

Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE

Knowledge of basic Health team Family on notice of maltreatment children and adolescents in the city of Pacajus - CE

Isabella Lima Barbosa¹, Aline de Souza Pereira², Deborah Pedrosa Moreira³, Geisy Lanne Muniz Luna⁴, Antonia Karoline Araújo Oliveira⁵, Renata Carneiro Ferreira⁶, Augediva Maria Jucá Pordeus⁷, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira⁸

Resumo

Identificar o olhar dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia de Saúde da Família, em relação a maus tratos em crianças e adolescentes e sua notificação. Trata-se de estudo de corte transversal, realizado com 21 profissionais da Equipe Básica de Saúde da Família (EBSF), do Município de Pacajus, Ceará, no período de maio e junho de 2009, através de um questionário autoaplicado e os dados foram submetidos à análise descritiva. Estudo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFOR. Dentre os participantes 47,6% tinham menos de 5 anos de formado, 71,4% nunca participaram de treinamentos na área da violência contra crianças e adolescentes,

71,4% conhecem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 57,1% possuem a ficha de notificação na sua Unidade Básica de Saúde (UBS), 52,3% relataram nunca terem se deparado com caso de maus tratos. Dos que se depararam 50% notificaram o caso, 57% dizem que não confiam nos órgãos de proteção, 80,9% referenciam os casos para o Conselho Tutelar, 71,4% relatou ser vantajoso instituir a notificação compulsória de maus tratos na atenção básica, 42,8% concluiu que a maior dificuldade encontrada para realizar a notificação de maus tratos é a falta de proteção ao profissional que notifica. Concluímos que os profissionais têm interesse em notificar, porém falta conhecimento, treinamento e apoio quanto à segurança e órgãos de apoio e proteção. O estudo sinaliza para despertar a conscientização e compromisso dos gestores para investir no processo de notificação nessa área.

Palavras chave: Maus tratos infantis. Notificação. Criança. Adolescente. Família. Conhecimento.

1. Enfermeira, UNIFOR. Bolsista FUNCAP.
2. Enfermeira, UNIFOR. Bolsista CNPq.
3. Enfermeira, UNIFOR. Bolsista da Capes.
4. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Prefeitura Municipal de Fortaleza - CE.
5. Enfermeira, UNIFOR. Prefeitura Municipal de Pacajus - CE.
6. Enfermeira, UNIFOR. Bolsista da FUNCAP.
7. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Universidade de Fortaleza - UNIFOR. SESA - CE.
8. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Instituto Dr. José Frota.

Recebido em 30/10/2009.
Aceito em 10/11/2009.

Abstract

To identify the look of physicians, nurses and dentists Strategy Family Health, in relation to abuse in children and adolescents and their notification. This is cross-sectional study was conducted with 21 professional Team Basic Family Health (EBSF), the City of Pacajus, CE, between May and June 2009 through a self-administered questionnaire and data were submitted to descriptive analysis. This study was approved by the Ethics and Research UNIFOR. Of the participants 47.6% were less than 5 years after graduation, 71.4% had never participated in training in the area of violence against children and adolescents, 71.4% know the Statute of Children and Adolescents (ECA), 57.1% have a notification form in its Basic Health Unit (BHU), 52.3% reported ever having been confronted with cases of abuse. Of those who faced 50% reported the case, 57% say they do not rely on the protection services, 80.9% refer cases to the Guardian Council, 71.4% reported to be advantageous to set up mandatory reporting of abuse in care basic, 42.8% found that the biggest difficulty to carry out the notification of abuse is the lack of protection that notifies the seller. We conclude that the professionals have to notify interest, but lack knowledge, training and support for security and support agencies and protection. The study indicates to raise awareness and commitment of managers to invest in the notification process in this area.

Key words: Child Abuse. Notice. Child. Adolescent. Family. Knowledge.

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes¹ é uma realidade que

constrange e inquieta os órgãos governamentais e a sociedade civil. É responsável por altas taxas de morbimortalidade nessa faixa etária e exige uma resposta urgente da sociedade e dos serviços de saúde no enfrentamento do problema, que hoje faz parte da agenda de saúde pública e de promoção de saúde de vários países.

Os maus tratos contra crianças e adolescentes englobam toda forma de agressão física e emocional, abuso sexual, abandono, negligência e exploração comercial que resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento e a dignidade da pessoa humana². Sua notificação é compulsória e necessita de preparo e mobilização dos profissionais que atuam nesta rede intersetorial.

Em 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente³ (ECA) - Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que vem revolucionando em termos doutrinários e legislativos, rompendo com a doutrina da situação irregular e adotando a doutrina da proteção integral. Com este a notificação de maus tratos na infância foi instituída no Brasil no início da década de 90. Segundo o estatuto, toda a suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes deverá ser obrigatoriamente notificada aos órgãos de proteção.

Contudo, o profissional encontra-se frequentemente diante do dilema da notificação, sofrendo pressões legais, profissionais e emocionais que podem influenciar sua decisão. Estudo⁴ que avaliou as atitudes de médicos em países que possuem legislação semelhante apontou uma taxa de notificação inferior aos casos identificados, teoricamente essa relação deveria ser 1:1.

As denúncias de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, abusos físicos, sexuais e psicológicos ou abandono e negligência que chegam ao conhecimento da sociedade e das autoridades são preocupantes. A situação toma contornos mais graves quando as estimativas dos profissionais que atuam nesta área são de que o número desses casos deve ser pelo menos três vezes maior⁵.

Segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA)⁶, a violência contra crianças e adolescentes é uma realidade que não pode ser perpetuada nem tão pouco banalizada, aos olhos do Poder Público e da sociedade. Juntamente com os acidentes, essa violência representa hoje a segunda “causa *mortis*” no quadro geral da mortalidade brasileira e a primeira causa de óbito de crianças e jovens, de 05 a 19 anos, no Brasil.

A Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância⁷ afirma que 12,0% das 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de alguma forma de violência doméstica. Ou seja, por ano são 6,6 milhões de crianças agredidas, dando uma média de 18 mil crianças vitimizadas por dia; 750 por hora e 12 crianças agredidas por minuto.

Atualmente, a Constituição Cidadã de 1988⁸ e o Estatuto da Criança e do Adolescente³ (ECA), Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, deram passos decisivos na garantia legal desse grupo social, reconhecendo-os como sujeitos de direito, de protagonismo, de proteção integral por parte da sociedade e do estado, sendo prioridade no uso dos recursos públicos para a garantia de provimento e efetivação da proteção.

Observamos essa questão mais amplamente quando em 2004 foi criada pela portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, uma estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios⁹.

Essa portaria declara oficialmente a importância de cada município desenvolver o seu Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde promovendo a participação de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais garantirem a implantação e implementação da notificação de maus tratos e outras violências, possibilitando a melhoria da qualidade de informação.

A participação e qualificação dos profissionais são também essenciais para que esse movimento possa existir, pois os profissionais são os que estão na “ponta” trabalhando juntamente com essas famílias de crianças que possam sofrer algum tipo de maus tratos. Portanto, diante o exposto é que o estudo tem como objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e o olhar dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia de Saúde da Família, em relação a maus tratos em crianças e adolescentes e sua notificação.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de corte transversal. Este pode ser usado como um estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre exposição ou características e evento. Como os estudos de corte transversal descrevem o que ocorre com um determinado grupo e em um determinado momento, eles

são importantes guias para tomadas de decisões no setor de planejamento de saúde. Para o profissional que lida diretamente com pacientes, os estudos de corte transversal oferecem informações da maior utilidade ao chamar atenção para características ligadas com a frequência de um determinado fenômeno na comunidade ou em determinado serviço assistencial.

O estudo foi realizado no município de Pacajus – CE, no tocante as características da saúde. Esse município vem adotando a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da atenção primária à saúde de sua população. Segundo dados do Ministério da Saúde¹⁰ ele conta, atualmente, com 70 agentes comunitários de saúde, 13 equipes de saúde da família e 6 equipes de saúde bucal e cobertura média de 84,4% na região conforme dados do Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica. Neste estudo utilizamos como critério de inclusão os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas cadastrados nas equipes de saúde da família da região, pois acreditamos que é a partir desses profissionais que irá se desenhar o novo modelo de atenção à saúde primária neste município centrado nos princípios doutrinários e norteadores do Sistema Único de Saúde.

O número de Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal está assim distribuído, respectivamente: Pacajus (13/06).

Para coleta de dados foi utilizado um questionário anônimo, auto-aplicado com 32 questões fechadas, adaptado do trabalho realizado por Luna¹¹ junto aos profissionais (médico, enfermeiro e cirurgião dentista) da equipe de saúde da família de Fortaleza, em 2007.

Este instrumento identifica as principais barreiras para o profissional notificar maus tratos em crianças e adolescentes, o conhecimento desse profissional sobre o tema e a postura desse profissional frente a casos de maus tratos, além de caracterizar esses sujeitos como relação a sexo, idade, renda e aspectos voltados para a formação profissional.

O instrumento de coleta de dados foi distribuído aos 32 profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família – ESF, porém apenas 21 deles devolveram o questionário.

Os dados foram submetidos à análise descritiva.

Ressalta-se que este estudo retrata dados parciais de um projeto maior, em andamento, na Região Metropolitana de Fortaleza, sendo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFOR (Parecer 072/2007, com registro no Coética 07-087).

Resultados

Dos 32 questionários distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Pacajuz – CE foram devolvidos 21, portanto 65,62% do total, sendo médicos 4, enfermeiros 13 e cirurgião dentista 4.

As principais características dos profissionais participantes apontam para uma maioria de mulheres (76,2%) predominantemente jovem, com idade entre 20-40 anos (76,2%); 57,1% eram solteiros, 47,6% possuíam menos de 5 anos de formado, 38,1% não possui nenhuma pós-graduação e 52,% possuem menos tempo de trabalho na Equipe de Saúde da Família (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio demográficas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Pacajus, Ceará, Brasil, 2009.

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	Nº	%
Sexo		
Masculino	5	23,8
Feminino	16	76,2
Idade		
20-30	8	38,1
31-40	8	38,1
41-50	0	0
Não respondeu	5	23,8
Estado Civil		
Solteiro	12	57,1
Casado	8	38,1
Viúvo	1	4,8
Divorciado	0	0
Categoria Profissional		
Médico	4	19,0
Enfermeiro	13	61,9
Cirurgião Dentista	4	19,0
Formação (ano)		
menos de 5 anos	10	47,6
05 – 10 anos	8	38,1
Acima de 10 anos	3	14,3
Pós-graduação		
Nenhuma	8	38,1
Esp. Saúde pública	4	19,0
Esp. Outras áreas	7	33,3
Esp. Saúde Pública e em áreas específicas	1	4,8
Resi. Saúde Pública	1	4,8
Tempo de trabalho na ESF		
Menos 5 anos	11	52,4
05-10 anos	7	33,3
Acima de 10 anos	3	14,3

Em relação à visão dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre maus tratos, 95% afirmaram não terem sido vítimas de maus tratos na infância ou adolescência; 71,4% não participaram de treinamento sobre a temática; 85,7% que gostariam de participar; 71,4% conhecem o ECA, 57,1% afirmam conhecer também a ficha de notificação compulsória de maus tratos a infância e adolescência na atenção básica; 57,1% possuem a ficha na sua Unidade Básica de Saúde; 57,1%

dos profissionais confiam nos órgãos de proteção à criança e ao adolescente; 66,7% não leem sobre a temática, porém 52,4% dos profissionais discutem sobre o assunto no ambiente de trabalho e 71,4% acham vantajoso instituir a ficha de notificação no seu local de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis relacionadas à visão dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre maus tratos. Pacajus, Ceará, Brasil, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Sofreu maus tratos		
Sim	1	5,0
Não	20	95,0
Participou de treinamento		
Sim	6	28,6
Não	15	71,4
Gostaria de participar de treinamento		
Sim	18	85,7
Não	2	9,5
Não respondeu	1	4,8
Conhece o ECA*		
Sim	15	71,4
Não	6	28,6
Conhece a ficha de notificação		
Sim	12	57,1
Não	8	38,1
Não respondeu	1	4,8
Na unidade possui a ficha		
Sim	12	57,1
Não	5	23,8
Não sei	4	19,0
Confia nos órgãos de proteção		
Sim	12	57,1
Não	5	23,8
Não respondeu	4	19,0
Lê sobre o assunto		
Sim	7	33,3
Não	14	66,7
Assunto discutido na unidade		
Sim	11	52,4
Não	10	47,6
Vantagem instituir a ficha na AT**		
Sim	15	71,4
Não	6	28,6

*Estatuto da Criança e do Adolescente

**Atenção Básica

Sobre o conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao processo de notificação, verificou-se que a maioria 42,9% não respondeu ao ser indagado se já havia notificado um caso de maus tratos, entretanto 81% sabem para onde encaminhar esses casos; 57,1% temem o envolvimento legal nesse processo de notificação e 85,7% não conhecem instituições de apoio as vítimas de maus tratos na infância e adolescência (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis relacionadas aos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre o conhecimento quanto ao processo de notificação. Pacajus, Ceará, Brasil, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Notificou o caso		
Sim	6	28,6
Não	6	28,6
Não respondeu	9	42,9
Sabe para onde encaminhar		
Sim	17	81,0
Não	3	14,3
Não respondeu	1	4,8
Medo de envolvimento legal		
Sim	12	57,1
Não	9	42,9
Conhece instituições de apoio as vítimas		
Sim	2	9,5
Não	18	85,7
Não respondeu	1	4,8

Discussão

Em estudo¹² semelhante, ao investigarem o perfil sócio demográfico e ocupacional de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, identificaram também a predominância do sexo feminino (59%), casados (51,4%), em contrapartida identificou profissionais “maduros”, cuja mediana de idade encontrada foi de 36,0, ao passo que, em grandes centros urbanos, predominam os profissionais mais jovens, com idade abaixo de trinta anos¹³.

Os dados do IBGE¹⁴ em relação ao mercado de trabalho apontam que o nível

da taxa de atividade do Brasil, em 1997, foi de 60,1%, 73,9% para os homens e 47,2% para as mulheres, contudo as Regiões Sul e Centro-Oeste se encontraram em média 5% acima deste nível, a Região Nordeste bem próxima e as Regiões Norte urbana e Sudeste abaixo.

O fato da maioria dos profissionais ser mulheres está também associado ao número de enfermeiros participantes do estudo, que há predominância feminina. Ao analisarmos os profissionais que notificaram maus tratos, os enfermeiros foram os que mais efetivaram essa prática, sendo assim, podemos inferir que as mulheres foram as que mais notificaram, talvez isso ocorra devido à sensibilidade feminina, o fato de gerar filhos, pode ser um fator positivo na preocupação com crianças e adolescentes, entre outros fatores.

Ao considerarmos que o surgimento da Estratégia Saúde da Família ainda é remota, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde¹⁵ em 1994, justifica-se os dados que apontam os profissionais jovens como os principais trabalhadores nesse campo.

Entendemos que a abordagem de casos de violência na atenção básica é essencial, os próprios princípios da ESF fortalecem essa questão já que se trata de um serviço onde se configura como porta de entrada do sistema, tem maior vínculo com a comunidade, facilitando a identificação de casos, além da valorização da participação popular, onde várias estratégias de combate a violência, formação de redes, podem ser elaboradas a partir de um planejamento com a comunidade.

Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a essa nova realidade¹⁶. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de

formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos.

O estudo aponta que 38,1% dos profissionais não possuem nenhuma pós-graduação, em contrapartida os cursos de pós-graduação de preferência entre os estudados são os da área de saúde coletiva, sendo a especialização em outras áreas cursada por 33,3% e a residência escolhida por 4,8%, dos profissionais, respectivamente.

A qualificação profissional é muito importante e deve ser sempre estimulada, o Ministério da Saúde implantou, através da Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente¹⁷ que tem como proposta de ação estratégica contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Salientando o baixo percentual (5%) de profissionais que reportam terem sido vítimas de maus tratos na infância e sua associação com a atitude de não notificar. Esse achado aponta para a direção oposta aos poucos achados que investigaram tal relação¹⁸. O receio de mobilizar sentimentos indesejáveis ligados a uma experiência traumática poderia influenciar a decisão de não notificar um caso de maus tratos infantis. Porém essa hipótese deve ser explorada em futuras investigações.

O estudo identifica um achado contraditório: apesar da alta taxa de profissionais afirmarem não ter participado de treinamento específico sobre o assunto (71,4%), um número expressivo de profissionais (9,5%) afirmou que não desejam participar de tais treinamentos.

Desde 2005, a Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS/MS – tem procurado

capacitar alguns profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos registros dos dados do tema aqui tratado, para que busquem qualificar os registros¹⁹.

A capacitação é extremamente importante para a qualidade das informações contidas no instrumento de notificação, bem como para manejo dos casos e foi citada na pesquisa como uma ferramenta crucial para o trabalho neste contexto da atenção básica da saúde junto a comunidade, frente aos problemas de violência.

Na análise entre conhecimento dos profissionais em relação ao Estatuto da Criança e Adolescente e a Ficha de Notificação, os dados mostram que a maior parte dos profissionais apresenta conhecimento sobre o ECA³ (71,4%), e sobre a ficha de notificação (57,1%).

Nesse sentido, estudos apontam a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamento e da qualificação da formação sobre a atitude dos profissionais de saúde em notificar casos de maus tratos. Os achados desse estudo confirmam a associação feita por Vulliamy e Sullivan⁴ bem como por Escobar²⁰.

O estudo mostra que as unidades básicas de saúde ainda apresentam um alto percentual (23,8%), não tem a ficha de notificação em seu ambiente de trabalho, instrumento importante no atendimento às vítimas de maus tratos, na possibilidade de um prognóstico e uma melhora na diminuição desses casos.

Apesar de 57,1% dos participantes em estudo não mostrarem confiança nos órgãos de proteção, esses dados constituem parte importante do estudo se levar em consideração que para enfrentar o problema é necessário uma rede de apoio intersetorial e interdisciplinar.

Em um estudo²¹ foi evidenciado que apesar da alta taxa de desconfiança nos órgãos de proteção e do receio do pediatra ser envolvido em um processo legal, a identificação e a notificação de casos de maus tratos infantis foi uma prática frequente entre os profissionais. Este achado diverge desta pesquisa, a qual 60,0% dos profissionais, que notificaram maus tratos, disseram que confiam nos órgãos de proteção à infância e adolescência.

O baixo grau de confiança nos órgãos de proteção tem sido fator relacionado com a não notificação, mesmo em países de notificação compulsória e com sistema de proteção adequado^{22, 23}.

Apesar dessa realidade a notificação de maus tratos ainda é um assunto pouco discutido nas unidades de saúde. Dos 21 profissionais em estudo, 52,4% afirmaram a não abordagem de tal tema em reuniões das equipes, entre os conselhos de saúde e na própria comunidade. Isso nos leva a refletir o papel do profissional no que tange os princípios do SUS e da Saúde da Família, que enfatiza a promoção de saúde como uma das diretrizes fundamentais do processo de trabalho.

O Ministério da Saúde¹⁷ preconiza que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer conhecimentos à comunidade e assim propiciar o questionamento e reflexão sobre os diversos temas relacionados com a saúde.

Dentre os 21 participantes da pesquisa, houve um equilíbrio nas respostas onde 28,6% notificaram os casos de maus tratos, apesar de 42,9% não terem respondido a questão, podemos relatar que tais dificuldades podem ser agrupadas da seguinte forma: falta de conhecimento e habilidade em identificar e abordar maus tratos em crianças e adolescentes,

falta de capacitação sobre o tema para os profissionais da rede básica e medo de envolvimento legal e emocional, como também da própria família/agressor. A falta de habilidade dos profissionais em manusear os casos de maus tratos é notória ao analisarmos as respostas.

Apesar das determinações legais contidas no Estatuto da Criança e Adolescente³ (ECA), a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil. Isso não surpreende se considerarmos que o mesmo ocorre em países onde a legislação é mais antiga e os sistemas de atendimento mais aprimorados²⁴.

Diante do exposto acima se percebeu que os profissionais têm interesse em notificar, porém falta conhecimento, treinamento e apoio quanto à segurança e órgãos de apoio e proteção. O estudo sinaliza para despertar a conscientização e compromisso dos gestores para investir no processo de notificação nessa área e ainda devem oferecer esforços para acabar ou, pelo menos, reduzir tais ocorrências a indicadores que sejam compatíveis com a pretensão de sermos uma sociedade mais justa, alicerçada em valores ético-humanistas.

Referências

1. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência: Os jovens da América Latina. 1 ed. Brasília: RITLA; 2008.
2. Dahlberg LL., Krug EG. Violência: um problema geral de saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; v.11(sup): p. 1163-1178.
3. Brasil. Ministério Saúde. Presidência do BRASIL. Presidência da República. Lei 8.069, 13 jul. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990.
4. Vulliamy AP., Sullivan R. Reporting child abuse: pediatrician's experiences with child protection system. *Child Abuse Negl*; 2000.
5. Ceará. Pesquisa sobre o comportamento de risco dos adolescentes estudantes do Estado do

- Ceará. Fortaleza: SAS/SEDUC/SESA/SECULT/SEPLAN; 2003.
6. Abrapia. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível em: <http://www.bullying.com.br>. Acesso jun. 2007.
 7. Sipiani. Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância. Disponível em: <http://diganaoaerotizacaoinfantil.wordpress.com>. Acesso ago. 2006.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Presidência da República. Constituição Federal 1988. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1988.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 936, DE 18 DE MAIO DE 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
 10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica – DAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
 11. Luna GLM., Ferreira RC., Vieira LJES. Notificação de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes por Profissionais da Equipe Saúde da Família em Fortaleza (CE). *Ciênc. Saúde Coletiva* (Online). 2008;15: p.0170.
 12. Canesqui AM., Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(9): p.1881-1892.
 13. 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, DF: Ministério da Saúde, 2002a.
 14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em <www.ibge.gov.br/home/estatística/ecomomia/pibmunicipios/2004/>. Acesso em ago. 2007.
 15. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.
 16. Campos FE., Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*. 2001; 5(9): p.133-142.
 17. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 198 GM / MS 13 fev. 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004e.
 18. Socolar RRS, Reives P. Factors that facilitad or imped physicians who perform evaluations for child maltratement. *Child Malt*. 2002; 7: 377-81.
 19. Minayo MCS., Deslandes, S.F.(Orgs.). *Análise Diagnóstica da Política para Redução de Acidentes e Violências*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
 20. Escobar SF. A study of factors influencing child abuse reporting by mental health-professionals [tese doutorado]. Illinois: University of Illinois, 1995.
 21. Pires JMA. *et al*. Barreiras para notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2005; 5(1): p. 103-108.
 22. Ron S. Pediatrician in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse Negl*.1998; v.22: p. 143-153.
 23. Braz M., Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2000; 8(1): p. 91-7.
 24. Gonçalves HS., Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(1): p.315-19.
-
- Agradecimento:**
Fundação Cearense de Apoio ao desenvolvimento Científico – FUNCAP e Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
-
- Endereço para correspondência:**
Isabella Lima Barbosa
Rua Eunice Weaver, nº 1425, casa 101E
Sapiranga - CEP 60.833-365
Fortaleza - Ceará
Email: isabellaecampelo55@hotmail.com