

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE FACE À IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL^a

Maria do Carmo Campos Santos Lima^b

Maria Conceição Oliveira Costa^c

Marc Bigras^d

Marcos Antônio Oliveira Santana^e

Técia Daltró Borges Alves^f

Ohana Cunha do Nascimento^g

Mariana Rocha da Silva^g

Resumo

A participação dos profissionais da Atenção Básica em Saúde e a inserção na comunidade, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem favorecer a identificação precoce dos fatores de risco para a violência e a intervenção nas situações de vulnerabilidade. O objetivo deste estudo é analisar atuação dos profissionais da ESF e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Feira de Santana, Bahia, no ano de 2008, quanto à identificação e notificação de crianças e adolescentes vitimizados pela violência física e sexual. Trata-se de estudo exploratório, com amostragem aleatória (582), estratificada por conglomerado, segundo tipo de Unidade e categoria profissional, utilizando questionário sigiloso. Foram calculados Qui-quadrado/Pearson e Razão de Prevalência. Os resultados apontam que 88,9% dos profissionais eram mulheres; 62,8% da ESF; os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Técnicos de Enfermagem identificaram casos na visita domiciliar e por informação de terceiros, enquanto Médicos e Enfermeiros, na consulta.

^a Fontes financiadoras: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e Conseil International D'Études Canadiennes/ Bourses Canada – Amérique-Latine – Caribé.

^b Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Assistente do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA/UEFS). Especialista em Odontopediatria.

^c Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UEFS). Pós-Doutorado na Université du Québec à Montreal (UQAM). Pesquisadora do CNPq. Coordenadora do NNEPA/UEFS.

^d Professor Département de Psychologie da UQAM.

^e Mestre pelo PPGSC/UEFS. Assistente de Pesquisa do NNEPA/UEFS.

^f Professora Adjunta da UEFS. Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Núcleo de Câncer Oral (NUCAO), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC).

^g Bolsistas de Iniciação Científica do NNEPA/UEFS.

Endereço para correspondência: Maria Conceição Oliveira Costa. Avenida Euclides da Cunha, nº. 475, apart. 1.602, Graça, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40150-120. costamco@hotmail.com

Segundo relato dos profissionais, a violência física e sexual foi mais frequentes entre vítimas com até 11 anos e sexo feminino (67,9%). A notificação foi citada por 56,9%, embora 17,8% dessas tenham sido efetuadas pelo profissional; notificação nos Conselhos Tutelares (45,2%) e Delegacias (33,6%). Conclui-se que a identificação de casos mostrou associação positiva e significativa com profissional do sexo feminino, com filhos, experiência entre 6 e 10 anos, categoria de médicos, enfermeiros e ter capacitação prévia. Embora sem significância estatística, os ACS e profissionais da ESF, comparados às outras categorias, mostraram importante atuação na identificação de casos de violência.

Palavras-chave: Violência infanto-juvenil. Atenção básica de saúde. Estratégia de saúde da família.

PROFESSIONAL PERFORMANCE'S OF PRIMARY CARE HEALTH IN THE FACE OF IDENTIFICATION AND NOTIFICATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS VIOLENCE

Abstract

The participation of professionals in Primary Health Care and insertion into the community through the Family Health Strategy (ESF) will facilitate the early identification of risk factors for violence and intervention in situations of vulnerability. The objective is analyzing the performance of professionals of FHS and Basic Health Care Unit (HBU), Feira of Santana (2008), as the identifying and notification of children and adolescents victimized by physical and sexual violence. This is an exploratory study, with random sampling (582), stratified by conglomerate, according to type of Unit and professional category using confidential questionnaire. To this, were calculated Qui-Square/Pearson and Reason of Prevalence. The results indicate that 88.9% of professionals were women; 62.8% of FHS, the Community Health Agents (CHA), Nursing Staff identified cases through information of home visits and information of third ones; while that Doctors and Nurses, through consultation. According to account of professionals, the physical and sexual violence were more frequent between victims until 11 years old and female sex (67.9%). The notification was mentioned by 56.9% although 17.8% these have been made by professional; notification in the Protection Councils (45.2%) and Police Stations (33.6%). We conclude that the identification of cases showed positive association and significant with female professional, with children, experience between 6 and 10 years, category of doctors, nurses and have previous training. Although not statistically significant, the ACS and professionals of the FHS, compared to other categories, showed an important role in identifying cases of violence.

Key words: Violence. Children and youth violence. Basic health. Care family strategy.

EXPERIENCIA PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA CARA DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA Y LA NOTIFICACIÓN DEL NIÑO

Resumen

La participación de los profesionales de Atención Primaria de la Salud y la inserción en la comunidad a través de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) facilitar la identificación precoz de los factores de riesgo para la violencia y la intervención en situaciones de vulnerabilidad. El objetivo es analizar el desempeño de profesionales de la ESF, Feira de Santana (2008) en la identificación y comunicación de los niños, y adolescentes víctimas de violencia física y sexual. Estudio exploratorio con muestreo aleatorio (582), estratificado por conglomerados, segundo tipo de Unidad y categoría profesional, mediante cuestionario confidencial. Qui-quadrado/Pearson y razón de prevalencia fueron calculados. Los resultados muestran que 88,9% de los profesionales son mujeres, 62,8% del ESF, Agentes Comunitarios de Salud (ACS), técnicos de enfermería identificados casos a través de visitas domiciliarias y información de terceras partes; mientras médicos y enfermeras, a través de consultas. Para los profesionales, violencias física y sexual eran más comunes para víctimas con un máximo de 11 años y mujeres (67,9%). La notificación fue citada por 56,9%, mientras que 17,8% de ellos han sido realizados por un servicio profesional en los Consejos de Tutela (45,2%) y Policía (33,6%). Concluye que la identificación de los casos mostró asociación positiva y significativa con profesional femenino, con hijos, experiencia entre 6 y 10 años, categoría de médicos enfermeras, y tienen una capacitación previa. Aunque no es estadísticamente significativa, ACS y profesionales de la ESF, en comparación con otras categorías, hay importante identificación de casos de violencia.

Palabras-clave: Violencia. Violencia contra los niños. La atención primaria de la salud. La estrategia de salud de la familia.

INTRODUÇÃO

A despeito de a violência ser reconhecida mundialmente como um importante problema de saúde pública,¹ no Brasil, a identificação e notificação de crianças e adolescentes vitimizadas ainda é um desafio para o Sistema Saúde, considerando que o atendimento dos casos requer abordagem intersetorial e multidisciplinar.² As determinações legais do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13/7/90 – indicam que o profissional de saúde deve assumir responsabilidade legal perante a notificação da violência.³ Em atendimento a essa demanda, o Ministério da Saúde tem investido esforços na capacitação profissional, individual e de equipes de saúde para atuarem em todos os níveis de prevenção e de assistência.⁴

O envolvimento do Setor Saúde no enfrentamento da violência infanto-juvenil amplia a discussão sobre o tema e permite que profissionais utilizem o conhecimento científico para identificar, notificar e prevenir agravos e sequelas.⁵ Crianças e adolescentes vítimas de violência podem não apresentar evidências físicas, o que torna a investigação dos antecedentes e história pregressa (*anamnese*) relevante para o esclarecimento. O diagnóstico precoce previne novas ocorrências, fornecendo proteção necessária à vítima e assistência adequada à família.⁶ Para incentivar a participação dos profissionais, faz-se necessária a “desnaturalização” dos Agravos por Causas Externas, encarados como eventos previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção.^{2,7}

No enfrentamento à violência, a articulação institucional, por meio da interação entre profissionais dos diversos setores (saúde, educação, justiça, entre outros) possibilita a implementação da “Rede de Proteção” e assegura encaminhamentos às instâncias de atendimento e garantias de direitos – Conselhos Tutelares, Centros de Referência Sentinela (CREAS), Juizado e Ministério Público, Sistema de Saúde e Educação.^{4,8} Nessa perspectiva, considera-se como desafio a implementação do Sistema de Notificação, assim como a capacitação profissional.^{4,9}

Em Feira de Santana, município do estado da Bahia com cerca de 590 mil habitantes, as ações voltadas ao enfrentamento da violência têm sido implementadas desde 2003, com o pacto de adesão do município ao Programa Nacional de Ações Referenciais para Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil (PAIR). Foi estabelecida parceria entre comissão local do PAIR e a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA), com apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), Agência Americana de Desenvolvimento (USAID) e a Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SEDH).¹⁰ Resultados das pesquisas realizadas no período de 2003 a 2004 sugeriram subnotificação das violências,¹¹ considerando que esse município foi apontado como de alto risco para a vitimização sexual de crianças e adolescentes – Pesquisa Nacional de Tráfico de Mulheres e Adolescentes (PESTRAF).¹² Integrando a “Rede” nacional e dando continuidade às ações de enfrentamento da violência infanto-juvenil, em 2008, a Secretaria Municipal de Saúde/Sistema de Vigilância Epidemiológica (Núcleo de Violência Sexual) de Feira de Santana vem empreendendo esforços na perspectiva de implementar a ficha de notificação de violência nas Instâncias do Sistema de Saúde, contando com a parceria de diversos segmentos sociais e a participação do NNEPA/UEFS.

O objetivo desta pesquisa é analisar a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) – quanto ao relato de identificação e notificação de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência física e/ou sexual, em Feira de Santana, Bahia, em 2008.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório, utilizando dados primários coletados com profissionais de diferentes categorias (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Foi utilizada amostragem aleatória, estratificada por conglomerado, em estágio único (40 conglomerados), dividido em dois estratos, de acordo com o tipo de inserção profissional na Rede da ESF e UBS. Participaram do estudo todas as categorias de profissionais dos estratos (ESF e UBS). A amostra foi calculada pela fórmula da amostragem aleatória simples, aplicando correção para população finita, com base no total de 1.371 profissionais integrantes da ESF e UBS do município. O erro aceitável foi de 5% ($\alpha = 0,05$); intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$) e poder do estudo de 80%. Assumiu-se prevalência de 40% para a violência física e 5% para a violência sexual, segundo estudo anterior.¹¹ A amostra totalizou 582 profissionais ($d_{eff} = 2$), respeitando-se a proporcionalidade e representatividade das categorias e o número de profissionais, de acordo com a inserção desses nos estratos (ESF e UBS).

Foram incluídos no estudo os profissionais que faziam parte do quadro da Atenção Básica de Saúde do município, desempenhando suas atividades no período da coleta e que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados obedeceu a procedimento sistemático, após a prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e treinamento da equipe. O instrumento de coleta foi um questionário sigiloso previamente testado e aplicado por pesquisador treinado da equipe do NNEPA/UEFS, com técnicos que não fizeram parte da amostra. O instrumento foi estruturado em blocos e elaborado com base em questionário utilizado em estudo semelhante,¹³ adaptado aos objetivos e população alvo da pesquisa. As variáveis independentes foram: perfil sociodemográfico dos profissionais e características da atividade profissional; as variáveis dependentes foram: identificação e notificação dos casos de violência física e sexual.

Para as análises, utilizou-se o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 12.0 for Windows. Foram realizadas associações entre a identificação e notificação de casos, com o tipo de inserção por Unidade (ESF e UBS) e categoria profissional, utilizando cálculo da razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC-95%). A significância estatística foi avaliada pelo Qui-quadrado de Pearson (X^2), com $\leq 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, com registro 007/2008 (CAAE 007.0.059.00-08), segundo Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 506 profissionais, sendo 188 das UBS e 318 da ESF, com perda de 13,0%. Vale ressaltar que, em relação às demais categorias profissionais estudadas, o cirurgião-dentista foi a que menos identificou casos e relatou informações, sendo, portanto, considerada como categoria de referência para os cálculos da razão de Prevalência (RP) e comparação com as demais.

De acordo com o perfil sociodemográfico da amostra (**Tabela 1**), 67,8% (320) encontravam-se na faixa de 30 a 49 anos; a maioria absoluta, 88,9% (447), era do sexo feminino e mais de 68,0% (345) possuíam filhos. Quanto às características da atividade profissional, 62,8% (318) eram da ESF; os agentes comunitários de saúde (ACS) totalizaram 57,0% (288) da amostra e os profissionais com 3º grau (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) corresponderam a 22,6% (114) dos participantes. A maioria (70,5% - soma entre as proporções) relatou ter entre 2 e 10 anos de experiência. Entre os participantes, 27,9% (135) relataram ter recebido capacitação prévia e 96,4% (460) demonstraram interesse em ser capacitado sobre o tema (**Tabela 1**).

Tabela 1. Características sociodemográficas, da atividade e capacitação prévia dos profissionais da Atenção Básica de Saúde – Feira de Santana (BA) – 2008

Variáveis Sociodemográficas dos profissionais (N)	n	%
Faixa etária (472)¹		
22 – 29 anos	89	18,9
30 – 39 anos	179	37,9
40 – 49 anos	141	29,9
50 ou mais	63	13,3
Sexo (503)²		
Feminino	447	88,9
Masculino	56	11,1
Presença de filhos (506)		
Sim	345	68,2
Não	161	31,8
Variáveis da atividade profissional		
Tipo de Unidade de Saúde de atuação (506)		
ESF	318	62,8
UBS	188	37,2
Categoria profissional (505)³		
Médico	46	9,1
Cirurgião-Dentista	23	4,6
Enfermeiro	45	8,9
Técnicos de Enfermagem	103	20,4
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	288	57,0
Tempo de experiência profissional (anos) (498)⁴		
≤ 1	71	14,3
2 – 5	192	38,6
6 – 10	159	31,9
11 anos ou mais	76	15,2
Capacitação prévia (484)⁵		
Sim	135	27,9
Não	349	72,1
Interesse em ser capacitado (477)⁶		
Sim	460	96,4
Não	17	3,6

Nota: ^{1,2,3,4,5 e 6} Foram perdidos, respectivamente, 34, 3, 1, 8, 22 e 29 dados.

A análise dos dados, segundo a inserção nas Unidades, mostrou que 34,8% dos trabalhadores das UBS e 42,3% das ESF relataram ter identificado algum caso de violência (**Tabela 2**). No grupo da ESF, a identificação ocorreu, sobretudo, com base na informação de terceiros; na UBS, a visita domiciliar, informação de terceiros e outro tipo de atendimento. Em torno de 50,0% dos profissionais das UBS e do ESF citaram que as violências física e sexual ocorreram no ambiente doméstico; as agressões físicas de pequeno e médio porte totalizaram a maioria dos relatos, muito embora com altas proporções de relatos de queimaduras e espancamentos. A violência sexual relatada foi do tipo estupro, além de outras manifestações (cerca de 50%). Vale ressaltar que a informação sobre o tipo de violência identificada foi categorizada segundo a literatura de referência.^{1,2,12,28,30} Ambos os tipos de Unidades (ESF e UBS) concordaram com maior vitimização no sexo feminino. Nas UBS foram relataram, sobretudo, faixas da infância até 6 anos (42,6%) e de 7 a 11 anos (39,3%); para aqueles da ESF, os relatos indicaram proporções semelhantes nas faixas da infância e adolescência. No que se refere à co-ocorrência entre violência física e sexual, cabe ressaltar a alta proporção de trabalhadores da UBS (63,4%) que relataram ter observado sinais físicos entre as vítimas de violência sexual. Considerando a identidade do agressor, para os dois tipos de Unidades, as categorias de familiares (pai, padrasto, mãe) foram relatadas numa proporção que varia de 35,9% a 55,9%, além de outros familiares envolvidos.

Ainda em relação aos dados, segundo a inserção dos profissionais nas Unidades (**Tabela 2**), verificou-se que acima de 50,0% do pessoal da ESF e da UBS relataram notificação dos casos identificados; para aqueles da UBS, o principal notificante foi o profissional de saúde, além de outras pessoas; para os das ESF, a notificação foi realizada pela mãe e profissionais de saúde. A maioria dos participantes (ESF e UBS) citou notificação no Conselho Tutelar, destacando-se ainda as delegacias.

As análises, segundo a categoria profissional (**Tabela 3**), apontaram que o médico (48,9%), enfermeiro (48,8%) e ACS (41,6%) foram os que mais identificaram crianças e adolescentes vitimizados pelas violências física e sexual. Algumas diferenças foram observadas quanto à circunstância para identificação da vitimização. Segundo médicos e enfermeiros, a consulta foi o principal momento, enquanto, para os ACS e técnicos de enfermagem, as principais fontes foram informações de terceiros e visita domiciliar. Quanto às manifestações da violência, as agressões de pequeno e médio porte foram relatadas pela maioria dos ACS e enfermeiros, enquanto os médicos citaram, principalmente, espancamento (50,0%). No que se refere à violência sexual, a maior parte dos casos descritos foram de estupro, além de outras manifestações dessa violência. As diferentes categorias de profissionais concordaram quanto à ocorrência das violências física e sexual, no ambiente doméstico ou algum local conhecido na comunidade. Os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem descreveram, sobretudo, vítimas do sexo

feminino, nas faixas precoces (até 6 anos), enquanto os ACS, na faixa de 7 a 11 anos, com maioria ocorrida no domicílio.

Tabela 2. Relato e notificação de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tipo de unidade de atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde (ESF e UBS) – Feira de Santana (BA) – 2008

(continua)

Relato e Notificação de Casos	Tipo de Unidade de Atuação			
	UBS		ESF	
	n	%	n	%
Identificação ou suspeita de casos				
Sim	54	34,8	121	42,3
Não	57	65,2	44	57,7
Total	101	100,0	165	100,0
Situação em que tomou conhecimento do caso				
Visita domiciliar	16	27,1	40	29,0
Consulta	11	18,7	20	14,5
Outro tipo de atendimento ¹	16	27,1	20	14,5
Outra pessoa informou	16	27,1	58	42,0
Total	59	100,0	138	100,0
Local de ocorrência das violências				
Ambiente doméstico	35	50,0	81	53,3
Outros locais/comunidade ²	35	50,0	71	46,7
Total	70	100,0	152	100,0
Tipo de violência identificada				
Sexual	31	51,7	76	54,3
Física	27	45,0	59	42,1
Outra	2	3,3	5	3,6
Total	60	100,0	140	100,0
Violência física identificada				
Agressões de pequeno e médio porte	12	63,2	22	57,9
Agressões de grande porte (espancamento e queimaduras) ³	7	36,8	16	42,1
Total	19	100,0	38	100,0
Violência sexual identificada				
Estupro	11	50,0	18	41,8
Outras formas de abuso sexual	11	50,0	23	53,5
Exploração sexual	-	-	2	4,7
Total	22	100,0	43	100,0
Faixa etária da vítima (anos)				
≤6	26	42,6	41	32,3
7 – 11	24	39,3	47	37,0
12 – 17	11	18,1	39	30,7
Total	61	100,0	127	100,0
Sexo da vítima				
Feminino	37	62,7	92	70,2
Masculino	22	37,3	39	29,8
Total	59	100,0	131	100,0
Co-ocorrência das violências física e sexual				
Não ocorreu violência física	7	17,1	38	40,8
Ocorreu violência física (queimaduras e outras formas) ⁴	26	63,4	43	46,3
Não sei	8	19,5	12	12,9
Total	41	100,0	93	100,0
Identidade do agressor				
Padrasto	18	23,4	29	17,1
Paí	12	15,6	27	15,9
Mãe	13	16,9	22	12,9
Outros ⁵	27	35,0	81	47,6
Desconhecidos	7	9,1	11	6,5

Tabela 2. Relato e notificação de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo o tipo de unidade de atuação dos profissionais da Atenção Básica de Saúde (ESF e UBS) – Feira de Santana (BA) – 2008

(conclusão)

Relato e Notificação de Casos	Tipo de Unidade de Atuação			
	UBS		ESF	
	n	%	n	%
Total	77	100,0	170	100,0
Notificação de pelo menos um dos casos				
Sim	25	59,5	57	55,9
Não	17	40,5	45	44,1
Total	42	100,0	102	100,0
Identidade do notificante				
Mãe	7	18,9	21	28,0
Profissional de saúde*	16	43,3	19	25,3
Outras pessoas	14	37,8	35	46,7
Total	37	100,0	75	100,0
Local de Notificação				
Conselho Tutelar	15	45,5	32	49,2
Delegacia	10	30,3	25	38,5
Outro ⁶	8	24,2	8	12,3
Total	33	100,0	65	100,0

Notas: * apenas 17,8% pelo próprio profissional

¹ (reunião:UBS=1; PSF=3);

² **UBS:** casa de parentes (9), casa de vizinho (5), escola (4), não sei (3), outros (14); **ESF:** casa de parentes (12), casa de vizinho (9), escola (5), não sei (12), outros (33);

³ **UBS:** espancamento (6), queimaduras (1); **ESF:** espancamento (10), queimaduras (6);

⁴ **UBS:** queimaduras (3), outras formas (23); **ESF:** queimaduras (5), outras formas (38);

⁵ **UBS:** vizinhos (6), outro parente (8); amigo (4), outros (4), não sei (5) **ESF:** vizinhos (21), outro parente (27); amigo (10), outros (17), não sei (6);

⁶ Ministério Público/Juizado da Infância e Juventude: **UBS** (4), **ESF** (3).

Quanto à notificação, segundo a categoria profissional (**Tabela 3**), com exceção do cirurgião-dentista, mais de 50% dos outros profissionais relataram a realização desse procedimento, principalmente nos Conselhos Tutelares e Delegacias, entretanto, na maior parte dos casos, o próprio profissional não foi o notificante.

As análises de Razão de prevalência (RP) e significância estatística (p) (**Tabela 4**) apontaram associação significativa entre identificação de casos e profissional do sexo feminino (p=0,019); técnicos que possuíam filhos (p=0,022); as categorias de médicos (p=0,030) e enfermeiros (p=0,033); tempo de experiência profissional entre 6 a 10 anos (p=0,031); e ter recebido capacitação na temática (p=0,000).

Ainda em relação aos dados da Tabela 4, muito embora os resultados não tenham apresentado significância estatística, quando comparados à categoria de cirurgião-dentista (referência para esta análise), os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentaram chance 1,91 vezes maior de identificar casos, assim como os profissionais do ESF (1,21 vezes maior), comparados aos profissionais da UBS. Os resultados mostraram ainda que a identificação aumentou com a idade e o tempo de serviço. Vale ressaltar, em relação à notificação, que essas mesmas análises não mostraram significância estatística.

Tabela 3. Relato e notificação de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo a categoria profissional da Atenção Básica de Saúde – Feira de Santana (BA) – 2008

(continua)

Relato de Casos	Categoria Profissional									
	Médico		Cirurgião-Dentista		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		ACS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identificação ou suspeita de casos										
Sim	22	48,9	5	21,7	20	48,8	24	29,6	104	41,6
Não	23	51,1	18	78,3	21	51,2	57	70,4	146	58,4
Total	45	100,0	23	100,0	41	100,0	81	100,0	250	100,0
Situação em que tomou conhecimento do caso										
Visita domiciliar	-	-	1	20,0	1	4,8	6	25,0	48	39,7
Consulta	16	61,6	2	40,0	7	33,3	3	12,5	3	2,5
Outro tipo de atendimento	7	26,9	1	20,0	3	14,3	7	29,2	18	14,9
Outra pessoa informou	3	11,5	1	20,0	10	47,6	8	33,3	52	42,9
Total	26	100,0	5	100,0	21	100,0	24	100,0	121	100,0
Local de ocorrência das violências										
Ambiente doméstico	17	47,2	2	40,0	12	50,0	15	45,5	70	56,5
Outros locais/comunidade	19	52,8	3	60,0	12	50,0	18	54,5	54	43,5
Total	36	100,0	5	100,0	24	100,0	33	100,0	124	100,0
Tipo de violência identificada										
Sexual	20	64,5	-	-	14	56,0	15	55,6	58	51,8
Física	10	32,3	5	100,0	9	36,0	11	40,7	51	45,5
Outra	1	3,2	-	-	2	8,0	1	3,7	3	2,7
Total	31	100,0	5	100,0	25	100,0	27	100,0	112	100,0
Violência física identificada										
Agressões de pequeno e médio porte	1	25,0	3	100,0	2	50,0	4	44,4	24	64,9
Espancamento e/ou queimaduras	3	75,0	-	-	2	50,0	5	55,6	13	35,1
Total	4	100,0	3	100,0	4	100,0	9	100,0	37	100,0
Violência sexual identificada										
Estupro	6	42,9	-	-	1	12,5	7	77,8	15	44,2
Outras formas de abuso sexual	8	57,1	-	-	6	75,0	2	22,2	18	52,9
Exploração sexual	-	-	-	-	1	12,5	-	-	1	2,9
Total	14	100,0	-	-	8	100,0	9	100,0	34	100,0
Faixa etária da vítima										
≤6	16	55,2	2	66,7	9	45,0	10	35,8	30	27,8
7 – 11	10	34,5	1	33,3	5	25,0	9	32,1	46	42,6
12 – 17	3	10,3	-	-	6	30,0	9	32,1	32	29,6
Total	29	100,0	3	100,0	20	100,0	28	100,0	108	100,0

Tabela 3. Relato e notificação de casos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência, segundo a categoria profissional da Atenção Básica de Saúde – Feira de Santana (BA) – 2008

(conclusão)

Relato de Casos	Categoria Profissional									
	Médico		Cirurgião-Dentista		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		ACS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo da vítima										
Feminino	20	68,9	2	40,0	14	66,7	17	60,7	76	71,0
Masculino	9	31,1	3	60,0	7	33,3	11	39,3	31	29,0
Total	29	100,0	5	100,0	21	100,0	28	100,0	107	100,0
Co-ocorrência (violências física e sexual)										
Não ocorreu violência física	3	10,7	1	100,0	10	52,6	3	17,6	28	40,6
Ocorreu violência física (queimaduras e outras formas)	22	78,6	-	-	6	31,6	12	70,6	29	42,0
Não sei	3	10,7	-	-	3	15,8	2	11,8	12	17,4
Total	28	100,0	1	100,0	19	100,0	17	100,0	69	100,0
Identidade do agressor										
Padrasto	10	24,4	-	-	7	27,0	7	17,2	20	15,3
Pai	7	17,1	1	20,0	5	19,2	8	19,5	18	13,7
Mãe	4	9,7	2	40,0	2	7,7	4	9,7	23	17,6
Outras pessoas	18	43,9	2	40,0	11	42,3	17	41,4	60	45,8
Desconhecidos	2	4,9	-	-	1	3,8	5	12,2	10	7,6
Total	41	100,0	5	100,0	26	100,0	41	100,0	131	100,0
Notificação de Casos										
Notificação de pelo menos um caso										
Sim	14	70,0	1	33,3	10	52,6	15	75,0	42	51,2
Não	6	30,0	2	66,7	9	47,4	5	25,0	40	48,8
Total	20	100,0	3	100,0	19	100,0	20	100,0	82	100,0
Identidade do notificante										
Mãe	3	14,3	-	-	3	27,3	6	24,0	16	29,7
Profissional de saúde*	12	57,1	-	-	2	18,2	9	36,0	12	22,2
Outras pessoas	6	28,6	1	100,0	6	54,5	10	40,0	26	48,1
Total	21	100,0	1	100,0	11	100,0	25	100,0	54	100,0
Local de Notificação										
Conselho Tutelar	11	55,0	1	100,0	6	50,0	8	36,4	21	42,8
Delegacia	5	25,0	-	-	4	33,3	7	31,8	19	38,8
Outro	4	20,0	-	-	2	16,7	7	31,8	9	18,4
Total	20	100,0	1	100,0	12	100,0	22	100,0	49	100,0

Notas: * Apenas 17,8% pelo próprio profissional

Tabela 4. Prevalência, Razão de Prevalência e respectivos Intervalos de Confiança, para o relato de identificação de casos suspeitos ou confirmados de crianças e adolescentes vitimizados pela violência – Feira de Santana (BA) – 2008

Variáveis	Relato de Identificação de Casos				
	N	n	P (%)	RP (IC95%)	p-valor
Faixa etária (anos)					
22 – 29 anos	82	31	37,8	1,00	-
30 – 39 anos	162	62	38,3	1,01 (0,72 – 1,42)	0,943
40 – 49 anos	112	48	42,9	1,13 (0,79 – 1,61)	0,479
50 ou mais	57	26	41,0	1,21 (0,81 – 1,79)	
Sexo					
Feminino	386	162	42,0	1,68 (1,03 – 2,72)*	0,019
Masculino	52	13	25,0	1,00	
Presença de filhos					
Sim	292	127	43,5	1,35 (1,03 – 1,76)*	0,022
Não	149	48	32,2	1,00	-
Tipo de Unidade de Saúde de atuação					
ESF	286	121	42,3	1,21 (0,94 – 1,57)	0,126
UBS	155	54	34,8	1,00	-
Categoria profissional					
Cirurgião-Dentista	23	5	21,7	1,00	-
Médico	45	22	48,9	2,25 (0,98 – 5,16)*	0,030
Enfermeiro	41	20	48,8	2,24 (0,97 – 5,18)*	0,033
Técnicos de Enfermagem	81	24	29,6	1,36 (0,59 – 3,17)	0,456
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	250	104	41,6	1,91 (0,87 – 4,21)	0,063
Experiência profissional (anos)					
≤ 1	65	20	30,8	1,00	-
2 – 5	167	60	35,9	1,17 (0,77 – 1,77)	0,458
6 – 10	139	65	46,8	1,52 (1,01 – 2,28)*	0,031
11 anos ou mais	64	27	42,2	1,37 (0,86 – 2,18)	0,178
Capacitação prévia					
Sim	116	63	54,3	1,58 (1,26 – 1,99)*	0,000
Não	309	106	34,3	1,00	-

Nota: P: Prevalência; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

A atuação profissional do Sistema de Saúde frente à violência infanto-juvenil tem motivado a preocupação dos estudiosos nessa área, considerando que a prática de identificar e notificar ainda são incipientes ao nível da rede de atendimento.^{3,14} Entre as possíveis estratégias de atuação por esse setor, tem sido discutida a importância da abordagem da família, pela ESF, cuja visita domiciliar favorece a aproximação e os vínculos entre comunidade e equipe de saúde. Estudiosos têm mostrado a eficiência da ESF na prevenção, identificação e encaminhamentos diante das situações de violência, viabilizando orientação nos conflitos e formas de enfrentamento.¹⁵

Pesquisas destacam que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) integrantes da ESF destacam-se pela efetiva contribuição no entrosamento da equipe com a comunidade, disponibilizando informações sobre problemas contextuais, assim como sobre detecção e solução.^{15,16} Na presente pesquisa, a maior parte dos profissionais atuava na ESF; os ACS representaram a categoria com maior número de participantes e a maioria dos profissionais relatou

entre 2 a 10 anos de experiência. Esses resultados sugerem o avanço da atuação da ESF nas comunidades do município e a importante participação dos ACS como elo de interlocução entre a equipe e a população. Esses achados reforçam estudos que apontam a importância da ESF e da equipe de saúde na detecção e intervenção de agravos na infância e adolescência.

Neste estudo, embora os resultados apresentados não tenham demonstrado significância estatística, os ACS apresentaram maior chance na identificação de casos, comparados aos cirurgiões-dentistas, assim como os profissionais da ESF, em relação àqueles das UBS. Tais resultados reforçam a importância do trabalho dos ACS, no âmbito da ESF ou nas Unidades de Saúde, atuando no enfrentamento da violência, assim como sugerem a efetividade das ações dessa estratégia na identificação de agravos da população na área em que atuam.

Uma parcela considerável dos profissionais deste estudo relatou ter cumprido os fundamentos da Atenção Básica em Saúde quanto à identificação de crianças e adolescentes vitimizados, sobretudo as equipes da ESF, que investigaram casos com base em informações de terceiros, em decorrência do vínculo e da interação estabelecidos com a comunidade, conduta que tem sido relatada em outros trabalhos.^{17,18} Esses achados também ratificam a importância de outros estudos que têm mostrado a importância da articulação profissional-população e da visita domiciliar para identificar agravos e encaminhar os casos de violência.^{15,16}

Entre os fatores positivos apontados para a identificação da violência, destaca-se a experiência profissional (tempo de atuação), pela maior convivência, formação de vínculos, comunicação e confiança. Nesta pesquisa foi encontrada associação significativa entre identificar ou suspeitar de casos e o tempo de atuação profissional (acima de 6 anos), assim como nas categorias de médico e enfermeiro. Esses resultados divergem do estudo¹⁹ realizado em Porto Alegre (RS), com a categoria de pediatras, no qual o tempo de serviço não interferiu na possibilidade de identificar casos de violência.

No contexto das dificuldades, pesquisas sugerem que, muito embora os profissionais de saúde ocupem posição estratégica para identificar casos de violência,^{20,22} esta prática encontra desafios, destacando-se a pouca formação profissional no tema e em procedimentos de denúncia. A realidade é que, na formação técnica de algumas categorias profissionais, são valorizadas evidências clínicas desses casos, situação que pode constituir um entrave no diagnóstico de violência. Estudos mostram que nem sempre a vitimização cursa com sinais clínicos e, quando ocorre, as lesões correspondem às formas graves ou casos de revitimização.^{4,21,22} Pesquisa realizada em Hospital de Ribeirão Preto (SP) apontou que os profissionais de saúde mostraram dificuldade em afirmar o evento violento como causa das afecções, mesmo na presença de evidências.²³

Em Feira de Santana (BA), estudo anterior com dados dos Conselhos Tutelares,¹¹ no período de 2003 a 2004, mostrou que o Serviço de Saúde participou com apenas 3,7% do total de denúncias, muito embora, na presente pesquisa, 42,3% dos profissionais da ESF e 34,8% da UBS revelassem ter identificado casos de violência física e/ou sexual entre crianças e adolescentes atendidos. Este resultado sugere a possibilidade de que a identificação dos casos pelas equipes não seja seguida de notificação nas instâncias de Garantias de Direitos/Conselhos Tutelares do município, apontando a necessidade de fortalecimento do Sistema de Referência e Contra Referência, com vistas a assegurar a efetividade dos procedimentos. Essa estratégia, certamente, pode contribuir para melhorar a qualidade do Sistema de Informação do município e o atendimento às vítimas e famílias.

Na presente pesquisa, verificou-se que médicos, enfermeiros e ACS foram as categorias que mais identificaram casos de violência. Estudo aponta que médicos são mais procurados, nos casos de vitimização, principalmente na ocorrência simultânea de violência física e sexual.¹⁹ Vale ressaltar ainda que, na pesquisa de Feira de Santana (BA), em relação aos outros profissionais, os médicos relataram, em maior proporção, os casos de espancamento; entre esses profissionais, a consulta foi o principal momento para a identificação. Esses achados são coerentes com a rotina de atendimento dessa categoria, que atende os casos graves, ou seja, aqueles que requerem cuidados intensivos. Em Porto Alegre (RS), estudo realizado com pediatras, com base em amostragem aleatória, revelou que 86,96% relataram conhecer algum caso de violência contra crianças e adolescentes e, entre esses, 78,75% realizaram notificação.¹⁹

Em relação ao cirurgião-dentista, estudiosos destacam que esta categoria tem grandes possibilidades de identificar a violência perpetrada contra crianças e adolescentes, em função da natureza contínua do atendimento odontológico, assim como da alta frequência de achados nas regiões de cabeça e pescoço.^{24,25} Entretanto, na presente pesquisa, os odontólogos mostraram menor prevalência na identificação de casos (21,7%), achado que corrobora outro estudo, no qual 65,0% desses profissionais negaram ter conhecimento de algum caso de violência.²⁶ Uma possibilidade para esses resultados é a atuação eminentemente clínica, voltada principalmente para os problemas da cavidade oral, por considerar que o atendimento integral e humanizado não é responsabilidade dessa área do conhecimento, exceto nos casos em que ocorram traumas orofaciais ou dentais.

No presente estudo foi observado que a maioria dos profissionais de saúde era do sexo feminino e possuía no máximo dois filhos (69,4%). Vale ressaltar que foi encontrada associação estatisticamente significativa entre identificar ou suspeitar de casos, profissional do sexo feminino, profissional que possuía filhos; esses achados sugerem aproximação feminina com o

fenômeno da violência sexual. O avanço do debate e da divulgação sobre a violência contra a mulher, promovidos pelo movimento feminista a partir da década de 1980, tem subsidiado formas de enfrentamento (delegacias – Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM) –, abrigos, centros de referência), assim como maior consciência de gênero quanto à autonomia e os direitos humanos, o que pode favorecer a observação e sensibilização quanto à violência contra crianças e adolescentes.²⁷ Esses resultados ressaltam a importância da mulher como agente de formação e sensibilização, seja no âmbito pessoal, familiar ou no exercício profissional.

Segundo o relato dos técnicos que participaram da presente pesquisa, a violência contra crianças e adolescentes apresentou caráter domiciliar, uma vez que mais da metade (52,3%) ocorreu no domicílio e foi causada por um membro da família (63,2%). Esses achados ratificam resultados de outras pesquisas que têm mostrado o domicílio como o ambiente privilegiado para a ocorrência de vitimização infanto-juvenil.^{11,22,27}

No que diz respeito à notificação, estudiosos apontam que, no contexto de enfrentamento da violência infanto-juvenil, essa atuação representa um importante instrumento de política pública, uma vez que possibilita dimensionar o fenômeno, avaliar necessidades de investimentos, por meio dos núcleos de vigilância e assistência, bem como permite o desenvolvimento de pesquisas e conhecimento do problema. O ato de notificar pode ser compreendido como um elemento crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno.²⁸

O ECA dispõe sobre o papel específico dos Setores de Saúde e de Educação, responsabilizando-os como esferas privilegiadas de proteção, com a competência de notificar as situações de violência, na busca de soluções para proteger a vítima e apoiar os familiares. Aborda também a obrigatoriedade de médicos e outros profissionais de saúde, professores ou responsáveis por estabelecimentos de ensino de notificar às autoridades competentes os casos (suspeitos ou confirmados), sendo prevista uma multa de três a vinte salários de referência nos casos de omissão. Aos Conselhos Tutelares, órgão mais indicado para receber as notificações, cabe defender e garantir os direitos das crianças e adolescentes, detendo o poder de aplicar medidas de atendimento e responsabilização, quando necessário.³

Neste estudo, embora 82,7% dos profissionais tenham reconhecido que o enfrentamento da violência é também responsabilidade do Setor Saúde, verificou-se, entre aqueles que suspeitaram ou identificaram, que 56,9% relataram notificar pelo menos um dos casos; no entanto, apenas 17,8% foram realizadas pelo próprio profissional. Em relação aos notificantes, os profissionais de saúde foram apontados duplamente, na UBS e na ESF, como importantes elos da denúncia de casos de violência, entretanto, para profissionais da ESF, a mãe foi a figura mais destacada.

Entre os fatores apontados como responsáveis pelos baixos índices de notificação pelo setor saúde, estudiosos destacam o desconhecimento sobre os procedimentos de rotina para denúncia, assim como outras questões: quebra do sigilo profissional; descrença na eficiência do Sistema de Garantias de Direitos; receio de represálias dos agressores, pela ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais; escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos para esse instrumento.^{19,20,28,29} Na presente pesquisa foi observada associação significativa entre a identificação de casos de vitimização e capacitação profissional prévia, muito embora mais de 90% da capacitação tenha carga horária inferior a 40 horas. Esses achados são semelhantes aos resultados de outros estudos e reforçam a importância da formação e sensibilização profissional, na implementação das ações de enfrentamento da violência.^{18,20,28}

Em âmbito nacional, o Sistema de Garantias de Atendimento e Direitos tem se empenhado no fortalecimento e divulgação do Disque Denúncia (100), que se constitui em uma estratégia efetiva da participação popular, considerando que atende uma rede nacional, ligada aos Conselhos Tutelares, garante o anonimato e não requer burocracia, ao mesmo tempo em que resgata a integração da comunidade na rede de enfrentamento da violência.

Cabe ressaltar que questões estruturais também podem interferir no ato da notificação. Apesar do importante papel dos Conselhos Tutelares e Centros de referência Sentinela (CREAS), frequentemente essas instâncias trabalham em condições adversas quanto à deficiente infraestrutura física e de recursos humanos (sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, carga horária insuficiente, não funcionamento nos finais de semana e feriados, dificuldade para a formação técnica adequada de conselheiros); além disso, nos municípios de regiões mais longínquas e pobres do país, essas instâncias ainda não estão implantadas.

Por fim, ressalta-se que, a despeito da considerável proporção de notificações citadas pelos profissionais da presente pesquisa e o rigor metodológico do estudo quanto à amostragem, coleta de dados e aspectos ético-sigilosos, os resultados aqui apresentados correspondem aos casos relatados pelos técnicos que participaram do estudo, durante a respectiva prática profissional, não correspondendo à prevalência de casos registrados nas Instâncias de Referência do município (Conselhos Tutelares e Centro de Referência Sentinela). Sabe-se que a atuação do Setor Saúde é insuficiente para a demanda exigida, considerando a proporcionalidade entre o número de equipes da ESF e a população de cada comunidade do município, assim como a proporção de profissionais atuantes na ESF ou mesmo nas UBS em relação à população da área adstrita com necessidades, transcendendo a competência desse Setor.¹⁵

A análise dos dados permitiu concluir-se que as categorias de médicos, técnicos de enfermagem e ACS foram as que mais identificaram casos de violência física e sexual; os médicos,

durante a consulta, enquanto enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem, sobretudo da ESF, por meio da informação de terceiros e visita domiciliar. Na maioria dos casos, o próprio profissional não foi o notificante; o cirurgião-dentista foi a categoria que menos identificou.

Em torno de 50,0% dos profissionais das UBS e da ESF citaram que a violência física e sexual ocorreu no domicílio; estupro e agressões físicas de pequeno porte totalizaram a maioria dos casos, com 25% de espancamentos; os índices foram mais expressivos entre vítimas com até 11 anos e do sexo feminino. Profissionais do ESF mencionaram agressores familiares (pai, padrasto, mãe, parentes e vizinhos), ao passo que os da UBS apontaram principalmente o padrasto.

Acima de 50,0% dos profissionais de ambas as Unidades (ESF e UBS) relataram notificação de casos de violência física e sexual identificados; para aqueles da UBS, o principal denunciante foi o profissional de saúde, enquanto para o pessoal da ESF foi a mãe, além dos profissionais de saúde.

A identificação de caso associou-se de forma positiva e significativa com profissional do sexo feminino e presença de filhos, categoria de médicos e enfermeiros, experiência profissional de 6 a 10 anos e ter sido capacitado na temática.

Face à magnitude e o impacto das violências sobre a saúde de crianças e adolescentes, ressalta-se a relevância da articulação intersetorial e a capacitação continuada dos profissionais, visando integrar a rotina do atendimento em saúde, para identificar precocemente, notificar os casos e efetivar o acompanhamento às vítimas e famílias. Esses aspectos podem contribuir para a elaboração de indicadores, assim como para a prática da prevenção, intervenção e aplicação da lei, pelos Sistemas de Atendimento e Garantias de Direitos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2ª. ed. Rio de Janeiro; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª. ed. Brasília; 2006. (Série E. Legislação de Saúde).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167).

5. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enf.* 2006 jul/ago;14(4):625-31.
6. Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. *Pediatr Mod.* 2002 set;38(9):421-6.
7. Rodrigues GS, Lopes MJM, Souza AC, Ribeiro LM. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. *Ci Saúde Col.* 2008 fev;13(1):111-20.
8. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ci Saúde Col.* 2006 jun;11(2):429-38.
9. Bezerra SC. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Violência faz mal à saúde.* Brasília; 2004. p. 17-22. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. Motti JA, Contrim MLJ, Amorim SMF. Consolidando a experiência do PAIR. Mato Grosso do Sul: Editora Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2008.
11. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL, et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ci Saúde Col.* 2007 ago/set;12(5):1129-41.
12. Leal ML, Leal MF. Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial (PESTRAF) no Brasil: relatório final. Brasília: CECRIA; 2002.
13. Costa MCO. Relatório técnico da pesquisa "Violência contra Crianças e Adolescentes em Feira de Santana: a realidade, o enfrentamento e a prevenção". Feira de Santana; 2006.
14. Cunha JM, Assis SG, Pacheco STA. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(4):462-5.
15. Cavalcanti MLT. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Ci Saúde Col.* 1999;4(1):193-200.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.* Brasília; 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8; Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 131).

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4; Série A. Normas e Manuais Técnicos).
18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Públ.* 2008;24 Suppl 1:S100-10.
19. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005 jan/mar;5(1):103-8.
20. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Públ.* 2007;41(3):472-7.
21. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "olhar" da enfermagem. *Ci Saúde Col.* 2005;10(2):419-31.
22. Salvagni EP, Wagner MB. Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. *J Pediatr.* 2006;82(6):431-6.
23. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Rev Latino-am Enf.* 2000 jan;8(1):91-7.
24. Carvalho ACR, Garrido LC, Barros SG, Alves AC. Abuso e negligência: estudo na Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2001 mar/abr;4(8):117-23.
25. Whittaker DK. The principles of forensic dentistry: 2 Non-accidental injury, bite marks and archalogy. *Dent Update.* 1990 nov;17(9):386-90.
26. Silveira JLGC, Mayrink S, Nétto OBS. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005 maio/ago;5(2):119-26.
27. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Públ.* 2008;42(6):1053-9.
28. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2003;27:1205-22.

29. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Públ.* 2002 jan/fev;18(1):315-9.
30. ECPAT. *Internacional and Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes. Combating child sex tourism: questions & answers.* Bangkok; 2008.