submetem os participantes a interferências maiores do que as encontradas em suas atividades habituais. No entanto, caso se perceba desconforto durante a realização do grupo focal, a impossibilidade da continuidade deste será ponderada pela pesquisadora, que poderá suspendê-lo, tendo em vista o bem-estar dos participantes. E caso haja alguma intercorrência maior a pesquisadora se responsabiliza pelo encaminhamento e acompanhamento do participante da pesquisa para algum serviço de saúde mental, sendo julgado aquele que melhor irá atender as necessidades desse participante. Em relação ao princípio da beneficência, identifica-se que nesta pesquisa os benefícios podem ocorrer em curto prazo, pelo fato da interação gerada no grupo focal proporcionar um espaço para a reflexão das vivências dos participantes que estão envolvidos no processo de notificação compulsória da violência em Santa Maria RS, o que pode motivar mudanças nas práticas e posturas profissionais. E em longo prazo, tem-se como benefícios a possibilidade de ampliação do conhecimento científico acerca do fenômeno estudado, que poderá subsidiar e qualificar o processo de formulação e efetivação de políticas públicas referentes ao enfrentamento da violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo faz parte de um projeto de mestrado em Psicologia e mostra relevância científica, é atual e com

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
 Bairro: URSOS UNIVERSITÁRIOS - URSOS UFPEL: 97.100-000
 UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: cep.ufsm@gmail.com
 Telefone: (55)3220-9362

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 804.880

ênfase na cidade de Santa Maria.

Está bem estruturado, bem fundamentado e a metodologia é adequada para o que se propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PRESENTES E ADEQUADOS

Recomendações:

APROVADO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

NÃO

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 21 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: cep.usism@gmail.com
Telefone: (55)3220-8362

Anexo B - Ficha de Notificação Compulsória da Violência (Versão 2008)

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

N°

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|--|----|---|--|--|--|-------------------------------|--|---------------------------------|--|--|--|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | 3 | Data da notificação | | | | | | |
| | 2 | Agravado/doença | | | VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS | | Código (CID10) | Y09 | | | | | |
| | 4 | UF | 5 | | Município de notificação | | Código (IBGE) | | | | | | |
| | 6 | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | | Código (CNES) | | 7 | | | Data da ocorrência da violência | | | |
| Notificação Individual | 8 | Nome do paciente | | | | | 9 | | | | Data de nascimento | | |
| | 10 | (ou) Idade | | 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 | Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado | | 12 | Gestante | | 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado | | |
| | 13 | Raça/Cor | | | | | | | | | 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado | | |
| | 14 | Escolaridade | | | | | | | | | | | |
| Dados de Residência | 15 | Número do Cartão SUS | | | | | 16 | | | | | Nome da mãe | |
| | 17 | UF | 18 | | Município de Residência | | Código (IBGE) | | 19 | | | Distrito | |
| | 20 | Bairro | | | 21 | | | Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | | | |
| | 22 | Número | | 23 | | | Complemento (apto., casa, ...) | | 24 | | | Geo campo 1 | |
| | 25 | Geo campo 2 | | | 26 | | | Ponto de Referência | | 27 | | | CEP |
| | 28 | (DDD) Telefone | | | 29 | | Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 30 | | | Pais (se residente fora do Brasil) | |
| Dados Complementares | | | | | | | | | | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 31 | 31 | | | | | | | | | | Ocupação | |
| | 32 | 32 | | | | | Situação conjugal / Estado civil | | 33 | | | Relações sexuais | |
| | 34 | 34 | | | | | Possui algum tipo de deficiência / transtorno? | | 35 | | | Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? | |
| Dados da Ocorrência | 36 | UF | 37 | | Município de ocorrência | | Código (IBGE) | | 38 | | | Distrito | |
| | 39 | Bairro | | | 40 | | | Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | | | |
| | 41 | Número | | 42 | | | Complemento (apto., casa, ...) | | 43 | | Geo campo 3 | | |
| | 45 | 45 | | | Ponto de Referência | | 46 | | Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 47 | | Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) |
| | 48 | 48 | | | | | Local de ocorrência | | 49 | | | Ocorreu outras vezes? | |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências | | | | | | | | | | | | | |
| Sinan NET | | | | | | | | | | | | | |
| SVS 10/07/2008 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| Tipologia da violência | 51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <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"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | | | 52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espôncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____ | | |
| | 53 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"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | 54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal | | |
| Violência Sexual | 55 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 | | | | | |
| Consequências da violência | 56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | | | |
| Lesão | 57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado | | | | | |
| | 58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado | | | | | |
| Dados do provável autor da agressão | 59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | 60 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"/> Amigos/ conhecidos <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"/> Imão(ã) | | |
| | 61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | 62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| Evolução e encaminhamento | 63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | | | |
| | 65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado | | 67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____ | |
| | 68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo | | 69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | 70 Se óbito por violência, data _____ | |
| 71 Data de encerramento _____ | | | | | | |
| Informações complementares e observações | | | | | | |
| Nome do acompanhante | | Vínculo/grau de parentesco | | (DDD) Telefone | | |
| Observações Adicionais: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Disque-Saúde 0800 61 1997 | | TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | | Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 | | |
| Notificador | Município/Unidade de Saúde | | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES | | |
| | Nome | | Função | | Assinatura | |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências | | | Sinan NET | | SVS 10/07/2008 | |

Anexo C - Ficha de Notificação Compulsória da Violência (Versão 2014)

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas 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, indígenas e população LGBT.

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---------------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | 3 Data da notificação | | |
| | 2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID10) Y09 | 3 Data da notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de notificação | | Código (IBGE) | |
| Notificação Individual | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código (CNES) | 7 Data da ocorrência da violência | |
| | 8 Nome do paciente | | | 9 Data de nascimento | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | |
| 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | 15 Número do Cartão SUS | | |
| Dados de Residência | 17 UF | | 18 Município de Residência | | Código (IBGE) |
| | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 30 País (se residente fora do Brasil) |
| | Dados Complementares | | | | |
| | 31 Nome Social | | 32 Ocupação | | |
| 33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | | | |
| 34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) | | 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado | 35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado | | |
| 36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | 37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento | | | |
| 38 UF | | 39 Município de ocorrência | | Código (IBGE) | |
| 41 Bairro | | 42 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | |
| 43 Número | | 44 Complemento (apto., casa, ...) | | 45 Geo campo 3 | |
| 47 Ponto de Referência | | 48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) | |
| 50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado | | 51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | |
| 52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Violência | 53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado | | |
| | 54 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual | 1-Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | 55 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente |
| Violência Sexual | 56 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 _____ | | |
| | 57 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 | 58 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado | 59 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"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional | 60 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado |
| | 61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não 9- Ignorado | | |
| Evolução e encaminhamento | 62 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança 3-Jovem 5-Pessoa idosa 2-Adolescente 4-Pessoa adulta 9-Ignorado | | |
| | 63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da 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 da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da 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 | | |
| | 64 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado | 65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado | 66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____ |
| 67 Data de encerramento _____ | | | |
| Informações complementares e observações | | | |
| Nome do acompanhante | | Vínculo/grau de parentesco | |
| | | (DDD) Telefone | |
| Observações Adicionais: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TELEFONES ÚTEIS | | | |
| Disque-Saúde 0800 61 1997 | Central de Atendimento à Mulher 180 | Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 | |
| Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES | |
| Nome | Função | Assinatura | |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências | | Sinan | |
| SVS 28.03.2014 | | | |

APÊNDICES

Apêndice A - Modelo do Termo de Autorização Institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Pela presente autorização, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: Notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência em Santa Maria, RS: um estudo quanti-qualitativo. Dessa forma, autorizo a realização da pesquisa no serviço

bem como, autorizo a utilização dos dados coletados para apresentações em eventos acadêmicos e/ou publicações em artigos e revistas científicas, desde que preservadas as identidades das pessoas envolvidas.

Entendo que o Departamento de Psicologia da UFSM manterá em sigilo em relação à identidade dos participantes, sendo que os dados coletados serão arquivados na referida instituição, sob responsabilidade da pesquisadora-orientadora do projeto, Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini.

Santa Maria, _____ de 2013.

Responsável pelo serviço

Apêndice B - Termo de Confidencialidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Pesquisa: Notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência em Santa Maria, RS: um estudo quanti-qualitativo.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini

Instituição/Departamento: UFSM/Psicologia

Telefone para contato: 3220-9231

Locais da coleta de dados: Serviços que estão envolvidos com o processo de notificação compulsória da violência no âmbito da infância e adolescência em Santa Maria RS (Secretaria Municipal de Saúde; 4^a Coordenadoria Regional de Saúde; Hospital Universitário de Santa Maria; Hospital Casa de Saúde; Pronto Atendimento municipal; Unidade de Pronto Atendimento; Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família; Centros de Referência Especializados em Assistência Social e Conselhos Tutelares).

As pesquisadoras deste projeto se comprometem em preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de grupos focais que serão gravados em áudio. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução desta pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e os dados serão mantidos no Departamento de Psicologia, sala nº 320, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof^a Pesquisadora Dorian Mônica Arpini. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___ com o número do CAAE _____

Santa Maria, ___ de _____ de 2013.

Dorian Mônica Arpini
Professora Associada do Departamento de Psicologia da UFSM

Pâmela Kurtz Cezar
Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSM

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini

Endereço: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar. Telefone: (55) 3220-9231.

Pesquisa: Notificação compulsória da violência no âmbito da infância e da adolescência em Santa Maria, RS: um estudo quanti-qualitativo.

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo investigar o processo de notificação compulsória da violência no âmbito da infância e adolescência em Santa Maria RS, por meio da articulação entre dados epidemiológicos, fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com as vivências dos profissionais envolvidos neste processo. Deste modo, convidamos você para integrar nosso estudo, que terá também como participantes outros profissionais que estão envolvidos com a gestão ou execução da notificação compulsória da violência em Santa Maria RS e ainda por representantes do Conselho Tutelar do município. Para a coleta de dados, na parte qualitativa deste estudo, serão realizados grupos focais, compreendidos também como entrevista grupal e semiestruturada que serão realizados por meio de um encontro por categoria (gestão, execução e conselho tutelar). Os grupos focais terão duração aproximada de 1h30min, serão realizados em locais previamente agendados com você e demais participantes e serão gravados em áudio para posterior transcrição e análise do material. Ressaltamos que sua identidade assim como a dos demais participantes serão mantidas em sigilo, sem identificação de nomes ou outra informação que possam vir a identificá-los.

Você poderá solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Considerando a técnica a ser utilizada para a realização da pesquisa, bem como o fato de que esta não tem o objetivo de testar nem experimentar procedimentos novos, julga-se, portanto, a existência de riscos mínimos para você e os demais participantes. Contudo, caso sejam identificadas situações, durante a realização dos grupos focais, de desconforto psicológico, a pesquisadora responsabilizar-se-á por avaliar a situação e, se houver necessidade de atendimento psicológico, fará o encaminhamento. Os benefícios deste estudo podem advir da disponibilidade de escuta oferecida pela pesquisadora e pela reflexão oportunizada no momento da realização dos grupos focais. Todo material desta pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Psicologia da UFSM, sendo destruído após cinco anos da realização dos grupos focais.

Agradecemos sua colaboração para a realização desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220-9231, e a pesquisadora Pâmela Kurtz Cezar - fone (55) 99343160. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – sala 702 – Camobi – Santa Maria – telefone (55) 3220-9362.

Data: ____/____/____

Participante

Responsável do Projeto

Apêndice D - Roteiro dos Grupos Focais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS**Eixo norteador 1 → Percepções acerca da Notificação compulsória da violência no âmbito da infância e adolescência**

- Percepções gerais sobre a notificação compulsória da violência;
- Identificação de especificidades/diferenças na notificação compulsória da violência no âmbito da infância e adolescência;
- Diferenças da notificação compulsória da violência de outras modalidades de notificação;
- Dificuldades percebidas no processo de notificação compulsória da violência no âmbito da infância e adolescência;
- Sentimentos mobilizados pela violência que atinge crianças e adolescentes - Interferência dos sentimentos no processo de notificação compulsória da violência.

Eixo Norteador 2 → Implantação e implementação do processo de Notificação compulsória da violência em Santa Maria RS

- Entendimentos acerca da implantação e implementação do processo de notificação compulsória da violência em Santa Maria RS;
- Como e quem apresentou a obrigatoriedade desse procedimento;
- Conhecimento acerca das Leis/Portarias que regulamentam o processo da notificação compulsória da violência;
- Percepções acerca da Ficha de notificação compulsória da violência;
- Conhecimento dos dados epidemiológicos fornecidos pela notificação compulsória da violência em Santa Maria RS;
- Entendimento acerca da relevância da notificação compulsória da violência;
- Conhecimento acerca dos serviços que devem fazer a notificação compulsória da violência.

Eixo Norteador 3 → Capacitação sobre a notificação compulsória da violência

- Participação em capacitações direcionadas à notificação compulsória da violência - preenchimento do SINAN/FICHA, orientações técnicas;
- As capacitações atendem as expectativas;
- Percepções quanto a sensação de estar capacitado para notificar casos de violência envolvendo crianças e adolescente;
- Sugestões para qualificar e/ou expandir o processo de implementação da notificação compulsória em Santa Maria RS.