

Elisa Miranda Costa  
(Organizadora)

# Bases Conceituais da **Saúde 9**

**Elisa Miranda Costa**  
(Organizadora)

# **Bases Conceituais da Saúde**

## **9**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 9 [recurso eletrônico] / Organizadora  
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.  
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 9)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-140-4

DOI 10.22533/at.ed.404191502

1. Saúde – Brasil. 2. Saúde – Pesquisa. 3. Sistema Único de  
Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos  
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

A inserção das práticas integrativas e complementares, especialmente na Atenção Primária (APS), corrobora com um dos seus principais atributos, a Competência Cultural. Esse atributo consiste no reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Considerando a singularidade do indivíduo quanto aos processos de adoecimento e de saúde -, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens ampliam a corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo para o aumento do exercício da cidadania. Nesse volume serão apresentadas pesquisas quantitativas, qualitativas e revisões bibliográficas sobre essa temática.

Elisa Miranda Costa

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS	
<i>Flávia de Souza Fernandes</i>	
<i>Hevelin Aline da Silva</i>	
<i>Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915021</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>4</b>
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS	
<i>Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão</i>	
<i>Laize Santana da Silva</i>	
<i>Adriana Vilhena Lima</i>	
<i>Polyana Sousa dos Santos</i>	
<i>Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailibe</i>	
<i>Francisca Bruna Arruda Aragão</i>	
<i>Fabrcício e Silva Ferreira</i>	
<i>Livia Carolina Sobrinho Rudakoff</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915022</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>19</b>
A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO	
<i>Taynara Carrijo Moreira</i>	
<i>Thiago Melanias Araujo de Oliveira</i>	
<i>Geovana Louise Franco</i>	
<i>Ana Cristina de Almeida</i>	
<i>Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago</i>	
<i>Adriana Vieira Macedo Brugnoli</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915023</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>27</b>
A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PREVENÇÃO DE ULCERAS POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA DE BELÉM DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Alzinei Simor</i>	
<i>Gabriela De Nazaré E Silva Dias</i>	
<i>Glenda Keyla China Quemel</i>	
<i>Iara Samily Balestero Mendes</i>	
<i>Jaqueline Pinheiro Moraes</i>	
<i>Jully Greyce Freitas De Paula</i>	
<i>Leticia Almeida De Assunção</i>	
<i>Maira Cibelle Da Silva Peixoto</i>	
<i>Mattheus Lucas Neves De Carvalho</i>	
<i>Marcelo Williams Oliveira De Souza</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915024</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 35**

ANÁLISE CLÍNICA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA NA INFÂNCIA DURANTE ESTÁGIO NA ALA PEDIÁTRICA

*Nandson Henrique da Silva*  
*Lais Raissa Lopes Caetano*  
*Sonally Waldemira Guimarães Rodrigues da Silva*  
*Mayara Rayssa Farias Barroso*  
*Natally Calixto Lucena*  
*Maine Dayane Martins Lins*  
*Sandra Mendes de Abreu*  
*Jailton José Ferreira de Freitas*  
*Iluska Natyelle Nunes da Silva Lima*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915025**

**CAPÍTULO 6 ..... 41**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE ESTERNECTOMIA DE OSTEOSSARCOMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Jamil Michel Miranda do Vale*  
*Antônio Corrêa Marques Neto*  
*Paulo Victor Caldas Soares*  
*Marcella Fernanda Martins Ximenes Soares*  
*Marlete Nascimento de Castro*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915026**

**CAPÍTULO 7 ..... 47**

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DE FERIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

*Manuely Pinto de Souza*  
*Regiane Ferreira Bezerra*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915027**

**CAPÍTULO 8 ..... 51**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Amanda de Oliveira Bernardino*  
*Marília Gabrielle Santos Nunes*  
*Laryssa Grazielle Feitosa Lopes*  
*Karla Romana Ferreira de Souza*  
*Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915028**

**CAPÍTULO 9 ..... 61**

O PERFIL DO PACIENTE ONCOLÓGICO ASSISTIDO NO DOMICÍLIO PELO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

*Suellem Regina Pimentel de Araújo*  
*Mayrlla Aleixo Marçal*  
*Jéssica Fernanda Scerni Gondim Costa*  
*Maria de Belém Ramos Sozinho*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915029**

**CAPÍTULO 10 ..... 77**

APLICAÇÃO DO MÉTODO DÁDER EM PACIENTES HIPERTENSOS DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE CARUARU

*Maria Aparecida Farias Souto Maior*  
*Kawannny Millena Alves de Melo*  
*Carlos Henrique Tabosa Pereira da Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150210**

**CAPÍTULO 11 ..... 88**

AValiação DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Andrezza Araújo do Nascimento*  
*Celidarque da Silva Dias*  
*Flávia Pessoa de Belmont Fonseca*  
*Lorena Aquino de Vasconcelos*  
*Luciana Lucena Aranha de Macêdo*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150211**

**CAPÍTULO 12 ..... 99**

O PAPEL SOCIAL DO FARMACÊUTICO FRENTE À EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

*Mônica Cristina Sampaio Majewski*  
*Fernanda Cristina Ostrovski Sales*  
*Carla Corradi-Perini*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150212**

**CAPÍTULO 13 ..... 106**

A PESQUISA DA OBESIDADE, DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES MELLITUS EM AFRODESCENDENTES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ABACATAL NO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA – PARÁ

*Fabíola Vasconcelos da Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150213**

**CAPÍTULO 14 ..... 111**

A PREVALÊNCIA DE LEIOMIOMA DE ÚTERO EM MULHERES NO NORTE DE MINAS GERAIS

*Vinicius de Almeida Cavalcante Galdino*  
*Giovanna Rodrigues Perez*  
*Mariana Gabriela Ferreira Mota*  
*Isadora Carla Batista Chaves*  
*Magna Carolina Santos Tanajura*  
*Maria Luiza Gonçalves Ribeiro da Cruz*  
*Melissa Xavier Menezes*  
*Rômulo Magalhães Duarte*  
*Virgílio Silveira Rizério*  
*Rodrigo Magalhães Duarte*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150214**

**CAPÍTULO 15 ..... 120**

DOENÇA CELÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

*Álef Lamark Alves Bezerra*  
*Ricardo Montenegro Nóbrega de Pontes*  
*Ravena de Sousa Borges da Fonseca*  
*Vinicius Gonçalves Ferraz*  
*José Artur de Paiva Veloso*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150215**

**CAPÍTULO 16 ..... 128**

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DO ATENDIMENTO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DO BAIXO AMAZONAS

*Caio Lucas Martins Dourado Gonçalves*  
*Marcelo José Sanches da Rocha*  
*Shirley Iara Martins Dourado*  
*Breno Henrique Silva da Silva*  
*Arthur Menezes Vaz*  
*Gabriel Tavares de Oliveira Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150216**

**CAPÍTULO 17 ..... 135**

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM PERNAMBUCO SOBRE CURSO DE ÉTICA E BIOÉTICA ENTRE 2014 E 2016

*Arthur Fernandes da Silva*  
*Helena Maria Carneiro Leão*  
*Magaly Bushatsky*  
*Sandra Maria de Araújo Silva*  
*Zilda do Rêgo Cavalcanti*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150217**

**CAPÍTULO 18 ..... 141**

PREVALÊNCIA DE AVC EM HIPERTENSOS DO HIPERDIA EM GOIÁS (2010 - 2013)

*Taynara Carrijo Moreira*  
*Thiago Melanias Araujo de Oliveira*  
*Geovana Louise Franco*  
*Nathália Marques Santos*  
*Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago*  
*Adriana Vieira Macedo Brugnoli*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150218**

**CAPÍTULO 19 ..... 144**

ANÁLISE DE COMPLETUDE NAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS), NO MUNICÍPIO DE PETROLINA – PE, DE 2012 A 2016

*Herydiane Rodrigues Correia Wanderley*  
*Larissa de Sá carvalho*  
*Lorena Maria Souza Rosas*  
*Maiara Leite Barberino*  
*Marcelo Domingues de Faria*  
*Gleise Gomes Soares*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150219**

**CAPÍTULO 20 ..... 153**

COMPARAÇÃO DE ATIPIAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL, 2007 A 2014

*Maria Eduarda Teló*  
*Juliana Schreiner*  
*Isabela Nizarala Antonello*  
*Camila Urach dos Santos*  
*Maíra Maccari Strassburger*  
*Ana Leonora Cobalchini de Bortoli*  
*Lia Gonçalves Possuelo*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150220**

**CAPÍTULO 21 ..... 157**

CÂNCER DE OVÁRIO E POSSÍVEIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

*Camila Clementino Cardoso*  
*Luiza Akilma De Souza Alves*  
*Marycleid Santos Costa*  
*Mayara Alcântara De Oliveira*  
*Giovanni Tavares de Sousa*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150221**

**CAPÍTULO 22 ..... 162**

DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA PUBERDADE: REVISÃO DE LITERATURA

*Karina de Sousa Maia*  
*Andrew Bonifácio Ferreira*  
*Ailla Sibebe de Almeida Bidô*  
*Alyne da Silva Portela*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150222**

**CAPÍTULO 23 ..... 170**

INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Janiere Vidal Ferreira*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150223**

**CAPÍTULO 24 ..... 177**

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA:  
UM ESTUDO DE REVISÃO

*Heloane Medeiros do Nascimento*  
*Amanda Haissa Barros Henriques*  
*Bárbara de Souza Ferreira*  
*Érica Dionísia de Lacerda*  
*Juliana de Castro Nunes Pereira*  
*Suzana Santos da Costa*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150224**

**CAPÍTULO 25 ..... 185**

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO

*Alaine Santos Parente*  
*Fábia Maria de Santana*  
*Fabíola Olinda de Souza Mesquita*  
*Fernanda Rodrigues da Silva Vasconcelos*  
*Nathalia Matos de Santana*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150225**

**CAPÍTULO 26 ..... 195**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE  
SENHOR DO BONFIM-BAHIA

*Nayara Oliveira Santos*  
*Silvana Gomes Nunes Piva*  
*Antônia Adonis Callou Sampaio*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150226**

**CAPÍTULO 27 ..... 209**

REVISÃO SOBRE ASPECTOS TOXICOLÓGICOS DA *MORINDA CITRIFOLIA* (NONI)

*Maria Rhayssa Silva Bezerra*

*Fabírcia Morgana Teixeira de Lima*

*Hemilly Alanna da Silva Lima*

*Jeilsa da Silva Santos*

*Sérgio Luiz da Rocha Gomes Filho*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150227**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 217**

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM-BAHIA

### **Nayara Oliveira Santos**

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.  
Senhor do Bonfim-BA.

### **Silvana Gomes Nunes Piva**

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.  
Senhor do Bonfim-BA.

### **Antônia Adonis Callou Sampaio**

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.  
Senhor do Bonfim-BA.

**RESUMO** O presente estudo buscou em sua abordagem quanti-qualitativa com análise descritiva, traçar o perfil epidemiológico das violências na infância e na adolescência no município de Senhor do Bonfim-Bahia nos anos de 2010 a 2014, baseado nas variáveis da ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada padronizada pelo Ministério da Saúde, descrevendo o fluxograma institucional das notificações de violências contra criança e adolescente. Das 97 notificações, 65 (67,01%) vítimas são adolescentes, na faixa etária de 16 a 18 anos (38,17%), e 49 (50,51%) do sexo masculino, e violência física prevalente em 73 (75,25%) dos casos. A qualidade das informações presentes nas notificações é discutida expondo a necessidade de

capacitações voltadas à educação profissional quanto ao ato da notificação.

**PALAVRAS-CHAVE** Violência; notificação; criança; adolescente.

**ABSTRACT** This study looked at their quantitative and qualitative approach with descriptive analysis, trace the epidemiological profile of violence in childhood and adolescence in the city of Senhor do Bonfim, Bahia in the years 2010-2014, based on the variables of the notification form of Violence Interpersonal/Standardized self-harm by the Ministério da Saúde, describing the institutional flowchart of reports of violence against children and adolescents. Of the 97 notifications, 65 (67,01%) victims are teenagers, aged 16-18 years (38,54%), and 49 (50,51%) were male, and physical violence prevalent in 73 (75,25%) cases. The quality of information contained in notifications is discussed exposing the need for training focused on professional education as the act of notification.

**KEYWORDS** Violence; notification; child; teenager.

### **INTRODUÇÃO**

A violência é considerada um problema social com ampla característica histórica, é consequente de perdas e danos para os indivíduos afetados, sendo uma das principais

causas de morte populacional, ocorrendo em meio social ou até mesmo familiar, e podendo ser classificada como violência física, sexual, psicológica e negligência (BRASIL, 2009).

No Brasil a cada hora são registrados cinco casos de violências contra crianças e adolescentes, totalizando 129 casos por dia (UNICEF, 2014). No ranking brasileiro o estado da Bahia é o terceiro estado com maior registro de violências na infância e adolescência, permanecendo atrás dos estados de Alagoas e Espírito Santo (MPF, 2014).

Em pesquisa realizada pela Fundação Telefônica Promenino no ano de 2014, foi observado as características prevalentes dessas violências, sendo elas: a violência psicológica como a que mais acomete a criança e o adolescente; principais autores das violências a Mãe e o Pai; e local de ocorrência a casa da vítima (MPF, 2014).

Essas violências tornaram-se cada vez mais frequentes, estando inseridas em distintas classes sociais. Sua apresentação pode ocorrer de diversas formas, tanto é que não podemos afirmar um caso de violência com um sinal ou sintoma isolado, para isso é preciso estar atento e ter um olhar amplo, correlacionando problemas identificados com relatos da vítima ou pessoas próximas (familiares, amigos, vizinhos) (BRASIL, 2002).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8.069/1990, é considerado criança a pessoa com 12 anos incompletos e adolescente dos 12 aos 18 anos de idade. Em seu Artigo 5º diz que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 2014). Esta Lei tem como fundamento a proteção da criança e do adolescente, fazendo com que seus direitos sejam assegurados, direitos esses fundamentais a pessoa humana, como a saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2014).

Proporcionar a segurança da criança e do adolescente, assim como auxiliá-los em seu desenvolvimento e recuperação de saúde é um dever público, e a notificação de casos de violências à criança e o adolescente é considerada um meio de proteção a essas vítimas. O primeiro registro de notificação de violência causada a criança e/ou adolescente, ocorreu na década de 1990, e tinha como propósito fundamental promover a proteção dessas vítimas, tornando-se um instrumento de proteção indispensável para tomada de decisões principalmente quanto às políticas públicas. (ASSIS et al., 2012).

Por tanto, profissionais de saúde devem estar capacitados para a identificação de sinais e sintomas apresentados pela criança e o adolescente vítima de qualquer violência, tendo em vista sua responsabilidade frente a lei como obrigação legal. A subnotificação de casos de violência faz com que as informações necessárias para a tomada de medidas de proteção, não cheguem às autoridades competentes, deixando

crianças e adolescentes suscetíveis a continuidade de atos violentos, e prejudicando ações de intervenção para a realidade ali inserida (MAGALHÃES et al., 2009).

O objetivo desse artigo foi apresentar o perfil epidemiológico das violências na infância (0 à 12 anos incompletos) e na adolescência (12 aos 18 anos de idade) no município de Senhor do Bonfim-Ba, entre os anos de 2010 à 2014, tendo como base de dados as notificações de violência interpessoal/ autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo descritivo e analítico de caráter qualitativo e quantitativo, tendo como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da 28ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). Essa Regional de Saúde possui sede no município de Senhor do Bonfim (BA), abrangendo 9 municípios com 305.959 habitantes no total, porém, o estudo se restringe as notificações realizadas apenas no município de Senhor do Bonfim que possui 80.810 habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE BAHIA, 2015).

A população do estudo foi formada por indivíduos de 0 a 18 anos de idade, crianças e adolescentes, que sofreram algum tipo de violência no município de Senhor do Bonfim. Foram considerados todos os casos de violências interpessoal/ autoprovocada notificados entre o período de janeiro de 2010 à dezembro de 2014, totalizado 97 fichas de notificação.

O processo de coleta de dados iniciou-se com a visita a Secretaria Municipal de Saúde, sendo solicitada a liberação do banco de dados SINAN, e coleta dos dados, após a coleta desses, foram registrados em planilha Excel, contendo as variáveis: Dados da Pessoa Atendida: idade, sexo, cor; Dados da Ocorrência: zona de ocorrência, ocorreu outras vezes, meio de agressão, tipos de violência; Violência Sexual: se ocorreu violência sexual qual o tipo; Dados do Provável Autor da Agressão: número de envolvidos, relação com a pessoa atendida, sexo do provável autor da agressão, suspeita de uso de álcool; Evolução e Encaminhamento: encaminhamento da pessoa atendida para outros setores, classificação final. Calculou-se os números absolutos e relativos dos casos notificados de violência interpessoal/ autoprovocada. O método de análise utilizado foi o de Bardin, criado pela psicóloga e professora Laurence Bardin, onde é possível fazer a análise de estudos tanto quantitativos quanto qualitativos (OLIVEIRA, 2008).

Na análise de dados foram seguidas as seguintes etapas de acordo com o método escolhido: pré-análise (processo de escolha dos documentos); exploração do material (dados brutos transformados sistematicamente e agregados em unidades); tratamento dos resultados, inferência e interpretação (apresentação dos dados), sendo também apresentados gráficos e tabelas, para melhor análise e compreensão da pesquisa

(OLIVEIRA, 2008). Foram mantidos os dados sem informação (ignorados).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, em 08 de maio de 2015, com numeração 1.050.714.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil epidemiológico das violências na infância e na adolescência

No município de Senhor do Bonfim, situado no interior do estado da Bahia, durante os anos de 2010 à 2014 foram registradas um total de 97 notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada, em crianças e adolescentes. Das vítimas a maioria **é adolescente com 65 (67,01%) notificações, na faixa etária de 16 a 18 anos (38,54%)**. Do total de casos 49 (50,51%) são do sexo masculino, sendo a violência física a mais presente em 73 (75,25%) dos casos.

De acordo com os dados referentes à faixa etária de crianças e adolescentes vítimas das violências, a idade entre 0 a 4 anos obteve 16 (16,49%) casos, 5 a 9 anos 10 (10,30%), 10 a 12 anos com o menor número de notificações 8 (8,24%), 13 a 15 anos 25 (25,77%), 16 a 18 anos representando o maior número 37 (38,17%) casos, e em branco 1 (1,03%), com média de idade de 12 anos.

Na pesquisa realizada em Senhor do Bonfim foi observado o aumento do número dessas violências, a partir dos 13 aos 15 anos de idade. No estado da Bahia esse número é visto a partir dos 10 anos de idade (MORAIS, 2012), sendo perceptível que é no momento de transição entre a fase da infância e da adolescência que esses indivíduos tornam-se mais propensos a sofrerem tais violências, podendo está relacionado com a fase em que a menina e o menino estão passando por mudanças físicas, que podem despertar o interesse de adultos, e comportamentais, sendo a agressividade frequentemente notável, onde muitos adolescentes se envolvem em brigas com outros adolescentes e/ou adultos (CAMPOLINA, 2012).

Faixa etária, anos	Total	
	n	%
0-4	16	16,49%
5-9	10	10,30%
10-12	8	8,24%
13-15	25	25,77%
16-18	37	38,17%
Ignorado	0	0,00%
Em branco	1	1,03%
Total	97	100%

Tabela 1- Faixa etária de crianças e adolescentes vítimas de violências em Senhor do Bonfim-Ba, 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No que diz respeito a cor da pele e etnia, dos casos notificados 56 (62,22%) possuem cor da pele parda, 8 (8,89%) preta, e 1 (1,11%) branca, sendo que em 25 (27,78%) casos foi preenchido como ignorado. Em pesquisa realizada na cidade de Blumenau-Santa Catarina, no ano de 2010, dos 406 casos de crianças e adolescentes vítimas de violências, 340 (83,74%) foram correspondentes a cor branca, 58 parda (14,28%), e 8 (1,9%) negra (FREITAG, 2010).

Esses valores são inversos aos encontrados no município de Senhor do Bonfim. Os valores encontrados na cidade de Blumenau podem ser justificados por se tratar de uma cidade localizada em região de colonização europeia, por isso maior número de etnia branca. Já em Senhor do Bonfim prevalece a cor da pele parda, por está localizado no estado da Bahia, onde há maior miscigenação de afrodescendentes em comparação a outros estados brasileiros (COSTA, et al., 2007).

Na tabela 2 é possível visualizar que 64 (65,97%) dos casos aconteceram na zona urbana, enquanto na zona rural 17 (17,54%) registros, notificações em branco 14 (14,43%) e ignorado 2 (2,06%). O valor elevado na zona urbana pode está atrelado a grande concentração populacional, de comércios, creches, escolas e moradias, locais constantemente frequentados por crianças e adolescentes como também por adultos (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

Zona de ocorrência	Total	
	n	%
Urbana	64	65,97%
Rural	17	17,54%
Periurbana	0	0,00%
Ignorado	2	2,06%
Em branco	14	14,43%
Total	97	100%

Tabela 2 – Prevalência da zona de ocorrência das violências contra crianças e adolescentes.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Quanto ao local de ocorrência, o número de ignorados é superior, representando 42 (47,73%) casos, enquanto residência e via pública obtiveram cada uma 16 (18,18%) registros, outros 10 (11,36%), escola 2 (2,27%), local de prática esportiva e indústrias/construção 1 (1,14%) cada. O correto preenchimento desse item é de fundamental importância epidemiológica e social, pois auxilia na delimitação dos locais prevalentes dessas violências, além de garantir qualidade da pesquisa voltada ao conhecimento desse agravo, objetivando políticas públicas para combate das violências (GARBIN, et al., 2011).

No que se refere ao tipo de violência sofrida, a violência física está presente em

73 (63,48%) notificações, sexual 29 (25,22%), psicológica/moral 9 (7,83%), tortura 2 (1,74%), financeira/econômica 1 (0,87%) e intervenção legal 1 (0,87%). Tráficos de seres humanos, negligência/abandono e trabalho infantil, não obtiveram notificações. Diversos fatores podem desencadear tais violências, como conflitos entre o casal, comportamento da criança e/ou adolescente, histórico de vida dos pais, dificuldade no processo de impor limitações aos filhos, alcoolismo, fatores socioculturais, carga horária de trabalho e uso de drogas (BRITO, et al., 2005).

No Brasil no ano de 2014 foram registradas através do Disque-Denúncia 91.342 casos de violências de crianças e adolescentes, destas a que prevaleceu foi a negligência com (74%), seguida da violência psicológica (49%), violência física (43%) e violência sexual (25%) (CHILDHOOD, 2015). Vale salientar que dificilmente uma violência vem isolada, como por exemplo, a violência sexual, geralmente está acompanhada da violência física, o agressor tenta conter a vítima violentando-a, e violência psicológica, por meio de ameaças feitas a vítima para que ela não conte sobre tal sofrimento (SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO, 2007).

No período de 2010 à 2014 no município de Senhor do Bonfim-Bahia, é perceptível o quanto a violência física acomete crianças e adolescente (Gráfico 1). É notável que no ano de 2012 o pico de crescimento de notificações das violências física, sexual e psicológica foi expressivo, podendo ser resultado de ações voltadas à sensibilização e capacitação de profissionais quanto ao ato de notificar (ASSIS, S. G et al., 2012).

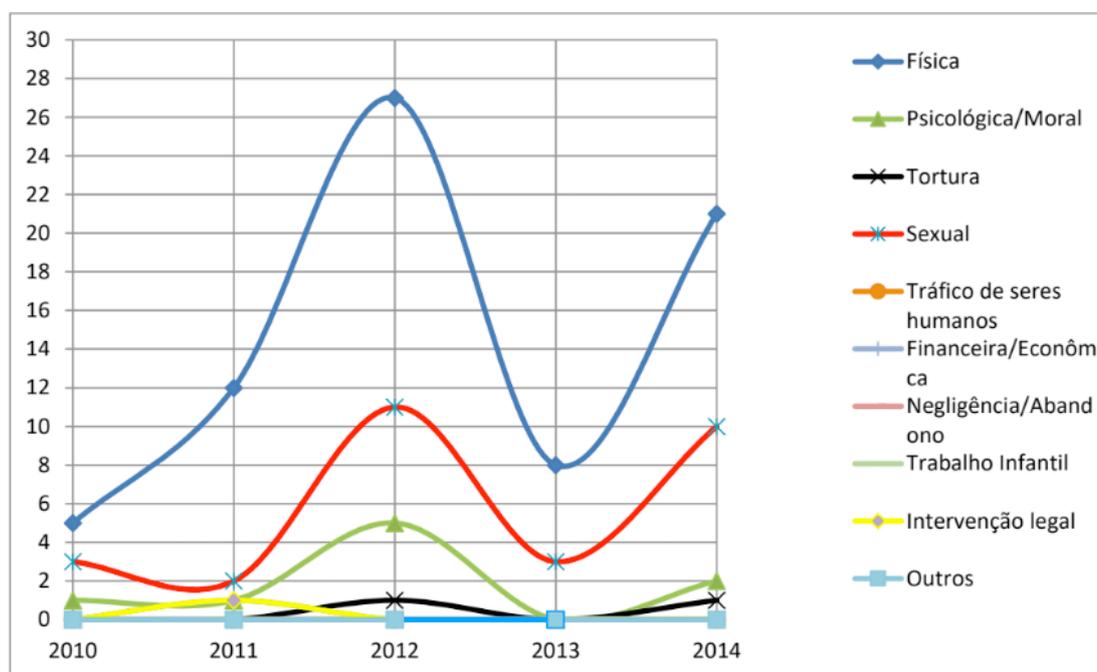


Gráfico 1 - Prevalência das violências na infância e adolescência no município de Senhor do Bonfim- Bahia, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em Londrina-Paraná foi realizado um estudo no ano de 2009, com o objetivo de analisar e comparar o comportamento das violências em menores de 15 anos de

idade, notificadas nos anos de 2002 e 2006 aos Conselhos Tutelares do município. Dessas notificações foram encontradas um total de 1.620 casos, sendo a violência física a que mais acometeu esses menores de idade, com um número de 321 (52,9%) casos em 2002, e 488 (48,2%) casos em 2006 (MARTINS; JORGE, 2009).

Comparando com Senhor do Bonfim os casos notificados não apresentam essas proporções próximas, como por exemplo, as notificações de violência física, com 5 (6,84%) casos em 2010, 12 (16,43%) casos em 2011, 27 (36,98%) casos em 2012, 8 (10,95%) casos em 2013, e 21 (28,76%) casos em 2014. Tais dados demonstram a necessidade de uma educação contínua quanto ao ato de notificar e ao atendimento prestado as vítimas para melhor resolutividade dos casos (COSTA, et al., 2007).

A maior parte das notificações de violência sexual é caracterizada como estupro com 20 (68,97%) casos, exploração sexual possui 3 casos (10,34%), pornografia infantil 2 (6,90%), outros 2 (6,90%), assédio sexual 1 (3,45%) e atentado violento ao pudor 1 (3,45%). Não houve registros de notificação de tráfico de seres humanos, negligência/abandono e trabalho infantil.

É preocupante o número de casos de estupro notificados, visto que crianças e adolescentes fazem parte do grupo vulnerável a sofrerem esse tipo de violência, pois são indivíduos dependentes que necessitam de supervisão, ou seja, a pessoa adulta exerce maior poder sobre a criança e/ou adolescente (1ª VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Os meios de agressão utilizados durante essas violências foram identificados como, força corporal/espancamento em 48 casos (51,61%), objeto perfuro cortante 17 (18,28%), ameaça 12 (12,90%), arma de fogo 9 (9,68%), outro 3 (3,23%), objeto contundente 2 (2,15%), enforcamento 1 (1,08%) e substância/objeto quente 1 (1,08%).

O uso da força corporal e ameaças nas violências também podem ser consequência de métodos educacionais utilizados por algumas famílias, onde se acredita que a desobediência deve ser penalizada com a utilização desses métodos. No grupo de adolescentes deve ser levado em conta as brigas em comunidade e escola entre os próprios adolescentes, que resultam no uso da força corporal, objeto contundente, e até mesmo arma de fogo (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2011).

De acordo com as informações referentes ao provável autor da agressão é visto que em 31 (59,62%) dos casos trata-se de apenas um agressor, seguido de dois ou mais agressores 12 (23,08%) e ignorado 9 (17,31%).

No que se refere ao vínculo/ grau de parentesco com a pessoa atendida, é identificado que a maioria dos prováveis autores da agressão são amigos/conhecidos com 15 (41,67%) casos, desconhecido 9 (25,00%), pai 3 (8,33%), irmão 2 (5,56%), outros 2 (5,56%), ex-cônjuge 1 (2,78%), pessoa com relação institucional (profissional de saúde, professor, padre, pastor, outros) 1 (2,78%), e própria pessoa (situações de violência autoprovocada) 1 (2,78%).

Quanto ao fato do agressor possuir vínculo familiar e/ou afetivo com a vítima, isso pode gerar comprometimento na identificação dos casos de violência, pois os

envolvidos geralmente não fazem a denúncia por possuírem tal vínculo. Seja por medo, vergonha, ou ainda como forma de proteger a si mesmo e sua família de algum possível dano (SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO, 2007).

Em relação ao sexo do provável autor da agressão, o sexo masculino prevalece com 37 (45,12%) casos, ignorado com 45 (54,88%) casos, os itens: sexo feminino e ambos os sexos, não obtiveram informação. O sexo masculino também é outra característica apontada em diversos estudos como o do provável agressor, onde crianças e adolescentes são predominantemente violentadas por homens, sejam familiares, amigos ou desconhecidos (COSTA, et al., 2007).

Relacionado a suspeita de uso de álcool, ainda nos dados do provável agressor, o quesito 'sim' esteve presente em 17 (20,48%) casos, enquanto 'não' representou 14 (16,87%), e 'ignorado' obteve 52 (62,65%) casos. Segundo pesquisa realizada pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), relacionada ao uso de álcool e a violência, o uso de álcool torna o agressor mais violento e também fragiliza a vítima, estando mais suscetível a violência. Outra questão apontada é que a violência com o uso de álcool acontece frequentemente no ambiente familiar, o pai/marido principal usuário do álcool, sendo mulheres e crianças principais vítimas (CISA, 2015).

O encaminhamento dessas vítimas para outros setores envolvem primeiramente o Conselho Tutelar com 19 (19,58%) encaminhamentos, em seguida as delegacias com 14 (14,47%), Centro de Referência Social/CRAS e Instituto Médico Legal/IML cada um com 10 (10,30%), e outros 7 (7,21%), e o expressivo número de notificações com esse item em branco 34 (35,05%) . A Vara da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente e o Ministério Público representaram 1 (1,03% cada) notificação.

O Conselho Tutelar aparece como primeira escolha de encaminhamento, pois tratar-se de um órgão público, com o propósito de assegurar os direitos da criança e do adolescente previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), realizando atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de violências, tomando as medidas necessárias para a promoção da segurança das vítimas e solicitando outros serviços (educação, serviço social, entre outros) quando necessário (COSTA, et al., 2007).

Evolução e encaminhamento	Total	
	n	%
Conselho tutelar	19	19,58%
Vara da infância/juventude	1	1,03%
Casa de proteção/abrigo	0	0,00%
Programa Sentinela	0	0,00%
Delegacia Especializada da Mulher	0	0,00%
Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente	1	1,03%
Outras delegacias	14	14,47%
Ministério Público	1	1,03%

Centro de Referência da Assistência Social/CRAS	10	10,30%
IML	10	10,30%
Outros	7	7,21%
Em branco	34	35,05%
Total	97	100%

Tabela 3 – Evolução e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violências – Senhor do Bonfim-Ba, 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O elevado percentual do item ignorado e em branco nas notificações chama a atenção, principalmente nas seguintes variáveis: local de ocorrência, evolução e encaminhamento, sexo do provável autor da agressão, e suspeita de uso de álcool. Nas duas últimas variáveis os valores ultrapassam 50%, ou seja, mais da metade das notificações obtidas não possuem respostas para essas questões.

É preocupante essa falta de informação porque acaba por fragilizar a qualidade das informações, já que é através desse preenchimento que se busca o conhecimento dos fenômenos que envolvem as violências, para o planejamento, organização e execução de ações nos serviços de saúde (MASCARENHAS, et al., 2010).

Vale mencionar que a incompleta notificação pode ocorrer por diversos fatores: desconhecimento da ficha de notificação pelos profissionais, do fluxo de notificação; resistência ao preenchimento de um instrumento com um número elevado de questões, medo de represália por algum envolvido e/ou comunidade e despreparo técnico e emocional para a identificação da violência (ASSIS, S. G et al., 2012).

Neste contexto, destaca-se a necessidade do fortalecimento da relação entre as redes de saúde e as demais instituições, para o enfrentamento dos entraves que envolvem esse processo de notificar, como por exemplo, a realização de capacitações voltadas à sensibilização dos profissionais ao preenchimento das fichas de notificação, tendo em vista aperfeiçoar a prestação do atendimento as vítimas dessas violências. (ASSIS, S. G et al., 2012).

### Fluxograma das notificações

Os achados do presente estudo referentes ao fluxograma das notificações, foram obtidos durante a coleta de dados na Secretária de Saúde do município, demonstrando que o fluxo em nível municipal acontece do seguinte modo: o caso de violência é notificado em duas vias, seja no hospital público ou particular, e ou no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a primeira via permanece no serviço de saúde, enquanto a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, onde será feita a digitação dos dados presentes na ficha, para a consolidação, análise e transferência dos mesmos na base de dados do SINAN (Sistema de Informação de

Agravos de Notificação), e assim encaminhados para a Secretaria Estadual de Saúde.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) expõe o fluxograma dessas violências, que deve ser seguido do seguinte modo: a Secretaria Municipal de Saúde deve realizar a coleta contínua das notificações nos serviços de saúde, digitar as informações contidas nas fichas de notificação para o SINAN, onde esses dados serão consolidados, analisados e transferidos da Secretaria Municipal de Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde, responsável por apoiar a realização de pesquisa para a implementação de políticas de enfrentamento das violências. Em sequência seguirá para o Ministério da Saúde onde os dados também serão consolidados e analisados, retornando para a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde para a divulgação dos resultados e implementação de políticas de enfrentamento (BRASIL, 2013).

Ao comparar com o fluxo de coleta de envio, processamento e divulgação preconizado pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (Figura 1), o município pesquisado está desenvolvendo parcialmente essa atividade, com ações precárias quanto a realização da divulgação dos resultados e a implementação de políticas de enfrentamento, fundamental para o combate das violências.

A ficha de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) antes citada como Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, foi atualizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e apresenta uma nova versão, intitulada como Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, a mesma possui o componente Viva/SINAN, que corresponde ao ato de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações em saúde (BRASIL, 2015a).

As alterações realizadas visam atender ao disposto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ampliando o objeto da notificação e incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica. Também foram retirados campos que eram subutilizados ou não geravam informação para a ação, mantendo os que representam maior relevância e produzem mais informações epidemiológicas para a intervenção e formulação de políticas públicas (BRASIL, 2015a).

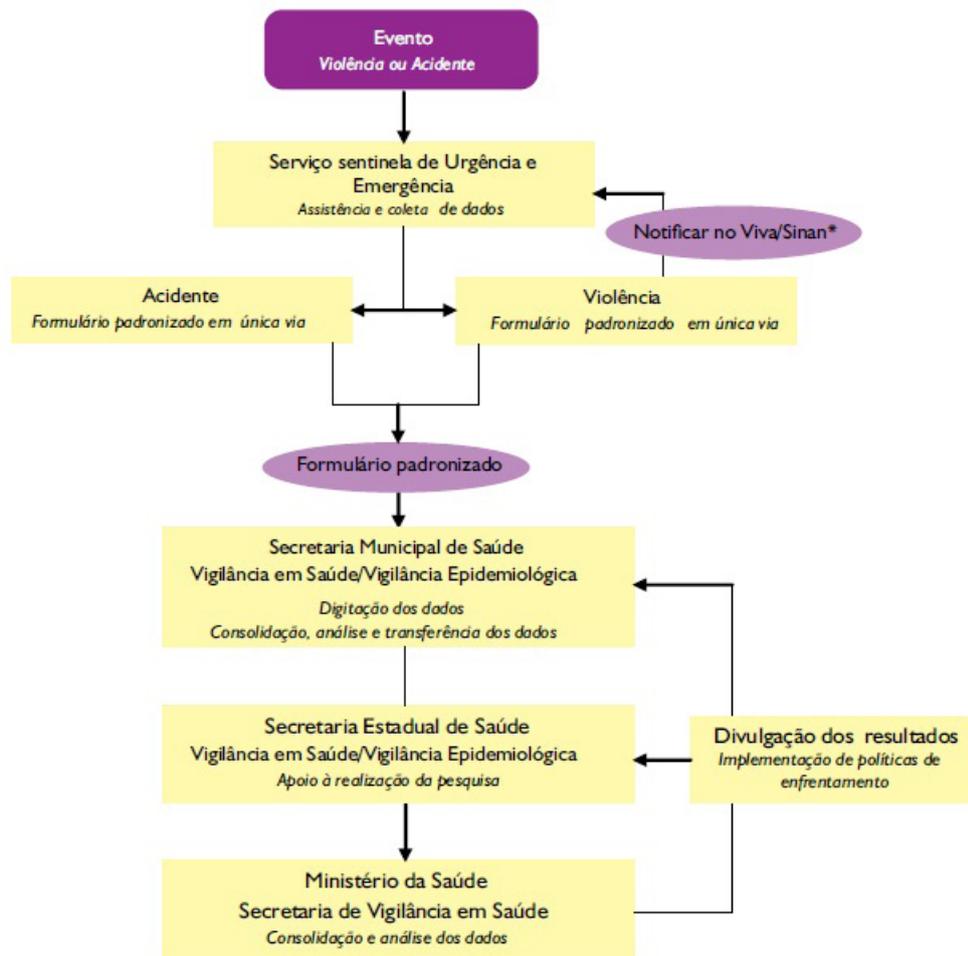


Figura 1 – Fluxo de coleta, de envio, do processamento e da divulgação dos dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – Viva Inquérito 2011

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

A respeito das notificações de violência sexual, foi observado que todas elas possuem origem do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Foi justificado que as vítimas dessa violência geralmente identificadas no hospital são encaminhadas para o CTA, pois esse é o centro especializado para dar continuidade ao acompanhamento desse tipo de vítima, por possuir profissionais qualificados para essa situação, como psicólogo, nutricionista, assistente social, infectologista, enfermeiro e técnico de enfermagem (BRASIL, 2015b).

Durante a análise desses dados, não foi observado uma relação da Secretaria Municipal de Saúde com a rede de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em busca da prevenção das violências, e ao cuidado prestado às vítimas e familiares. Essa relação é fundamental para a troca de informações, mantendo estrategicamente as redes de saúde, para que a ESF possua maior conhecimento sobre o que afeta sua comunidade, e a Secretaria Municipal de Saúde tenha mais um aliado ao combate das violências nos territórios do município (BRASIL, 2006).

Uma pequena parcela dessas notificações de violência teve origem na rede

particular de atendimento hospitalar demonstrando sensibilidade quanto às notificações que segundo o art. 8º da Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, a notificação compulsória é um ato obrigatório para profissionais de saúde, tanto do âmbito público, como privado, em que prestem atendimento ao paciente, podendo ser realizada em caso de suspeita ou confirmação de doença ou agravo (BRASIL, 2015c).

O Ministério da Saúde pensando na assistência de crianças, adolescentes e seus familiares em condições de violência, criou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral a Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, com o objetivo de promover o cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção quando necessário, trazendo também a importância da integração dos serviços de saúde e a orientação dos gestores e profissionais para a prática dessa linha de cuidado, e assim garantir ao público alvo o acesso seguro aos serviços ofertados (BRASIL, 2010).

A educação permanente é uma ação que necessita ser discutida e aplicada nos diversos setores de saúde, pois o profissional desempenha uma tarefa fundamental ao identificar uma situação de violência, sendo que a não intervenção pode colaborar para que a criança ou adolescente que sofreu a violação, possa se tornar novamente uma vítima, podendo ser evitado se houver uma intervenção eficaz por meio da integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

É necessário o fortalecimento de vínculos entre as diversas instituições, pois as violências contra os grupos de crianças e adolescente requer ações em equipe multidisciplinar, para que ocorra a interrupção do ciclo de violência. Para isso, é fundamental que os profissionais possuam conhecimento legítimo sobre o assunto, a começar pelo ato de notificar.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a violência contra criança e adolescente é uma realidade presente no município de Senhor do Bonfim-Bahia, tendo a violência física como a que mais os atingem. O fluxo das notificações no município segue o fluxograma de envio e consolidação dos dados preconizados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), porém é carente quanto a divulgação e implementação das políticas de enfrentamento das violências, indicando a necessidade do envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde com os demais setores municipais e estaduais de saúde.

É preciso compreender a necessidade do envolvimento integrado da gestão, dos profissionais e até mesmo da sociedade para o enfrentamento das violências. Diante disso, sugere-se o planejamento e promoção de atividades educativas que possibilitem a compreensão desde o preenchimento da ficha de notificação até à investigação das violências, visando o controle e prevenção desses atos de violência.

## REFERÊNCIAS

- 1ª VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. **Violência Sexual contra Crianças e adolescentes**. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/glossarios-e-cartilhas/violenciaSexual.pdf>>. Acesso em 18 set. 2015.
- ASSIS, S. G et. al., **Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em: 22 mai. 2015a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Centro de Testagem e Aconselhamento**. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/tipo\\_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento](http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento)>. Acesso em 19 set. 2015b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n º 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)>. Acesso em: 10 ago. 2015c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Planalto. **LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em 08 out. 2014.
- \_\_\_\_\_. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : *Ministério da Saúde*, 2013. 164 p. : il.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167).
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura de paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. – Brasília : *Ministério da Saúde*, 2009. 44 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRITO, A. M. M.; et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 143-149. ISSN 1678-4561.
- CAMPOLINA, L. O; OLIVEIRA, M. C. S. L. **Aspectos semióticos da transição infância-adolescência: O contexto da escola**. *Psicologia Argumento*, vol. 30, n. 70, pp. 537-546, jul./set. 2012.
- CHILDHOOD.**Pela Proteção da Infância. Números da causa**. Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/numeros-da-causa>>. Acesso em: 27 set. 2015.
- CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **Campanha Álcool e Violência**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/748/campanha-alcool-violencia.php>>. Acesso em: 10 set. 2015.

COSTA, M. C. O.; et al. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.12, n.5, pp. 1129-1141, 2007.

FREITAG, K. C. **O perfil das Crianças e Adolescentes atendidas no Programa Sentinela: Compreendendo o Fenômeno da Violência.** *Serv. Soc. Rev.*, vol. 13, n. 1, pp. 119-135, jul/dez. 2010.

GARBIN, C. A.S.; et al. **Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 64, n. 4, pp. 665-670, 2011.

MAGALHÃES, M. L. et al. **O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência.** *Femina*, out 2009, v. 37, n. 10, p. 548-551.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 347-357. ISSN 0102-311X.

MARTINS, C. B.G; JORGE, M. H. P. M. **A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 18, n. 4, pp. 315-334, out-dez 2009.

MORAIS, R. L. G. L. **Violência contra criança e adolescente: percepção dos profissionais. 2012.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **A lei garante a proteção contra o abuso e a exploração sexual.** Disponível em: <[http://www.turminha.mpf.mp.br/direitos-das-criancas/18-de-maio/copy\\_of\\_a-lei-garante-a-protexcao-contra-o-abuso-e-a-exploracao-sexual](http://www.turminha.mpf.mp.br/direitos-das-criancas/18-de-maio/copy_of_a-lei-garante-a-protexcao-contra-o-abuso-e-a-exploracao-sexual)>. Acesso em 13 nov. 2014.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Climático-Categorial: uma proposta de sistematização.** *Ver. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008, v. 16, n. 4, p. 569-76.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. **Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta.** *Adolescência e saúde*, v. 6, n. 3, p. 52-60, set. 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE SÃO PAULO. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes.** *Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.*

SECRETARIA DE SAÚDE BAHIA. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia.** Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/result\\_REGIAO\\_SAUDE.asp?REGIAO\\_SAUDE=Senhor%20do%20Bonfim](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDE.asp?REGIAO_SAUDE=Senhor%20do%20Bonfim)>. Acesso em 17 set. 2015.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente.** Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer – Brasília: CFM, 2011.172 p.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-140-4

