

Aluno:	Carlos Inácio Andrade
Orientador:	Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar Efigênia Ferreira e Ferreira
Título da Dissertação:	Abuso físico infantil: conhecimentos e atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família - estudo de duas regionais de Belo Horizonte
Data de defesa:	29/01/2016

PRODUTO TÉCNICO

Relatório técnico apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ Minas Gerais, referente aos resultados obtidos em estudo científico desenvolvido no município.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia

Carlos Inácio Andrade
Efigênia Ferreira e Ferreira
Fernando Silva Oliveira
Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

**ABUSO FÍSICO INFANTIL: CONHECIMENTOS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESTUDO DE DUAS REGIONAIS DE BELO HORIZONTE.**

BELO HORIZONTE

2015

Carlos Inácio Andrade
Efigênia Ferreira e Ferreira
Fernando Silva Oliveira
Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

**ABUSO FÍSICO INFANTIL: CONHECIMENTOS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESTUDO DE DUAS REGIONAIS DE BELO HORIZONTE.**

Relatório técnico apresentado à
Secretaria Municipal de Saúde de
Belo Horizonte/ Minas Gerais,
referente aos resultados obtidos em
estudo científico desenvolvido no
município.

Área de concentração: Saúde Pública

BELO HORIZONTE

2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	71
2 DESENVOLVIMENTO.....	75
2.1 OBJETIVO GERAL.....	76
3 RESULTADOS.....	77
4 DISCUSSÃO.....	80
5 CONCLUSÕES.....	89
6 RECOMENDAÇÕES	89
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXO 1 – Parecer da SMSA.....	95
ANEXO 2- Parecer UFMG.....	96
APÊNDICE 1- Termo de Consentimento.....	97
APÊNDICE 2- Questionário.....	98

1 INTRODUÇÃO

O abuso físico infantil, problema de saúde pública relevante quanto ao potencial de morbimortalidade, é definido pela Organização Mundial de Saúde como danos reais ou potenciais a uma criança, a partir de uma ação praticada pelos pais, cuidadores, pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 1999). Este, por sua vez, foi classificado pelo Ministério da Saúde como agravo de notificação compulsória não transmissível, sendo amparado pelas questões legais acerca do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual objetiva dentre outros a proteção integral aos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

De fato, o abuso físico infantil é um problema prevalente em todo o mundo. Nos Estados Unidos, 79,5% das crianças vítimas de maus tratos sofreram negligência e 18% abuso físico, sendo o número de óbitos no mesmo ano de aproximadamente 1.520 crianças. Estes dados são obtidos através de um banco de dados nacional, relacionado a um sistema de informação e vigilância, afim de reduzir os números acerca dos maus tratos contra a criança (Child Maltreatment, 2013).

No Brasil, dados levantados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) entre os anos de 2009 a 2010, mostraram que 32,8% das notificações efetuadas em relação aos maus tratos contra a criança eram de agressões físicas (BRASIL, 2006). Estes dados podem estar muito distantes da realidade acerca da violência infantil, pois no Brasil não existe nenhum tipo de levantamento em nível nacional que estime a prevalência do abuso físico contra a criança, diferentemente dos Estados Unidos (*Child*

Maltreatment), o que reforça a hipótese de que há uma falha quanto ao real número de casos, muitas vezes não notificados.

As sequelas do abuso físico infantil estão bem documentadas na literatura científica, sendo relatadas alterações comportamentais como a agressividade, depressão, ansiedade, uso e abuso de substâncias entorpecentes, tentativas de suicídio e comportamento sexual de risco, as quais estão associadas a indivíduos que sofreram abuso físico na infância (LANDSFORD et al., 2002; NORMAN et al., 2012). Portanto, as ações voltadas para a prevenção e coibição deste relevante problema podem contribuir com a redução de suas comorbidades.

O recurso que os profissionais de saúde possuem para o combate à violência e seus agravos é a notificação, medida definida pelo Ministério da Saúde como *“uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócio-sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A notificação é, portanto, uma comunicação às instâncias responsáveis por garantir os direitos da criança descritos no ECA, uma forma de mobilizar estes órgãos quanto a necessidade de intervir em alguma situação que promova risco à criança ou ao não cumprimento dos seus direitos. Esta medida não deve ser vista como sendo uma punição ao agressor, mas sim uma forma de minimizar os efeitos de fatores que alimentam a violência. A notificação ainda hoje é um procedimento incerto, pois muitos profissionais de saúde não se sentem preparados ou capazes de identificar um

possível caso de abuso físico, contribuindo assim para a subnotificação dos casos, uma realidade no Brasil que prejudica o dimensionamento epidemiológico do agravo e, conseqüentemente, o bem-estar da criança (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

A literatura aponta investigações nacionais que relatam a subnotificação de abuso físico infantil por profissionais de saúde, como no estudo de CARVALHO et al., (2009), realizado através do levantamento dos registros de ocorrências de uma delegacia de proteção à criança e ao adolescente na cidade de Salvador (BA). Dentre os dados de 2.073 ocorrências, os casos registrados em maior frequência estavam associados ao abuso físico (64,7%). Dentre as agressões físicas com lesões corporais (22,2% do total de denúncias apuradas) a região de cabeça e pescoço foi a mais acometida, relatada em 65,3% destes casos. Neste estudo nenhum dos casos foi notificado por profissionais de saúde. Para Pascolat e colaboradores, (2001), *“as pessoas que mais denunciam o abuso físico na infância constituem a comunidade (85,8%), preferencialmente vizinhos e profissionais da área de saúde”*.

A omissão por parte dos profissionais de saúde tanto de casos suspeitos quanto de casos reais é crime, com pena prevista no artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), cabendo ao profissional as atribuições quanto à suspeita e a notificação dos casos de abuso físico infantil.

Mobilizar o profissional quanto a real necessidade de se envolver na detecção do abuso físico é de fundamental relevância. Pensando-se nesta afirmativa, os profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família são de grande importância quanto à detecção e notificação do abuso físico infantil, pelas diversas características e atribuições que os mesmos possuem. O vínculo com a população adscrita é um dos

pontos principais quando pensamos em orientação às famílias, detecção precoce e intervenções em nível local. Considerando-se a relevância do agravo, estudos que avaliem os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde frente ao abuso físico infantil são de grande importância para que medidas sejam tomadas com o objetivo de redução da morbimortalidade infantil. O presente relatório técnico-científico refere-se aos resultados obtidos em uma dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública desenvolvida na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo um de seus objetivos prover à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte resultados de um estudo inédito no município acerca da identificação e notificação de Abuso Físico na Infância (AFI) pelos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família lotados nas Regionais Norte e Pampulha.

Estes dados podem, contudo, contribuir para que os profissionais sejam conscientizados da relevância do diagnóstico precoce, prevenção do problema junto à comunidade e redução dos danos às crianças e, até mesmo, para que intervenções no intuito de capacitar estes profissionais sejam realizadas, reduzindo assim a subnotificação dos casos de abuso físico infantil.

2 DESENVOLVIMENTO

O estudo desenvolvido foi do tipo transversal executado a partir de uma amostra representativa de Cirurgiões Dentistas, Enfermeiros e Médicos Generalistas vinculados à Estratégia Saúde da Família e Pediatras lotados nas Regionais Norte e

Pampulha, as quais em 2014 continham 49 Cirurgiões Dentistas, 113 Enfermeiros, 91 Médicos Generalistas e 34 Pediatras distribuídos em seus 27 Centros de Saúde.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte sob os respectivos pareceres: 0067.0.410.203-09P1 e 0067.0.410.203-09ª (Anexos 1 e 2). Todos os profissionais participantes foram orientados quanto às questões éticas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constante no questionário. Para coleta dos dados foi utilizado um questionário autoaplicável desenvolvido na Universidade de Londres por Lazenbatt e Freeman, 2008 adaptado transculturalmente e validado para uso no Brasil por Silva-Oliveira *et al.*, 2014 (Apêndice 1).

Um cálculo amostral considerando a prevalência de notificação de AFI de 50%, erro amostral de 5% e, conseqüentemente, um intervalo de confiança de 95% foi realizado, determinando uma amostra selecionada aleatoriamente composta por 27 Cirurgiões Dentistas, 42 Enfermeiros, 39 Médicos Generalistas e 23 Pediatras, totalizando 131 profissionais, respeitando a proporcionalidade por distrito.

A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre Agosto de 2014 à Setembro de 2015 em intervenções com uma breve explicação da metodologia e da relevância do tema aos gerentes das unidades básicas (reunião previamente agendada nos Distritos) e repassados aos mesmos os questionários para que fossem entregues aos profissionais selecionados por sorteio (envelopes lacrados contendo o questionário e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma de posse do participante e a outra retornaria em anexo ao questionário preenchido). Os questionários foram recolhidos pelos gerentes e encaminhados às Sedes

Administrativas dos distritos sanitários depois de, aproximadamente, um mês da realização da reunião, com resposta média de 65%. Sendo assim, a amostra mínima não foi obtida e o segundo método de coleta, que se caracterizou pela visita direta do pesquisador ao Centro de Saúde e contato direto com o profissional sorteado, foi então aplicado.

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística através do software SPSS 20.0. Foram realizadas análises descritiva e univariada utilizando o teste Qui-quadrado.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a frequência da identificação e a da notificação dos casos de abuso físico infantil pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (Médicos Generalistas, Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas e Médicos Pediatras) lotados nas Regionais Norte e Pampulha frente aos casos de abuso físico infantil.

3 RESULTADOS

O estudo apresentou dados referentes a 87 % da amostra, contando com 114 profissionais: 28 (24.6%) Cirurgiões Dentistas, 41 (36.0%) Enfermeiros, 32 (28.1%) Médicos da Família e Comunidade, amostra representativa das Equipes de Saúde da Família (ESF) das regionais Norte e Pampulha da cidade de Belo Horizonte e 13 (11.4%) Médicos Pediatras representativos dos Pediatras das equipes de apoio da ESF. Esta amostra foi composta por 85 (75.9%) mulheres e 27 (24.1%) homens. Treze por cento

da amostra foi perdida por diversos fatores, dentre eles preenchimento incompleto do questionário, profissional de licença médica ou por desistência do participante. A amostra apresentou uma média de 42 anos de idade (mediana = 40), de 16 anos de formado (mediana = 12), 10 anos nas unidades da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (mediana = 6) e 6,5 anos na mesma unidade da Estratégia de Saúde da Família (mediana = 4).

Setenta e quatro profissionais de saúde (64.9%) já identificaram algum caso suspeito ou comprovado de AFI entre seus pacientes durante a experiência profissional. Quarenta e dois (37.2%) profissionais de saúde identificaram algum caso suspeito ou comprovado de AFI entre seus pacientes no último ano, porém no que se refere a abuso físico orofacial no último ano apenas 4.4% dos profissionais de saúde relataram ter identificado. A Tabela 1 apresenta descrição e distribuição da amostra quanto a Identificação de casos de “AFI” e associações com variáveis independentes:

Tabela 1: Distribuição da amostra baseada na prevalência de ter visto algum caso de AFI na experiência profissional pelas variáveis independentes: Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis independentes	Frequência n (%)	Identificação de casos de AFI		p-valor*
		Não n (%)	Sim n (%)	
Gênero				
Masculino	27 (24,10)	06 (22,2)	21 (77,8)	0,115
Feminino	85 (75,89)	33 (38,8)	52 (61,2)	
Tipo de profissional				
Cirurgião Dentista	28 (24,56)	13 (46,4)	15 (53,6)	0,454**
Enfermeiro	41 (35,96)	13 (31,7)	28 (68,3)	
Médico Generalista	32 (28,07)	11 (34,4)	21 (65,6)	
Médico Pediatra	13 (11,40)	03 (23,1)	10 (76,9)	
Tempo de Trabalho na Unidade				
0 a 4	60 (55,55)	27 (45,0)	33 (55,0)	0,032
5 a 25	48 (44,44)	12 (25,0)	36 (75,0)	
Sente-se disposto a se envolver na detecção do AFI				
Pouco (0 a 9)	72 (63,15)	28 (38,9)	44 (61,1)	0,266
Muito (10)	42 (36,84)	12 (28,6)	30 (71,4)	
Sente-se interessado pelo atendimento à criança				
Pouco (0 a 9)	68 (60,17)	25 (36,8)	43 (63,2)	0,536
Muito (10)	45 (39,82)	14 (31,1)	31 (68,9)	

***Teste Qui-quadrado ** Teste Exato de Fisher**

Perdas (Gênero = 2; tempo de trabalho na unidade= 6; Interesse pelo atendimento infantil=1).

No que se refere à notificação de caso suspeito ou comprovado de AFI pelos profissionais de saúde da ESF entre seus pacientes durante a experiência profissional apenas 25 (21.9%) relataram ter notificado. Quando questionados sobre esta notificação no último ano de atuação apenas 09 (7.9%) profissionais de saúde relataram ter feito essa notificação. A Tabela 2 apresenta descrição e distribuição da amostra quanto a notificação de casos de “AFI” e associações com variáveis independentes:

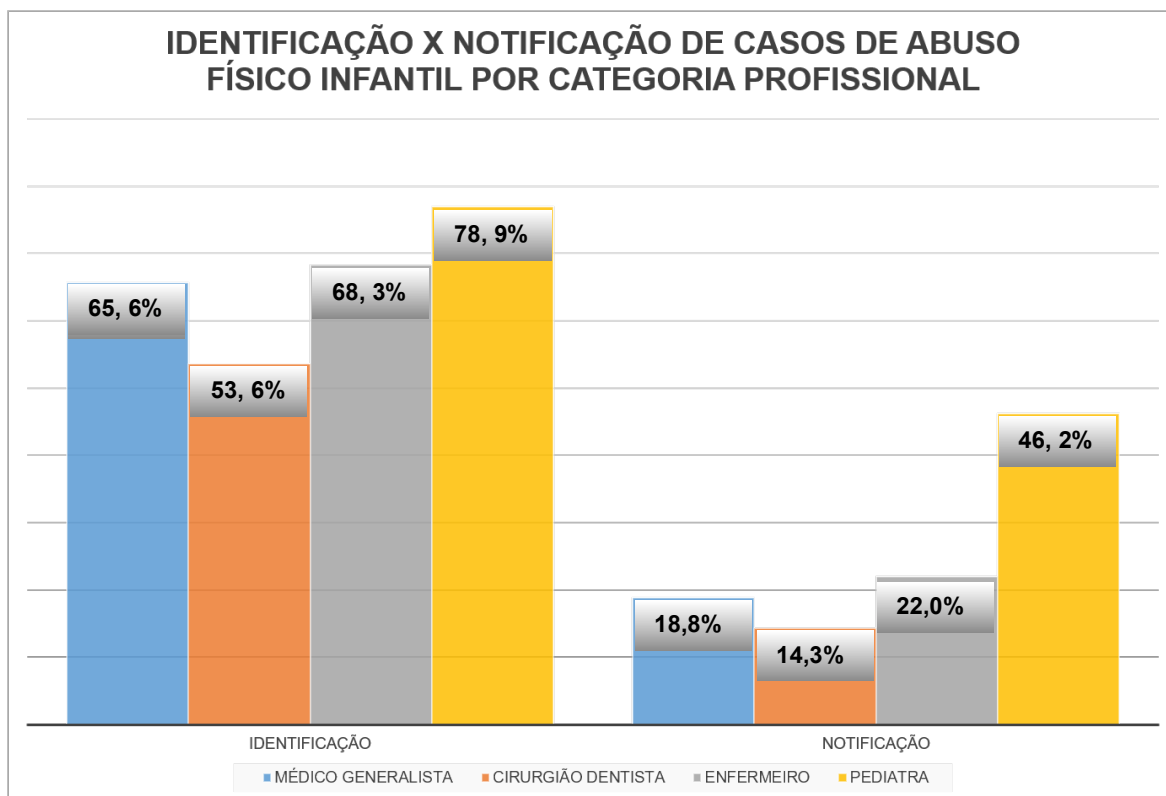
Tabela 2: Distribuição da amostra baseada na prevalência de ter notificado algum caso de AFI na experiência profissional pelas variáveis independentes: Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis independentes	Frequência n (%)	Notificação de casos de AFI		p-valor*
		Não n (%)	Sim n (%)	
Gênero				
Masculino	27 (24,10)	20 (74,1)	07 (25,9)	0,513
Feminino	85 (75,89)	68 (80,0)	17 (20,0)	
Tipo de profissional				
Cirurgião Dentista	28 (24,56)	24 (85,7)	04 (14,3)	0,133**
Enfermeiro	41 (35,96)	32 (78,0)	09 (22,0)	
Médico Generalista	32 (28,07)	26 (81,3)	06 (18,8)	
Médico Pediatra	13 (11,40)	07 (53,8)	06 (46,2)	
Tempo de trabalho na Unidade				
0 a 4	60 (55,55)	49 (81,7)	11 (18,3)	0,400
5 a 25	48 (44,44)	36 (75,0)	12 (25,0)	
O quanto se sente interessado pelo atendimento infantil				
Pouco (0-9)	68 (60,17)	57 (83,8)	11 (16,2)	0,061
Muito (10)	45 (39,82)	31 (68,9)	14 (31,1)	
O quanto se sente preparado para o atendimento infantil				
Pouco (0-7)	62 (54,86)	49 (79,0)	13 (21,0)	0,744
Muito (8-10)	51 (45,13)	39 (76,5)	21 (23,5)	
Interesse por cursos de educação continuada				
Pouco (0-9)	49 (43,36)	42 (85,7)	07 (14,3)	0,079
Muito (10)	64 (56,63)	46 (71,9)	18 (28,1)	

**** *Teste Qui-quadrado ** Teste Exato de Fisher**

Perdas (Gênero = 2; tempo de trabalho na unidade= 6; Interesse pelo atendimento infantil=1; Preparo para o atendimento infantil=1; Interesse por cursos de educação continuada=1)

Os dados acima descritos em relação à identificação e notificação de casos de abuso físico infantil por categoria profissional estão representados de forma esquemática no gráfico 01:



4 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que os profissionais das Equipes de Saúde da Família das regionais Norte e Pampulha, município de Belo Horizonte, apresentaram um perfil semelhante a alguns estudos presentes na literatura científica, ou seja, um distanciamento entre a identificação dos casos de abuso físico infantil e a notificação dos mesmos (MOREIRA *et al.*, 2013; AZEVEDO *et al.*, 2012). Constatamos que embora 64,9% dos profissionais participantes já viram algum caso suspeito de abuso físico infantil durante o exercício profissional, apenas 21,9% notificou às autoridades. No que se refere à identificação e notificação dos últimos seis meses de casos de AFI, dos 37,2% que identificaram apenas 7,9% notificaram estes casos.

Nos serviços de saúde a identificação dos casos de violência é repleta de incertezas, sendo a subnotificação uma realidade no Brasil. Muitos profissionais não possuem informações suficientes para diagnosticar ou levantar suspeitas acerca da violência com um mínimo de precisão. É importante que esta suspeita seja bem fundamentada antes de notificar o caso, pois suspeitas mal fundamentadas podem contribuir tanto para a supernotificação quanto para a subnotificação de casos, o que acaba por comprometer o dimensionamento epidemiológico do agravo (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

Lazenbatt e Freeman (2006) mostraram que 58% dos profissionais da atenção primária à saúde da Irlanda do Norte identificaram casos suspeitos de abuso físico em sua experiência profissional, percentual de identificação próximo aos dados do presente estudo. Em contrapartida, este índice de identificação de casos de abuso físico infantil foi consideravelmente menor em estudos semelhantes, como o de Laud *et al.*, (2012), no qual Cirurgiões Dentistas da Grécia foram avaliados quanto ao preparo, experiência e ponto de vista acerca do reconhecimento e da notificação de maus tratos/abuso físico infantil, com prevalência encontrada de 13% em suas práticas profissionais. A suspeita deve se basear em fatores que variam desde um leve indício ao relato da criança vítima da violência ou de seu acompanhante, devendo ser melhor investigada antes de gerar a notificação (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

O tempo de trabalho do profissional na mesma Unidade Básica de Saúde e a identificação de casos de abuso físico infantil na atuação profissional também foram variáveis que apresentaram associação significativa ($P=0,032$). A permanência do profissional na mesma Unidade Básica está associada ao vínculo com a população

pertencente às Equipes de Saúde da Família adscritas à área de abrangência. Estes profissionais, conforme a rotina de trabalho e as demandas do serviço acabam se inserindo no contexto social da população e, conseqüentemente, criam uma relação de proximidade com os usuários da Unidade. Este fato facilita a identificação precoce dos fatores de risco para a ocorrência de atos violentos e este profissional de saúde desempenha assim um papel de mediador e articulador na atenção primária quanto a proteção e apoio às vítimas (SANTOS e YAKUWA, 2015). Portanto, a aproximação dos serviços de saúde com a vivência da população residente na área de abrangência pode ser positiva quanto a abordagem, encaminhamento e tratamento de crianças vítimas de abuso físico (ANDRADE *et al.*, 2011).

Quanto à identificação de casos de abuso físico infantil por categoria profissional, os Médicos Pediatras foram os profissionais que tiveram o maior percentual quanto ao número de casos identificados (76,9%) o que concorda com a literatura (PIRES *et al.*, 2005). Quanto à identificação de AFI pelos dentistas, apesar de 50% terem identificado, esta foi à categoria de profissionais de saúde que menos identificou quando comparada com as outras (53.6%). Traumas na região de cabeça e pescoço são as lesões físicas frequentemente observadas em crianças vítimas de abuso físico infantil, áreas que deveriam ser de fácil identificação por parte do Cirurgião Dentista. Para Franzin *et al.*, (2012), 20,2% das sequelas físicas descritas nas notificações avaliadas atingiram principalmente a cabeça, seguidas de lesões em membros superiores e inferiores. Baixos índices de identificação de casos de maus tratos/ abuso físico infantil por parte dos Cirurgiões Dentistas são objeto de discussão na literatura científica. Uma amostra de 510 Cirurgiões Dentistas da Croácia foram avaliados quanto ao conhecimento, experiências e atitudes em relação aos maus

tratos/ abuso físico infantil, sendo o instrumento utilizado um questionário autoaplicável. Destes, 26,27% relataram alguma suspeita de maus tratos/ abuso físico infantil durante a atuação profissional (CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015).

Com relação aos casos notificados, o presente estudo identificou baixos índices de notificação, sendo que 21,9% dos respondentes relataram ter feito alguma notificação de casos suspeitos ou comprovados de abuso físico infantil às autoridades competentes em sua prática profissional, sendo que no último ano de atuação destes apenas 7,9% notificou algum caso.

Baixos índices de notificação de maus tratos infantis/abuso físico infantil também foram relatados por Moreira e colaboradores (2013). Médicos, Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros da atenção básica de três cidades do Estado do Ceará foram avaliados quanto à identificação e notificação de maus tratos/ abuso físico infantil através de um questionário autoaplicável, metodologia semelhante a do presente estudo. Do total de respondentes, 40,7% havia identificado alguma situação de maus tratos em sua prática profissional. Entretanto a frequência de notificação foi de 17%.

A notificação é uma importante estratégia de prevenção à violência, contribuindo significativamente com a redução ou o cessar da mesma, sendo de grande importância o papel dos profissionais de saúde e, de fato, é um instrumento que viabiliza o dimensionamento da violência (GARBIN *et al.*, 2011; GONÇALVES e FERREIRA, 2002). Todavia, as diferentes concepções acerca da violência contra a criança podem estar relacionadas aos baixos índices de notificações realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, influenciando a atuação dos mesmos já

que para a sociedade, os atos de violência física são muitas vezes toleráveis e interpretados como modo de disciplinar as crianças (SANTOS e YAKUWA, 2015).

Logo, o temor de muitos profissionais em se envolver nos casos de violência contra a criança está relacionado à omissão (não notificação) dos casos. Muitos destes trabalham em locais em que a violência urbana e a criminalidade imperam e, desta forma, se sentem ameaçados (ANDRADE *et al.*, 2011). Estes profissionais, pela proximidade com a população podem ter receio de sofrer represálias dos agressores denunciados e a omissão por parte daqueles se deve a uma questão de convivência e até mesmo da própria sobrevivência (MOREIRA *et al.*, 2014). Os profissionais devem se conscientizar que a notificação não deve ser considerada como um ato de punição ao agressor, mas sim um instrumento que possibilite assistência e auxílio às vítimas (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

Quanto aos casos notificados por categoria profissional, os Médicos Pediatras são os profissionais que mais notificaram casos de abuso físico infantil (46,2%) e os Cirurgiões Dentistas os profissionais que menos notificaram casos (14,3). O Pediatra é o profissional que, de acordo com sua atuação, lida diretamente com a criança e seus agravos de saúde. Médicos Pediatras de Porto Alegre (RS), em um estudo conduzido por Pires e colaboradores (2005) estiveram associados a altas taxas de identificação (86,96%) e notificação (78,75%) de casos de maus tratos/ abuso físico infantil. A prevenção dos casos de violência contra a criança e a consequente redução de danos são algumas das atribuições dos Médicos Pediatras. Além disso, a influência em relação ao conhecimento adquirido nesta especialidade médica são fatores que podem justificar os altos índices de notificação observados na literatura (PIRES *et al.*, 2005).

A subnotificação por parte do Cirurgião Dentista é objeto de discussão na literatura. Estudo desenvolvido por Azevedo *et al.*, (2012) revelou que embora 71,9% dos Cirurgiões Dentistas relataram prestar atendimento à criança, 85,7% destes profissionais nunca levantaram suspeitas de casos de maus tratos/ abuso físico infantil em seus pacientes. Estes índices elevados de subnotificação também foram observados em outros estudos (LAUD *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2006).

A subnotificação de casos de maus tratos/ abuso físico infantil por parte do Cirurgião Dentista também foi relatada por Cukovic-Bagic e colaboradores (2015). Dentre os 510 profissionais participantes do estudo, apenas 5,1% notificou os casos suspeitos às autoridades competentes.

Lazenbatt e Freeman (2006) relataram que dos 31% dos profissionais que observaram traumas faciais em casos suspeitos de abuso físico infantil, a maioria era Cirurgião Dentista. Todavia, apenas 38% destes conheciam os mecanismos para a notificação dos casos. Pode haver, portanto, uma falta de conhecimento e a necessidade de conscientização do Cirurgião Dentista acerca da identificação e notificação de maus tratos/ abuso físico infantil, estando este profissional minimamente associado às notificações (AZEVEDO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2007; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015).

As dúvidas quanto à suspeita/ diagnóstico de maus tratos/ abuso físico infantil são justificativas encontradas na literatura para os índices de subnotificação por parte do Cirurgião Dentista, além de outros fatores como medo de represálias por parte do abusador, das consequências que a notificação irá provocar, dentre outros fatores (CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015). Outro fato conflitante é que muitos destes profissionais

relatam aptidão quanto ao diagnóstico/ suspeita de maus tratos/ abuso físico infantil. No estudo de Laud *et al.*, (2013), apesar de 21% dos 368 profissionais ter relatado que receberam treinamento acerca da proteção à criança e, das suspeitas relatadas (13% destas acerca de maus tratos/ abuso físico infantil), apenas seis notificaram. Apesar de grande parte ter treinamento acerca do tema, qual seria a razão de haver um alto índice de subnotificação dentre os profissionais Cirurgiões Dentistas? Estes dados são conflitantes, sendo de grande importância para o processo de identificação e notificação de casos de abuso físico infantil uma maior adesão do profissional Cirurgião Dentista, para que o mesmo possa contribuir de forma mais efetiva quanto à coibição do abuso contra a criança.

Apenas 18% dos médicos generalistas notificaram os casos de AFI. Entre os Médicos, ainda há o predomínio de um ponto de vista restrito quanto ao conceito de saúde e muitos destes profissionais ainda se atem à atenção estritamente medicamentosa, não estando atentos aos determinantes de saúde, ou seja, dissociando a realidade da comunidade dos problemas e queixas relatados nas consultas. A investigação de sinais sugestivos de maus tratos/ abuso físico infantil pode ser realizada durante o exame físico da criança, além da associação dos fatores de risco à violência, mas muitas vezes, a consulta médica deixa de ser uma possibilidade de afirmação do direito da criança quanto à saúde conforme preconizado no ECA, pela postura estritamente biomédica de alguns profissionais (LIMA *et al.*, 2007).

Apesar de não termos identificado associação entre a notificação de abuso físico infantil na vida do profissional e o interesse do profissional por cursos de educação continuada e treinamento para aprimorar o atendimento à criança (P=

0,079), este valor foi próximo à significância. Provavelmente, se outras regionais fossem incorporadas ao presente estudo, a significância poderia ter sido encontrada. Alguns estudos sugerem a necessidade de que o tema seja incluído nos cursos de formação superior e que haja programas de educação permanente e atualização acerca do tema, e que os profissionais conheçam o fluxo para a notificação de casos de maus tratos/ abuso físico infantil (MOREIRA *et al.*, 2013; LAUD *et al.*, 2013; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2011).

Criada a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma medida que visa a qualificação e a formação dos trabalhadores vinculados à rede SUS, sendo esta formação associada às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2009). Por se tratar de um relevante problema de saúde pública, os maus tratos/ abuso físico infantil devem fazer parte deste processo educacional do profissional da atenção primária (SANTOS e YAKUWA, 2015; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015), sendo a PNEPS para os profissionais da rede SUS um instrumento que pode possibilitar potencialmente tanto o entendimento do problema quanto a atuação para coibi-lo, afim de reduzir os índices de sub-identificação e de subnotificação de casos de abuso físico infantil.

Os profissionais de atuantes no Programa de Saúde da Família das Regionais Norte e Pampulha do município de Belo Horizonte são de grande importância para a detecção e a notificação de casos de abuso físico infantil, pela proximidade que os mesmos possuem com a comunidade e pelo percentual considerável de casos identificados no presente estudo. O contexto social, os hábitos e as características socioeconômicas do território são fatores a serem considerados para que estes

profissionais atuem coibindo a violência. A família, objeto principal da atenção, deve ser o foco para a intervenção, através de práticas preventivas, aconselhamento e orientações acerca do abuso físico infantil. Entretanto, o medo de retaliações e até mesmo o sentimento de despreparo em relação ao enfrentamento do problema podem estar relacionados à subnotificação por parte dos profissionais de saúde. A dinâmica do processo de identificação e notificação dos casos suspeitos de abuso físico infantil deve fazer parte de cursos de educação continuada, para que o profissional saiba para onde e como encaminhar as notificações, baseando-se no número reduzido de notificações encontrado na presente investigação. O poder público deve ser conscientizado acerca da prevalência do abuso físico contra a criança para a adoção de medidas eficazes, mas é preciso que dados sejam gerados a partir de levantamentos nacionais. Além disso, a temática da violência contra a criança deve ser parte integrante dos cursos de graduação e pós-graduação, uma maneira de capacitar os futuros profissionais quanto ao abuso físico infantil.

5 CONCLUSÕES

Em relação aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, há um distanciamento quanto à identificação e a notificação dos casos suspeitos ou comprovados de abuso físico infantil. A subnotificação dos casos suspeitos ou comprovados de AFI no presente estudo é objeto de discussão, principalmente no posicionamento do profissional Cirurgião Dentista acerca do tema. Há uma

necessidade de ampliação da discussão e treinamento profissional acerca do tema, com o objetivo de coibi-lo.

6 RECOMENDAÇÕES

A notificação de casos de abuso físico infantil relatada neste estudo foi baixa, considerando-se o número de casos relatados como suspeitos. A suspeita é fundamental para que o processo de notificação ocorra de forma coerente, cabendo ao profissional ter conhecimentos que o permita olhar de forma diferenciada para a criança, não apenas à procura de sinais físicos que o abuso pode deixar nestes indivíduos. O abuso, assim como outros agravos em saúde, está relacionado a uma trama de fatores causais, todos estes oriundos do contexto em que esta criança se insere. A família, objeto principal das ações a serem desenvolvidas dentro da dinâmica do Programa Saúde da Família deve ser acompanhada e orientada pelos profissionais, para que a origem do problema seja detectada. Entretanto, é de fundamental importância para que a dinâmica identificação-notificação de casos de abuso físico infantil por parte dos profissionais de saúde um conhecimento ampliado acerca do tema, o que pode ser obtido conforme preconizado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Como este estudo foi um estudo quantitativo/representativo não foi objetivo investigar qualitativamente as possíveis barreiras quanto à notificação de AFI por parte dos Profissionais de saúde da ESF. Entretanto, os dados apresentados sugerem que novos estudos qualitativos sejam desenvolvidos a fim de investigar as possíveis razões/barreiras relacionadas à subnotificação dos casos de AFI identificada no

presente estudo. Os resultados desses estudos qualitativos sobre o tema poderão auxiliar futuras intervenções.

Pensando em futuras intervenções e com base nos resultados deste estudo, propomos aqui uma discussão aprofundada destes resultados com a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho tutelar, pesquisadores participantes deste estudo e profissionais de saúde para que oficinas acerca do tema possam ser planejadas com o objetivo de discutir ferramentas que possam viabilizar uma maior notificação de AFI por parte dos profissionais de saúde da ESF. A porta de entrada dos serviços públicos de saúde e o vínculo que os profissionais das equipes de saúde da família possuem com a população são de grande importância para a detecção precoce dos casos de abuso.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Report on the Consultation on Child Abuse Prevention Geneva. P.29-31, 1999.
2. Andrade EM Nakamura E, De Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 1, p.147-155, 2011.
3. Azevedo MS, Goettens ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child Maltreatment: A survey of dentists in southern Brazil. Braz Oral Res, v. 26, n. 1, p. 5-11, 2012.
4. Bartlett JD, Easterbrooks MA. Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. Children and Youth Services Review, n. 34, p.2164–2169, 2012.
5. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271. Define a lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, n. 108, p. 67-69, 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Coordenação de saúde da comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde, Departamento de Atenção Básica.-Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. :il- (Cadernos de Atenção Básica n.28, Volume II)

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA-Vigilância de Violência e Acidentes 2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
11. Christian CW. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, v.135, n.5, 2015.
12. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.5, p.1129-1141, 2007.
13. Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Tiljak MK, Drvaric I, Boric B, Kopic V, Krupic I, Bakarcic D, Budimir M, Welbury RR. Croatian dentists' knowledge, experience and attitudes in regard to child abuse and neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 25, p. 444-450, 2015.
14. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 21, n. 2, 2007.
15. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad Saúde Pública*, v.25, n. 2, p. 337-348, 2009.
16. Ferreira JMS, Cysne SS, Pires LB, Medeiros LADM, Valença AMG. Maus tratos infantis: estudo nos conselhos tutelares do município de João Pessoa no período de 2004 a 2005. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 36, n. 3, p. 237-241, 2007.
17. Franzin LCS, Franzin MF, Moysés ST. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Prevalência em cidade do Sul do Brasil. *Colloquium Vitae*, v.4, n.2, p. 79-84, 2012.
18. Franzin LCS, Olandovski M, Vettorazzi MLT, Werneck RI, Moyses SJ, Kusma SZ, Moyses ST. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse and Neglect*, v. 38, n. 10, p. 1706-1714, 2014.

19. Fry D, McCoy A, Swales D. The consequences of maltreatment on children's lives: a systematic review of data from the East Asia and Pacific Region. *Trauma, Violence & Abuse*, v. 13, n. 4, p. 209-233, 2012.
20. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz ASS, Saliba O, Costa ACO, Queiroz APDG. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 13, n. 2, p.17-23, 2011.
21. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde-a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1) p. 881-892, 2011.
22. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.
23. Greenfield EA, Marks NF. Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, v.34, p.161-171, 2010.
24. Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R, Papagiannoulis L. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 23, p. 64-71, 2013.
25. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs*, v. 56, n. 3, p. 227-236, 2006.
26. Lima IMSO, Alves VS, Franco ALS. A consulta médica no contexto do programa saúde da família e o direito da criança. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, v. 17, n. 3, p. 84-94, 2007.
27. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra a criança 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*, v.18, n.4, p. 315-334, 2009.
28. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de

- emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 347-357, 2010.
29. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family health strategy: Barriers, advances and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 372-282, 2014.
30. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, 2014.
31. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria*, v. 77, n. 1, 2001.
32. Pierantoni LMM, Cabral IE. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 13, n. 4, p. 699-707, 2009.
33. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K, Simas V, Franzon NS. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Ver Bras Saúde Matern Infant*, v. 5, n. 1, p. 103-108, 2005.
34. Santos JS, Yakuwa MS. A estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Ver Soc Bras Enferm Ped*, v. 15, n. 1, p. 38-43, 2015.
35. Silva-Oliveira F, Ferreira e Ferreira E, Mattos FF, Ribeiro MTF, Cota LOM, Vale MP, Zarzar PM. Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 917-929, 2014.
36. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 48, p. 345–355, 2013.
37. U.S. Department of Health & Human Services. *Child Maltreatment*, 2012. Washington D. C.; U. S. Department of Health & Human Services, 2013.