

La violencia intrafamiliar y los procesos notificadorios bajo la óptica del profesional de salud pública

Family violence and the notification processes according to the viewpoint of a public health professional

Clea Adas Saliba Garbin, Bruno Wakayama, Renato Moreira Arcieri, Adrielle Mendes de Paula, Artênio Jose Isper Garbin

Universidad Estadual Paulista. Facultad de Odontología de Araçatuba. Araçatuba-SP, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción y el conocimiento de los profesionales del área de la salud sobre la violencia intrafamiliar y el proceso de notificación obligatoria.

Métodos: Estudio exploratorio transversal, cuantitativo y cualitativo, con 84 profesionales de la salud y del servicio público de dos municipios del estado de São Paulo, Brasil. Para la colecta de datos se utilizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. Para El análisis estadístico de las variables cuantitativas. se utilizó el test Chi-Cuadrado de Pearson.

Resultados: Se verificó que el 53,57 % de los entrevistados ya habían asistido algún tipo de violencia en su puesto de trabajo, siendo las principales víctimas los niños, mujeres y adultos ancianos. Cuando se les preguntó si deberían hacer algo respecto en los casos de violencia, el 78,31 % contestó que sí, sin embargo, cuando se les preguntó qué podrían hacer, el 31 % no supo contestar y solo el 7 % mencionó la notificación. Se encontraron asociaciones significativas entre el tiempo de trabajo en el servicio público y las siguientes variables: conocimiento de la legislación en casos de violencia ($p= 0,0083$), el acto notificadorio ($p= 0,0356$) y la ficha de notificación obligatoria ($p= 0,0030$).

Conclusión: Los profesionales de salud tienen dificultades para diagnosticar los casos de violencia y en la ejecución de las atribuciones necesarias para el manejo de tales problemas, como la notificación obligatoria.

Palabras clave: Violencia; salud pública; epidemiología.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception and knowledge of health professionals on domestic violence and the compulsory notification process.

Methods: Cross-sectional, exploratory, quantitative and qualitative study of 84 health professionals from the public health service in two municipalities of Sao Paulo, Brazil. For data collection, we used an open and closed question survey. The statistical analysis used the Pearson's chi-square test for association analysis of quantitative variables.

Results: The analysis of the responses yielded that 53.57 % of respondents have witnessed some form of violence in their workplace, being children, women and elderly the main victims. When they were asked whether they should do something about violence, 78.31 % agreed; however, in relation to what should be done, 31 % could not answer and just 7 % cited the notification. Significant associations were found between length of working time in public service and the following variables: the legal knowledge in violence cases ($p= 0.0083$), the notifying act ($p= 0.0356$) and the compulsory notification form ($p= 0.0030$).

Conclusions: Health professionals face difficulties in diagnosing violence cases, as well as the performance of tasks required for the management of such problems as it happens with compulsory notification.

Keywords: Violence; public health; epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la violencia intrafamiliar se presenta activa y constante en la sociedad. Esa agresión se caracteriza por la depreciación física, psicológica, económica, sexual, omisión o negligencia que sufre uno de los miembros de una familia, dentro o fuera de su espacio físico de convivencia.¹

Las cuestiones culturales son grandes contribuyentes para la formación del carácter y personalidad de un individuo. En muchos casos, los hábitos violentos de sometimiento e imposición de respeto para una supuesta educación dan origen a la agresión de la víctima dentro de su propio hogar.² En ese contexto de jerarquía patriarcal, los vicios culturales ya están difundidos desde muchas generaciones anteriores y difícilmente serán anulados por medio de leyes y normas.³

Las víctimas más comunes son aquellas que presentan los perfiles más vulnerables, sea por su aparato físico o mental.⁴⁻⁶ Están en ese grupo los niños, adolescentes, mujeres y ancianos, los que son muchas veces coaccionados al voto de silencio y así expuestos a violencia y abusos. La convivencia con el agresor dentro del hogar y el estar a merced de su violencia gratuita colaboran con la formación de la personalidad belicosa del individuo en la fase adulta, lo que forma un ciclo para la práctica de comportamientos violentos.^{7,8} Esas secuelas causadas por la agresión pueden generar problemas sociales, emocionales, dificultades en el aprendizaje, consumo excesivo de alcohol, uso de drogas y conductas criminosas.⁷

Considerando los explícitos casos de violencia contra menores y la intención de protegerlos, se creó en 1990 el Estatuto del Niño y Adolescente (ECA), en vigencia por la Ley 8.069.⁹ Es una conquista que garantiza no solo el asistencialismo, sino también el derecho de protección de la integridad de este segmento poblacional, lo que puede estimular a los ciudadanos a denunciar casos de maltratos. Por eso, es responsabilidad del profesional de salud, como está previsto en el artículo 245 del ECA, la obligatoriedad de notificación de sospecha o confirmación de actos de violencia en niños y adolescentes; su omisión es penalizada con multas.¹⁰

La violencia contra la mujer es y siempre ha sido considerada como inevitable a los ojos machistas de la sociedad, pero, ante la lucha incansable por sus derechos, se nota que la cadena de protección a favor de esas causas es cada vez más evidente y fuerte.¹¹

Por esa trayectoria, el campo de la salud ha contribuido a la atención a esas víctimas, tanto a la prevención de esas ocurrencias como a la notificación de esos actos.¹¹ En detrimento de esto, en 2003 se promulgó la Ley 10.778, la que consiste en la notificación de casos de violencia contra la mujer en el ámbito de la salud pública o privada,¹² que exige que todos los profesionales de salud realicen tales procesos cuando diagnostiquen la violencia. En 2006, a fin de que se reprimiera los casos de violencia doméstica y familiar relacionada a la mujer, se promulgó la Ley 11.340-Ley María da Penha.^{13,14}

En lo que se refiere al Estatuto del Anciano, aprobado en 2003, esa franja de la población tiene derecho a condiciones básicas de ciudadanía, así como asistencia y discriminación positiva para el preferencialismo. En los artículos 19 y 57 de ese estatuto, se determina como responsabilidad del profesional de salud la realización de la notificación de violencia y maltratos al Consejo del Anciano, con aplicación de multas en casos de omisión o incumplimiento.¹⁵

El recelo de los profesionales de salud en actuar ante un caso de violencia se justifica por la confusión con los términos "notificar" y "denunciar", pues no son sinónimos. La notificación garantiza a la víctima de agresión apoyo de instituciones y de profesionales competentes en el asunto. Se puede hacer la denuncia en comisarías de policía sin el amparo garantizado por la notificación.¹⁶ No obstante, la acción de notificar no garantiza el fin del problema, sino que interfiere en las relaciones de violencia. Luego, se espera la actuación activa del profesional de salud para cooperar con la interrupción de ese tipo de agresión.¹⁷

El profesional de salud debe interpretar la notificación como un mecanismo de la salud pública de dimensionar la real amplitud de casos de violencia y, de esa forma, invertir en medidas que apoyen la protección de esa población vulnerable, así como crear bases epidemiológicas que promuevan estudios científicos que diseminen la importancia de la notificación.¹⁸ También está plasmado en el código de ética que es deber de los profesionales cuidar la integridad física y la salud del paciente. Sin embargo, gran parte de las denuncias es hecha por civiles próximos a la víctima y no por profesionales de salud, lo que se debería esperar.^{19,20}

Ante todo, lo expuesto, la finalidad del estudio es evaluar la percepción y el conocimiento de los profesionales del área de la salud sobre la violencia intrafamiliar y el proceso de notificación obligatoria.

MÉTODOS

Se trata de un estudio exploratorio transversal cuantitativo realizado por medio de una encuesta semiestructurada autoadministrada con muestra no probabilística por conveniencia, para el que se eligieron dos municipios del Estado de São Paulo, Brasil. Se invitaron a participar de la investigación a todos los profesionales de salud que actuaban en el servicio público en las Unidades Básicas de Salud (UBS).

Se incluyeron en la investigación aquellos que estaban presentes en el día de la colecta de datos, aquellos que rellenaron correctamente la encuesta y los que aceptaron y consintieron su participación. Se elaboró el instrumento de colecta de datos especialmente para este estudio, debidamente testado en un grupo piloto no incluido en la muestra. La colecta de datos se realizó por un solo investigador previamente adiestrado.

Los análisis de los datos se hicieron con auxilio del paquete estadístico EpiInfo versión 7 *for Windows*, en los que se utilizó estadística descriptiva para determinar las medidas de tendencia central y dispersión. Para verificar las asociaciones existentes entre las variables del estudio se empleó análisis bivariado por medio del test Chi-Cuadrado de Pearson con valor de $p < 0,05$.

El estudio obtuvo el parecer favorable del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Odontología de Araçatuba/UNESP además de obedecer las normas éticas dispuestas en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud-Brasil. La investigación fue clasificada como de riesgo mínimo.

A los profesionales de salud invitados a participar en el estudio se les presentó el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, el que les aclaró sobre la voluntariedad de participación y el mantenimiento del sigilo de sus identidades. Todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio firmaron ese término.

RESULTADOS

Participaron del estudio 84 profesionales de salud del servicio público, el 74 % eran mujeres y el 26 % hombres. La edad varió entre 23 y 62 años (promedio= 37,7). Las mayores frecuencias fueron de cirujanos-dentistas (31) y enfermeros (27), precedidos de técnicos en enfermería, psicólogos, médicos, farmacéuticos y nutricionistas.

El tiempo desde la formación universitaria de los profesionales varió desde 1 año y 6 meses hasta 35 años (promedio= 14,23). El tiempo promedio de trabajo en el servicio público fue de 6,2 años.

El 72,62 % de los profesionales entrevistados ya habían sospechado o confirmado algún tipo de violencia en el puesto de trabajo, sin embargo, el 45,24 % de ellos nunca dieron asistencia a ningún paciente agredido ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de las actitudes y conocimiento de los profesionales según las variables del estudio

| Tipo de respuesta | ¿Encontró o sospechó de algún caso de violencia? | | ¿Ya ha dado asistencia a algún caso de violencia? | | ¿Debe el profesional Intervenir en casos de violencia? | |
|-------------------|--|--------|---|--------|--|--------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sí | 61 | 72,62 | 45 | 53,57 | 65 | 78,31 |
| No | 22 | 26,19 | 38 | 45,24 | 12 | 14,33 |
| No informó | 1 | 1,19 | 1 | 1,19 | 7 | 7,36 |
| Total | 84 | 100,00 | 84 | 100,00 | 84 | 100,00 |

Referente a la asistencia de casos de violencia, los ancianos, las mujeres y los niños fueron los más frecuentes en la percepción de los entrevistados (tabla 2).

Tabla 2. Principales víctimas de violencia asistidas por profesionales de salud del servicio público

| Víctimas | No. | % |
|------------|-----|-----|
| Ancianos | 26 | 28 |
| Mujeres | 26 | 28 |
| Niños | 22 | 21 |
| No informó | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |

Cuando se preguntó a los participantes del estudio si deberían hacer algo respecto a la violencia intrafamiliar, el 78,31 % confirmó la sentencia (tabla 1). Sin embargo, cuando fueron cuestionados sobre lo que se podría hacer, el 31 % no supo responder, el 28 % orientó a las víctimas, el 13 % planteó la denuncia, el 7 % mencionó la notificación como deber profesional, y el 6 % llevar el caso hasta su superior.

El análisis cualitativo arrojó las siguientes respuestas:

- No lo conozco.
- Existe la ficha de notificación y rellenarla es obligación del profesional de salud en el caso de que haya alguna sospecha.
- Normalmente no registra los casos, pero, de vez en cuando, reconoce los indicios de agresión.
- En los términos odontológicos, no existe formulario alguno.
- No existe formulario alguno, solo charlamos con la asistente social y ella toma las providencias debidas.

La notificación de un acto de violencia intrafamiliar es una responsabilidad profesional, pero no siempre ocurre así (Fig).

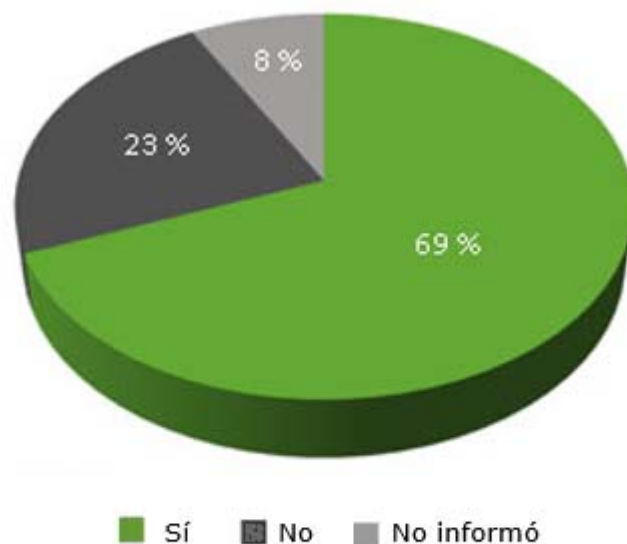


Fig. Distribución de los valores (%) encontrados ante la pregunta de si el acto notificadorio en casos de violencia intrafamiliar es una responsabilidad profesional.

Se observaron asociaciones estadísticamente significativas relacionadas con el tiempo de trabajo en el servicio público y las variables: conocimiento de la legislación en casos de violencia ($p= 0,0083$), el acto notificadorio ($p= 0,0356$) y la ficha de notificación obligatoria ($p= 0,0030$) (tabla 3).

Tabla 3. Evaluación del conocimiento de los profesionales de salud sobre el tema violencia intrafamiliar de acuerdo con el tiempo de trabajo

| Tiempo de servicio | ¿Conoce la legislación para casos de violencia? | | ¿Sabe qué es la notificación de violencia? | | ¿Conoce la ficha de notificación? | |
|--------------------|---|----|--|----|-----------------------------------|----|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 0 - 5 | 21 | 7 | 25 | 3 | 23 | 2 |
| 6-10 | 5 | 3 | 9 | 3 | 8 | 4 |
| 11-15 | 4 | 4 | 6 | 2 | 1 | 2 |
| 16-20 | 0 | 8 | 3 | 5 | 7 | 6 |
| 21-25 | 1 | 4 | 2 | 3 | 0 | 5 |
| 26-30 | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2 |
| 31-35 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 |
| Valor de p^* | 0,0083* | - | 0,0356* | - | 0,0030* | - |

* Test Chi-Cuadrado.

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos muestran que cada año 1,6 millones de personas pierden la vida a causa de la violencia; Brasil ocupa el cuarto puesto de las causas

de muerte en el mundo.²¹ De entre las principales víctimas que aumentan esos números están los grupos vulnerables, los que, por su fragilidad, dependencia y sumisión, están desprotegidos ante los ataques de los agresores. Por eso, en 2011, el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) registró 73 633 asistencias con el 65,4 % de ellos relacionados con mujeres. Esos datos apuntan hacia la necesidad de promover la prevención y orientar el combate a la violencia, pues se considera un problema de salud pública cuando esta tiene tan elevada prevalencia, principalmente entre los vulnerables.^{22,23}

Por ello, considerando los resultados de la encuesta sobre el conocimiento y percepción de los profesionales cuando sospechan o intervienen en casos de violencia, se determina la necesidad de mejor formación profesional para que se realice correcto diagnóstico y se ejecuten acciones necesarias en estos casos, ya que, en la mayoría de las veces, los que dan la asistencia inicial se limitan a analizar lo que está explícito y no averiguan las formas subjetivas de las agresiones sufridas.^{24,25}

En relación con los protocolos para el registro de sospecha y confirmación de violencia intrafamiliar, se nota disparidad de conocimiento sobre las conductas que deben ser seguidas. Esa premisa confirma la incapacitación profesional para actuar ante estos casos debido a su formación universitaria insuficiente, una vez que el tema no es el enfoque de interés del área y se aleja del típico modelo biomédico tratado en los cursos de grado y posgrado.²⁶ Por eso se observan en los estudios una asociación positiva entre la capacitación profesional y el acto de notificar.²⁷

Las relaciones significativas entre el conocimiento de la legislación en casos de violencia, el acto notificadorio y la ficha de notificación obligatoria, en relación con el tiempo de trabajo en el servicio público (tabla 3), reafirma el planteamiento de que la experiencia profesional, los cursos de posgrado y el mayor tiempo de trabajo en el servicio público aseguran mayores oportunidades de que el profesional de salud notifique los casos, ya que hay un presunto conocimiento sobre el tema y la legislación existente.²⁷

La subnotificación de casos de violencia hiere la responsabilidad y el deber del profesional de salud, pues es su obligación cuidar la salud y dignidad de sus pacientes. Esa violación se refiere también a la infracción legal ante la obligatoriedad de los profesionales de notificar los casos de violencia de acuerdo con lo expuesto en el Estatuto del Niño y Adolescente (Ley Federal n. 8.069/90)⁹, Estatuto del Anciano (Ley Federal n. 10. 741/03)¹⁵ y la Ley de Notificación Obligatoria de Violencia contra la Mujer (Ley Federal n. 10.778/03).¹³ Luego, el incumplimiento de esas obligatoriedades podrá ocasionar sanciones penales y multas.

Otro factor asociado al deber del profesional en notificar casos de violencia, se refiere al dimensionamiento y creación de subsidios epidemiológicos entorno de esos casos a fin de que se promocióne la visibilidad necesaria para la elaboración de políticas públicas de combate y prevención de la violencia intrafamiliar.^{19,28}

Por tratarse de un estudio epidemiológico transversal, su principal limitación es la metodología de investigación utilizada. Los sesgos de memoria al recordar los hechos pasados son inherentes a este tipo de abordaje metodológico. Sin embargo, los resultados encontrados en este estudio son de gran relevancia a la salud pública y al contexto epidemiológico social, pues señalan la necesidad de discusiones sobre el tema en el trabajo en el área de salud a fin de mejor capacitación de esos profesionales.

Se concluye que hay dificultades de los profesionales de salud en actuar ante casos de violencia intrafamiliar, así como el desconocimiento del proceso notificadorio y su importancia como un deber profesional.

Se recomienda la necesaria la actualización del conocimiento profesional para los temas abordados a fin de que haya mejora en la conducta profesional y en el dimensionamiento fidedigno de este problema de salud pública.

AGRADECIMIENTOS

A la FAPESP-Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo por el apoyo financiero brindado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Roque EMST, Ferriani MGC, Silva MAI. A violência intrafamiliar e a justiça. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(5):908-14.
3. Pitanguy J, Heringer R. Diálogo regional da América Latina e Caribe sobre direitos reprodutivos e violência contra a mulher: papéis e responsabilidade de homens jovens e adultos. Rio de Janeiro: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação; 2002.
4. Franzin LCS, Franzin FM, Moysés ST. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do Brasil. Colloquium Vitae. 2012;4(2):79-84.
5. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013;21(No. Especial):172-9.
6. Urrusuno Carvajal F, Rodríguez Fernández R, Vázquez Abreu RL. Violencia doméstica en la tercera edad. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(2):189-91. Acceso: 11 Oct 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200016&lng=es
7. Valdez Rojas JC, Salasar Lima A, HernándezMorejón E, Domínguez Sánchez M, Torre Diañez R, Barbosa Rodríguez D. Violencia intrafamiliar: enfoque de género. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(4):248-50. Acceso: 11 Oct 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400002&lng=es

8. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Ver Psiquiatr RS. 2003;25(supl 1):9-21.
9. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil: Governo; 1990. Acesso: 4 Mar 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
10. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(2):481-91.
11. Lima DC, Büchele F, Clímaco DA. Homens, gênero e violência contra a mulher. Saúde Soc. 2008;17(2):69-81.
12. Souto QR, Leite CCS, França ISX, Cavalcanti AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. Cogitare Enferm. 2012;17(1):72-7.
13. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasil: Governo; 2006. Acesso: 4 Mar 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
14. Ministério da Saúde. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
15. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasil: Governo; 2003. Acesso: 4 Mar 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
16. Bannwart TH, Brino RF. Difficulties to identify and report cases of abuse against children and adolescents from the viewpoint of pediatricians. Rev Paul Pediatr. 2011;29(2):138-45.
17. Queiroz APDQ, Garbin CAS. A violência contra criança e a notificação pelos profissionais de saúde. Polemica. 2011;10(2):271-7.
18. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinski I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. Cad Saúde Pública. 2009;25(11):1452-61.
19. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):472-7.
20. Vieira EM, Ford NJ, De Ferranti FG, Almeida, AM, Daltoso, D. Santos MA. A The response to gender violence among Brazilian healthcare professionals. Cienc Saúde Coletiva. 2013;18(3):681-90.

21. Fortunato MAB. Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e Entorno, 2002-2007 [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.

22. Oliveira SM, Fatha CLP, Rosa VL, Ferreira CD, Gomes GC, Xavier DM. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. Rev Enferm UERJ. 2013;21(1):594-9.

23. Estrada Pineda C, Rodriguez Diaz FJ. Violencia y temor por la vida en mujeres jaliscienses violentadas por su pareja íntima. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(4):462-71. Acceso: 11 Oct 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400010&lng=es

24. Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, Silva MR. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. Rev Baiana Saude Publica. 2011;35(supl 1):118-37.

25. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Factors associated with the report and adolescent abuse in primary healthcare. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(10):4267-76.

26. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. Invest Educ Enferm. 2001;19(1):38-45.

27. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJSE. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting mistreatment of children and adolescents. Rev Paul Pediatr. 2013;31(2):223-30.

28. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Filling out the compulsory notification in health services that care for women who suffer from sexual violence. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(1):94-107.

Recibido: 14 de enero de 2016.

Aceptado: 10 de enero de 2017.

Bruno Wakayama. Universidad Estadual Paulista. Facultad de Odontología de Araçatuba. Araçatuba-SP, Brasil.

Correo electrónico: brunowakayama@gmail.com

Copyright of Revista Cubana de Salud Pública is the property of Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.