

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

# **ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Sistema Público de Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Kocourek**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão

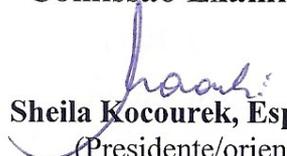
**ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Elaborado por

**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani**

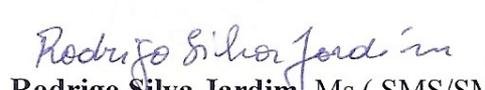
como requisito parcial para obtenção do grau de  
**ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Comissão Examinadora:**

  
**Sheila Kocourek, Esp. (UFSM)**  
(Presidente/orientador)

**Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)**

  
**Hedioneia Pivetta, Dda. (SMS/SM)**

  
**Rodrigo Silva Jardim, Ms. (SMS/SM)**

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a **Deus** e seus diversos obreiros que nos dão sustentação, inspiração e renovação todos os dias.

A meus pais, **Luiz** e **Iara**; e ao meu irmão **Tiago**, pela base da educação e formação pessoal. Meu porto seguro.

A minha esposa **Camila**, pelo nosso Amor; pela força que me inspira; pela parceria, super companheira; Te amo Lindinha!

As instituições: Ministério da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde (4<sup>a</sup>CRS), Faculdade de Odontologia da UFSM em todos seus setores e pessoas que me proporcionaram uma formação permanente conectada a realidade.

A professora **Vânia Maria Fighera Olivo**, pela coordenação do Programa de Residência Multiprofissional, buscando sempre abrir espaços de discussão e construção integrados ao diferentes atores deste processo. Por tudo que conseguistes fazer e pelas coisas que fizestes e nem percebemos ainda. Parabéns!

Ao amigo **José Cristiano Soster**, pela construção do Programa de Residência e pela inspiração e bons exemplos de conduta pessoal.

Aos professores, preceptores e construtores do Programa de Residência Multiprofissional, **Clara Leonida Marques Colomé**, **Elenir Fedosse**, **Maria Saleti Lock Vogt** e em especial a **Teresinha Heck Weiller**, que nos deram os “nortes” dos caminhos; nos ampararam para além da relação profissional, mas de amizade; riram e choraram conosco.

Aos profissionais-residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UFSM, principalmente a primeira turma que desbravou terrenos ainda inóspitos. Especialmente a **Liara Saldanha Brittes**, **Daiane Silveira**, **Fábio Mello da Rosa** e **Fernanda Giordani**, que compartilhamos,

mais de perto uns dos outros, as diversas experiências que nos transformaram em quem somos hoje. Sem vocês eu não teria conseguido, pois foram meu sustento e minha alegria.

Ao grupo de pesquisa e intervenção, com as colegas de residência **Pâmela Kurtz e Gilmara de Campos**; as novas amigas da graduação **Emilly Leimann e Daniela Simões**; e a minha orientadora, amiga e parceira de vários próximos artigos quali, professora **Sheila Kocourek**.

Aos colegas de núcleo profissional **Beatriz Unfer**, minha preceptora; **Hélio Friederich, Viviane Codevila, Ricardo de Marco e Isabella Fagundes**; bem como os dentistas da rede pública de Santa Maria; pela convivência, os espaços de conversa, as trocas, a confiança em meu trabalho, a tudo que aprendi no convívio com vocês.

Aos usuários e profissionais das Unidades de Saúde da Família do município de Santa Maria, principalmente a Maringá, São José e Roberto Binato, por me receberem em suas vidas.

**MUITO OBRIGADO!**

*Se você tivesse um infarto agudo do miocárdio você chamaria um médico cardiologista ou um antropólogo da saúde para o socorrer?*

*- Ora, meu bem, evidentemente um médico cardiologista...*

*Mas, honestamente, como tudo está posto no condicional, se eu pudesse de fato escolher, eu escolheria muito antes do infarto, um antropólogo, um filósofo, um educador, um médico humanista, um agente comunitário de saúde, um artista de cordel, um poeta de botequim, um homem do povo...*

*que me ajudasse a compreender melhor a vida e, quem sabe, assim aliviar a carga das minhas preocupações, o acúmulo dos meus pequenos e grandes vícios, os meus condicionantes estressores... e quem sabe assim evitar o meu infarto.....*

*Mas no fundo, no fundo...*

*boa política, boa economia, boa sociedade ajudam muito mais.*

## **RESUMO**

Monografia de Especialização  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de  
Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA MARIA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

AUTOR: JESSYE MELGAREJO DO AMARAL GIORDANI  
ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREC

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

A violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública, e a violência doméstica contra crianças e adolescentes, merece atenção especial. O objetivo deste estudo foi avaliar a influência de características dos profissionais de atenção primária a saúde no atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes. Trata-se de um estudo transversal, com população formada por profissionais da atenção primária a saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas. O desfecho foi o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes e as variáveis de exposição foram: sexo, idade, localização (urbana/rural), tempo de serviço em ESF, conhecimento do profissional. A prevalência do desfecho foi 47,4% (IC95%: 38,6-56,4). Observou-se uma prevalência maior nos que relataram ter feito algum curso (RP = 3,57; IC95%: 1,54-8,26), e naqueles que conheciam alguma legislação (RP = 3,31; IC95%: 1,34-8,10). Em saúde pública, é crucial trabalhar esta temática integrando ações intersetoriais na atuação em atenção primária a saúde.

Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Profissional de Saúde.

## **ABSTRACT**

Monograph Specialization  
Multidisciplinary Residency Program in Integrated Health Care System  
Federal University of Santa Maria

### **CARE FOR VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS BY PRIMARY HEALTH CARE PERSONNEL: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS**

AUTHOR: JESSYE MELGAREJO DO AMARAL GIORDANI  
ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREC

Date and Location: Santa Maria, 18 July, 2011.

Violence is a major problem of public health and domestic violence against children and adolescents deserve special attention. The aim of this study was to evaluate the influence of characteristics of primary care professionals in the health care of cases of violence against children or adolescents. This is a cross-sectional study, with a population made up of professionals from primary health care. Data were collected through structured interviews. The outcome was the treatment or identification of cases of violence against children or adolescents and exposure variables were sex, age, location (urban / rural), length of service in the ESF, the professional knowledge. The Prevalence was 47.4% (95% CI: 38.6 to 56.4). There was a higher prevalence in those who reported having made some progress (PR = 3.57, 95% CI 1.54 to 8.26), and those who knew some legislation (PR = 3.31, 95% CI: 1, 34 to 8.10). In public health, this issue is crucial to work on integrating intersectoral action in primary healthcare.

Key words: **Violence; Child; Adolescent; Primary Health Care; Health Personnel.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>PROJETO DE PESQUISA</b>	<b>13</b>
Revisão de Literatura	13
Objetivos	20
Metodologia	21
<b>MANUSCRITO (ARTIGO)</b>	<b>27</b>
Resumo	28
Introdução	29
Metodologia	30
Resultados	32
Discussão	33
Referências bibliográficas	35
Tabelas	37
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil sempre foi um país violento: o desenvolvimento nacional começou com a escravidão dos índios e negros e as cicatrizes do passado colonial do país permanecem até hoje. Esse legado desfavorável de exclusão, desigualdade, pobreza, impunidade e corrupção, freqüentemente sob o comando do próprio Estado, há séculos vem falhando em garantir direitos básicos sociais e humanos, como segurança, saúde, educação, moradia, trabalho e lazer. Agravam essas violações, valores culturais profundamente arraigados e que geralmente são usados para justificar várias expressões de violência nas relações subjetivas e interpessoais, como machismo, patriarcalismo, preconceito e discriminação contra negros, pobres, mulheres, idosos e homossexuais. Todavia, por mais que o legado exista, nos últimos quinze anos tem havido uma mudança em nível macro, a qual abarca uma melhoria da qualidade de vida, redução da pobreza e desigualdade (esquemas de proteção social etc.), redução do desemprego, aumento e expansão do acesso universal à educação, mobilidade social e promoção da inclusão social com reconhecimento dos direitos do indivíduo. Houve uma ampla mobilização da sociedade e do governo para responder aos desafios impostos pela escalada da violência, e isso se reflete na grande e diversa gama de fóruns de debate, novas políticas e aprovação de leis específicas em todo o país (REICHENHEIM, 2011).

A violência física contra as crianças é mais comum nos meninos, crianças com problemas de saúde e em famílias com concomitante violência cometida pelo parceiro íntimo e tende a acontecer em casais jovens, porém também nos casais com maior número de filhos e em domicílios de alta densidade demográfica. Onde condições socioeconômicas precárias, história de violência familiar, uso de álcool e drogas ilícitas, fraca rede de apoio e isolamento social desempenham um papel importante como fatores de risco socioculturais para a violência doméstica (REICHENHEIM, 2011).

As conseqüências da violência na infância para a saúde podem se manifestar em diferentes aspectos do crescimento e desenvolvimento, podendo se estender à idade adulta. Os efeitos de traumas físicos tendem a deixar marcas visíveis na pele e no sistema musculoesquelético. De uma maneira menos tangível, estudos mostraram associações entre abuso infantil e transtornos psiquiátricos, em geral uso de drogas, depressão e baixa autoestima na adolescência, transtornos de conduta, transtorno de estresse pós-traumático e

comportamento transgressor na idade adulta. O setor de saúde tem um papel importante, pois é responsável pela notificação e prevenção desses casos, além de oferecer assistência psicossocial e médica para os casos confirmados (REICHENHEIM, 2011).

Desde o início do Programa de Residência Multiprofissional, as práticas cotidianas de atuação junto às Equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF, por meio de visitas domiciliares, grupos comunitários e atendimentos individuais, demonstraram um número expressivo de casos de crianças e adolescentes vítimas de algum tipo de violência, sendo principalmente constatada às situações dentro da família. Também foi possível visualizar as dificuldades de intervenção dos profissionais da saúde e de interlocução com a rede assistencial de proteção. Percebeu-se ainda, que não existe um padrão de atendimento nas Unidades de Saúde da Família em como proceder quando identificadas crianças e adolescentes vítimas ou com suspeitas de serem vítimas de algum tipo de violência.

Dessa forma, salienta-se que esse estudo está em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, Lei de Diretrizes e Bases da Educação; Lei Orgânica da Assistência Social e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e almeja também investigar a existência ou não da articulação de ações e serviços educativos, preventivos e assistenciais em todos os níveis de complexidade do sistema de atendimento e proteção às crianças e adolescentes. Uma vez que, enfrentar a violência contra crianças e adolescentes é um desafio coletivo e o setor da Saúde precisa estar articulado aos demais setores como, Educação, Cultura, Segurança, Justiça e Assistência Social (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b, 1990c, 1993).

Embora a violência doméstica contra crianças e adolescentes seja um assunto de grande importância, suas tendências e padrões ainda são desconhecidas, pois há poucos estudos sobre o tema (REICHENHEIM, 2011), principalmente quando avaliados o perfil epidemiológico dos atendimentos dos profissionais de saúde. Por exemplo, uma busca na base de dados PubMed, considerando-se o período de 1966 a 2011, utilizando-se uma combinação de descritores MeSH (Medical Subject Heading Terms) e o operador Booleano AND {Violence AND Child AND Adolescent AND Primary Health Care}, encontrou 217 estudos. A partir da obtenção dos resultados da busca, todos os títulos foram lidos e, se identificados como relevantes, tiveram seus resumos também avaliados para inclusão na lista de trabalhos selecionados. Foram selecionadas apenas duas publicações, por somente estas terem investigado as características de profissionais da saúde sobre a temática de violência contra crianças ou adolescentes, em atenção primária a saúde. A mesma estratégia de busca foi utilizada na base de dados Bireme, sendo encontradas apenas referências duplicadas.

Um aspecto interessante deste trabalho é sua composição ser fruto de uma proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Maria, onde é necessária a vinculação do projeto de pesquisa à um projeto de intervenção. Após a fase de pesquisa e análise preliminar dos dados, tiveram início as ações de intervenção. Os objetivos do projeto de intervenção foram qualificar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria sobre violência envolvendo crianças e adolescentes; construir fluxos acerca da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes vítimas de violência; iniciar diálogos junto a Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social acerca da notificação de casos de violência nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família e buscar a articulação intersetorial fomentando a rede de cuidados e proteção a infância e adolescência na cidade de Santa Maria – RS. As ações de intervenção tiveram seu início em março de 2011, sendo realizados três encontros entre os atores sociais supracitados e a idéia é que este processo seja permanente.

Portanto, o presente trabalho está estruturado da seguinte maneira: na primeira parte são apresentados alguns elementos que constituíram o projeto de pesquisa, contendo a revisão de literatura, os objetivos levantados, bem como a metodologia e instrumentos de pesquisa propostos na fase do projeto de pesquisa. Logo após, apresenta-se o manuscrito (artigo), o qual se salienta que foi um “recorte”, uma leitura das informações obtidas pelo projeto de pesquisa devido ao fato de haver muitos dados, os quais precisam de futuras análises.

## **2 PROJETO DE PESQUISA**

### **2.1 Revisão de Literatura**

#### **2.1.1 Direitos da criança e adolescente**

Após 20 anos da Declaração dos Direitos da Criança, a ONU estabeleceu que o ano de 1979 seria o Ano Internacional da Criança. No Brasil, em 1979, consagrava-se a Doutrina da Situação Irregular com a edição do novo Código de Menores. Assim começa um balanço mundial em torno da efetivação dos direitos na área da criança, o qual resultaria mais tarde a Doutrina da Proteção Integral (KOCOUREK, 2009).

A reação do Brasil veio paralelamente aos movimentos internacionais e, apenas nos anos 80, concebeu uma Constituição Federal voltada para as questões mundialmente debatidas, dos direitos humanos de todos os cidadãos, a conhecida “Constituição Cidadã, de 1988, destacando-se, nesse contexto, o movimento denominado “A Criança e o Constituinte, voltado para a defesa dos direitos da criança”. Nesta situação, o Brasil passa a olhar as crianças e os adolescentes não mais como “um feixe de carências e passam a ser percebidos como sujeitos de sua história e da história de seu povo, como um feixe de possibilidades abertas para o futuro”. É preciso saber o que o menino “sabe, o que ele traz e o que ele é capaz”. Poucos foram os movimentos sociais que resistiram ao regime militar, vale destacar que a Pastoral de Menores um dos segmentos dos Movimentos Eclesiais de Base, foi um deles. Portanto chamou-se a sociedade para o debate sobre a falta de políticas adequadas no campo da infância e juventude. Em seguida, 1985, o Movimento de Meninos e Meninas de Rua ganha forças e também realiza um chamamento importante à sociedade, quando denuncia a omissão do Estado no que se refere aos meninos e meninas de rua. As denúncias em relação às atrocidades cometidas contra menores desnudavam a distância entre crianças e menores no Brasil (KOCOUREK, 2009).

Os movimentos sociais anteriormente citados, juntamente com a UNICEF, fundaram no Brasil, em 1988, o Fórum de Defesa da Criança e do Adolescente – DCA, adotando como bandeira de luta permanente a garantia da cidadania. A população que lutava por melhores

condições às crianças e adolescentes no Brasil tinha consciência de que, por ocasião da redemocratização do Estado e a promulgação de uma nova Constituição, era o momento ideal de fazer valer os preceitos da Declaração dos Direitos da Criança. Desta forma, o Fórum DCA “durante a elaboração da atual Constituição brasileira (...) consegue grande parte da emenda popular assinada por várias ONG’s, que lutavam na defesa dos direitos da criança e do adolescente”. Assim, o texto Constitucional de 1988 garante a difusão dos direitos sociais, pautado na democracia, vinculado a um projeto de conquista de cidadania. (KOCOUREK, 2009).

Destacamos que as crianças e adolescentes, pela primeira vez na história das constituições brasileiras, foram tratadas como cidadãos de direitos, como merecedores de proteção integral, cabendo à família, à sociedade e ao Estado o dever de garantir-lhes este direito, por haver garantido na Constituição Federal de 1988 fundamentos determinantes da democracia e do exercício da cidadania. (KOCOUREK, 2009).

A nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, antecipando-se à Convenção das Nações Unidas de Direitos da Criança, aderiu integralmente à Doutrina da Proteção Integral, conforme Art. 227 da Constituição, assim como o Art. 228, desta mesma Constituição. Neste sentido fica evidente o resgate e o respeito às normativas internacionais. A nova orientação jurídica no campo da infância e juventude veio romper com arcaica concepção tutelar do menor em situação irregular, estabelecendo que a criança e o adolescente são sujeitos de direito e não mais objetos da norma, remodelando totalmente a Justiça da Infância e da Juventude, abandonando o conceito de Menor. No art. 2, do Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança e o adolescente são reconhecidos na condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Eles deixam de ser objetos de medidas para se tornarem titulares de direitos fundamentais à proteção integral. Já não se trata de incapazes, meias-pessoas ou pessoas incompletas, mas sim de pessoas completas, cuja peculiaridade é estar ainda em desenvolvimento (KOCOUREK, 2009).

Sendo assim, garantir a proteção integral depende de pensar numa nova forma de execução das políticas setoriais. Os serviços e programas não podem mais ser vistos como um fim em si mesmos. É necessário reconhecer a incompletude destes e das políticas, pois, ao longo da história das políticas sociais, apresentaram-se desarticuladas e setorializadas, isto é, cada uma tornou-se um mundo a parte (KOCOUREK, 2009).

O ECA se assenta no princípio de que todas as crianças e adolescentes, sem distinção, desfrutam dos mesmos direitos e sujeitam-se a

obrigações compatíveis com a peculiar condição de desenvolvimento que desfrutam, rompendo, definitivamente com a idéia até então vigente de que o Juizado de Menores seriam uma justiça para os pobres, na medida em que na doutrina da situação irregular se constatava que para os bem-nascidos, a legislação baseada naquele primado lhes era absolutamente diferente.

No campo jurídico, destacam-se o surgimento do sistema de responsabilização penal do adolescente infrator e das ações civis públicas como instrumentos de exigibilidade dos direitos subjetivos da criança e do adolescente. No âmbito da Justiça, uma das grandes mudanças foi deslocamento das atribuições tutelares, que pertenciam ao Poder Judiciário, para as esferas dos Executivos Municipais. A criança ou adolescente vítima de violação de direitos não deve mais ser encaminhada ao sistema policial e judiciário, e sim à instância político-administrativa local – o Conselho Tutelar. O sistema de justiça, agora não mais executando funções assistenciais, passa a interagir em rede com uma ampla gama de instituições e programas. O paradigma da estrutura piramidal cede espaço à lógica do Estatuto da Criança e do Adolescente em que a interação é a nova dinâmica, sem desprezo da autonomia das instituições e das diferentes instâncias de atuação (Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar, Conselho de Direitos, etc.) (KOCOUREK, 2009).

Para a infância e adolescência brasileira, sugere o ECA uma transformação no olhar que se lança sobre eles. Esta lei se apresenta com um novo paradigma ético, pois se destina agora à proteção integral destes sujeitos, de direitos, e em todas as suas dimensões. Ele é a luta contra o antigo Código de Menores que se dirigia à infância como aqueles em situação irregular, a quem se aplicava “apenas” com um conteúdo médico e psicológico, tais como: “pena-castigo, pena-educação, pena-terapia, pena-ressocialização”, com um caráter de suprir necessidades, curar doenças e corrigir os desvios (KOCOUREK, 2009).

Ressaltamos que o ECA consagra o direito “alterativo”, ou seja, “busca alterar atitudes, comportamentos e ações do poder que se baseia no sentido médio da justiça social da população”, exigindo comprometimento de todos, para que a equidade entre crianças e adultos seja finalmente alcançada (KOCOUREK, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente inaugurou um novo modelo, ao incorporar as lutas pela cidadania da sociedade como um todo, através do reconhecimento das garantias individuais, políticas, sociais e coletivas. Além disso, incorporou o discurso da participação civil no exercício da cidadania, ou seja, no qual todos os cidadãos tornaram-se co-responsáveis pela efetivação do ECA, já que ele não traz apenas direitos mas também deveres, “estes

deveres envolvem uma tentativa de responsabilização dos cidadãos em arenas públicas, via parcerias nas políticas sociais governamentais” (KOCOUREK, 2009).

O ECA também versa sobre alterações significativas em pelo menos três grandes sistemas de garantias. O Sistema primário, que dá conta das Políticas Públicas de Atendimento a Crianças e Adolescentes. O Sistema Secundário que trata das medidas de proteção dirigidas a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, não autores de atos infracionais, de natureza preventiva, ou seja, crianças e adolescentes enquanto vítimas, enquanto violados em seus direitos fundamentais. E o Sistema Terceário, que trata das medidas sócio-educativas, aplicáveis a adolescentes em conflito com a Lei, autores de atos infracionais, ou seja, quando passam à condição de vitimizadores. A complementariedade dos sistemas garante que se os sujeitos “escaparem” da primeira instância de atendimento aos seus direitos, ou por exclusão social, negligência familiar; a segunda instância deverá ser acionada, ficando a cargo do Conselho Tutelar o encaminhamento das Medidas Protetivas cabíveis (como medida preventiva a delinquência). Nos casos em que adolescentes realizam atos infracionais, a terceira instância de prevenção deverá ser acionada via sistema de Justiça (KOCOUREK, 2009).

### **3.2 Violência contra criança e adolescente**

A violência toma a forma de maus- tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, causando perdas de saúde ainda pouco dimensionadas. Percebê-las, registrá-las e discuti-las vem sendo um desafio para profissionais de todas as áreas. Nesse sentido, são inúmeras as dificuldades encontradas por profissionais de saúde que lidam com situações de violência, e a falta de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas, como a social e jurídica são alguns dos mais visualizados e que dificultam uma melhor intervenção (RAMOS, 2007).

Para enfrentar a violência é preciso que haja uma denúncia, e para fazer essa denúncia é necessário conhecer os caminhos pelos quais ela passa, ou seja, saber como fazer, onde, com quem e o que possivelmente pode acontece depois. As autoras ainda ressaltam que este é um processo espinhoso, pois gera desgaste, sofrimento, angústia e insegurança (ARPINI, 2006).

Dessa forma, é dever do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à

primeira vista, indicações para suspeitas. Por meio de observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas aos familiares ou vizinhos é possível identificar sinais de manifestação da violência. E, mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda (OMS, 2002).

### **3.3 Tipos de Violência**

Neste tópico abordamos alguns tipos de violência que envolve crianças e adolescentes, no entanto salienta-se que este fenômeno não se esgota apenas nestes exemplos.

#### **3.3.1 Violência Intrafamiliar**

É toda ação ou omissão que interfere no bem-estar, na integridade física, psicológica ou na liberdade e no direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser manifestada dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra (OMS, 2002).

#### **3.3.2 Violência Doméstica**

Distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico (OMS, 2002).

#### **3.3.3 Violência Física**

Ocorre quando uma pessoa, que está em situação de poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física. Outros

exemplos desse tipo de violência são: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, etc (OMS, 2002).

#### **3.3.4 Violência Psicológica**

É toda ação de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes, omissões de cuidados e proteção, privação arbitrária de liberdade e utilização da criança ou adolescente para atender as necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas ações ou omissões podem causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (OMS, 2002).

#### **3.3.5 Negligência**

São as omissões dos pais ou responsáveis pela criança e adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado forma gravíssima de negligência. São exemplos: falta de atendimento aos cuidados necessários a saúde, ausência de proteção contra o frio, calor, o não provimento de estímulos e condições para a frequência à escola, etc (OMS, 2002).

#### **3.3.6 Violência Sexual**

É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, do qual o agressor tenta obter gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual (OMS, 2002). Ao passo que a exploração sexual diz respeito à toda ação que envolve o corpo de crianças e adolescentes para obtenção de vantagens ou proveito sexual, baseada numa relação de poder e de exploração comercial. São exemplos: prostituição infantil, pornografia, turismo sexual e tráfico (OMS, 2002).

### **3.3.7 Violência Institucional**

Exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. São exemplos: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta e tempo, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência, maus-tratos dos profissionais para com os usuários, violação dos direitos reprodutivos, desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico, violência física, proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos, críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes (OMS, 2002).

Frente à complexidade do assunto e da necessidade das Equipes de Saúde da Família buscar de maneira integral o cuidado, a prevenção e a promoção a saúde de crianças e adolescentes e levando em conta que a equipe multiprofissional destaca-se a necessidade de discutir a cerca de conceitos como o da clínica ampliada. Pois diante das dificuldades, é preciso reconhecer a necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e também propostas para a solução dos mesmos. Este compartilhamento é de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família, dos serviços de saúde especializados, das ações intersetoriais (educação, cultura, segurança, justiça e assistência social), como também dos usuários, família e comunidade (OMS, 2002).

A desestruturação da violência é um processo dinâmico e que necessita de profissionais capacitados, equipes articuladas, redes consolidadas, cultura autoritária modificada e sistema familiar responsável pelo provimento de proteção, educação, socialização (ARPINI E SILVA, 2006).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar como se constitui o atendimento as crianças e adolescentes vítimas de violência, no que se refere à estratégia de saúde da família, no âmbito da política de saúde no município de Santa Maria, RS, Brasil, em 2010.

### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1 Estimar a prevalência de atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes pelos profissionais da estratégia de saúde da família do município de Santa Maria.

3.2.2 Identificar as práticas/ações referentes ao atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes desenvolvidas pelos profissionais de saúde das equipes da estratégia de saúde da família de Santa Maria.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento**

Este estudo apresenta delineamento quantitativo e qualitativo. O esforço dessa pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo é de romper com formas de pensamento que nos levam a reduzir, a separar, a simplificar, a ocultar os grandes problemas (PRATES, 2003).

### **4.2 População do estudo, localização e área de abrangência da pesquisa**

A população-alvo é formada por profissionais de saúde e demais membros da equipe da estratégia de saúde da família do município de Santa Maria (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares de consultório dentário, recepcionistas e serviços gerais). Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, a estratégia de saúde da família do município é composta por 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF); com 16 equipes, 20% de cobertura ESF.

Os trabalhadores serão convidadas a aderir ou não a pesquisa.

As Unidades de Saúde da Família no município de Santa Maria são: ESF São José, ESF Maringá, ESF Roberto Binato, ESF Lídia, ESF Alto da Boa Vista, ESF Santo Antônio, ESF Arroio do Só/Pains, ESF Urlândia, ESF Santos, ESF Hoffman, ESF Pinheiro Machado, ESF Bela União, ESF São João.

### **4.3 O Processo de Coleta dos dados**

Serão realizadas entrevistas, por meio de aplicação de um formulário com questões abertas e fechadas, adaptado de LESCHER, 2004 (Apêndice 1).

O levantamento de dados será realizado através de um trabalho de campo nas Equipes de Saúde da Família rurais e urbanas do município de Santa Maria.

O estudo piloto envolverá o sorteio de uma unidade básica de saúde de Santa Maria, na qual serão realizadas entrevistas para detecção de problemas com o questionário e avaliação final dos entrevistadores.

Os entrevistadores serão os pesquisadores e auxiliares de pesquisa, que ficarão responsáveis por explicar, com um vocabulário apropriado ao entendimento dos sujeitos.

A consistência das informações será checada durante a coleta de dados uma vez que a digitação ocorrerá simultaneamente permitindo a emissão de relatórios de possíveis inconsistências. Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações serão: o treinamento dos entrevistadores, a elaboração do questionário padronizado e pré-testado e ainda as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo.

As variáveis do estudo estão organizadas em cinco blocos e descritas abaixo:

*I – Identificação:* questão 01 a 11;

- a) UNIDADE DE SAÚDE: Unidade de Saúde da Família a qual a equipe está vinculada, entre as pertencentes ao município de Santa Maria, RS.
- b) URBANA/RURAL: Zona municipal a qual pertence a USF.
- c) SEXO: Sexo do entrevistado. Feminino ou Masculino.
- d) IDADE: Idade do entrevistado. Coletada de forma contínua e após para análise será categorizada.
- e) FUNÇÃO: Qual a função exercida pelo entrevistado dentro da equipe de saúde.
- f) TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Qual o tempo, em meses, que o entrevistado possui de serviço em ESF.
- g) TEMPO DE SERVIÇO EM SAÚDE PÚBLICA: Qual o tempo, em meses, que o entrevistado possui de serviço em Unidades Públicas de Saúde.
- h) FAIXA ETÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE MAIS ACESSAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: Qual a faixa etária de crianças e adolescentes que normalmente acessam a ESF. Coletada de forma categorizada.
- i) CONHECE ALGUMA LEGISLAÇÃO DIRECIONADA A PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: Se o entrevistado tem conhecimento de alguma forma de legislação direcionada a crianças e adolescentes.
- j) RELAÇÃO COM O ATENDIMENTO: Se o entrevistado percebe alguma relação da legislação direcionada a crianças e adolescentes com seu trabalho na ESF.
- k) PARTICIPOU OU CURSOU ALGUMA DISCIPLINA, CURSO DE CAPACITAÇÃO OU PALESTRA TRATANDO DA TEMÁTICA CRIANÇA E

ADOLESCENTE: Se o entrevistado já teve alguma forma de contato teórico com a temática em questão.

*II – Caracterização da criança e adolescente vítima de violência: questão 12 a 22;*

- a) SABE CARACTERIZAR UMA CRIANÇA OU UM ADOLESCENTE QUE SOFREU OU SOFRE ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA: Se o entrevistado sente-se capacitado a caracterizar/enquadrar uma criança ou adolescente em situação de violência.
- b) TRES CARACTERÍSTICAS: o entrevistado cita três características que definem criança ou adolescente em situação de violência.
- c) CONHECE FATORES DE RISCO QUE PODEM LEVAR A SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA: Se o entrevistado conhece algum fator de risco para situação de violência.
- d) CITE UM FATOR DE RISCO: o entrevistado cita pelo menos uma característica que representam fatores de risco que podem levar a situações de violência contra criança ou adolescente.
- e) JÁ ATENDEU OU IDENTIFICOU ALGUMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE VÍTIMA DE ALGUMA VIOLÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Se o entrevistado já atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima de violência, na ESF.
- f) ONDE FOI: Qual o local que foi realizado o atendimento ou identificação.
- g) COMO CHEGA ESSA CRIANÇA E ADOLESCENTE A ESTA ESF: Se a criança ou adolescente chegam a ESF acompanhadas ou não.
- h) DE QUE MANEIRA É A PROCURA DESSA CRIANÇA OU ADOLESCENTE PELO ATENDIMENTO: Qual é a forma que a criança ou adolescente procura o atendimento quando vítima ou dúvida de violência.
- i) ENCAMINHADOS PARA QUE SERVIÇO: Nos casos em que a criança ou adolescente são encaminhados, para que serviço eles são e por quem.
- j) DIFERENÇA ENTRE VITIMAS: se o entrevistado percebe alguma diferença entre as vítimas de violência que são encaminhados daquelas que procuram espontaneamente o serviço de saúde.
- k) TIPO DE QUEIXA CHEGA A CRIANÇA OU ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: Qual a principal queixa da criança e adolescente vítima de violência.

*III – Sobre o profissional de saúde: questão 23 a 26;*

- a) VOCÊ SE SENTE CAPACITADO PARA ATENDER/IDENTIFICAR CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: Se o entrevistado sente-se capacitado para o atendimento ou identificação de crianças e adolescentes vítimas de violência.
- b) O QUE É PRECISO PARA MELHORAR OU FACILITAR O ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE QUE SOFRERAM OU ESTÃO EM RISCO DE SOFRER ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA NA SUA ESF: Na opinião do entrevistado o que é preciso para melhorar ou facilitar o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência na sua ESF.
- c) INSTRUMENTO: se o entrevistado conhece algum instrumento ou protocolo de atuação para o atendimento ou identificação de crianças e adolescentes vítimas de violência.
- d) NOTIFICAÇÃO: o que o entrevistado entende por notificação de violência e se ele já realizou este procedimento. Coletada de forma aberta.

*IV – Sobre a organização do acesso na ESF: questão 27 a 29;*

- a) DESCREVA O FLUXO NORMAL DE ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SUA ESF: O entrevistado descreve qual o fluxo normal de atendimento das crianças e adolescentes na sua ESF. Coletada de forma aberta.
- b) FACILIDADE E UMA BARREIRA QUE VOCÊ IDENTIFICA NESTE FLUXO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O entrevistado descreve alguma barreira e facilidade para este fluxo de atendimento de crianças e adolescentes. Coletada de forma aberta.
- c) QUAL O MEMBRO MAIS CAPACITADO PARA ATENDER CRIANÇA E ADOLESCENTE COM SUSPEITA OU COM A CONFIRMAÇÃO DE TER SOFRIDO ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA: Qual o membro da equipe de saúde da família que o entrevistado entende como o mais capacitado para atender as crianças e adolescentes vítimas ou com suspeita de violência.

*V – Sobre a rede: questão 27 a 31;*

- a) QUAL(IS) O(S) RECURSO(S) OU LOCAIS QUE VOCÊ CONHECE PARA O ATENDIMENTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE

RISCO/VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM SANTA MARIA: Se o entrevistado conhece os recursos para auxílio no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.

- b) VOCÊ ENCAMINHA OU JÁ ENCAMINHOU ALGUMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE PARA A REDE DE PROTEÇÃO: Se o entrevistado já realizou algum tipo de encaminhamento de criança ou adolescente vítima de violência para a rede de proteção.
- c) COMO VOCÊ REALIZOU ESTE ENCAMINHAMENTO: Como o entrevistado realizou o encaminhamento para esta rede. Se existe algum tipo de instrumento ou protocolo.

#### **4.4 Análise dos dados**

As análises serão realizadas no programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), com estimação de razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança. A significância estatística das associações será verificada com o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Considerar-se-ão significativos os resultados cujos valores de p foram menores do que 5% (ALTMAN, 1997).

Para a análise dos dados qualitativos utilizar-se-á a análise de conteúdo, que significa trabalhar com técnicas de análise de comunicação objetivando, através de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

#### **4.5 Principais contribuições científicas ou Tecnológicas**

A relevância social e científica deste projeto de pesquisa assenta-se em dois importantes pilares: contribuir diretamente com os profissionais no sentido de propiciar um momento de reflexão sobre seu trabalho e, também, como vem se constituindo a política de atendimento no âmbito dos direitos da criança e do adolescente vítima de violência

Acredita-se com esse estudo contribuir com a produção de conhecimento sobre a referida temática e também socializá-lo como formar de subsidiar o planejamento e gestão das políticas de saúde.

#### **4.6 Considerações Éticas**

O estudo em questão apresenta “baixo risco” ético, já que envolve apenas a aplicação de um questionário aos trabalhadores em saúde com perguntas sobre conhecimentos e percepção do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.

Ainda assim, será obtido de cada participante, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito (Apêndice 2).

Quaisquer dúvidas serão esclarecidas, deixando-se claro que o indivíduo tem a opção de não participar da pesquisa e que o sigilo dos dados individuais será preservado. Após concordar, o indivíduo assinará o consentimento.

Este projeto será encaminhado para a Prefeitura Municipal de Santa Maria e para Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sendo elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será oferecido aos participantes da pesquisa, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos especificadas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996b).

## 5 MANUSCRITO (ARTIGO)

**Determinantes do atendimento de violência contra crianças e adolescentes na atenção primária à saúde**

**Determinants of care for violence against children and adolescents in primary health care**

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani<sup>1</sup>

Sheila Kocourek<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil;

<sup>2</sup> Centro de Ciências Sociais e Humanas – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil;

Título corrido: Violência contra crianças e adolescentes

Running title: *Violence against children and adolescents*

Correspondência para: Dr<sup>a</sup>. Sheila Kocourek. Curso de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais e Humanas – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria. Prédio 74, Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria- RS, Brasil. Telefone: 55 3220 9668 / 55 9153 1164. Email: [sheilakocourek@gmail.com](mailto:sheilakocourek@gmail.com)

**Resumo:**

A violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública, e a violência doméstica contra crianças e adolescentes, merece atenção especial. O objetivo deste estudo foi avaliar a influência de características dos profissionais de atenção primária a saúde no atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes. Trata-se de um estudo transversal, com população formada por profissionais da atenção primária a saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas. O desfecho foi o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes e as variáveis de exposição foram: sexo, idade, localização (urbana/rural), tempo de serviço em ESF, conhecimento do profissional. A prevalência do desfecho foi 47,4% (IC95%: 38,6-56,4). Observou-se uma prevalência maior nos que relataram ter feito algum curso (RP = 3,57; IC95%: 1,54-8,26), e naqueles que conheciam alguma legislação (RP = 3,31; IC95%: 1,34-8,10). Em saúde pública, é crucial trabalhar esta temática integrando ações intersetoriais na atuação em atenção primária a saúde. Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Profissional de Saúde.

**Abstract:**

Violence is a major problem of public health and domestic violence against children and adolescents deserve special attention. The aim of this study was to evaluate the influence of characteristics of primary care professionals in the health care of cases of violence against children or adolescents. This is a cross-sectional study, with a population made up of professionals from primary health care. Data were collected through structured interviews. The outcome was the treatment or identification of cases of violence against children or adolescents and exposure variables were sex, age, location (urban / rural), length of service in the ESF, the professional knowledge. The Prevalence was 47.4% (95% CI: 38.6 to 56.4). There was a higher prevalence in those who reported having made some progress (PR = 3.57, 95% CI 1.54 to 8.26), and those who knew some legislation (PR = 3.31, 95% CI: 1, 34 to 8.10). In public health, this issue is crucial to work on integrating intersectoral action in primary healthcare.

Key words: Violence; Child; Adolescent; Primary Health Care; Health Personnel.

## **Introdução**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública, como foi enfatizado na quadragésima nona Assembléia Mundial de Saúde e pode ser definida como o uso intencional da 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>1</sup>. E entre os diversos tipos de violências, a violência doméstica, principalmente contra crianças e adolescentes, é um grande problema de saúde pública no Brasil e merece atenção especial<sup>2</sup>.

A violência física contra as crianças é mais comum nos meninos, crianças com problemas de saúde e em famílias com concomitante violência cometida pelo parceiro íntimo e tende a acontecer em casais jovens, porém também nos casais com maior número de filhos e em domicílios de alta densidade demográfica. Onde condições socioeconômicas precárias, história de violência familiar, uso de álcool e drogas ilícitas, fraca rede de apoio e isolamento social desempenham um papel importante como fatores de risco socioculturais para a violência doméstica<sup>2</sup>.

As conseqüências da violência na infância para a saúde podem se manifestar em diferentes aspectos do crescimento e desenvolvimento, podendo se estender à idade adulta. Os efeitos de traumas físicos tendem a deixar marcas visíveis na pele e no sistema musculoesquelético. De uma maneira menos tangível, estudos mostraram associações entre abuso infantil e transtornos psiquiátricos, em geral uso de drogas, depressão e baixa autoestima na adolescência, transtornos de conduta, transtorno de estresse pós-traumático e comportamento transgressor na idade adulta. O setor de saúde tem um papel importante, pois é responsável pela notificação e prevenção desses casos, além de oferecer assistência psicossocial e médica para os casos confirmados<sup>2</sup>.

Embora a violência doméstica contra crianças e adolescentes seja um assunto de grande importância, suas tendências e padrões ainda são desconhecidas, pois há poucos estudos sobre o tema<sup>2</sup>, principalmente quando avaliados o perfil epidemiológico dos atendimentos dos profissionais de saúde. Por exemplo, uma busca na base de dados PubMed, considerando-se o período de 1966 a 2011, utilizando-se uma combinação de descritores MeSH (Medical Subject Heading Terms) e o operador Booleano AND (Violence AND Child AND Adolescent AND Primary Health Care), encontrou 217 estudos. A partir da obtenção

dos resultados da busca, todos os títulos foram lidos e, se identificados como relevantes, tiveram seus resumos também avaliados para inclusão na lista de trabalhos selecionados. Foram selecionadas apenas duas publicações, por somente estas terem investigado as características de profissionais da saúde sobre a temática de violência contra crianças ou adolescentes, em atenção primária a saúde. A mesma estratégia de busca foi utilizada na base de dados Bireme, sendo encontradas apenas referências duplicadas.

Os dois estudos foram publicados no ano de 2002. No primeiro, foi avaliado o conhecimento e as práticas de médicos de família e pediatras sobre o rastreamento de situações de violência íntima. 1350 profissionais participaram do estudo que demonstrou uma taxa em torno de 5% e 18% de rastreamento de casos de violência realizados rotineiramente, para médicos pediatras e de família, respectivamente. Demonstrou-se déficits no conhecimento da gestão adequada das situações de violência doméstica, por exemplo, a necessidade de mais informações sobre a violência doméstica, que variou de 40%, para médicos de família e 72% para os pediatras. Os autores concluíram que formação e educação continuada na prevenção da violência na criança / adolescente e ter um protocolo para gestão de casos envolvendo violência doméstica aumentou a probabilidade de reatamento destes casos<sup>3</sup>. O segundo estudo selecionado<sup>4</sup>, descreve como profissionais de atenção primária a saúde associam agressões físicas e a suspeita de abuso. Participaram do estudo 85 profissionais, onde ter alguma suspeita de abuso esteve associada com maior gravidade da lesão (OR 3.4, IC95%:1.7-7.0), idade menor que 6 anos (OR 2.9, IC95%:1.5-5.6), utilizar plano ou serviço privado de saúde (OR 1.4, IC95%:1.4-5.3), identificação de fatores de risco familiares (OR 4.8, IC95%:1.6-14.6) e abordagem teórica sobre abuso infantil (OR 2.9, IC95%:1.4-5.8).

O objetivo do presente estudo foi avaliar a influência de características dos profissionais de atenção primária a saúde no atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes em um município do sul do Brasil.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, onde a população foi formada pelos membros das equipes da estratégia de saúde da família (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário, recepcionistas e serviços gerais), urbanas e rurais, do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Conforme dados da Secretaria

Municipal de Saúde, em 2011, a estratégia de saúde da família do município apresenta 13 unidades de saúde da família, com 16 equipes e 20% de cobertura populacional. O município de Santa Maria está situado na região central do estado do Rio Grande do Sul a aproximadamente 300 Kilômetros de distância da capital, Porto Alegre. No ano de 2010, apresentava população em torno de 261 mil habitantes, contando, na sua estrutura, com 160 estabelecimentos de saúde, onde 68 são estabelecimentos de saúde pública e Produto Interno Bruto *per capita* de aproximadamente 12 mil reais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas, utilizando-se um questionário padronizado, pré-testado e adaptado<sup>5</sup>. Um estudo piloto com uma equipe de saúde da família serviu como base para avaliar a qualidade do instrumento, além de apreciar os métodos e a logística da pesquisa. Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações foram o treinamento dos entrevistadores, as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo. As coletas aconteceram entre dezembro de 2010 e janeiro de 2011, onde havia 127 profissionais em atividade nas equipes de saúde da família do município.

O desfecho do estudo foi o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, obtido pela resposta positiva à questão: *você já atendeu ou identificou alguma criança ou adolescente vítima de alguma violência na estratégia de saúde da família?* (sim/não) As variáveis de exposição foram: sexo, idade, localização (urbana/rural), tempo de serviço em ESF ( $\leq 1$  ano/ $> 1$  ano), participar das reuniões de equipe (sim/não), conhecer alguma legislação relacionada com violência contra crianças ou adolescentes (sim/não), ter realizado algum curso relacionado com violência contra crianças ou adolescentes (sim/não), conhecer algum protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes (sim/não) e sentir-se capacitado ou não para atender casos de violência contra crianças ou adolescentes (sim/não).

As análises foram realizadas no programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), com estimação de razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança. A significância estatística das associações foi verificada com o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Consideraram-se significativos os resultados cujos valores de p foram menores do que 5%.

A pesquisa obteve pareceres positivos para seu desenvolvimento pela Prefeitura Municipal de Santa Maria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (0310.0.243.000-10). Todos os participantes do estudo foram informados sobre o

conteúdo da pesquisa, bem como dos objetivos e finalidades da mesma por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>6</sup>, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados.

## **Resultados**

Foram realizadas 116 entrevistas, 91,33% do total de profissionais presentes nas ESF durante o período de coletas. As perdas foram decorrentes de profissionais em período de férias e em atestado de saúde. A maioria da população estudada trabalhava em localização urbana (87,9%), era do sexo feminino (85,3%), com idade entre 41 e 64 anos (51,7%), com mais de um ano de serviço em ESF (84,4%). 82,8% afirmaram participar das reuniões de equipe; 74,1% afirmaram conhecer alguma legislação relacionada com violência contra crianças ou adolescentes; 68,1% disseram ter realizado um curso sobre violência contra crianças ou adolescentes; 87,1% não conheciam um protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes; e 56% não se sentiam capacitados para atender casos de violência contra crianças ou adolescentes. A prevalência de atendimento ou identificação de casos de violência foi 47,4% (IC95%: 38,6-56,4) (Tabela 1).

Nos profissionais que relataram ter realizado algum curso sobre violência contra crianças ou adolescentes foi observada uma prevalência mais de três vezes e meia maior de atender ou identificar casos de violência contra crianças ou adolescentes, quando comparados com aqueles que não realizaram curso (RP = 3,57; IC95%: 1,54-8,26). Da mesma forma, aqueles que conheciam alguma legislação sobre violência contra crianças ou adolescentes apresentaram prevalência três vezes maior de atender ou identificar casos de violência contra crianças ou adolescentes, quando comparados com aqueles que não conheciam (RP = 3,31; IC95%: 1,34-8,10) (Tabela 2).

No que se refere ao tempo de serviço em estratégia de saúde da família, os profissionais com um ano ou menos de serviço apresentaram prevalência 83%, significativamente, menor de atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, quando comparados com aqueles que tinham mais de um ano de serviço em estratégia de saúde da família (RP = 0,17; IC95%: 0,05-0,61) (Tabela 2).

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas prevalências de atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes conforme localização urbana ou rural, sexo e idade. As variáveis de participação nas reuniões de equipe e sentir-se capacitado para atender casos de violência contra crianças e adolescentes não apresentaram qualquer efeito significativo na prevalência de atendimento ou identificação de casos de violência contra

crianças ou adolescentes. Assim como conhecer algum protocolo de atendimento para casos de violência contra crianças ou adolescentes não se mostrou estatisticamente associado com o desfecho investigado.

## **Discussão**

Este estudo teve como objetivo avaliar a influência de características dos profissionais de atenção primária a saúde no atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes. Os resultados mostraram que algumas características dos profissionais estiveram associadas ao atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, principalmente o tempo de serviço em estratégia de saúde da família e ter algum conhecimento teórico sobre o assunto, seja por curso ou legislação.

Em termos gerais, os resultados deste estudo revelam um quadro semelhante àquele descrito para outros grupos de profissionais de saúde: o efeito do conhecimento teórico, revelado pelas altas prevalências de atendimento/identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes<sup>3,4,7</sup>. A influência do tempo de serviço em estratégia de saúde da família sobre o atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes foi um achado ímpar, pois nenhum outro estudo encontrou a mesma ocorrência de forma estatisticamente significativa. A predominância do sexo feminino e de idade aproximada de 40 anos também foi encontrada em outro estudo que avaliou o perfil sociodemográfico de profissionais da estratégia de saúde da família<sup>8,9</sup>.

Em atenção primária a saúde, a importância do conhecimento teórico sobre maus tratos infantis por parte dos profissionais de saúde está bem estabelecida<sup>10</sup> e é um fator que exerce grande influência sobre o atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes, onde alguns estudos mostraram relação entre o fato de o profissional se deparar com casos de maus tratos nas suas atividades cotidianas e ter realizado qualificação para tal<sup>3,4,9,11</sup>. Na Espanha, uma comparação das notificações de agências de proteção a criança mostrou que após a introdução de um programa de treinamento com profissionais de saúde, serviço social e educação, houve um aumento do número de notificações<sup>10</sup>. Em outro estudo, foram encontradas grandes lacunas de informação através de revisões nos currículos de formação dos profissionais de saúde a respeito do tema abuso infantil<sup>11</sup>.

Uma possível explicação para o papel da qualificação ou treinamento sobre o aumento da suspeita, identificação ou atendimento de casos de violência é que uma grande quantidade dos profissionais de saúde acredita que os casos de violência são pouco frequentes no

cotidiano de suas práticas, ou seja, um número significativo de profissionais não se enxerga como responsável pelo atendimento destes casos ou que deva realizar a denúncia<sup>11</sup>.

No que se refere ao tempo de serviço em estratégia de saúde da família, apresentar associação com o desfecho, acredita-se que esteja relacionada a três fatores principais. Em primeiro lugar, um aspecto importante relatado na literatura é o acolhimento e vínculo aos usuários pelos profissionais que atuam nos serviços de atenção primária a saúde, uma vez que esta estratégia se encarrega da escuta do usuário, permitindo a superação das barreiras e dificuldades, durante o atendimento e visando a resolubilidade para suas necessidades<sup>9</sup>. Logo, este cuidado com o usuário, através de dispositivos da clínica ampliada, produz ações que visam à promoção dos sujeitos, tornando-os mais capazes de compreender suas necessidades de saúde, entendendo seus agravos e participando como co-responsáveis no processo de produção de saúde<sup>12</sup>. Em segundo lugar, a filosofia da atenção primária em saúde, em especial a estratégia de saúde da família, que é baseada em equipes multiprofissionais integradas ao serviço de saúde e outros setores como educação e assistência social, visando a promoção de saúde através de uma abordagem comunitária, não somente com os usuários que procuram os serviços, estabelecendo-se uma relação pessoal longitudinal<sup>13,14</sup>. Logo, quanto maior o tempo de atuação do profissional com a metodologia de atenção primária a saúde, especificamente a estratégia de saúde da família, maior a compreensão deste a respeito da filosofia de trabalho. Por último, uma explicação razoável seria que aquele profissional que está a mais tempo no serviço de saúde, teria maior probabilidade de atender ou identificar algum caso de violência contra crianças ou adolescentes em função de agregar maior tempo de atuação.

O estudo apresenta uma limitação no que diz respeito ao seu delineamento. Estudos com delineamento transversal são limitados à identificação de associações, não sendo possível estabelecer relação causal. Pode haver causalidade reversa, pois tanto desfecho quanto exposição são medidos no mesmo ponto temporal<sup>15</sup>. Poderia se inferir que em função dos profissionais atenderem ou identificarem casos de violência contra crianças ou adolescentes, eles aprenderam mais sobre o tema, logo isto repercutiu sobre seu conhecimento. Sendo assim, estudos longitudinais são essenciais para elucidar as associações aqui descritas. Finalmente, a presença de viés residual não pode ser descartada, pois o presente estudo apresenta uma visão parcial da realidade, onde a presença de outros aspectos relacionados aos profissionais e não contemplados na análise, deve ser melhor investigada.

Apesar das limitações, os achados deste trabalho têm relevância como fonte para futuras comparações por identificar associação entre características dos profissionais da atenção primária a saúde e atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças

ou adolescentes. Em saúde pública, é crucial integrar os profissionais de forma a torná-los a espinha dorsal da formação e para a assistência e proteção das vítimas, enfatizado a necessidade urgente de integração entre diferentes setores, como saúde, justiça, bem-estar social e educação, na perspectiva de atuação em atenção primária a saúde baseadas em equipes multidisciplinares<sup>2</sup>. Aqueles profissionais que têm um contato permanente com crianças precisam exercer liderança na identificação, notificação e cuidados aos indivíduos que sofreram violência e suas famílias. Internacionalmente têm-se enfatizado a necessidade de uma abordagem que combine um foco da atenção no indivíduo juntamente com sua família<sup>10</sup>.

Finalmente, percebe-se que a violência contra crianças ou adolescentes ainda mantém-se como um grande problema social, principalmente no setor saúde, e o pouco envolvimento dos profissionais de saúde acaba permitindo a sua manutenção desta forma. As tendências reveladas pelos dados epidemiológicos são suficientemente fortes para nos informar da necessidade de aumentar o acesso ao conhecimento da temática estudada, bem como a promoção de leis mais coerentes com a realidade<sup>11</sup>. Para garantirmos um futuro com equidade, precisamos desenvolver uma agenda de compromissos fundamentada em elementos de integralidade, visando o desenvolvimento humano, social, e ambiental<sup>16</sup>.

### **Referências**

- 1- World Health Organization, WHO. World report on violence and health. Krug, EG et al. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 2- Reichenheim, ME; de Souza, ER; Moraes, CL; de Mello Jorge, MHP; da Silva, CMFP; Minayo, MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. The Lancet. Série Saúde no Brasil. Maio de 2011.
- 3- Borowsky, IW; Ireland M. Parental screening for intimate partner violence by pediatricians and family physicians. Pediatrics, 2002, Sep; 110(3):509-16.
- 4- Flaherty, EG; Sege, R; Mattson, CL; Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting. Ambulatory Pediatrics. 2002. Mar-Apr; 2(2):120-6.
- 5- LESCHER, AD. Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. Projeto de Pesquisa. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo. 2004.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

- 7- Knox, LM; Howard, S. What Health Professionals Should Know: Core Competencies for Effective Practice in Youth Violence Prevention. *American Journal of Preventive Medicine* Volume 29, Issue 5, Supplement 2 , Pages 191-199, December 2005.
- 8- Canesqui AM, Spinelli MA.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1881-1892.
- 9- Luna, GLM; Ferreira, RC; Vieira, LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(2):481-491. 2010.
- 10- Gilbert, R; Kemp, A; Thoburn, J; Sidebotham, P; Radford, L; Glaser, D; MacMillan, HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Child Maltreatment. The Lancet* 2009; 373: 167–80.
- 11- Tilden, VP; Schmidt, TA; Limandri, BJ; Chiodo, GT; Garland, MJ; Loveless, PA. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*. April 1994. Vol. 84, n°4.
- 12- Hanfer, MLMB; Moraes, MAAM; Marvulo, MML; Bracciali, LAD; de Carvalho, MHR; Gomes, R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1715-1724.
- 13- Harris, M. Brazil's Family Health Programme. *British Medical Journal*. 2010;341:c4945.
- 14- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 15- Rothman KJ. *Epidemiology: an introduction*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 16- Waage, J; Banerji, R; Campbell, O; Chirwa, E; Collender, G; Dieltiens, V; Dorward, A; Godfrey-Faussett, P; Hanvoravongchai, P; Kingdon, G; Little, A; Mills, A; Mulholland, K; Mwinga, A; North, A; Patcharanarumol, W; Poulton, C; Tangcharoensathien, V; Unterhalter, E. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *The Lancet* 2010; 376: 991–1023.

## Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra e prevalência de atendimento/identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes pelos membros das equipes de saúde da família, Santa Maria, RS, Brasil, 2011.

Variável	n	%	% atendeu/identificou VCA (IC95%)	Valor p
<b>Localização Urbana/Rural</b>				
Rural	14	12,1	28,6 (11,7 – 54,6)	0,132
Urbana	102	87,9	50,0 (40,5 – 59,5)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	17	14,7	35,3 (17,3 – 58,7)	0,279
Feminino	99	85,3	49,5 (39,9 – 59,2)	
<b>Idade</b>				
24 a 40 anos	56	48,3	44,6 (32,4 – 57,6)	0,564
41 a 64 anos	60	51,7	50,0 (37,7 – 62,3)	
<b>Tempo de serviço em ESF</b>				
> 1 ano	98	84,4	53,1 (43,3 – 62,6)	0,004
≤ 1 ano	18	15,6	16,7 (05,8 – 39,2)	
<b>Participa das reuniões de equipe</b>				
Não	20	17,2	30,0 (14,5 – 51,9)	0,086
Sim	96	82,8	51,0 (41,2 – 60,8)	
<b>Conhece alguma legislação</b>				
Não	30	25,9	26,7 (14,2 – 44,2)	0,008
Sim	86	74,1	54,7 (44,4 – 64,7)	
<b>Curso relacionado com VCA</b>				
Não	37	31,9	27,0 (15,4 – 43,0)	0,003
Sim	79	68,1	57,0 (46,0 – 67,3)	
<b>Protocolo para casos de VCA</b>				
Não	101	87,1	47,5 (38,1 – 57,2)	0,950
Sim	15	12,9	46,7 (24,8 – 69,9)	
<b>Capacitado para atender casos de VCA</b>				
Não	65	56,0	44,6 (33,2 – 56,7)	0,496
Sim	51	44,0	51,0 (37,7 – 64,1)	

VCA significa Violência contra Crianças ou Adolescentes.

Tabela 2: Razões de Prevalência e seus intervalos de confiança para atendimento de casos de violência contra crianças ou adolescentes pelos membros das equipes de saúde da família, Santa Maria, RS, Brasil, 2011.

Variável	RP atendeu/identificou VCA (IC95%)	Valor p
<b>Localização Urbana/Rural</b>		
Rural	1	
Urbana	2,50 (0,77 – 8,02)	0,132
<b>Sexo</b>		
Masculino	1	
Feminino	1,79 (0,63 – 5,05)	0,278
<b>Idade</b>		
24 a 40 anos	1	
41 a 64 anos	0,80 (0,39 – 1,66)	0,563
<b>Tempo de serviço em ESF</b>		
> 1 ano	1	
≤ 1 ano	<b>0,17 (0,05 – 0,61)</b>	<b>0,004</b>
<b>Participa das reuniões de equipe</b>		
Não	1	
Sim	2,43 (0,88 – 6,64)	0,086
<b>Conhece alguma legislação</b>		
Não	1	
Sim	<b>3,31 (1,34 – 8,10)</b>	<b>0,008</b>
<b>Curso relacionado com VCA</b>		
Não	1	
Sim	<b>3,57 (1,54 – 8,26)</b>	<b>0,002</b>
<b>Protocolo para casos de VCA</b>		
Não	1	
Sim	0,96 (0,33 – 2,77)	0,950
<b>Capacitado para atender casos de VCA</b>		
Não	1	
Sim	1,29 (0,62 – 2,68)	0,495

Valores em **negrito** ( $p < 0,05$ ).

VCA significa Violência contra Crianças ou Adolescentes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo avaliar a influência de características dos profissionais de atenção primária a saúde no atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes. Os achados deste trabalho têm relevância como fonte para futuras comparações por identificar associação entre características dos profissionais da atenção primária a saúde e atendimento ou identificação de casos de violência contra crianças ou adolescentes.

Em saúde pública, é crucial integrar os profissionais de forma a torná-los a espinha dorsal da formação e para a assistência e proteção das vítimas, enfatizado a necessidade urgente de integração entre diferentes setores, como saúde, justiça, bem-estar social e educação, na perspectiva de atuação em atenção primária a saúde baseadas em equipes multidisciplinares (REICHENHEIM, 2011). Aqueles profissionais que têm um contato permanente com crianças precisam exercer liderança na identificação, notificação e cuidados aos indivíduos que sofreram violência e suas famílias. Internacionalmente têm-se enfatizado a necessidade de uma abordagem que combine um foco da atenção no indivíduo juntamente com sua família (GILBERT, 2009).

Finalmente, percebe-se que a violência contra crianças ou adolescentes ainda mantém-se como um grande problema social, principalmente no setor saúde, e o pouco envolvimento dos profissionais de saúde acaba permitindo a sua manutenção desta forma. As tendências reveladas pelos dados epidemiológicos são suficientemente fortes para nos informar da necessidade de aumentar o acesso ao conhecimento da temática estudada, bem como a promoção de leis mais coerentes com a realidade (TILDEN, 1994).

Para garantirmos um futuro com equidade, precisamos desenvolver uma agenda de compromissos fundamentada em elementos de integralidade, visando o desenvolvimento humano, social, e ambiental (WAAGE, 2010).

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, D. G. **Practical Statistics for Medical Research**. London: Chapman & Hall; 1997.

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

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

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

BRASIL. **Lei 8.080: Lei Orgânica da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142: Lei Orgânica da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990b.

BRASIL. **Lei 8.069: Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990c.

BRASIL. **Lei 8.742: Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília. 1993.

BRASIL. **Lei 9.394: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília. 1996a.

BRASIL. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília (DF); 1996b.

GILBERT, R; et al. **Recognising and responding to child maltreatment**. Child Maltreatment. The Lancet 2009; 373: 167–80.

KOCOUREK, S. **Nas dobras da história: o desafio dos direitos da criança e do adolescente na construção da cidadania para o século XXI**. Porto Alegre: Faith, 2009.

LESCHER A. D. et al. **Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde**. São Paulo, 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de violência e saúde**. Krug, EG et al. Geneva, World Health Organization, 2002.

PRATES, J. **O Planejamento da Pesquisa Social**. Revista Temporalis, nº 7, Porto Alegre, ABEPSS, 2003.

RAMOS, et al. **A Violência Contra a Criança e o Adolescente: Uma Abordagem Histórica e Clínica**. Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia; Salvador, BA, Brasil. 2007.

REICHENHEIM, ME; et al. **Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros**. The Lancet. Série Saúde no Brasil. Maio de 2011.

TILDEN, VP; et al. **Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence**. American Journal of Public Health. April 1994. Vol. 84, nº4.

WAAGE, J; et al. **The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015**. The Lancet 2010; 376: 991–1023.

## 8 APÊNDICES

### 8.1 Questionário

Projeto de Pesquisa CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA:  
 UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA  
 ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Número do questionário:

Entrevistador:

Data:

#### I - IDENTIFICAÇÃO

1) Unidade de saúde:

2) Urbana/Rural:

3) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

4) Idade:

5) Função:

Agente comunitário ( )

Técnico de enfermagem ( )

Enfermeiro ( )

Médico ( )

Médico residente ( )

Cirurgião-dentista ( )

Auxiliar de cirurgião-dentista ( )

Recepcionista ( )

Serviços Gerais ( )

6) Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da família: (em meses)

\_\_\_\_\_ meses;

\_\_\_\_\_ anos;

7) Tempo de Serviço em Saúde Pública: (em meses)

\_\_\_\_\_ meses;

\_\_\_\_\_ anos;

8) Qual a faixa etária de crianças e adolescentes que mais acessam os serviços de saúde :

( ) 0 a 5 anos

( ) 6 a 12 anos

( ) 13 a 16 anos

( ) acima de 16 anos

9) Você conhece alguma legislação direcionada a proteção de crianças e adolescentes?

( ) NÃO ( ) SIM. SE SIM QUAL: \_\_\_\_\_

10) Se SIM: Ele tem alguma relação com o atendimento que você faz?

( ) SIM Por quê? \_\_\_\_\_

( ) NÃO. Por quê? \_\_\_\_\_

11) Participou ou cursou alguma disciplina, curso de capacitação ou palestra tratando da temática criança e adolescente em situação de violência, nos últimos 5 anos.

NÃO  SIM. QUAL: \_\_\_\_\_

## II – CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

12) Você sabe caracterizar uma Criança ou um Adolescente que sofreu ou sofre algum tipo de violência?  SIM  NÃO

13) Cite pelo menos 3 características que a definem:

14) Você conhece fatores de risco que podem levar a situações de violência?

sim  não

15) Cite pelo menos um fator:

16) Você já atendeu ou identificou alguma Criança ou adolescente vítima de alguma violência na Estratégia de Saúde da Família?

SIM  NÃO

### SE NÃO, VÁ PARA O BLOCO IV

17) Onde foi?

dentro do espaço físico deste serviço

em visitas domiciliares

em grupos comunitários

outros: \_\_\_\_\_

18) Em geral, como chega essa criança e adolescente a este serviço?

Sozinha

Acompanhada. Por quem? \_\_\_\_\_

19) De que maneira é a procura dessa criança ou adolescente?

Procura espontânea

Encaminhada

20) Nos casos em que a criança e ou adolescente são encaminhados: para que serviço? Por quem?

21) Percebe alguma diferença entre as vítimas de violência que são encaminhados daquelas que procuram espontaneamente o serviço de saúde?

SIM.

NÃO

Por que? \_\_\_\_\_

22) Com que tipo de queixa/ sintoma chega a Criança ou adolescente vítima de violência?

hematomas

queimaduras

baixo peso

transtornos de comportamento

outras. \_\_\_\_\_

## III – SOBRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE

23) Você se sente capacitado para atender Criança e adolescente vítima de violência?

SIM  NÃO

Por que?

24) O que é preciso para melhorar ou facilitar o atendimento à Criança e adolescente que sofreram ou estão em risco de sofrer algum tipo de violência?

25) Existe algum instrumento ou protocolo para o atendimento à Criança e adolescente que sofreram ou estão em risco de sofrer algum tipo de violência?

26) O que você entende por notificação de violência? Já realizou este procedimento?

#### IV – SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE:

27) Descreva o fluxo de atendimento das crianças e adolescentes neste serviço. Quais os profissionais envolvidos, e em que ordem eles aparecem no atendimento?

28) Cite uma facilidade e uma barreira que você identifica neste fluxo de Crianças e adolescentes vítimas de violência?

29) Neste serviço qual o membro mais capacitado para atender Criança e adolescente com suspeita ou com a confirmação de ter sofrido algum tipo de violência ?

- Agente comunitário ( )
- Auxiliar de enfermagem ( )
- Técnico de enfermagem ( )
- Coordenador da unidade ( )
- Enfermeiro ( )
- Médico ( )
- Cirurgião-dentista ( )
- Auxiliar de cirurgião-dentista ( )
- Recepcionista ( )
- Serviços Gerais ( )
- Outro ( ) \_\_\_\_\_

#### V – SOBRE A REDE

30) Qual(is) o(s) recurso(s) ou locais que você conhece para o atendimento da Criança e adolescente em Situação de Risco/vítimas de violência em Santa Maria?

31) Você encaminha ou já encaminhou alguma criança ou adolescente para a rede de proteção?

( ) SIM ( ) NÃO

Para onde?

32) Como você realizou este encaminhamento?

- ( ) Encaminhamento escrito
- ( ) Contato telefônico
- ( ) Apenas informou a família.
- ( ) Outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_

## 8.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo tem como objetivo informar, esclarecer e convidá-lo a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “Crianças e Adolescentes vítimas de violência: uma avaliação do trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família de Santa Maria sob esta perspectiva” a ser desenvolvida pelos alunos da Residência Multiprofissional Fernanda Giordani Kretzmann, Gilmara de Campos, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Pâmela Kurtz Cezar; e as alunas de graduação em Serviço Social Daniela Refatti Simões e Emily Victória Leimann; com orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Sheila kocourek. Esta pesquisa pretende avaliar como se dá o atendimento e a compreensão sobre crianças e adolescentes em situação de risco, com vistas a prevenir agravos e promover a saúde desta população.

A pesquisa será desenvolvida nas equipes de saúde da família de Santa Maria. Um profissional de saúde aplicará um questionário com perguntas sobre o tema.

Como esta pesquisa se trata apenas de um questionário, há o risco previsto de você sentir-se cansado, sendo que como benefício, os resultados da pesquisa subsidiarão ações de qualificação e aprimoramento das suas intervenções, bem como o seu processo de trabalho.

Você não terá nenhum gasto financeiro. Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e ficarão sob a guarda dos pesquisadores no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, durante o período da pesquisa e após um período de 5 anos, os dados serão destruídos. Você poderá se recusar participar da pesquisa, bem como interromper a entrevista a qualquer momento. Este documento foi redigido em duas vias (uma do pesquisador e outra que lhe está sendo entregue).

Eu \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a), quanto aos termos acima expostos, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa/ Representante legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Sheila kocourek

\_\_\_\_\_  
Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)

## 9 ANEXOS

### 9.1 Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

	<p>MINISTERIO DA SAUDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
---	--	---

**CARTA DE APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** Crianças e adolescentes vítimas de violência: uma avaliação do trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família de Santa Maria sob esta perspectiva.  
**Número do processo:** 23081.017031/2010-22  
**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0310.0.243.000-10  
**Pesquisador Responsável:** Sheila Kocureurek

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê.  
O pesquisador deve apresentar ao CEP:

**Junho / 2011- Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO:** 25/11/2010

Santa Maria, 25 de Novembro de 2010.

  
Félix A. Antunes Soares  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM  
Registro CONEP N. 243.

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria - 7º andar - Campus Universitário  
97105-900 – Santa Maria – RS - - Tel: 0 xx 55 3220 9362 – email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

## 9.2 Normas do Periódico “Cadernos de Saúde Pública” (acesso em 15 de maio de 2011)



### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0102-311X *versión impresa*  
ISSN 1678-4464 *versión on-line*

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

#### Escopo e política

**Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)** publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

#### Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

##### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

##### 2. Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

### 3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### 4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### 5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### 6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

### 7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

### 8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos

(Ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote<sup>®</sup>), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

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

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

**10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

**10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão *online*

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [ensp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:ensp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.2** Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

**11.3** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

**12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19** *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF

(Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14. Envio de novas versões do artigo**

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### **15. Prova de prelo**

**15.1** Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader<sup>®</sup>. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.