

Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados

Underreporting of children and adolescents abuse in Primary Care and analysis of factors associated

Ana Carine Arruda Rolim¹, Gracyelle Alves Remigio Moreira², Carlos Roberto Silveira Corrêa³, Luíza Jane Eyre de Souza Vieira⁴

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas, SP, Brasil.
anacarine.rolim@hotmail.com

² Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza, CE, Brasil.
gracyremigio@gmail.com

³ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas, SP, Brasil. Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas, SP, Brasil.
ccorrea@fcm.unicamp.br

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza, CE, Brasil. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza, CE, Brasil.
janeeyre@unifor.br

RESUMO Estudo transversal que analisou os fatores associados à subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Participaram do estudo 1.055 profissionais que trabalhavam na Atenção Básica em 85 municípios cearenses. Os dados foram obtidos por meio de questionário e submetidos à análise bivariada e multivariada por regressão logística. O modelo final mostrou que ter menos de cinco anos de trabalho, não conhecer a ficha de notificação, não ter a ficha na unidade de saúde, não confiar nos órgãos de proteção, não saber para onde encaminhar os casos e ter medo de envolvimento legal aumentou a chance dos profissionais não notificarem situações de maus-tratos nesse grupo.

PALAVRAS-CHAVE Violência; Criança; Adolescente; Notificação; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT A cross-sectional study that aimed to analyze the factors associated with the underreporting of maltreatment towards children and adolescents. The study included 1.055 professionals working in Primary Care in 85 municipalities of Ceará. The data was obtained through a questionnaire and submitted to bivariate and multivariate logistic regression analysis. The final model showed that having less than five years of work, not knowing the notification form, not having the record at the health unit, not trusting the protection agencies, not knowing where to refer the cases and fearing legal involvement have increased the chances of professionals not informing situations of abuse in this group.

KEYWORDS Violence; Child; Adolescent; Notice; Primary Health Care.

Introdução

O reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) representou um marco no enfrentamento dos maus-tratos que atingem o grupo e impulsionou a entrada do tema na agenda dos debates políticos e sociais. No âmbito programático da saúde, a partir dos anos 2000, políticas e portarias foram desenvolvidas como instrumentos direcionadores da atuação do setor nesse contexto (BRASIL, 2001A, 2001B).

Entre as estratégias de garantia dos direitos da população infantojuvenil, a notificação de maus-tratos destaca-se como uma oportunidade de intervenção precoce que visa romper com situações de violência, minimizando as repercussões negativas do ato. As informações produzidas pela notificação também favorecem a visibilidade do fenômeno, fato que é imprescindível para o planejamento de ações de prevenção e para a avaliação das medidas implementadas. Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são responsáveis pela notificação de casos de maus-tratos em crianças e adolescentes em resposta às Portarias nº 1.968/2001 (BRASIL, 2001A) e nº 104/2011 (BRASIL, 2011).

No contexto da Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde Família (ESF) configura-se em um lugar privilegiado para a atenção às pessoas em situações de violência, devendo considerar a família como unidade de cuidado (LIMA ET AL., 2011; ROCHA; MORAES, 2011). Contudo, estudos apontam debilidades estruturais e dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos, sendo essas práticas ainda incipientes ao nível da rede de atendimento, ocorrendo de forma casual e não sistemática (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA ET AL., 2013). Essas constatações evidenciam o descompasso entre o que é proposto pelos dispositivos legais e políticas públicas de enfrentamento do problema

e a efetiva prática dos profissionais de saúde da AB.

Tal panorama contribui para um quadro de subnotificação de maus-tratos que acometem crianças e adolescentes. A subnotificação desses casos é um grave problema, pois a ausência de dados sobre o fenômeno implica em sua invisibilidade e no não desencadeamento de estratégias adequadas pelo poder público, projetando suas ações basicamente sobre os registros realizados. Na concepção de Arpini *et al.* (2008, p. 98).

ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, essa situação acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência.

Apesar da crescente publicação sobre o tema, ainda são escassas investigações que abordem os fatores que aumentam a chance do profissional de saúde não proceder a notificação de maus-tratos. Nessa perspectiva, o estudo constata sua relevância ao conhecer e discutir os mecanismos que facilitam o contexto da subnotificação na AB. Este conhecimento poderá suscitar o delineamento de estratégias para reverter esse quadro, visando que a notificação seja efetivada e a extensão do problema seja revelada, tendo em vista que as políticas públicas e estratégias de enfrentamento da questão baseiam-se no dimensionamento epidemiológico.

Ensejando a elucidação dessas lacunas, este estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Básica à saúde.

Métodos

Este trabalho é resultado da consolidação de dados da pesquisa intitulada Violência envolvendo crianças e adolescentes: fatores condicionantes, processo de notificação e mecanismos de enfrentamento, que teve

como meta obter o diagnóstico situacional da notificação de maus-tratos no contexto da Atenção Básica em municípios cearenses. Os resultados dessa investigação evidenciaram índices significativos de não notificação, o que impulsionou a realização deste recorte, tomando como objeto de análise a subnotificação.

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado em 85 cidades do estado do Ceará, correspondendo a 46,2% do total (184). As localidades investigadas se distribuem e representam as diferentes regiões do estado.

Participaram da pesquisa médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que trabalhavam na ESF. A coleta de dados aconteceu, entre os anos de 2010 e 2012, por meio do envio de um conjunto de cartas-convite, termos de consentimento livre e esclarecido e questionários, antecipadamente organizados em envelopes lacrados e identificados por município. Esses formulários foram destinados aos gestores das Coordenadorias Regionais de Saúde e/ou às Secretarias Municipais de Saúde, que intermediaram a entrega aos profissionais de cada cidade. O retorno dos instrumentos preenchidos seguiu o fluxo inverso.

O número de profissionais do estudo foi obtido a partir dos dados fornecidos pelo Departamento da Atenção Básica, que, na época da pesquisa, contava com 2.640 trabalhadores: 963 médicos, 963 enfermeiros e 714 cirurgiões-dentistas. Destes, um total de 1.055 – 40,0%: 227 médicos, 616 enfermeiros e 212 cirurgiões-dentistas – responderam a este estudo.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário composto por 32 questões adaptadas e revisadas em trabalho anterior (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010), contendo como domínios analíticos: sociodemográfico, formação profissional, instrumentação e conhecimento sobre o tema, identificação e notificação de casos de maus-tratos em crianças e adolescentes. A partir das informações obtidas nos questionários, foi construído um banco

de dados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 17.0, com dupla entrada para organização e verificação da consistência do material.

Considerou-se como desfecho a não notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes pelos profissionais e como variáveis preditoras: sexo (masculino/feminino); profissão (enfermeiro/médico-dentista); idade (21 a 34 anos/> 34 anos); estado civil (casado/não casado); tempo de formado (< 5 anos/>= 5 anos); pós-graduação (sim/não); tempo de trabalho na ESF (< 5 anos/>= 5 anos); e as variáveis com respostas dicotômicas (sim/não): participou de treinamento sobre a temática; conhece o ECA; conhece a ficha de notificação; ficha de notificação na Unidade Básica de Saúde; confia nos órgãos de proteção à infância e adolescência; sabe para onde encaminhar os casos; tem medo de envolvimento legal; lê sobre a temática; assunto é discutido no trabalho; conhece instituição de assistência à vítima; considera vantagem instituir a notificação na AB.

Para análise, o teste qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar a associação entre o desfecho e as variáveis preditoras. Estabeleceu-se $p < 0,05$ para significância estatística. Seguiram-se a essas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, incluindo no modelo as variáveis preditoras que mostraram associação ao desfecho com significância $p < 0,25$. Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis ao nível de significância $p < 0,05$. A força de associação entre o desfecho e as variáveis preditoras foi expressa em valores estimados de Odds Ratio (OR) bruto e ajustado, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A análise estatística foi realizada utilizando-se do programa Stata (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versão 11.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – Unifor, sob o parecer nº 072/2007.

Resultados

Os participantes do estudo apresentaram média de idade de 33,8 anos (DP +-9,53) e os seguintes perfis: enfermeiros (58,4%), sexo feminino (67,1%), não casados (50,8%), com cinco ou mais anos de formado (57,7%), com pós-graduação (73,9%) e com cinco ou mais anos de trabalho na ESF (50,9%).

Em relação à identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes,

predominaram os profissionais que não se depararam com essa situação (57,7%). Entre os que afirmaram já ter identificado casos (42,3%), 59,2% não efetuaram a notificação das ocorrências.

Na *tabela 1*, a análise bivariada apontou que as variáveis tempo de formado ($p=0,040$) e tempo de trabalho na ESF ($p=0,035$) apresentaram associação significativa com a não notificação de maus-tratos, enquanto as demais apresentaram $p>0,05$.

Tabela 1. Análise bivariada entre notificação de maus-tratos, dados sociodemográficos e formação profissional de enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Básica à saúde. Municípios cearenses, 2010-2012

Variável	Notificou maus-tratos				Não ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Sexo (n=527)						
Feminino	142	66,1	207	66,4		
Masculino	73	33,9	105	33,6	0,98 (0,67-1,45)	0,943
Profissão (n=527)						
Enfermeiros	132	61,4	185	59,3		
Médicos / Cirurgiões-dentistas	83	38,6	127	40,7	1,09 (0,75-1,58)	0,628
Idade (em anos) (n=473)						
21 a 34 anos	108	56,5	175	62,1		
> 34 anos	83	43,5	107	37,9	1,25 (0,84-1,85)	0,230
Estado civil (n=525)						
Casado	121	56,5	167	53,7		
Não casado	93	43,5	144	46,3	1,12 (0,77-1,61)	0,520
Tempo de formado (n=526)						
< 5 anos	61	28,4	115	37,0		
≥ 5 anos	154	71,6	196	63	1,48 (1,00-2,19)	0,040
Pós-Graduação (n=521)						
Sim	168	78,5	240	78,2		
Não	46	21,5	67	21,8	1,01 (0,65-1,59)	0,929
Tempo de trabalho na APS* (n=526)						
< 5 anos	75	35	138	44,2		
≥ 5 anos	139	65,0	174	55,8	1,47 (1,01-2,14)	0,035

Fonte: Elaboração própria

*APS - Atenção Primária à Saúde

Participou de treinamento sobre o tema, conhece o ECA, conhece a ficha de notificação, ficha de notificação na Unidade Básica de Saúde, confia nos órgãos de proteção, sabe para onde encaminhar os casos, medo

de envolvimento legal, lê sobre a temática, assunto é discutido no ambiente de trabalho e acha vantagem a instituição da notificação na AB apresentaram diferença estatística com o desfecho ($p < 0,05$) (tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada entre notificação de maus-tratos, instrumentação e conhecimento de enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Básica à saúde. Ceará, 2010-2012

Variável	Notificou maus-tratos				Não ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Participou de treinamento (n=523)						
Sim	95	44,2	71	23,1		
Não	120	55,8	237	76,9	2,64 (1,77-3,92)	<0,001
Conhece o ECA* (n=525)						
Sim	177	83,1	232	74,4		
Não	36	16,9	80	25,6	1,69 (1,07-2,71)	0,018
Conhece a ficha de notificação (n=520)						
Sim	150	70,7	129	41,9		
Não	62	29,3	179	58,1	3,35 (2,27-4,96)	<0,001
Ficha de notificação na UAPS** (n=514)						
Sim	108	51,9	79	25,8		
Não	100	48,1	227	74,2	3,10 (2,09-4,58)	<0,001
Confia nos órgãos de proteção (n=513)						
Sim	144	69,2	176	57,7		
Não	64	33,8	129	42,3	1,64 (1,11-2,43)	0,008
Sabe para onde encaminhar (n=507)						
Sim	179	85,6	187	60,7		
Não	30	14,4	121	39,3	3,86 (2,42-6,26)	<0,001
Medo de envolvimento legal (n=512)						
Sim	78	37,1	146	48,3		
Não	132	62,9	156	51,7	1,58 (1,08-2,30)	0,012
Lê sobre a temática (n=526)						
Sim	88	40,9	93	29,9		
Não	127	59,1	218	70,1	1,62 (1,10-2,37)	0,009
Assunto é discutido no trabalho (n=527)						
Sim	112	52,1	57	18,5		
Não	103	47,9	187	59,9	1,62 (1,12-2,34)	0,006
Conhece instituição de apoio à vítima (n=519)						
Sim	53	25,1	57	18,5		
Não	158	74,9	251	81,5	1,47 (0,94-2,31)	0,070
Acha vantagem instituir a notificação na AP*** (n=523)						
Sim	197	91,6	261	84,7		
Não	18	8,4	47	15,3	1,97 (1,08-3,71)	0,019

Fonte: Elaboração própria

* ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. ** UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde. *** AP - Atenção Primária

Foram eleitas para a análise múltipla ($p < 0,25$) as variáveis: idade, tempo de formado, tempo de trabalho na ESF, participou de treinamento, conhece o ECA, conhece a ficha de notificação, ficha de notificação na unidade, confia nos órgãos de proteção, sabe para onde encaminhar, medo de envolvimento legal, lê sobre o tema, assunto é discutido no trabalho, conhece instituição

de apoio à vítima e acha vantagem a instituição da notificação na AB.

No modelo logístico final, tempo de trabalho na ESF, conhece a ficha de notificação, ficha de notificação na unidade de saúde, confia nos órgãos de proteção, sabe para onde encaminhar e medo de envolvimento legal permaneceu associado ao desfecho (tabela 3).

Tabela 3. Análise multivariada entre a notificação de maus-tratos e os fatores associados. Atenção Básica à saúde, Ceará, 2010-2012

Variável	Notificou maus-tratos				Não ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Tempo de trabalho na APS* (n=526)						
< 5 anos	75	35,0	138	44,2		
≥ 5 anos	139	65,0	174	55,8	1,62 (1,06-2,47)	0,025
Conhece a ficha de notificação (n=520)						
Sim	150	70,7	129	41,9		
Não	62	29,3	179	58,1	2,19 (1,36-3,51)	0,001
Ficha de notificação na UAPS** (n=514)						
Sim	108	51,9	79	25,8		
Não	100	48,1	227	74,2	2,14 (1,33-3,43)	0,002
Confia nos órgãos de proteção (n=513)						
Sim	144	69,2	176	57,7		
Não	64	33,8	129	42,3	1,57 (1,03-2,41)	0,036
Sabe para onde encaminhar (n=507)						
Sim	179	85,6	187	60,7		
Não	30	14,4	121	39,3	2,71 (1,64-4,48)	<0,001
Medo de envolvimento legal (n=512)						
Sim	78	37,1	146	48,3		
Não	132	62,9	156	51,7	2,15 (1,40-3,28)	<0,001

Fonte: Elaboração própria

* ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. ** UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

Dessa forma, o fato de ter menos de cinco anos de trabalho na ESF aumentou 1,62 vezes a chance de o profissional não notificar as situações de maus-tratos. Não conhecer a ficha de notificação e não ter a ficha na unidade de saúde elevou mais que o dobro a chance da subnotificação. Não confiar nos

órgãos de proteção aumentou 1,57 vezes a possibilidade de não ser efetivado o ato notificador. Não saber para onde encaminhar os casos elevou quase o triplo a chance da não notificação. Ter medo de envolvimento legal aumentou 2,15 vezes a chance da subnotificação.

Discussão

O estudo aponta para a subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na AB. Essa constatação condiz com a realidade brasileira, conforme apontam estudos sobre o tema (BAZON, 2008; ASSIS ET AL., 2012). Também há relatos internacionais sobre essa lacuna, inclusive em países que dispõem de um sistema de apoio e proteção consolidado (BEN NATAN ET AL., 2012; WEKERLE, 2013).

O potencial dos serviços de saúde da AB, no que diz respeito ao enfrentamento da questão, é apontado na literatura em virtude dos princípios que direcionam suas ações: intervenções de saúde vinculadas ao território; proximidade das equipes com as famílias; possibilidade de vínculo e diálogo com a comunidade; criação de protocolos de vigilância e de monitoramento dos riscos para a violência (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; ROCHA; MORAES, 2011). Em contrapartida, o que transparece nos resultados deste trabalho é que a identificação/notificação de maus-tratos ainda não se apresenta como uma prática incorporada na rotina da ESF, e lidar com essa questão envolve dificuldades que refletem a complexidade e multicausalidade do fenômeno.

Uma das propostas da notificação de violência, assim como outro evento de notificação compulsória, é originar dados que subsumam o planejamento de intervenções para a prevenção do agravo ou de seus danos. A adesão insatisfatória do profissional de saúde para cumprir os dispositivos que legislam sobre o ato contribui para manter a invisibilidade do problema. Nessa perspectiva, o modo como os serviços e os recursos humanos da saúde são trabalhados deve considerar os obstáculos que circunscrevem a efetivação dessa prática.

A subnotificação de maus-tratos é abordada em outras investigações como um desafio ao setor saúde devido a fragilidades operacionais relacionadas com fatores de ordem institucional, política, legal, cultural,

ética, entre outros (BAZON, 2008; ASSIS ET AL., 2012). O presente estudo confirma essas assertivas, evidenciando a existência de variáveis de múltiplas dimensões que interferem na decisão do profissional de exercer, também, o seu papel social diante da notificação de violência.

Vale ressaltar que, além da obrigatoriedade legal estabelecida pelo ECA, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos em crianças e adolescentes também se constitui em um dever previsto nos códigos de ética médica, de enfermagem e odontológica. Dessa forma, esse ato não se configura em quebra do sigilo profissional. Ao contrário, a omissão do profissional de saúde tem implicações éticas e legais que reverberam em penalidades (SALIBA ET AL., 2007).

O modelo logístico final mostrou que o fato de o profissional ter menos de cinco anos de trabalho na ESF contribuiu para a não notificação de casos de maus-tratos. Essa associação sugere que os trabalhadores com menos experiência podem ter tido menos oportunidade de qualificação/capacitação no assunto, assim como podem ainda não ter vivenciado situações de violência na sua prática, fato que não lhes atribui segurança para o ato de notificar. A esse respeito, Moreira *et al.* (2013, p. 229) argumentam que “o amadurecimento pessoal e profissional propicia mais experiência, formação de vínculos, habilidade de comunicação, maior sensibilização à questão e confiança”, favorecendo a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Outro aspecto associado à subnotificação foi o desconhecimento da ficha de notificação, que se configura no instrumento de registro da situação de violência. Essa constatação pode refletir que, apesar da instituição e padronização da ficha no âmbito do SUS ter acontecido a mais de uma década (BRASIL, 2001B), ainda verifica-se profissionais que não manusearam e não reconhecem essa ferramenta de garantia de direitos e de vigilância epidemiológica. De fato, a

aproximação do profissional com o tema da violência contra os grupos vulneráveis é realizada de maneira incipiente na maioria das matrizes curriculares da graduação e pós-graduação em saúde (JOHNSON, 2002; MOREIRA ET AL., 2013). Sabe-se, por exemplo, que, no Brasil, o profissional de saúde tende a lidar com o problema da violência como se este fosse de responsabilidade da esfera da segurança e da justiça (SALIBA ET AL., 2007).

Essa lacuna se perpetua na trajetória profissional devido à escassez de recursos e a carência de programas de capacitação e educação permanente, o que requer maiores investimentos da gestão dos serviços de saúde na qualificação dos profissionais para atuarem de forma efetiva frente às demandas de violência e atenderem às orientações legais.

A ausência da ficha de notificação na Unidade Básica de Saúde também esteve relacionada a não notificação de maus-tratos. É sabido que a falta ou desconhecimento de protocolos e/ou instrumentos que apoiem condutas por parte dos profissionais constituem-se em dificuldades para o enfrentamento da questão em nível local. A notificação obrigatória de maus-tratos em crianças e adolescentes é mencionada pela Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como ferramenta essencial para o cuidado às vítimas, devendo ser implementada por todos os gestores da saúde (BRASIL, 2005). Dessa forma, dispor desse instrumento nos locais de trabalho e orientar o seu uso deve ser prioridade e ação mínima para o cumprimento do ato notificador.

A importância do apoio gestor e da articulação da rede de enfrentamento é reforçada, nesta pesquisa, ao verificar que o fato de o profissional não confiar nos órgãos de proteção à infância e à adolescência aumenta as chances da notificação não acontecer. O baixo grau de confiança nos órgãos de proteção é frequentemente mencionado pelos trabalhadores da saúde (ARPINI ET AL., 2008; BAZON,

2008). Galvão e Dimenstein (2009) chamam a atenção para a relação dos serviços de saúde com os órgãos de proteção, particularmente os Conselhos Tutelares, que tem se configurado em um entrave para a efetivação do ato de notificar. O Conselho Tutelar, apesar de importante papel, muitas vezes trabalha em condições adversas quanto à deficiência na infraestrutura física e nos recursos humanos; além disso, ainda existem municípios onde essas instâncias não estão implantadas (DESLANDES ET AL., 2011; LIMA ET AL., 2011).

A incredibilidade nos sistemas de proteção pode refletir a precariedade na infraestrutura de alguns órgãos e a descrença na capacidade desses serviços em oferecer solução para os casos (BAZON, 2008). Esses fatores têm sido obstáculos na condução dos casos e na tomada de decisão de ações futuras.

Evidenciou-se que não saber para onde encaminhar os casos de maus-tratos contribuiu com o quadro de subnotificação. Esse resultado corrobora o estudo que revelou que um dos principais fatores que interferem na identificação/notificação das situações de violência é o conhecimento escasso sobre a rede de apoio e proteção (LIMA ET AL., 2011). Nessa perspectiva, o conhecimento e a articulação do profissional com os dispositivos de enfrentamento do problema são imperiosos tanto na sua prevenção como na condução dos casos identificados, especialmente na AB.

Rocha e Moraes (2011) descrevem a Atenção Básica à saúde como elo entre os dispositivos intersetoriais de enfrentamento da violência infantojuvenil. A intersectorialidade é uma estratégia amplamente reconhecida na condução dos casos, como mostrado em uma pesquisa realizada em Minas Gerais que reconheceu a relevância das parcerias entre os serviços da AB e entidades associativas, como a Pastoral da Criança (MARQUES; RIBEIRO; SANTOS, 2012). Diante disso, faz-se imprescindível articular os setores e políticas sociais e integrar os profissionais que compõem a rede de proteção ao grupo, a fim de potencializar

o papel da AB na efetivação do arcabouço que legisla sobre o SUS.

A análise múltipla ainda mostrou a associação positiva entre ter medo de envolvimento legal e o não cumprimento da notificação. Portanto, neste estudo, o medo do envolvimento legal se apresenta como um contraponto importante aos aspectos legais que norteiam a prática notificatória. No contexto de trabalho das equipes de saúde da família, o medo de retaliação por parte do agressor é retratado em outros estudos (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009; OLIVEIRA *ET AL.*, 2012). Os profissionais, ao sentirem-se ameaçados na detecção de maus-tratos, acabam, muitas vezes, se omitindo no processo.

Os temores dos trabalhadores provenientes do ato de notificar e a sensação de vulnerabilidade por estarem próximos à comunidade podem ser reduzidos com ações e políticas dirigidas também à proteção dos profissionais de saúde (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009), fortalecendo a relação dos serviços de saúde com os órgãos de proteção e ampliando as ações de apoio para além das vítimas.

A análise dos fatores associados à subnotificação de maus-tratos evidencia a complexidade que circunda o ato de notificar e suscita questões e reflexões inerentes à qualidade da atenção à saúde integral de crianças e adolescentes na AB. Supõe-se que o esvaziamento de dados nos sistemas de informações de eventos que demandam notificação compulsória pode-se configurar como uma ferramenta de gestão, colaborando para reorientar esse eixo, imperioso no alcance da qualidade da atenção à população infantojuvenil.

O documento oficial que trata da saúde

integral da criança reconhece as expressões de violência como relevante problema de saúde pública e reafirma o compromisso das equipes de saúde na identificação e notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente (BRASIL, 2005). Nesse sentido, apropriar-se das recomendações das políticas é uma das formas de qualificar a atenção à saúde.

Os obstáculos encontrados pelos profissionais na execução da notificação sugerem que o problema da violência contra crianças e adolescentes não é de fácil manejo. A decisão de notificar não se prende à orientação da legislação, mas sim a aspectos de ordem da experiência e formação profissional e de estrutura e articulação da rede de proteção.

Conclusão

Esta investigação evidenciou como fatores associados à subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes: tempo de trabalho na ESF menor que cinco anos, não conhecer a ficha de notificação, não dispor da ficha na unidade de saúde, ausência de confiança nos órgãos de proteção, desconhecimento acerca dos encaminhamentos e ter medo de envolvimento legal.

Estima-se que estes resultados contribuam para a reorientação da prática profissional e incentivem a efetivação de políticas públicas que preconizem o enfrentamento de situações de violências que alcançam crianças e adolescentes. ■

Referências

- ARPINI, D. M. et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.
- ASSIS, S.G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332, fev. 2008.
- BEN NATAN, M. et al. Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *Internacional Nursing Review*, Geneva, v. 59, n. 3, p. 331-337, set. 2012.
- BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Estadual de Direitos Humanos. *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil*. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 06 nov. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 25 out. 2001b, p. 86. (n. 206, Seção 1).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 06 de novembro de 2014.
- DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1633-1645, 2011.
- GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. *Mental*, Barbacena, v. 7, n. 13, 2009.
- JOHNSON, C. F. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr. Int.*, New York, n. 44, p. 554-560, 2002.
- LIMA, M. C. S. et al. Atuação profissional da atenção de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 118-137, jan./jun. 2011.
- LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R.C.; VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MARQUES, F. C.; RIBEIRO, K.S.M.A.; SANTOS, W.Q. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 544-553, out./dez. 2012.

MOREIRA, G. A. R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 223-230, 2013.

OLIVEIRA, M.T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do

Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

WEKERLE, C. Resilience in the context of child maltreatment: connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse Negl.*, New York, v. 37, n. 2-3, fev./mar. 2013, p. 93-101.

Recebido para publicação em outubro de 2014
Versão final em março de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), Edital de Segurança Pública nº 05/2008