

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA INFANTO-JUVENIL E APLICABILIDADE DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA NO VIII DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE DE MACEIÓ – AL.

SANTOS, Daniela Nobre¹;

OLIVEIRA, Magda Matos².

RESUMO

As crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e para garantir esses direitos e a proteção integral, torna-se a família, comunidade, sociedade e Poder Público responsáveis por assegurar-lhes, pois os mesmos são fundamentais para a vida, crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. Buscou-se analisar os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência contra as crianças e adolescentes, na faixa etária entre 0 a 19 anos, no período de janeiro de 2014 a agosto de 2019 no VIII distrito sanitário de saúde de Maceió – AL, descrevendo o perfil. O método de pesquisa é abordagem quantitativa, epidemiológica descritiva e estatística descritiva simples. Ao analisarmos, percebeu-se que a violência física, seguida da psicológica/moral, tortura e negligência/abandono são as mais prevalentes em Maceió. Observou-se que há predominância de hostilidade na faixa etária de 15-19 anos para as violências físicas, psicológica/moral e a tortura, enquanto de 1-4 anos sofrem mais com a negligência/abandono. Contudo, averiguou-se que falta de conhecimento técnico e capacitação dos profissionais de saúde é uma realidade comum em Maceió. Encontrou-se um Sistema de Garantia muito debilitado; com comunicação defasada; falta de trabalho intersetorial e multiprofissional; condições precárias de trabalho; sem bancos de dados para facilitar no planejamento; falta de conhecimento técnico-científico e educação continuada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Violência infantil. Notificação compulsória. Estatuto da criança e do adolescente. Direitos da criança e do adolescente.

ABSTRACT

Children and adolescents are subjects of rights and in order to guarantee these rights and full protection, it becomes the family, community, society and the Government responsible for ensuring them, as they are fundamental for children's life, growth and development. juvenile. We sought to analyze the epidemiological data of compulsory notifications of violence against children and adolescents, aged 0 to 19 years, from January 2014 to August 2019 in the VIII health district of Maceió - AL, describing the profile. The research method is quantitative approach, descriptive epidemiological and simple descriptive statistics. When analyzing, it was realized that physical violence, followed by psychological / moral, torture and neglect / abandonment are

¹ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: danielanobreenf@hotmail.com

² Enfermeira, professora e mestre do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: magda.matos@souunit.com.br

the most prevalent in Maceió. There was a predominance of hostility in the age group 15-19 years for physical, psychological / moral violence and torture, while 1-4 years suffer most from neglect / abandonment. However, he found that lack of technical knowledge and training of health professionals is a common reality in Maceió. A very weak Warranty System was found; with lagged communication; lack of intersectoral and multiprofessional work; poor working conditions; no databases to facilitate planning; lack of technical-scientific knowledge and continuing education.

KEYWORDS: Nursing. Child violence. Compulsory notification. Child and adolescent statute. Child and adolescent rights.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, e também deveres, conforme promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil – CF, de 1988, e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, de 1990, que foram reconhecidos e conquistados por meio de lutas sociais em prol deste público (SANTOS; YAKUWA, 2015). Em 2013, este segmento teve mais um ganho com a aprovação do Estatuto da Juventude – EJ que foi fruto da luta de muitas juventudes em 2008 na 1ª Conferência Nacional de Juventude.

Para a garantia dos direitos e proteção integral das crianças e dos adolescentes, torna-se a família, comunidade, sociedade e Poder Público responsáveis por assegurarem e efetivarem todos os direitos que estão descritos nas leis, sendo punidos se houver atentado ou omissão desses direitos que são fundamentais para a vida, crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil (BRASIL, 1990).

No entanto, mesmo esses direitos sendo estabelecidos na Carta Magna e no ECA, percebe-se que este grupo é vítima diariamente das mais diversas formas de violências, (CEZAR; ARPINI, 2016). Realizando uma breve consulta no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, podemos perceber que ainda possuímos uma realidade muito assustadora com números de casos crescentes nessa faixa etária.

Existem diversas formas de violência, mas elas podem ocorrer de forma natural (todos os seres humanos já nascem com ela) ou artificial que é causada por um ato excessivo, seja de força ou não, de uma pessoa a outra (PAVIANI, 2016).

Os profissionais da saúde devem comunicar as autoridades competentes quando houver suspeita ou confirmação de maus-tratos devendo ser punido o profissional quando não comunicar, segundo o ECA (1990) no artigo 245. Para isto, os

profissionais devem usar a ficha de notificação compulsória que pode ser utilizada por diversos serviços configurados como porta de entrada (CEZAR; ARPINI, 2016).

Para Cezar e Arpini (2016) e Cezar, Arpini e Goetz (2017), a subnotificação da violência é uma realidade muito comum no Brasil, mesmo com dois manuais orientadores da temática criados pelo Ministério da Saúde – MS para os profissionais de saúde. Sendo eles: *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde* (2002) e *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço* (2002).

Em face destas questões, a violência contra infância e adolescência é um fenômeno complexo e delicado que vai além do segmento da saúde, embora esta seja a que mais sentem as suas repercussões, e a notificação compulsória é um fator possível de proteção infanto-juvenil. Com isso, foi escolhido a VIII região sanitária para estudo epidemiológico da violência infanto-juvenil, pois é o distrito de saúde arredor do Centro Universitário Tiradentes – UNIT, o qual possui uma Unidade Docente Assistencial, e o de maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Considerando o exposto, esta pesquisa tem como objetivo analisar os dados epidemiológicos das notificações compulsórias da violência contra as crianças e adolescentes, na faixa etária entre 0 a 19 anos, no período de janeiro de 2014 a agosto de 2019 no VIII distrito sanitário de saúde de Maceió – AL, descrevendo o perfil.

Analisar a aplicabilidade do ECA por meio de cruzamento dos dados; comparar dados coletados de algumas instituições do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente; e elaborar um mapa de violência da região supracitada são os objetivos específicos deste trabalho e pressupõe como hipótese um alto índice de violência, principalmente nos bairros marginalizados, e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os artigos 13 e 245 do ECA que dispõem sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória em caso de suspeita ou confirmação da violência e as penalidades se houver omissão por conta do profissional, segundo os artigos citados.

Desta maneira, esta pesquisa se faz relevante para o conhecimento da atual situação de violência, assim como, o perfil da vítima e do agressor, trazendo como resultado um mapa de violência local que possa contribuir com posteriores consultas e/ou pesquisas. Diante disto, fica a seguinte questão norteadora: qual o perfil da

violência infanto-juvenil segundo dados do SINAN e da Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente?

2 REVISÃO DA LITERATURA

A violência, olhada como uma violação de direitos infanto-juvenil, foi considerada um problema de saúde pública desde 1990 pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, sendo um evento complexo e delicado devido a sua magnitude, gravidade e vulnerabilidade fazendo-se necessárias propostas de intervenções na esfera da saúde, visto as repercussões neste setor (BARBIANI, 2016).

Alves e Rosa (2013) nos mostram alguns principais determinantes da violência (características pessoais, relações sociais, relações comunitárias e desigualdades socioeconômicas) na adolescência classificando-os conforme o modelo ecológico da OMS (onde a violência é um resultado da interação de diversos fatores). As mesmas apontam que o trabalho com a relação familiar é de suma importância para as intervenções em saúde e a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família – ESF são os principais agentes nesta atuação, já que é o objetivo deste programa trabalhar com o grupo familiar.

Para Barbiani (2016), somente a prevenção não é suficiente para o enfrentamento das violências, enquanto Alves e Rosa (2013) traz a promoção e prevenção como um fator potencial para contribuir no fortalecimento de vínculos e boa convivência familiar. No entanto, esses dois pensamentos se completam para os direitos das crianças e dos adolescentes e combater as violências nesse público.

De modo excepcional, Alves e Rosa (2013) traz propostas de intervenções de saúde que podem ser postas em práticas nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) conforme o seu foco (profissional, intersetorialidade, família, vítimas, agressores, cultura e outros). Vale salientar, que cada grupo trabalhado tem a sua característica, mesmo estando na mesma faixa etária, por isso se torna importante não rotular o público-alvo e trabalhar a atividade conforme a necessidade para a boa efetividade do método.

Capacitar e sensibilizar os profissionais; criar um acolhimento estruturado, capaz e sensível de identificar fatores de risco; distinguir a necessidade do público-alvo; ter um sistema de informação estruturado; trabalhar em rede; realizar educação em

saúde; proporcionar empoderamento e protagonismo infanto-juvenil; promover cultura de paz; fortalecer vínculos familiares; e realizar notificação compulsória são algumas das inúmeras ações que podem ser feitas sem ser necessário um valor aquisitivo exorbitante, mas esta temática ainda não é devidamente priorizada no âmbito da saúde (IBIDEM, 2013).

Nas práticas cotidianas, trabalhar protagonismo juvenil, [...], significa promover, nos diversos espaços comunitários ou nas diversas estratégias de intervenção, a ampla participação dos jovens no planejamento e na condução de ações, diretrizes e normas sociais, favorecendo o diálogo e a troca dos adultos com os jovens (IBIDEM, 2013, p. 56).

Destas condutas, destaca-se a notificação compulsória, pois em 2006, o Ministério da Saúde – MS criou o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA* por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 que em 2009 passou a incorporar o *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN* e a *Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas*, mas só apenas em 2011, com a aprovação da Portaria MS/GM nº 104, que as violências entraram na relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todos os serviços de saúde determinando mais uma vez a obrigatoriedade do profissional de saúde notificar (BRASIL, 2018; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017; CEZAR; ARPINI, 2016; GARDIN *et al*, 2015).

A notificação compulsória deve ser realizada por profissionais de saúde ou de outros setores, como garantia de proteção à infância e a adolescência e um valioso instrumento de política pública, entretanto, os profissionais de saúde têm diversas dificuldades (como falta de capacitação, de habilidade e sensibilização para reconhecimento e manejo do ocorrido) para notificar, além disso, há um problema para identificar a violência acometida no paciente, muitas vezes por falta de conhecimento técnico-científico (IBIDEM, 2016).

A *Ficha de Notificação/Investigação Individual de violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências* teve a sua primeira versão em junho de 2006 poucos dias após da aprovação do VIVA, em 2008, o MS desenvolveu uma segunda versão da ficha e por último, em 2015, foi lançada uma terceira versão mais minuciosa, porém essas etapas citadas foram elaboradas com representantes de gestores e profissionais que fazem parte das 3 esferas (municipal, estadual e federal) do Sistema Único de Saúde – SUS, além de instituições de ensino, pesquisa e não-governamentais (IBIDEM, 2016; GARDIN *et al*, 2015).

Em caso de violência infanto-juvenil, a ficha deve ser preenchida em 3 vias (uma para a unidade, outra para a vigilância epidemiológica municipal e a outra para o Conselho Tutelar – CT) ou em 2 vias (uma para a unidade e outra para a vigilância epidemiológica municipal), se o profissional optar por esta última, deverá comunicar o CT ou autoridades competentes por meio de um relatório impresso, conforme indica o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (IBIDEM, 2016).

A notificação é um mecanismo que corrobora para o combate das violências ampliando a visibilidade do fenômeno, porém a notificação não deve ser isolada, mas associada à outra ação, entretanto, o profissional deve compreender que a notificação compulsória é um procedimento essencial que contribui para novas políticas públicas e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, para isto, é fundamental a capacitação e sensibilização desses profissionais ajudando-os a superar os medos (retaliação, questões legais, sentimentos de medo, impotência revolta e outros) e os obstáculos (falta de conhecimento técnico, sensibilização para o reconhecimento dos sinais e acolhimento da vítima) para não notificação (IBIDEM, 2016; GARDIN *et al*, 2015).

3 METODOLOGIA

Este trabalho diz respeito a uma pesquisa de abordagem quantitativa, epidemiológica descritiva e estatística descritiva simples.

A pesquisa quantitativa tem como objetivo quantificar os resultados que geralmente são grandes e representativas de população, constituindo dados reais do público-alvo (FONSECA, 2002, p. 20). Já a epidemiologia descritiva, objetiva-se a descrever informações detalhadas da ocorrência em eventos relacionados à saúde tendo intenções de se obter qualidade das informações, conhecer o padrão geral do ocorrido (que em geral é uma enfermidade) e identificar o público vulnerável (WERNECK, 2009). Assemelhando-se a pesquisa bibliográfica (que trabalha com fontes de material já elaborado, como por exemplo, livros e artigos científicos), de acordo com Gil (2002).

3.1 CAMPO DA PESQUISA, SUJEITO E VARIÁVEIS ESTUDADAS

Os campos de estudos para esta pesquisa foram alguns órgãos que compõem o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), conforme Resolução 113 de 19 de abril de 2006 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), como: o Conselho Tutelar (CT) da Região Administrativa (RA) VI, Secretária Municipal de Saúde (SMS) e Delegacia de Crimes Contra a Criança e ao Adolescente (DCCCA).

A pesquisa considera o tratamento dos dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no período de janeiro de 2014 a 2017, além da coleta de informações extraída do banco de dado da Delegacia Geral de Polícia Civil a respeito da violência física, psicológica/moral, negligenciada/abandono e tortura no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018 do VIII distrito sanitário de saúde contendo as seguintes informações:

- a) Da vítima: idade, sexo, escolaridade, tipo de violência sofrida e relação da vítima com o agressor; e
- b) Do agressor: idade, sexo, escolaridade e relação do agressor com a vítima.

O total da amostra incluída na pesquisa correspondeu ao somatório de casos coletados na Delegacia Geral. Sendo incluídos todos os casos de vítimas com idade de 0 a 19 anos que estejam dentro do corte temporal. Os dados excluídos da pesquisa foram os casos referentes a indivíduos não residentes no VIII distrito sanitário de saúde de Maceió – AL e com quatro ou mais variáveis em branco ou ignoradas nos bancos de dados.

A faixa etária de 0 a 19 anos utilizada é a idade infanto-juvenil de consulta apresentada no SINAN nos seguintes intervalos: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-14 e 15-19. Entretanto, este sistema só possui dados alimentados para violência até o ano de 2017.

3.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS

Como as informações trabalhadas foram dados secundários do banco de dados da Delegacia Geral que são dados de caráter de domínio público e que não identifica vítima ou agressor, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O material disponibilizado pela delegacia foi recebido via email em formato planilhas do Microsoft Excel 2010 contendo informações de casos dos 102 municípios de

Alagoas. Para atender as variáveis delimitadas nesta pesquisa as planilhas foram filtradas com os dados do VIII distrito sanitário de saúde onde apenas os bairros de Cruz das Almas e Jacarecica atendiam as exigências da pesquisa e em seguida elaborada a tabela 1 e os gráficos 1 e 2.

No tratamento de dados do SINAN foram utilizadas as variáveis de idade, sexo, tanto da vítima como do agressor, e tipo de agressão. Em seguida, elaborou-se planilhas no Microsoft Excel 2010 com os casos ocorridos em Maceió. A partir das, definiu-se limite mínimo, limite máximo, frequência relativa e frequência absoluta traçando quadro 1 e gráficos 3 e 4 para a construção da discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DA VÍTIMA DO VIII DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE

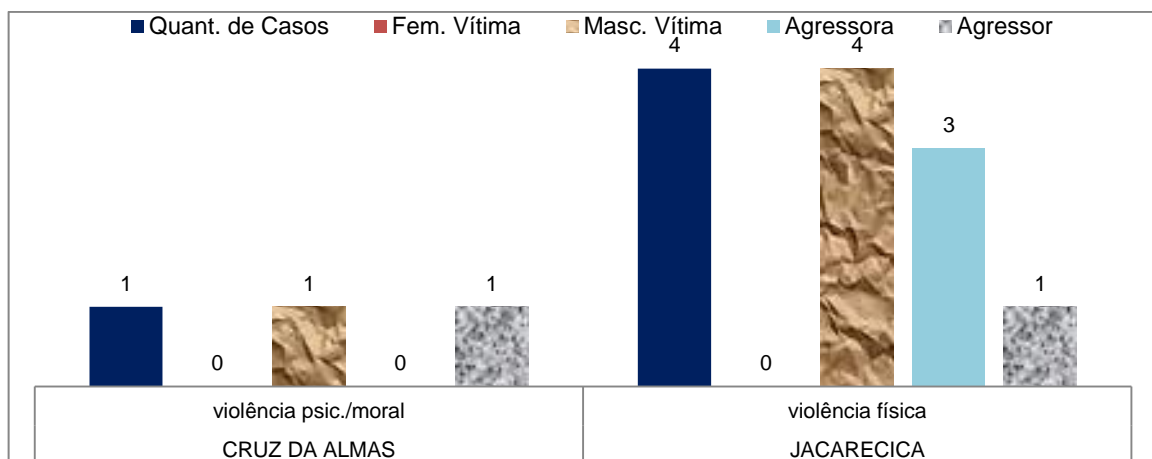
Após a solicitação de dados a Delegacia de Crimes Contra a Criança e o Adolescente (DCCCA) a mesma direcionou para a Gerência de Estatística e Análise Criminal da Delegacia Geral de Polícia Civil localizada no bairro de Jacarecica que disponibilizou o banco de dados extraído do Sistema Policial (SISPOL), o qual foi utilizado até 2018, atualmente está em adaptação um outro sistema.

Os termos utilizados pela polícia, que segue o Código Penal, para as violências são diferentes dos termos usados pelo Ministério da Saúde (MS). Sendo assim, para esta pesquisa, considera-se:

- a) Violência Física: Lesão Corporal;
- b) Violência Psicológica/Moral: Ameaça, Calúnia, Injúria e Difamação;
- c) Violência Negligenciada/Abandono: Abandono de incapaz; e
- d) Tortura.

O gráfico 1, remete a realidade de informações encontradas no banco de dados, onde é evidente a ausência de casos notificados ou denunciados nos outros bairros que compõem o distrito.

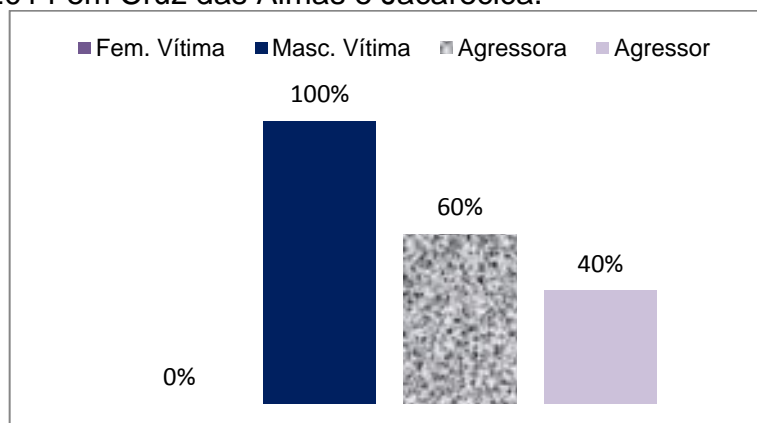
Gráfico 1 – Frequências absolutas dos casos de Violências por sexo da vítima e do(a) agressor(a), no ano de 2014, nos bairros de Cruz das Almas e Jacarecica.



Fonte: Autora, 2019.

Conforme o banco de dados, em 2014 (gráfico 1) ocorreram e/ou foram denunciados apenas 5 casos, sendo eles: um caso de violência psicológica/moral em Cruz das Almas em uma criança do sexo masculino, no ensino fundamental, 12 anos, e o agressor foi um homem de 36 anos, alfabetizado e sem afinidade com a vítima; e 4 casos de violência física em Jacarecica em 2 crianças do sexo masculino, de 7 anos (fundamental) e <1 ano, respectivamente. O agressor da criança de 7 anos foi um adolescente de 13 anos (fundamental) e da criança <1 ano foi a tia de 45 anos (fundamental), este último caso, era reincidente segundo a análise da tabela. No que diz respeito a escolaridade, todos os (as) agressores (as) e vítimas (com exceção da criança <1 ano) são alfabetizados.

Gráfico 2 – Frequência relativa de ocorrência do sexo da vítima e do (a) agressor (a) no ano de 2014 em Cruz das Almas e Jacarecica.



Fonte: Autora, 2019.

O gráfico 2, nos mostra a frequência relativa dos sexos que foram vítimas e agressores (as) no ano 2014 em Cruz das Almas e Jacarecica. É possível perceber que a ocorrência foi de 100% em criança do sexo masculino enquanto as mulheres (60%) predominaram na autoria da violação do Direito da Criança e do Adolescente (DCA).

Em 2015, a Cruz das Almas obteve 2 casos de violência psicológica/moral em uma criança de 10 anos e um adolescente de 12 anos, ambos no ensino fundamental, sem afinidade com o agressor do sexo masculino, 39 anos, analfabeto. Averiguando estes dados, percebe-se que é possível ser o mesmo agressor para os dois casos, pois ambos o autor tem a mesma idade e data de nascimento e ocorreram no mesmo dia e hora. Provavelmente as crianças tenham algum grau de parentesco.

Já em 2016, Jacarecica que obteve 1 caso de violência física recorrente em uma menina de 9 anos agredida pelo irmão de 14 anos, os dois no ensino fundamental. Infelizmente, a base de dados não obtinha nenhuma informação de eventos das violências estudadas para os anos de 2017 e 2018. A falta de dados pode ter acontecido por diversos fatores, como por exemplo: problema com a rede para acesso do sistema, a não alimentação dos dados pelos funcionários, a falta de ocorrência ou a não denúncia pela vítima e/ou responsável.

Tabela 1 – Resumo dos eventos ocorridos em Cruz das Almas e Jacarecica nos anos de 2014 a 2016.

Bairro	Tipo de Violência	Quantidade de Casos	Masc.	Fem.	Autor	Autora
Cruz das Almas	Psicológica/Moral	3	1	2	3	0
Jacarecica	Física	6	4	2	3	3

Fonte: Autora, 2019.

A tabela 1 mostra o quantitativo de eventos ocorridos nos anos de 2014 a 2016 distribuído por sexo da vítima e do (a) autor (a). Em relação a vítima, os meninos são os mais prevalentes na violência física, enquanto, as meninas são na violência psicológica/moral. Já o homem aparece mais como agressor do que a mulher.

Infelizmente, não foi possível traçar o perfil epidemiológico das vítimas e dos (as) atores devido aos poucos dados obtidos na base de dados recebida, conseqüentemente, não sendo possível elaborar o mapa de violência do VIII distrito sanitário de saúde. Vale ressaltar, que as portas de entrada utilizada para esses fatos foram à delegacia especializada e os dados solicitados sobre medidas preventivas aplicadas para as vítimas e as penalidades aplicadas aos atores são pertinentes, conforme informação da Delegacia Geral de Polícia Civil, ao Ministério Público e/ou Vara da Infância-Juvenil, instituições que não entraram como campo de pesquisa.

4.2 PERFIL DA VÍTIMA SEGUNDO INFORMAÇÕES DO SINAN

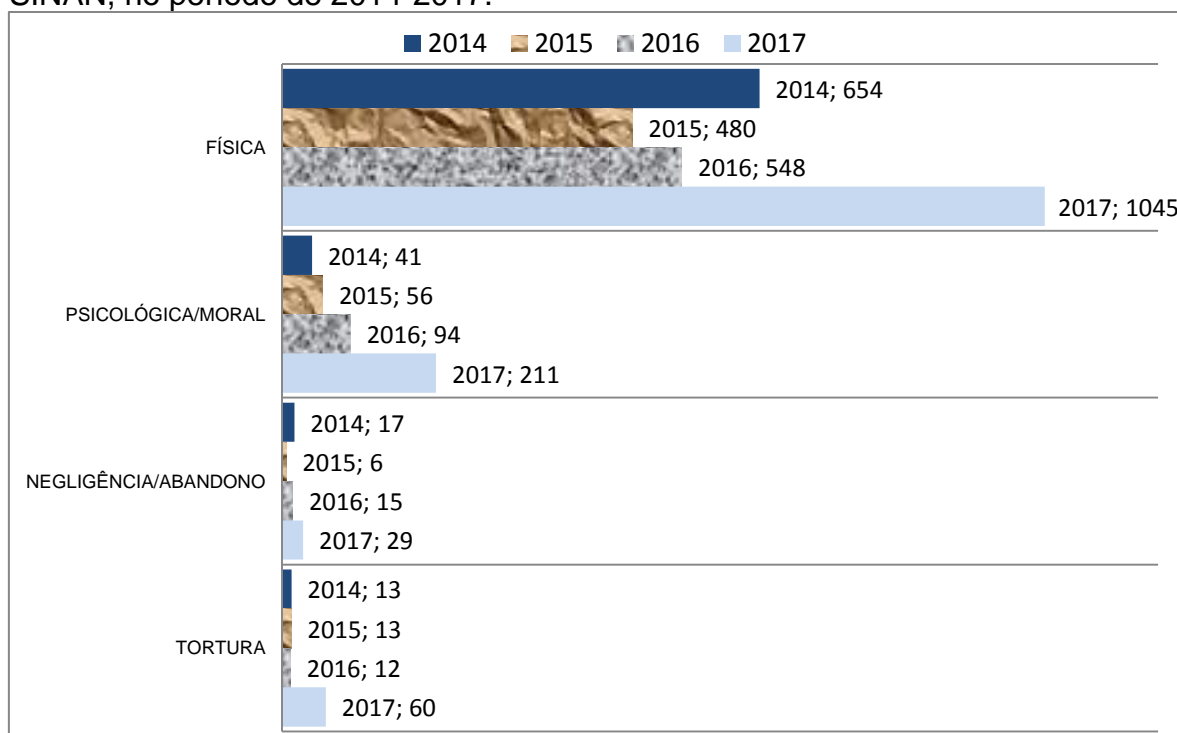
O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é alimentado por meio das fichas de notificação compulsória preenchidas pelos profissionais de saúde, geralmente são das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que informam a ocorrência de uma doença ou grave que estão na relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória.

Em 2011, as violências passaram a integrar essa relação por meio da aprovação da Portaria MS/GM nº 104 determinando a obrigatoriedade de profissionais de todos os serviços de saúde notificar.

O SINAN não proporciona uma busca por bairro apenas por município e por este motivo que analisamos os dados de Maceió, além de só obter informações sobre violências até o ano de 2017. O sistema informa que os dados de 2017 foram atualizados em 17 de abril de 2019.

Como não foi possível trabalhar por bairro, então foi trabalhado as variáveis idade, sexo e tipo de agressão no município de Maceió nos anos de 2014 a 2017. O gráfico 3 diz respeito ao total de casos das violências estudadas no município de Maceió:

Gráfico 3 – Frequência absoluta das violências ocorridas em Maceió, segundo SINAN, no período de 2014-2017.



Fonte: Autora, 2019.

Conforme Nunes e Sales (2016) expõem, em sua pesquisa, a negligência, seguida da violência física, psicológica e sexual são prevalentemente mais frequentes em

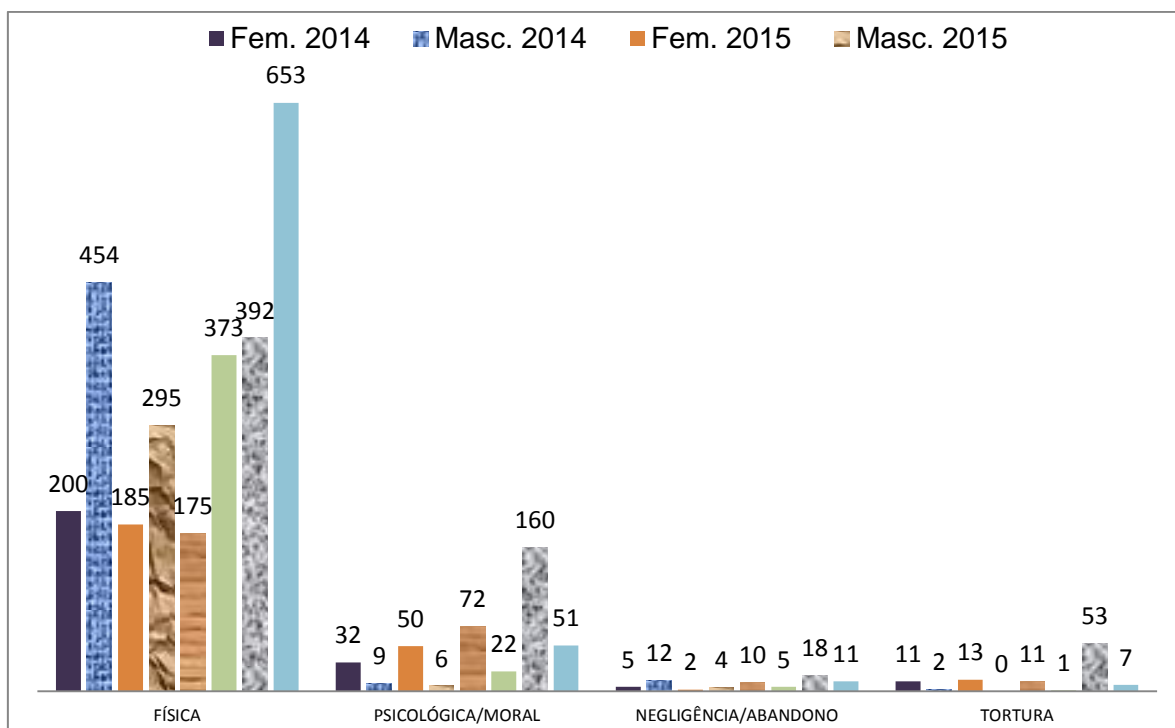
nosso país, sendo que, o sexo masculino foi apontado como predominante entre as vítimas, mesmo cada tipo de violência e gênero tendo o seu percentual. Ainda, os autores aludidos, referem identificar que geralmente um membro do grupo intrafamiliar da vítima é o principal agressor, ou seja, o ambiente familiar que deveria ser o local de proteção e refúgio para as crianças e adolescentes tornou-se oportuno para episódios de agressões e abusos e qualquer parente pode ser vítima ou agressor.

Entretanto, em consulta ao SINAN, analisamos que a violência física, seguida da violência psicológica/moral, tortura e violência negligenciada/abandono são as mais prevalentes em Maceió, sendo 2017 o ano mais expressivo (gráfico 3).

A violência física passa por uma variação de quantitativo de casos entre o período estudado. Sofre uma queda de número de agressões de 654 em 2014 para 480 em 2015 (26,60%), mas em 2016 sobe 12,40% e em 2017 47,56%. O SINAN informa que em 2014 tivemos 1239 casos de violência física, desses 654 foram no público <1 ano a 19 anos; em 2015, 1040 casos e 480 foram no público alvo da pesquisa; em 2016, 1125 agressões e 548 ocorreram em crianças e adolescentes; e em 2017, 2193 notificações, sendo 1045 no público infante-juvenil. Já na violência psicológica/moral notamos um aumento gradativo de um ano para o outro.

A tortura e a negligencia/abandono foram menos notificadas pelos profissionais de saúde ou de fato aconteceu menos no município. Porém, as mesmas obtiveram um aumento importante no ano de 2017.

Gráfico 4 – Frequência absoluta das violências ocorridas em Maceió, segundo SINAN, distribuído por sexo no período de 2014-2017.



Fonte: Autora, 2019.

O gráfico 4 apresenta as frequências absolutas das variáveis sexo e tipo de agressão no período de 2014 a 2017. Expressa a prevalência da violência física no sexo masculino com um aumento muito significativo no ano de 2017 (30,47% em relação a 2014). Já na violência psicológica/moral, mesmo que em quantidade menor de casos e diferente da física que sofreu variação, ocorre um aumento gradativo (mais expressivo em 2017) com o passar dos anos no sexo feminino, sendo as mais afetadas (2015 aumentou 36%, em 2016 30,55% e em 2017 55%), bem como na tortura. Na negligência/abandono, vemos que em 2014 e em 2015 é mais frequente em meninos e em 2016 e 2017, decorre 28 casos em meninas chegando a quase o total de casos (31) em meninos nos 4 anos de estudos.

A seguir, encontra-se o quadro 1 que demonstra a frequência de casos de cada violência nos seguintes intervalos de idades: <1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos, 10-14 anos e de 15- anos, conforme o SINAN.

Quadro 1 – Frequência absoluta das variáveis idade por tipo de violência nos anos de 2014 a 2017.

2014				
Violências				
Idade	Física	Psic./Moral	Neglig./Abandono.	Tortura
<1ano	54	1	3	-
1-4 anos	10	2	5	1
5-9 anos	26	5	3	1
10-14 anos	94	17	5	4

15-19 anos	470	16	1	7
2015				
<1ano	14	-	-	-
1-4 anos	12	2	3	-
5-9 anos	16	8	-	-
10-14 anos	74	16	-	5
15-19 anos	364	30	3	8
2016				
<1ano	7	2	3	-
1-4 anos	17	10	5	1
5-9 anos	19	8	2	1
10-14 anos	91	37	3	2
15-19 anos	414	37	2	8
2017				
<1ano	20	6	4	1
1-4 anos	29	18	9	4
5-9 anos	40	22	4	8
10-14 anos	168	73	6	29
15-19 anos	788	92	6	18

Fonte: Autora, 2019.

Observou-se que há uma predominância de hostilidade na faixa etária de 15-19 anos para as violências físicas, psicológica/moral e a tortura, enquanto de 1-4 anos sofrem mais com a negligência/abandono.

Sobre a escolaridade das vítimas, encontramos no SINAN que a maioria das fichas nos dados da escolaridade foram ignoradas ou deixadas em branco (somando todos os casos das violências 2014: 543 ign./branco; 2015: 273 ign./branco; 2016: 342 ign./branco; 2017: 815 ign./branco) ou não se aplicava. Das fichas preenchidas, a maioria das vítimas estava entre a 5ª e 8ª (6º e 9º ano) série do ensino fundamental ou tinham até esse grau escolar na data do fato.

O mesmo caso ocorreu em relação a informação do tipo de agressor. Mas ainda foi possível identificar os seguintes agressores conformes as violências:

- a) Violência física: predominância de desconhecidos seguida de amigos/conhecidos e pai;
- b) Violência psicológica/moral: predominância de desconhecidos seguida de amigos/conhecidos, pai e padrasto;
- c) Violência negligenciada/abandono: predominância de mãe seguida de pai, desconhecidos e amigos/conhecidos; e
- d) Tortura: predominância de desconhecidos seguida de amigos/conhecidos.

No entanto, constata-se que há uma dificuldade para o preenchimento da ficha de notificação compulsória pelos profissionais de saúde. É possível analisar essa informação por meio das consultas realizadas ao SINAN onde existem muitas informações importantes ignoradas ou em branco. Vale ressaltar que, foram solicitados os dados da SMS de Maceió, mas não foram inclusos no estudo devido ao não recebimento em tempo hábil.

Acredita-se que nos serviços de Atenção Básica à Saúde, os profissionais desconhecem o conteúdo do ECA que, conseqüentemente, não há conhecimento da obrigatoriedade de acionar os órgãos competentes, além disso, há uma falta de integração na rede de atenção a criança e adolescentes com as Unidades Básicas de Saúde (CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017).

Contudo, no Contexto da saúde, apenas cuidar dos agravos deixou de ser o suficiente para a problemática (CEZAR; ARPINI, 2016). Por outro lado, ainda persiste a visão de tentar tratar o problema, que nesse caso é a violência, reparando os danos acometidos na vítima ou punindo os agressores (ALVES; ROSA, 2013).

5 CONCLUSÃO

Infelizmente não foi possível cumprir todos os objetivos específicos propostos por este trabalho, pois nos deparamos com uma fragilidade muito significativa do SGDCA, além da falta de intersectorialidade e/ou comunicação deficiente entre as partes, sendo assim, ficou-se impossibilitado de analisar a aplicabilidade do ECA pelos profissionais de saúde, de comparar os dados coletados entre as instituições do SGDCA (já que só apenas um banco de dados foi recebido dos 4 solicitados) e conseqüentemente de criar o mapa de violência para o VIII distrito sanitário de saúde. Porém, ainda conseguimos averiguar os aspectos mais frequentes das vítimas pelos dados obtidos por meio do SINAN.

Através deste estudo, foi possível averiguar que a falta de conhecimento técnico e capacitação dos profissionais de saúde, conforme relatam os autores Cezar e Arpini (2016) e Gardin *et al* (2015), é uma realidade muito comum em Maceió, além disso, podemos incluir também os profissionais da Rede de Proteção a Criança e ao Adolescente que desconhecem a ficha de notificação compulsória e a obrigatoriedade de notificar. Alguns desses profissionais da Rede apenas conhecem

a notificação compulsória da violência sexual devido a um projeto do governo estadual.

Encontrou-se um SGDCA do VIII distrito de saúde muito debilitado com comunicação defasada; falta de trabalho intersetorial e multiprofissional; condições precárias de trabalho (falta de equipamento ou os mesmos quebrados); sem acesso ao sistema de trabalho (no caso do conselho tutelar o Sistema Para a Infância e Adolescência – SIPIA); sem bancos de dados para facilitar no planejamento de ações e/ ou no acompanhamento dos índices; falta de conhecimento técnico-científico e educação continuada.

Os primeiros passos para a melhoria desse Sistema seria melhorar a comunicação entre os órgãos de garantia de direitos e de proteção à infância e adolescência e obter um bancos de dados com casos atendidos pela instituição.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. B.; ROSA, E. M. Prevenção da violência na adolescência: propostas existentes no Brasil e as possibilidades de atuação na saúde pública. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 45-60, 2013.

BARBIANI, R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da República Federativa da União; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violeal.def>>. Acesso em: 05. Out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>>. Acesso em: 07. Out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, 1990.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M. Notificação compulsória da violência como possível fator de proteção à infância e a adolescência. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 114-123, 2016.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 432-445, 2017.

CONTI, F. **Biometria Qui Quadrado**. 2009. Disponível em: <<http://www.cultura.ufpa.br/dicas/pdf/bioqui.pdf>>. Acesso em: 05. Out. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. p. 20.

GARDIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 44-47.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

PAVIANI, J. Conceitos e formas de violência. In: MODENA, M. R. (Org). **Conceitos e formas de violência**. Caxias do Sul: Educs, 2016. cap. 1, pág. 8.

SANTOS, J. S.; YAKUWA, M. S. A Estratégia de Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 38-43, 2015.

VIEIRA NETTO, M. F.; DESLANDES, S. F. As Estratégias de Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1583-1595, 2016.

WERNECK, G. Epidemiologia Descritiva: qualidade das informações e pesquisa nos serviços de saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, 2009. Editorial.