

CARLOS INÁCIO ANDRADE

**FREQUÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE ABUSO
FÍSICO INFANTIL POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2016**

Carlos Inácio Andrade

**FREQUÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE ABUSO
FÍSICO INFANTIL POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva e linha de pesquisa em Epidemiologia.

Orientador: Prof. (a) Dr. (a) Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

Belo Horizonte

2016

Ficha Catalográfica

A553f Andrade, Carlos Inácio.
2016 Frequência de identificação e notificação de abuso
D físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da
Família e relação com fatores socioeconômicos / Carlos
Inácio Andrade. -- 2016.

66 f. : il.

Orientador: Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Maus-tratos infantis. 2. Estratégia Saúde da Família.
3. Notificação compulsória. I. Zarzar, Patrícia Maria
Pereira de Araújo. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D047

FOLHA DE APROVAÇÃO

Abuso físico infantil: conhecimentos e atitudes de profissionais das equipes da estratégia Saúde da Família - Estudo de duas Regionais de Belo Horizonte

Carlos Inácio Andrade

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 29 de janeiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar
FO/UFMG

Efigênia Ferreira e Ferreira

Efigênia Ferreira e Ferreira
FO/UFMG

Miriam Pimenta Parreira do Vale

Miriam Pimenta Parreira do Vale
FO/UFMG

Carolina Marques Borges

Carolina Marques Borges
FO/UFMG

Dedico este trabalho à minha querida
filhinha de coração, Duda. Que você
cresça sob nossos olhares cuidadosos e
que a sua infância seja repleta de carinho
e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela oportunidade de ter chegado tão longe nesta infundável caminhada da vida! Entre erros e acertos aqui estou!

Aos meus pais pela educação que me deram e pelo companheirismo! Vocês são os pilares da minha vida!

Aos meus irmãos, eternos amigos!

Ao meu colega de pesquisa Fernando, por toda a atenção a mim dedicada desde o projeto até a concretização desta dissertação! Este trabalho não seria possível sem a sua cooperação!

Professora Patrícia, pelos momentos de ensino e orientação! Eis que o desafio proposto chega ao final! Ou será apenas o começo de uma longa jornada?

Professora Efigênia, pelas correções e apoio!

Aos profissionais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte que colaboraram com a concretização deste projeto, em especial minha gerente Maria Cecília e a todos os colegas de trabalho do Centro de Saúde Etelvina Carneiro!

Muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a frequência da identificação e da notificação dos casos de abuso físico infantil pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (Médicos Generalistas, Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas e Médicos Pediatras) vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para fins administrativos e de gestão, o território Municipal é dividido em nove Regionais administrativas: Norte, Pampulha, Venda Nova, Nordeste, Leste, Oeste, Centro-Sul, Barreiro e Noroeste. Neste estudo, apenas os profissionais lotados nas Regionais Venda Nova e Centro-Sul foram avaliados, sendo estes um total de 320 profissionais (103 Médicos Generalistas, 125 Enfermeiros, 61 Cirurgiões Dentistas e 31 Pediatras). Foi realizado cálculo amostral para determinação da amostra por sorteio simples, respeitando-se a proporção de profissionais em cada distrito sanitário, sendo a amostra representativa para estes profissionais constituída por 45 Médicos Generalistas, 46 Enfermeiros, 35 Cirurgiões Dentistas e 18 Pediatras, no total de 144 profissionais. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável, desenvolvido na Universidade de Londres (Lazenbatt e Freeman, 2008), o qual foi adaptado transculturalmente e validado para uso no Brasil por Silva-Oliveira *et al.*, (2014). A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre Agosto de 2014 à Setembro de 2015. Os dados levantados foram submetidos à análise estatística, realizada pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Do total de participantes, 86 (59,7%) já identificaram algum caso de abuso físico infantil (AFI), entretanto apenas 38 (26,4%) já notificaram algum caso em sua experiência profissional. A identificação e a notificação estiveram associadas a categoria profissional ($p < 0,001$) e aos profissionais que realizaram pós-graduação com enfoque na criança ($p < 0,001$). A vulnerabilidade das regionais não esteve associada à identificação e notificação de casos de abuso físico infantil ($p = 0,754$). A identificação e a notificação de casos de abuso físico infantil associaram-se aos profissionais com formação voltada para o atendimento da criança e com a categoria profissional, sendo o pediatra e o enfermeiro os que mais identificaram e notificaram. A vulnerabilidade social da regional não esteve associada com a identificação e notificação.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Estratégia Saúde da Família. Notificação compulsória.

ABSTRACT

Frequency of identification and report of child physical abuse by professionals of the family health strategy and association factors

This study aimed to evaluate the frequency of identification and notification of child physical abuse (CPA) by Primary Health Care professionals (Dentists, Physicians, Nurses and Pediatrics) belonging to Municipal Secretary of Health crowded in 2 larger regions called "North" and "Pampulha" in Belo Horizonte City, Minas Gerais/Brazil. For administrative purposes, Belo Horizonte City has your geographic space divided in nine regions named: Norte, Pampulha, Venda Nova, Nordeste, Leste, Oeste, Centro-sul, Barreiro e Noroeste. In this study, only professionals crowded in regions Venda Nova and Centro-Sul was evaluate, these being a total of 320 professionals (103 Physicians, 125 Nurses, 61 Dentists and 31 Pediatrics). Sample calculation was performed to determine the sample by simple lottery, being proportional to professionals in each regions and this sample was constituted by 45 Physicians, 46 Nurses, 35 Dentists and 18 Pediatrics, in a total of 144 professionals. A questionnaire designed by a team from the University of London (Lazenbatt e Freeman, 2008) adapted by Silva-Oliveira *et al.*, (2014) was used for data collection. The data was collected between August 2014 and September 2015. The frequency distribution and associations between the variables were analyzed using the Chi-square Pearson's Test at a 5% significance level. The analysis of 114 questionnaires filled by health professional participants showed that 86 (59,7%) have identified cases of CPA. However only 38 (26,4%) have reported cases in their professional experience. The identification and reporting were associated with the professional category ($p < 0.001$) and professionals who had done postgraduate studies focused on children ($p < 0.001$). The vulnerability of regional health clinics was not associated with the identification and notification of the cases from the child physical abuse ($P = 0.754$). The identification and reporting of child physical abuse were associated with the professional category, with training focused on the child care and professional category, with pediatricians and the nurses representing the professionals who most identified and notified cases. The regional social vulnerability was not associated with identification and reporting.

Keywords: Child abuse. Family Health Strategy. Mandatory reporting.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de identificação e notificação de AFI por profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte, Brasil, 2015.....	48
Tabela 2 - Distribuição da amostra baseada na prevalência de identificação e notificação de casos de AFI e variáveis independentes. Belo Horizonte, Brasil, 2015.....	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFI	Abuso Físico Infantil
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal De Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1.1	Abuso físico infantil.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1	Histórico.....	14
2.2	Prevalência.....	15
2.3	As sequelas do abuso físico infantil na infância e na fase adulta.....	17
2.4	Profissionais de saúde, identificação e notificação de maus tratos/ abuso físico infantil.....	19
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Objetivo geral.....	22
3.2	Objetivos específicos.....	22
4	HIPÓTESES.....	24
5	METODOLOGIA.....	25
5.1	Caracterização do estudo.....	25
5.2	Cálculo e seleção da amostra.....	25
5.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	27
5.4	Instrumento para coleta de dados.....	27

5.5	Considerações éticas.....	27
5.6	Coleta de dados.....	27
5.7	Análise estatística.....	27
6	RESULTADOS.....	29
6.1	Artigo 01 - Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos.....	29
6.2	Produto técnico.....	50
6.2.1	Cartilha educativa.....	50
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	54
	Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
	Anexo 1 - Questionário.....	60
	Anexo 2 - Autorização comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde.....	63
	Anexo 3 - Autorização comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais.....	64
	PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	65

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Abuso Físico Infantil

O Abuso Físico Infantil (AFI) é definido como danos físicos reais ou potenciais a uma criança, a partir de uma ação praticada pelos pais, cuidadores, pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder, sendo um problema de saúde pública relevante e crescente em todo o mundo (WHO, 1999). Conforme legislação vigente no Brasil, o abuso físico infantil é classificado como agravo de notificação compulsória não transmissível definido pelo Ministério da Saúde, 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).

O impacto da violência na saúde da criança pode trazer consequências imediatas, mediatas ou a longo prazo (REICHENEHEIM *et al.*, 1999). Doenças mentais, uso de entorpecentes, uso e abuso de álcool, tentativas de autoextermínio e comportamento sexual de risco são algumas das alterações descritas na literatura observadas em indivíduos que sofreram abuso na infância (CAETANO *et al.*, 2003; NORMAN *et al.*, 2012; THOMPSON *et al.*, 2004;). Alterações comportamentais e psicológicas como agressividade, depressão, ansiedade, dificuldade de socialização dentre outros também estão associadas ao abuso físico infantil e foram relatadas por Lansford *et al.* (2002).

A violência que outrora estava vinculada a áreas como a justiça, passa a ser vista de forma diferenciada no Brasil após os anos 60, período histórico relativamente recente, com publicações na literatura médica por pediatras de casos clínicos relacionados a situações de abuso contra a criança, como espancamentos (GUERRA, 2001) e começou a ser considerada como um relevante problema de saúde pública no país no final da década de 80, momento no qual as causas externas se posicionam em terceiro lugar dentre as causas de mortalidade no país, sendo estas os homicídios, suicídios e os acidentes de uma forma geral. A violência doméstica, também considerada um dos grandes problemas, é mascarada pela

omissão e pelo silêncio das vítimas, muitas destas crianças, que se calam por medo e pelas ameaças desferidas pelos agressores, muitas vezes os próprios pais (GUERRA, 2001). Para que medidas efetivas contra o AFI sejam implementadas, são necessários dados que comprovem a prevalência do problema em questão. No Brasil, não existe nenhum levantamento em nível nacional que estime de forma fidedigna a prevalência do abuso físico infantil, o que prejudica consideravelmente a inserção de medidas que possam combater o problema (FRANZIN *et al.*, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, lei Federal promulgada em Julho de 1990 no Brasil, visa a proteção integral dos direitos da criança e do adolescente. Este dispõe, dentre outros, que nenhuma criança ou adolescente será objeto de negligência, exploração ou violência por qualquer pessoa, sendo o Conselho Tutelar uma das entidades públicas responsável por salvaguardar os direitos das crianças e adolescentes, quando houver tentativa de violação dos mesmos. Os casos de maus tratos deverão ser informados ao Conselho Tutelar para que o mesmo possa aplicar medidas pertinentes previstas no ECA, sendo esta comunicação denominada notificação (BRASIL, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a notificação pode ser definida como:

Uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sóciosanitários 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.

A notificação, portanto, não é uma denúncia policial, mas sim uma forma de tanto o profissional de saúde quanto qualquer cidadão dizer ao Conselho Tutelar que esta criança requer um olhar diferenciado, sendo este procedimento uma maneira de responsabilizar o poder público em relação ao abuso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para Gonçalves e Ferreira (2002), a notificação é um dos elementos do sistema de vigilância relevante no combate à violência, uma vez que ela é um instrumento para controle epidemiológico do agravo. Os profissionais de saúde necessitam de maiores esclarecimentos acerca das questões legais da notificação, em quais situações ela deve ser executada, orientações quanto à suspeita, já que

esta, quando não fundamentada, pode contribuir tanto para a subnotificação quanto para a supernotificação, distorcendo assim o real dimensionamento do problema. Além disso, os Conselhos Tutelares devem ter equipes tecnicamente capacitadas para lidar com os casos notificados (GONÇALVES e FERREIRA, 2002).

A conscientização das instituições de saúde seria uma das formas de mobilização quanto à prevenção do agravo. Nesta lógica, os profissionais de saúde atuariam prestando atendimento criterioso às crianças, encaminhando casos suspeitos e, desta forma, contribuindo para redução e prevenção da violência contra crianças (MINAYO e ASSIS, 1994). Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, pela proximidade e vínculo com a população são de grande importância quanto à suspeita, identificação e notificação de casos de AFI. Estudos sobre a percepção e conhecimentos dos profissionais de saúde quanto aos maus tratos à criança com instrumentos validados são pouco encontrados na literatura internacional e na cidade de Belo Horizonte (MG) não foram encontrados estudos com profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre abuso físico infantil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico do AFI

A história da infância é um pesadelo do qual recentemente começamos a despertar. Quanto mais atrás regressamos na história, mais reduzido o nível de cuidado com as crianças, maior a probabilidade de que houvessem sido assassinadas, abandonadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas sexualmente (Lloyd de Mause, citado por AMARO, 2003)

Os maus tratos contra a criança são cometidos desde os primórdios da humanidade, fazendo parte do convívio social e perpetuados nas diversas culturas. Relatos históricos afirmam que nas civilizações Greco-Romanas e entre os Hebreus, as punições desferidas contra crianças rebeldes eram extremamente severas, podendo em alguns casos chegar à condenação de morte por apedrejamento. Atos cruéis como o abandono de crianças e o infanticídio também eram comuns entre os Greco-Romanos, sendo as vítimas muitas vezes deficientes físicos que, segundo estas populações, não seriam aceitos na sociedade (ARIES, 1992).

Os recém-nascidos eram eliminados de imediato por gregos quando apresentavam alguma deficiência física. Além disso, muitas destas crianças eram abandonadas pela escassez de alimentos disponíveis e acabavam morrendo de fome. Relatos presentes em alguns textos bíblicos mostram rituais em que sacrifícios de crianças eram realizados e o infanticídio também era uma prática comum por volta do século IX a.C. (GONÇALVES, 2003).

A Igreja Católica no Antigo Regime Europeu foi tolerante quanto ao abandono de menores, não condenando os atos de maus tratos contra a criança, embora condenasse o aborto e o infanticídio.

O Fenômeno sempre existiu, desde a mais remota Antiguidade, na Grécia, em Roma, na Idade Média. Não é outra a história de Édipo, de Moisés, de Rômulo e Remo, por todos conhecida. O fenômeno perpassa a Idade Moderna, Contemporânea e infelizmente chega aos nossos dias (VENÂNCIO, 2010).

Entretanto, com a Reforma Protestante e suas tradições, responsabilidades perante Deus obrigavam os pais a criar e educar os seus filhos.

Os índios, antes da chegada dos Europeus e em algumas tribos dos continentes africano e asiático, abandonavam as crianças que nasciam com alguma deformidade física, um infanticídio (VENÂNCIO, 2010).

Em 1927, foi decretado no Brasil o primeiro Código do Menor, uma forma de controle para crianças e adolescentes abandonados ou delinquentes. A Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) pela Organização das Nações Unidas, influenciou a proteção à criança desvalida. Em 1964, criou-se no Brasil a FUNABEM (Fundação do Bem-Estar do Menor), com o objetivo de criar políticas para crianças desvalidas e delinquentes, através de estudos e fiscalização de entidades (VENÂNCIO, 2010).

Após os anos 60 o olhar acerca da violência infantil se torna diferenciado no Brasil, período histórico relativamente recente, com publicações acerca de casos de espancamento de crianças e outras situações de abuso, principalmente por relatos de casos por Médicos Pediatras. Com isso, a violência e seus agravos passam a ser considerados problemas relevantes de saúde pública no Brasil, no final da década de 80, período histórico em que as causas externas se posicionam em terceiro lugar dentre as causas de mortalidade no país (GUERRA, 2001).

Em 1990, houve a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A partir deste, todas as crianças brasileiras passaram a ser reconhecidas como indivíduos de direitos e deveres, sem distinção de raça ou classe social e, para que haja a preservação dos direitos, o estatuto prevê a criação dos Conselhos Tutelares, órgãos não jurisdicionais que possuem como atribuições o trabalho educativo com as famílias, aconselhamento, ajuda e a aplicabilidade de praticamente todas as medidas de proteção destinadas às crianças e adolescentes, recorrendo ao Ministério Público e à autoridade Judiciária quando há algum descumprimento das medidas aplicadas. Logo, cabe ao Estado a responsabilidade de garantir que crianças e adolescentes se desenvolvam em um ambiente social que garanta dignidade, liberdade e integridade física (BRASIL, 1990).

2.2 Prevalência do AFI

Podemos considerar o abuso físico infantil como um fenômeno mundialmente difundido, ocorrendo tanto em países desenvolvidos quanto em países subdesenvolvidos, mas a estimativa de sua prevalência no mundo é difícil de ser obtida (STOLTENBORGH *et al.*, 2013). No Brasil, alguns estudos como o de Zanoti-Jerônimo e colaboradores (2009) relatam alguns dados acerca da prevalência estimada. Neste estudo, com amostra representativa da população brasileira (3.007 indivíduos distribuídos em 143 municípios brasileiros com idade de 14 anos ou mais) foram questionados quanto a experiência de abuso vivido na infância. Na amostra estudada, a prevalência de abuso físico infantil encontrada foi de 44,1%.

Nos Estados Unidos, conforme dados constantes no *Child Maltreatment* (2013), 79,5% das crianças vítimas de maus tratos sofreram negligência e 18% abuso físico. No mesmo ano, aproximadamente 1.520 crianças foram vítimas de negligência e abuso físico, evoluindo para óbito. Ainda assim houve uma provável redução entre os anos de 2009 a 2013 no número de vítimas fatais, outrora de 9.3 óbitos por 1.000 crianças para 9.1 óbitos por 1.000. 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.

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, 2013). 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.

Em um estudo realizado através do levantamento dos registros de ocorrências de uma delegacia de proteção à criança e ao adolescente na cidade de Salvador (BA) com dados de 2.073 ocorrências, os casos registrados em maior frequência estavam associados ao abuso físico (64,7%) enquanto que outras formas

de maus tratos como a violência psicológica, o abuso sexual e a negligência representavam, respectivamente, 28,3%, 16,5% e 2,8% das denúncias. 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. Outro dado relevante foi em relação à natureza dos denunciante: a grande maioria das notificações foi feita por pais das vítimas (72,9%) sendo o sexo feminino mais frequente. Dos casos relatados neste estudo, nenhum foi notificado por profissionais de saúde, o que sugere uma necessidade de mobilização da categoria profissional em relação à problemática em questão (CARVALHO *et al.*, 2009).

Estudo conduzido por Costa *et al.*, (2007) avaliou dados secundários dos registros de ocorrências de crianças e adolescentes vítimas de violência em dois Conselhos Tutelares do município Feira de Santana, Bahia. Entre os anos de 2003 e 2004, 1.293 registros foram analisados e, dentre estes, a violência física contra a criança foi a 4ª notificação mais frequente. Em Curitiba (Paraná), Franzin *et al.* (2012) realizaram um estudo descritivo exploratório, através da análise do banco de dados da Rede de Proteção à Criança e Adolescentes em Situação de Risco à Violência de Curitiba, no período compreendido entre 2004 a 2009. A violência doméstica foi a mais prevalente dentre as 19.316 notificações (88,4%) e, dentre estas, 1.341 notificações correspondiam à violência física (7,9%).

2.3 As sequelas do abuso físico infantil na infância e na fase adulta

Alguns sinais podem ser observados em casos de abuso físico infantil, não sendo por si só evidências para os atos, mas servem para levantar suspeitas. Como exemplos, as injúrias físicas que quando desferidas com algum objeto podem deixar marcas características (cintos, cabides, dentre outros). As queimaduras por escaldamento podem deixar marcas na pele como eritemas em forma de “meia lua” e aquelas produzidas por brasas de cigarro, marcas que muito se assemelham e que podem ser confundidas com impetigo. Os traumatismos crânio-encefálicos e as fraturas articulares também podem ser indícios de abuso físico. Quadros de desnutrição, descuido com a higiene pessoal, enurese noturna, comportamento excessivamente agressivo, desconfiança de adultos e a regressão comportamental

também fazem parte destes possíveis sinais, sendo que as sequelas psicológicas podem se manifestar de forma imediata ou tardia (SANTORO, 2002).

A literatura também mostra que a maior parte dos sinais físicos acomete a região de cabeça e pescoço. Carvalho *et al.* (2009) apuraram que das denúncias de agressão física com lesão corporal feitas em uma delegacia de Salvador (BA), sendo estas 22,2% das denúncias de abuso físico, 65,3% destes casos correspondiam a lesões em cabeça e pescoço. No estudo de Lazenbatt e Freeman (2006), 31% dos casos observados pelos profissionais na Irlanda do Norte estavam relacionados a traumas faciais.

As sequelas do abuso físico não podem ser vistas apenas como a presença de marcas ou traumas físicos, uma vez que alterações psicológicas podem permanecer por toda a vida e, conseqüentemente, estarem relacionadas a desordens sociais e emocionais. Estas desordens incluem depressão, distúrbios alimentares, hiperatividade e comportamento agressivo (STERNBERG *et al.*, 2006; ASSIS *et al.*, 2009). O uso de entorpecentes, tabagismo, tentativas de suicídio, comportamento sexual de risco são alterações comportamentais fortemente associadas aos indivíduos que na infância sofreram abuso psicológico, físico e tratamento negligente (NORMAN *et al.*, 2012).

Alguns estudos presentes na literatura científica abordam a possibilidade de os atos abusivos serem repassados por gerações, ou seja, os indivíduos que cometem abuso físico contra a criança provavelmente já foram abusados na infância. Entretanto, este fato não é uma regra geral, como demonstrado por Pears e Capaldi (2001) que relataram taxas de transmissão geracional do abuso físico infantil em torno de 30%, o que mostra a ausência de uma relação direta entre ter sofrido abuso na infância e praticá-lo na fase adulta.

Bérgamo e Bazon (2011) avaliaram a transmissão geracional do abuso físico em um estudo do tipo caso-controle, analisando variáveis relacionadas às práticas educativas que lhes eram aplicadas na infância, em dois grupos distintos de pais e cuidadores, sendo um dos grupos de pais notificados ao conselho tutelar e outro sem histórico de abuso físico contra seus filhos. Neste estudo, os autores observaram que a prática do abuso físico infantil tende a ser perpetuado entre as gerações, sendo as lembranças do abuso sofrido um fator de impacto no presente.

2.4 Profissionais de saúde, identificação e notificação de maus tratos/ abuso físico infantil

Estudos acerca da frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais de saúde do Brasil são escassos na literatura científica. Estes profissionais são de grande importância para detectar e atuar contra a violência, elaborando estratégias de enfrentamento do problema e reduzindo desta forma os impactos da violência infantil (FRANZIN *et al.*, 2013). A identificação permite a notificação do agravo e uma vez realizada, torna-se de grande importância para o delineamento do perfil epidemiológico da violência e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de políticas públicas que possam coibir o problema (GARBIN *et al.*, 2011).

Em um estudo conduzido por Lazenbatt e Freeman (2006) na Irlanda do Norte, profissionais da atenção básica à saúde foram avaliados quanto às atitudes perante os casos suspeitos e confirmados de abuso físico infantil. A amostra (419 indivíduos) foi constituída por Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas e Médicos, dos quais 58% haviam observado algum caso suspeito de abuso físico e 47% destes notificaram os casos às autoridades. Dos profissionais Médicos, 86% disseram conhecer os meios para notificação dos casos, sendo estes percentuais de 96% para os Enfermeiros e 38% Cirurgiões Dentistas. Trinta e um por cento dos profissionais relataram ter visto algum tipo de trauma facial relacionado a algum caso suspeito, sendo a maioria destes Cirurgiões Dentistas.

Em contrapartida, Cirurgiões Dentistas do Rio Grande do Sul foram avaliados quanto à percepção, identificação e notificação de casos de abuso físico infantil em um estudo desenvolvido na cidade de Pelotas, em 2011. O instrumento utilizado para avaliação foi um questionário autoaplicável e a amostra selecionada foi de 187 profissionais. Embora a maioria destes realizasse atendimento à criança (71,9%) e afirmasse que seria capaz de reconhecer casos de abuso físico infantil (78,7%), a maior parte nunca havia suspeitado de algum caso (85,7%). Dentre aqueles que suspeitaram de algum caso, 76% nunca notificou (AZEVEDO *et al.*, 2012).

Em uma revisão acerca dos desafios propostos ao enfermeiro com relação à violência contra crianças e adolescentes, Algeri e Souza (2006) realizaram uma busca na literatura sobre o tema referido. Dentre suas atribuições, o enfermeiro deve possuir conhecimentos técnicos sobre a violência não apenas quanto à prestação do cuidado, mas para cumprir suas responsabilidades legal e moral, notificando aos órgãos competentes os casos suspeitos de violência contra a criança. Em relação à prática profissional do enfermeiro, o código de ética proíbe “*provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência*”, de acordo com a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem, seção I- Art. 34, sendo atribuição do enfermeiro a notificação de casos de violência contra a criança.

Em um estudo conduzido por Luna *et al.* (2010) na cidade de Fortaleza (Ceará), profissionais das Equipes Saúde da Família foram entrevistados quanto o posicionamento dos mesmos em relação aos maus tratos contra a criança. Um total de 359 profissionais, dentre Médicos, Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros adscritos ao Programa Saúde da Família participaram do estudo. Os autores observaram que o profissional que mais identificou casos de maus tratos/abuso físico infantil foi o Enfermeiro. Do total de profissionais, 62,2% relataram medo acerca das questões legais ao envolver-se nos casos. Quanto à notificação, o tempo de formado e os profissionais que possuíam algum curso de pós-graduação foram os que mais notificaram casos.

A atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da identificação e notificação de casos de maus tratos/violência física também foi avaliada por Lima *et al.* (2011) em um estudo realizado em Feira de Santana (2008), Estado da Bahia, com dados de Médicos, Cirurgiões Dentistas, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Neste estudo, os Agentes Comunitários de Saúde estão relacionados a identificação dos casos através das visitas domiciliares e por informações de terceiros. Os Técnicos em enfermagem também foram descritos como os que identificam casos nas visitas. Os Médicos (48,9%) seguidos por Enfermeiros (48,8%) e Agentes Comunitários de Saúde (41,6%) foram os profissionais que mais identificaram casos de maus tratos/abuso físico.

Médicos Pediatras de Porto Alegre, (Rio Grande do Sul) foram avaliados por meio de questionários acerca do posicionamento frente aos maus

tratos / abuso físico infantil por Pires *et al.* 2005. Do total de profissionais (92), 86,96% informaram ter identificado algum caso de maus tratos/abuso físico infantil e destes, 78,75% realizaram os procedimentos legais de notificação. O abuso físico foi identificado por 78,75% dos profissionais. Este estudo também mostra que os Médicos Pediatras apresentam um grau de conhecimento sobre os maus tratos infantis o suficiente para atuação frente aos casos, embora a maioria destes não tenha realizado qualquer tipo de treinamento específico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a frequência da identificação e a da notificação dos casos de abuso físico infantil pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e fatores associados em áreas com diferente vulnerabilidade social de Belo Horizonte.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a frequência de identificação e notificação de AFI por profissionais de saúde da ESF na vida e no último ano;
- Avaliar se a notificação e a identificação de abuso físico infantil no último ano estão associadas à categoria profissional de saúde da ESF;
- Determinar se a notificação e a identificação de abuso físico infantil estão associadas com tempo de trabalho do profissional de saúde da ESF no Município de Belo Horizonte;
- Avaliar se a notificação e a identificação de abuso físico infantil estão associadas aos profissionais que fizeram pós-graduação com enfoque em criança;
- Avaliar se o gênero do profissional de saúde da ESF está associado a notificações e identificações de abuso físico infantil;

- Avaliar se há relação entre o IVS (Índice de Vulnerabilidade da Saúde) e a frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família;

4 HIPÓTESES

- Os profissionais de saúde já identificaram e notificaram mais casos de abuso físico infantil na vida do que no último ano de atuação;
- Os Médicos Pediatras são os que mais identificam e notificam casos de abuso físico infantil que os demais profissionais;
- Os profissionais de saúde que possuem maior tempo de trabalho no Município de Belo Horizonte já observaram e notificaram um número maior de casos que os demais profissionais;
- Os profissionais de saúde que possuem pós-graduação com enfoque em criança são os que mais identificam e notificam casos de abuso físico infantil;
- Os profissionais de saúde do sexo feminino identificam e notificam mais casos do que os profissionais do sexo masculino;
- Os profissionais de saúde com mais tempo de formado identificam e notificam mais casos de abuso físico infantil.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização do estudo

O presente estudo foi desenvolvido a partir de um projeto de pesquisa do Departamento de Pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, o qual objetivou avaliar a frequência de identificação e notificação de casos de abuso físico infantil, bem como fatores associados à identificação e notificação destes casos. Este estudo transversal foi realizado a partir de uma amostra representativa de profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte (Cirurgiões Dentistas, Enfermeiros e Médicos Generalistas) e por Médicos Pediatras pertencentes às equipes de apoio à Saúde da Família, também vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Capital do Estado de Minas Gerais, Sudeste do Brasil, Belo Horizonte apresenta uma população estimada em 2015 de 2.502.557 habitantes e um território de 331,401 Km² (IBGE, 2015). O município, para fins administrativos e de gestão, foi subdividido geograficamente em nove regionais administrativas, também conhecidas como Distritos Sanitários, assim denominados: Norte, Pampulha, Venda Nova, Nordeste, Noroeste, Leste, Centro-Sul, Barreiro e Oeste. Com relação aos serviços de saúde, Belo Horizonte possui 147 UBS (Unidades Básicas de Saúde) e, em 2014, estas unidades continham 231 Cirurgiões Dentistas, 528 Enfermeiros e 494 Médicos Generalistas distribuídos em suas Equipes de Saúde da Família, totalizando 1253 profissionais nos nove Distritos Sanitários.

5.2 Coleta de dados e seleção da amostra

Para o presente estudo, foram consideradas as Regionais Administrativas Centro-Sul e Venda Nova, as quais possuem, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, 61 Cirurgiões Dentistas, 125 Enfermeiros, 103 Médicos Generalistas e 31 Médicos Pediatras, totalizando 320 profissionais distribuídos nos Centros de Saúde das duas Regionais. Sendo assim, a amostra foi escolhida por

conveniência, composta por profissionais de ambas as regionais (distritos sanitários), selecionadas com base no Índice de Vulnerabilidade Social. Dentre as nove regionais administrativas de Belo Horizonte, a Centro-Sul possui menor Índice de Vulnerabilidade Social (IVS menor ou igual 0,28), portanto, menor vulnerabilidade que a regional Venda Nova (IVS maior ou igual a 0,5), a qual apresenta maior vulnerabilidade social. A amostra para as regionais selecionadas totalizou 144 profissionais, sendo 35 Cirurgiões Dentistas, 46 Enfermeiros, 45 Médicos Generalistas e 18 Médicos Pediatras.

A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre Agosto de 2014 à Setembro de 2015. Após solicitação e agendamento prévio, os pesquisadores CIA e FSO participaram de uma das reuniões realizadas semanalmente com os gerentes dos Centros de Saúde nas Sedes Administrativas dos Distritos Sanitários Venda Nova e Centro-Sul. Nestas reuniões foram apresentadas aos gerentes a importância da pesquisa e uma breve explicação sobre a metodologia. Também foram repassados os questionários e solicitado que estes fossem entregues aos profissionais a que se destinavam. Os questionários foram encaminhados separados para cada profissional, dentro de um envelope de papel pardo, junto com duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), sendo uma de posse do participante e outra retornaria em anexo ao questionário preenchido. Cada envelope foi lacrado com um adesivo branco para garantir a confidencialidade dos dados do respondente. Os questionários foram recolhidos pelos pesquisadores em data previamente agendada nas reuniões. Para otimização da coleta de dados, alguns questionários foram entregues diretamente aos profissionais pelos pesquisadores nas unidades básicas de saúde.

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os profissionais incluídos neste estudo deveriam pertencer às Equipes de Saúde da Família (Cirurgiões Dentistas, Enfermeiros e Médicos Generalistas), pelo vínculo e cuidado longitudinal que estes possuem com a população adscrita, e Médicos Pediatras. Não foram incluídos neste estudo profissionais de apoio às Equipes de Saúde da Família (Cirurgiões Dentistas, Médicos Generalistas e Enfermeiros), uma vez que estes não possuem um vínculo direto com a população,

sendo responsáveis muitas das vezes pelo atendimento das demandas agudas, e Médicos vinculados ao Programa Mais Médicos, já que estes possuem vínculo temporário com as Unidades Básicas de Saúde.

5.4 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário desenvolvido na Universidade de Londres (Lazenbatt e Freeman, 2008), o qual foi adaptado transculturalmente e validado para uso no Brasil por Silva-Oliveira *et al.* (2014) (ANEXO 1). Este questionário é autoaplicável e de fácil preenchimento, objetivando avaliar a percepção e as atitudes dos profissionais de saúde frente aos casos de abuso físico infantil, sendo composto por três partes com perguntas fechadas e abertas, sendo a primeira parte constituída por perguntas acerca de dados pessoais e profissionais, a segunda relacionando a experiência dos profissionais com relação ao abuso físico infantil, em relação às suspeitas e notificações de casos no último ano de atuação do profissional e durante sua experiência profissional. Além destas questões, outras três abordam o preparo do profissional e a vontade de lidar com casos de abuso físico infantil, e outras que abordam as barreiras e os facilitadores do processo de notificação. A terceira parte está relacionada a questões acerca do atendimento à criança (preparo e interesse do profissional), e se este se interessa em cursos de educação continuada acerca do tema.

5.5 Considerações éticas

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 2 e 3). Todos os profissionais participantes foram orientados quanto às questões éticas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constante no questionário.

5.6 Análise estatística

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística através do software SPSS 20.0, sendo as variáveis de desfecho do estudo a identificação e a notificação de casos de abuso físico infantil na experiência profissional. Estas variáveis foram dicotomizadas em sim/não. As variáveis independentes contínuas “tempo de trabalho no município”, “idade” e “tempo de trabalho na unidade de saúde” foram dicotomizadas e transformadas em variáveis nominais, tomando a mediana como referencial para a análise. As variáveis independentes “sente-se capaz de reconhecer sinais de AFI”, “sente-se disposto a se envolver na detecção do AFI” e “sente-se interessado pelo atendimento à criança” tinham como opção de resposta uma escala que variava de 0 a 10 e foram transformadas em variáveis nominais dicotomizadas em pouco/muito, sendo a mediana o ponto de referência. Foram realizadas análises descritivas bivariadas utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson.

6 RESULTADOS

6.1 Artigo 01 - Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil (AFI) por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e fatores associados em regionais com diferente vulnerabilidade social de Belo Horizonte, Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal com amostra de conveniência de pediatras, dentistas, médicos da família e enfermeiros, de dois distritos da ESF de Belo Horizonte, Brasil. Os distritos foram selecionados tomando como referência os índices de vulnerabilidade social. Os profissionais foram convidados a responder um questionário autoaplicável desenvolvido na Universidade de Londres, adaptado para o uso no Brasil. Foram realizadas análises descritivas e analíticas, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). **Resultados:** Participaram do estudo 144 profissionais: 35 (24,3%) dentistas, 46 (31,9%) enfermeiros, 45 (31,2%) médicos da família e 18 (12,5%) pediatras. Do total, 86 (59,7%) profissionais já identificaram algum caso de AFI na experiência profissional, mas apenas 38 (26,4%) notificaram às autoridades. A identificação e notificação estiveram associadas à categoria profissional ($p < 0,001$) e aos profissionais que realizaram pós-graduação com enfoque na criança ($p < 0,001$). A vulnerabilidade das regionais não esteve associada à identificação e notificação dos casos de AFI ($p = 0,754$). **Conclusão:** A identificação e notificação de casos de AFI associaram-se aos profissionais com formação voltada para o atendimento da criança e com a categoria profissional,

sendo o pediatra e o enfermeiro os que mais identificaram e notificaram. A vulnerabilidade social da regional não esteve associada com a identificação e notificação.

Descritores: Maus-tratos infantis. Estratégia Saúde da Família. Notificação compulsória.

INTRODUÇÃO

O abuso físico infantil (AFI) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança ou adolescente, a partir de uma interação ou falta de interação, praticada pelos pais, cuidadores e pessoas em posição de responsabilidade, confiança, ou poder ¹. Dentre todas as categorias de abuso infantil ou maus-tratos infantis, o abuso físico posiciona-se como o segundo mais prevalente, antecedido pela negligência e seguido pelo abuso psicológico e o abuso sexual ^{2,3}. Além de consistir em um problema de cunho social, o abuso infantil é também um problema de saúde pública, trazendo impactos negativos e agravos ao bem-estar e saúde da vítima, necessitando de esforços intersetoriais para o seu combate ².

Estudos apontam uma alta prevalência e incidência de abuso infantil em vários países ². Dados do governo dos Estados Unidos mostram que no ano de 2014, 1.546 crianças e adolescentes morreram no país, vítimas de abuso, e no ano de 2016, 2,2 milhões de notificações foram recebidas pelas agências de proteção a criança ⁴.

Embora o Brasil não tenha um sistema de informação, vigilância e notificação unificado, os esforços locais do poder público e da academia revelam índices alarmantes de abuso infantil, delineando um sério quadro epidemiológico. De

acordo com o levantamento realizado nos registros da Rede de Proteção à criança em Curitiba durante os anos de 2004 a 2009, 19.316 notificações de abuso infantil foram realizadas, sendo que 70% dos casos notificados foram confirmados e apresentavam-se crônicos/recorrentes (27,2%) e moderados/gravos (87,2%)³. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram os responsáveis pelo maior número de identificação e notificação de casos, evidenciando a importância desses profissionais para o combate do abuso infantil, uma vez que, a proximidade com a comunidade possibilita a criação de vínculos com as famílias e conhecimento da realidade da comunidade⁵.

Apesar dos esforços dispendidos pelos profissionais da ESF na identificação e notificação de casos suspeitos de abuso infantil, acredita-se que o número de casos subnotificados, ou seja, identificados, mas não notificados, ainda seja alto, sendo necessária a realização de mais pesquisas que abordem objetivamente o índice de identificação e notificação desses profissionais e as condições associadas positiva e negativamente a essas ações^{2,6}. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi avaliar a frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e fatores associados em áreas com diferente vulnerabilidade social de Belo Horizonte.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com profissionais da ESF que atendem em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, Brasil, a saber, dentistas, enfermeiros, médicos da família e pediatras.

A amostra escolhida por conveniência foi composta por profissionais de duas regionais (distritos sanitários) de Belo Horizonte, selecionadas de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social: regional Centro-Sul e regional Venda Nova. A

regional Centro-Sul continua, em 2014, ano em que foi planejado o estudo, um total de 17 dentistas, 34 enfermeiros, 32 médicos da família e 16 pediatras, enquanto a regional Venda Nova possui 44 dentistas, 91 enfermeiros, 71 médicos da família e 15 pediatras, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Dentre as nove regionais administrativas da cidade, a Centro-Sul apresenta a menor média do índice de vulnerabilidade social ($IVS \leq 0,28$), portanto, menor vulnerabilidade social e a regional Venda Nova apresenta uma das maiores médias do IVS ($IVS \geq 0,5$), dentre as 9 regionais, apresentando maior vulnerabilidade social⁸.

O IVS é uma medida de exclusão social aferido para cada Unidade de Planejamento de Belo Horizonte. Este índice possui 20 variáveis agrupadas em cinco domínios de cidadania: (a) acesso a casa e infraestrutura básica; (b) acesso à educação; (c) acesso à renda e emprego; (d) acesso à assistência jurídica. (e) acesso à saúde, alimentação, segurança e bem-estar. O IVS calculado para cada unidade de planejamento⁸, e é classificado em cinco grupos (I a V), sendo o grupo I o de maior vulnerabilidade social e o grupo V o de menor vulnerabilidade social⁹. A pontuação do IVS varia de 0 a 1. Altos valores denotam piores condições de vida ou grande vulnerabilidade à exclusão social dentro da comunidade em questão.

Os profissionais foram convidados a responder a um questionário desenvolvido na Universidade de Londres^{10, 11}. O questionário foi adaptado transculturalmente para uso por profissionais de saúde brasileiros e sua reprodutibilidade foi avaliada, sendo considerado reprodutível¹². O questionário foi aplicado para a avaliação da reprodutibilidade, em 107 profissionais da Estratégia Saúde da Família escolhidos por conveniência. Dos 107 profissionais, 53 responderam o questionário em dois momentos diferentes, com um intervalo de 7 a 14 dias entre eles. Com os dados dos 53 profissionais que participaram do teste re-

teste, o grau de concordância entre as respostas foi avaliado. O questionário apresentou concordância acima de 80% em quase todos os itens, sendo considerado reprodutível ¹².

Trata-se de um questionário auto-aplicável com 19 questões com múltipla escolha e que tem por finalidade medir a frequência de identificação e notificação dos casos de AFI por profissionais de saúde da atenção primária, bem como os fatores que estejam associados ao processo de identificação e notificação de casos. O questionário pode ser dividido em três partes. A primeira parte apresenta questões que abordam as informações pessoais e profissionais do respondente, como gênero, idade, categoria profissional, pós-graduação, tempo de trabalho no município e o tempo em que está alocado naquela Unidade Básica de Saúde. A segunda parte conta com seis questões sobre a identificação e notificação de casos suspeitos ou comprovados de abuso e a terceira parte aborda a identificação e notificação de AFI e o conhecimento de onde notificar. A confidencialidade e o anonimato das respostas foram assegurados. O critério de inclusão considerado foram os profissionais que faziam parte da rede municipal da Estratégia Saúde da Família, com dedicação de 40 horas semanais. Os critérios considerados para exclusão foram os dentistas, enfermeiros e médicos da família da rede de apoio à ESF; os profissionais com dedicação de 20 horas, com exceção dos pediatras; e os médicos da família do Programa Mais Médicos, por se tratar de um programa de caráter emergencial e temporário.

Para a coleta de dados, o pesquisador compareceu à reunião na sede administrativa das regionais para explanação da pesquisa aos gerentes das UBS e dos distritos sanitários. O questionário e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram entregues em envelopes aos gerentes da UBS para repasse aos

profissionais da ESF. Em dia devidamente agendado, após preenchimento, o questionário acondicionado em envelopes lacrados foi recolhido pelo pesquisador. Esta medida foi adotada com o intuito de garantir a confidencialidade e não violação dos dados do participante e também como forma de diminuir possíveis vieses de resposta. Visando a otimização da coleta, parte dos questionários também foi entregue diretamente aos profissionais de saúde, por meio de visitas do pesquisador a UBS.

Foi considerada como variável desfecho a identificação e notificação de AFI na experiência profissional. As variáveis independentes consideradas foram a idade e tempo de trabalho no município (três grupos segundo os tercis); gênero (masculino e feminino); categoria profissional (dentista, enfermeiro, médico da família e pediatra); curso de pós-graduação com foco na criança (sim, não), saber a qual órgão de notificar (sim, não); e o distrito sanitário (Venda Nova, Centro Sul).

A análise dos dados foi realizada no Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0, para Windows, e incluíram a distribuição de frequência e testes de associação. A significância estatística para a associação entre a variável desfecho e as variáveis independentes na análise bivariada, foi determinado utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson com $p < 0,05$.

Este estudo foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), parecer de número 45113115.7.0000.5149 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, parecer de número 0067.0.410.203-09A).

RESULTADOS

A amostra conta com 144 profissionais, que corresponde a 45% do Universo de profissionais das duas regionais, sendo 35 (24,3%) dentistas, 46 (31,9%) enfermeiros, 45 (31,2%) médicos da família e 18 (12,5%) pediatras, sendo a maioria do gênero feminino (76,4%).

O índice de identificação e notificação de AFI pelos profissionais da amostra pode ser visualizado na Tabela 1. Do total dos profissionais de saúde participantes, 86 (59,7%) já identificaram algum caso suspeito ou comprovado de AFI durante a experiência profissional, apresentando mediana de três casos identificados por profissional. Apenas 38 (26,4%) profissionais notificaram casos de AFI às autoridades, gerando um índice de subnotificação de 55,8%. Quando considerado o último ano da profissão, observou-se um índice de subnotificação de 61,0%.

A Tabela 2 apresenta os resultados de distribuição da amostra baseada na prevalência de identificação e notificação dos casos de AFI e as variáveis independentes.

DISCUSSÃO

Esta investigação corrobora com as escassas evidências da literatura que apontam para a importância do profissional de saúde brasileiro, especialmente àqueles pertencentes à rede de atenção primária, na identificação do AFI, a partir do momento em que evidencia a alta frequência de profissionais que identificam algum caso suspeito ou comprovado na experiência profissional ^{3, 7, 13, 14}.

O padrão de apresentação dos MTI e AFI na sociedade, e da identificação e notificação de casos aos órgãos competentes pela população e profissionais de

saúde é moldado pela cultura, organização e características dos serviços públicos 2. Alguns aspectos guardam semelhanças entre diferentes países, entretanto, entender o padrão característico de cada um é importante para planejamento de condutas e políticas públicas de enfrentamento frente ao abuso infantil 2, 6.

A literatura também aponta evidências quanto à importância dos profissionais de saúde na identificação e notificação dos casos de abuso infantil e AFI em outros países 2, 4, 6. Pesquisa realizada no Reino Unido com dentistas, enfermeiros e médicos em atividade, na atenção primária do país, apontou que a frequência de identificação de AFI foi 58% 10, índice muito próximo ao encontrado na presente investigação. Levantamentos que avaliam os casos de abuso infantil notificados mostram que, quando considerada a participação dos setores da sociedade na notificação de casos, os profissionais que lidam com crianças rotineiramente contribuem de forma igualitária ou maior que a população e ou comunidade 2, 6.

No Brasil, evidências que contribuem para o entendimento do padrão de notificação no país apontam que os profissionais das UBS do Sistema Único de Saúde (SUS) são a principal fonte de identificação e notificação dos casos de abuso contribuindo para o enfrentamento dos maus tratos infantis 3, 7, 14.

Embora tenha sido observada alta frequência de profissionais que identificaram casos de AFI, é preciso ressaltar o alarmante índice de subnotificação dos casos: considerando o total de profissionais que já identificaram algum caso suspeito ou comprovado de AFI, 55,8% não notificaram às autoridades e órgãos competentes. Pesquisas realizadas em outros países com as três categorias de profissionais também apontam alto índice de subnotificação, contudo a presente investigação mostra índice de subnotificação superior a estas evidências 2, 10, 11, 15, 16.

Evidências apontam que a subnotificação de abuso pode estar associada à falta de capacitação e dúvidas com relação a veracidade do caso, ao receio dos profissionais de sofrerem algum tipo de retaliação, e à preocupação de que a notificação piore a situação da criança ^{2, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 20}.

Vale ressaltar que no Brasil a notificação de casos de AFI por profissionais que lidam com crianças no exercício da profissão é compulsória. Em nosso país a notificação compulsória é garantida pela Lei Federal 8.040/1999 que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente ¹⁷ e por portarias do Ministério da Saúde, que estabelece os AFI como um “evento que tem agravos para a saúde” ¹⁸, ¹⁹. Entender os fatores e as razões que estão relacionadas com a subnotificação de AFI passa a ser um dever do setor saúde, visando implementar atitudes e políticas que incrementem o índice de notificação por profissionais da área.

Contribuindo para o entendimento desses fatores, essa investigação aponta que, quando observada a frequência de identificação de abuso físico infantil por categoria de profissional, o pediatra é a categoria com maior frequência de identificação, 94,4% dos pediatras da ESF identificaram algum caso de AFI durante a experiência profissional, seguidos pelos médicos da família (62,2%), enfermeiros (58,7%) e dentistas (40,0%). Estudos realizados no Reino Unido e na Irlanda do Norte, comparando a frequência de identificação e notificação de AFI por dentistas, enfermeiros e médicos de atenção primária também apontaram menor índice de identificação de AFI entre os dentistas, mas a diferença encontrada nessa investigação é superior à apresentada nestas pesquisas ^{10, 11}.

Outras investigações realizadas com as categorias separadamente também apontam de modo geral, menor índice de notificação de AFI entre os dentistas ^{13, 15, 16, 20, 21}. Pediatras que trabalham no nível da atenção primária têm

maiores subsídios e possibilidades para identificar os casos de abuso devido ao maior volume de atendimento às crianças, aumentando a probabilidade de atender alguma criança vítima. Entretanto, chama a atenção a grande diferença entre os pediatras e as outras categorias, especialmente quando comparados aos dentistas. A literatura disponível aponta que a maior parte das crianças vítimas de abuso físico infantil apresentam lesões em região de cabeça e pescoço (75%), justamente a área de atuação dos dentistas ^{2, 22}.

A possibilidade de consultar colegas de trabalho e outros profissionais está positivamente associada à identificação e notificação de AFI ^{6, 15}. Equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um enfermeiro, médico da família e dentista, quando há uma Equipe de Saúde Bucal. A possibilidade de troca de informações entre os profissionais dentro da equipe é possível dentro da ESF. Todos os profissionais poderiam se beneficiar desta vantagem, incluindo o dentista, desde que haja uma organização da Equipe de Saúde Bucal na abordagem de crianças com suspeitas de AFI. Entretanto, o dentista, constantemente, trabalha desvinculado da equipe de saúde da família, com práticas curativas e técnicas, focadas exclusivamente à saúde bucal do paciente, o que pode justificar o menor índice de identificação de AFI pelos dentistas ^{5, 23}. Opostamente, a abordagem da criança sob suspeita, mais internalizada e fundamentada tecnicamente na prática do pediatra, pode ter contribuído com a grande diferença observada entre os índices de identificação e notificação do pediatra e dos demais profissionais.

Para se estabelecer uma suspeita de AFI, o profissional de saúde precisa desenvolver uma visão integral sobre o paciente e sua saúde, conjugando sinais físicos alterações comportamentais e psicológicos, e informações obtidas durante a anamnese. A abordagem do tema, abuso infantil, nos cursos de graduação e de

educação continuada podem contribuir para o despertar de uma visão holística do paciente infantil, bem como na busca do entendimento quanto aos fatores relacionados à subnotificação ⁷.

Considerando o índice de subnotificação de AFI, enquanto enfermeiros, médicos da família e pediatras apresentaram índices próximos a 50%, entre os dentistas o índice de subnotificação foi de 78,6%. Somente a suspeita de abuso é suficiente para que a notificação seja feita. Estudos desenvolvidos no Brasil e em outros países também encontraram altos índices de subnotificação de abuso infantil e AFI por profissionais de saúde ^{2, 6, 7, 10, 11, 14, 21}.

O alto índice de subnotificação pode estar relacionado à necessidade de cursos de treinamento para o reconhecimento de sinais de AFI que subsidiem o diagnóstico ou a suspeita de um caso, além do esclarecimento sobre os fluxos de notificação. Evidências apontam que o treinamento dos profissionais esteve associado a notificação de casos ^{7, 24}. Também foi observado nessa investigação que, profissionais que fizeram pós-graduação com enfoque em criança estiveram associados à notificação de AFI ($p < 0,001$). Dentre esses profissionais que fizeram pós-graduação com enfoque em crianças, a maioria é constituída por pediatras.

Programas de residência e especialização em pediatria muitas vezes contemplam em suas matrizes curriculares treinamentos para abordagem e condução de pacientes com suspeita de abuso infantil e AFI, diferentemente dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia que geralmente não apresentam disciplinas e treinamentos com esse fim ⁷. Os dentistas, responsáveis pelo maior índice de subnotificação, foram os profissionais que menor conhecimento possuíam quanto aos fluxos e órgãos para notificação dos casos de AFI (29%), como o Conselho Tutelar ou Ficha de Notificação Compulsória do SINAN (Sistema de

Informação De Agravos de Notificação do Ministério da Saúde). Este dado é corroborado por estudo de Moreira e colaboradores ⁷, em que os profissionais que relataram ter conhecimento dos órgãos e fluxos para notificação estiveram associados à notificação do AFI, porém, este fato não apresentou significância estatística com a notificação na presente investigação.

Embora alguns estudos apontem que há associação positiva entre AFI/maus tratos e índices socioeconômicos mais baixos ^{2, 25, 26, 27, 28, 29}, há também aqueles que não apontam tal associação ^{2, 30}. Crianças e adolescentes com baixa escolaridade pertencentes a famílias de baixa renda, com mães que tiveram filhos muito cedo ou famílias com múltiplas figuras paternas, apresentam maior risco de sofrerem maus tratos e de futuramente apresentarem comportamento violento com seus filhos ^{2, 25, 26, 27, 28, 29}. Esperava-se, portanto, que regiões de maior vulnerabilidade social apresentassem maiores índices de identificação e notificação de AFI, entretanto a presente investigação revelou que regiões com maior vulnerabilidade social não apresentaram relação com o índice de identificação e notificação de AFI. Embora a regional de Venda Nova e as Unidades de Planejamento com maior vulnerabilidade social tenham apresentado maior índice de subnotificação, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Todavia, é preciso ressaltar que o IVS é um índice de exclusão social calculado para regiões definidas, chamadas de Unidade de Planejamento. Estas unidades contêm, em média, 30 mil indivíduos ⁸. Trata-se, portanto, de dados ecológicos e, embora uma família more em uma região com menor IVS, a realidade socioeconômica dessa família pode não ser a apresentada na região.

São necessárias mais pesquisas para explorar e entender os fatores que estão associados com a identificação e principalmente com a notificação de abuso

infantil e AFI, especialmente entre profissionais de saúde do serviço público brasileiro. Pesquisas qualitativas poderão complementar os achados do presente estudo, bem como, contribuir com uma melhor compreensão de fatores associados à subnotificação de abuso infantil e AFI pelos profissionais de saúde da ESF.

Sabendo que estes profissionais se encontram em posição privilegiada, próximos à comunidade, tendo a possibilidade de um maior conhecimento sobre a realidade da região e da população ^{5, 30} torna-se de fundamental importância à colaboração e participação dos mesmos na identificação e notificação, de forma a contribuir para o combate ao problema. O poder público, serviços de saúde e universidades desempenham papel fundamental nessa causa.

O presente estudo apresenta limitações, pois se trata de um estudo transversal, sendo possíveis, apenas, as associações de fatores com o desfecho, sem a possibilidade de inferência de causalidade. A amostra não foi representativa da cidade de Belo Horizonte e o questionário, embora submetido a processo de adaptação transcultural e reprodutibilidade – sendo considerado estável e reprodutível – não teve sua validade avaliada. Entretanto, ressalta-se a relevância do presente estudo, que por retratar uma temática pouco investigada, no tocante à notificação de AFI pelos profissionais do serviço público, contribui para o entendimento do padrão de notificação de abuso infantil no país.

ABSTRACT

Aim: To evaluate the frequency of identification and report of child physical abuse (CPA) by professionals of the Family Health Strategy (FHS) and associated factors in regional health clinics with different social vulnerabilities in Belo Horizonte, Brazil.

Methods: This is a cross-sectional study with a convenience sample of dentists, nurses, family doctors and pediatricians from two districts in Belo Horizonte, Brazil.

The districts were selected based on the social vulnerability index (SVI). The professionals were invited to answer a self-administered questionnaire, which was developed at the University of London and adapted for use in Brazil. Descriptive and analytical analyses were performed using Pearson's chi-square test ($p < 0.05$).

Results: A total of 144 professionals participated: 35 (24.3%) dentists, 46 (31.9%) nurses, 45 (31.2%) family doctors, and 18 (12.5%) pediatricians. Out of this total, 86 (59.7%) professionals had already identified some case of CPA in their professional experience, but only 38 (26.4%) had reported it to the authorities. The identification and reporting were associated with the professional category ($p < 0.001$) and professionals who had done postgraduate studies focused on children ($p < 0.001$). The vulnerability of regional health clinics was not associated with the identification and notification of the cases from the CPA ($p = 0.754$).

Conclusion: The identification and reporting of CPA were associated with the professionals with training focused on the child care and the professional category, with pediatricians and the nurses representing the professionals who most identified and notified cases. The regional social vulnerability was not associated with identification and reporting.

Uniterms: Child abuse. Family Health Strategy. Mandatory reporting.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. 2006. (acesso em 28 de Fev de 2017) Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
2. Gilbert R, Widom C.S, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.

3. Franzin LCS, Olandovski M, Vettorazzi MLT, Werneck RI, Moyses SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl.* 2014;38(10):1706-14.
4. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child maltreatment 2014.* 2006. (acesso em 28 de Fev de 2017). Disponível em: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-datatechnology/statisticsresearch/child-maltreatment>
5. 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. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):373-82.
6. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet.* 2009;373(9658):167-80.
7. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(10):4267-76.
8. Belo Horizonte. Mapa de Exclusão Social de Belo Horizonte. *Revista Planejar BH.* 2006. (acesso em 28 de Fev de 2017). Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742&tax=25583
9. Nahas MI, Ribeiro C, Esteves O, Moscovitch S, Martins VL. O mapa da exclusão social de Belo Horizonte: metodologia de construção de um instrumento de gestão urbana. *Cad Cienc Soc.* 2000; 7(10):75-88.

10. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs.* 2004;9(8):332-8.
11. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs.* 2006 Nov;56(3):227-36.
12. Silva-Oliveira F, Ferreira EF, Mattos FF, Ribeiro MTF, Cota LOM, Vale MP, et al. Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(3):917-29.
13. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in Southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012;26(1):5-11.
14. 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.
15. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics.* 2008;122(3):611-9.
16. Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreat.* 2006;11(4):361-9.
17. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. (acesso em

28 de Fev de 2017) Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. (acesso em 28 de Fev de 2017) Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. 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. (acesso em 28 de Fev de 2017)

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.

20. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ*. 2011;16(1):158-65

21. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(2):146-53.

22. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatol*. 2010;26(2):149-53.

23. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba-PR. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 Supl 1:1827-34.
24. Alvarez KM, Kenny MC, Donohue B, Carpin KM. Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggress Violent Behav*. 2004;9(5):563-78.
25. Hosseinkhani Z, Nedjat S, Aflatouni A, Mahram M, Majdzadeh R. Socioeconomic inequality and child maltreatment in Iranian schoolchildren. *East Mediterr Health J*. 2016;21(11):819-27.
26. Gupta A, Biddala OS, Dwivedi M, Variar P, Singh A, Sen S, et al. Sociodemographic characteristics and aggression quotient among children in conflict with the law in India: a case-control study. *Natl Med J India*. 2015;28(4):172-5.
27. Herrenkohl TI, Herrenkohl RC. Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: a longitudinal analysis of youth outcomes. *J Family Violence*. 2007;22(7):553-62.
28. Alink LRA, Euser S, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *Int J Psychol*. 2013;48(2):117-27.
29. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ, Augustyn MB, Henry KL, Smith CA, et al. Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2014;38(4):706-22.
30. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil e Grandes Regiões. IBGE; 2013. (acesso

em 28 de Fev de 2017) Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol3/default.shtm

Tabela 1: Frequência de identificação e notificação de AFI por profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte (n = 144), 2015.

Independent variables	Frequency n (%)	
Identificou AFI na experiência profissional ao longo da vida (n = 144)	Não	58 (40.3)
	Sim	86 (59.7)
Notificou AFI na experiência profissional ao longo da vida (n = 86)**	Não	48 (55.8)*
	Sim	38 (44.2)
Identificou casos suspeitos de AFI no último ano profissional (n = 144)	Não	103 (71.5)
	Sim	41 (28.5)
Identificou casos comprovados de AFI no último ano profissional (n = 144)	Não	123 (85.4)
	Sim	21 (14.6)
Notificou casos de AFI no último ano profissional (n = 41)**	Não	25 (61.0)*
	Sim	16 (39.0)

*Índice de subnotificação

**Número de profissionais que identificaram casos de AFI

Tabela 2: Distribuição da amostra baseada na prevalência de identificação e notificação de casos de “AFI” e variáveis independentes. Belo Horizonte, Brasil (n = 144), 2015.

Variáveis independentes	Frequência	Não identificou/ Não notificou	Identificou e não notificou (subnotificação)	Identificou e Notificou	Valor de p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Gênero					0.309
Masculino	34 (23.6)	17 (50.0)	11 (32.4)	6 (17.6)	
Feminino	110 (76.4)	41 (37.3)	37 (33.6)	32 (29.1)	
Idade					0.947
0 a 34	52 (36.4)	22 (42.3)	16 (30.8)	14 (26.9)	
35 a 48	42 (29.4)	16 (38.1)	14 (33.3)	12 (28.6)	
49 a 75	49 (34.3)	20 (40.8)	18 (36.7)	11 (22.4)	
Categoria profissional					< 0.001
Dentista	35 (24.3)	21 (60.0)	11 (31.4)	03 (08.6)	
Enfermeiro	46 (31.9)	19 (41.3)	13 (28.3)	14 (30.4)	
Médico da Família	45 (31.2)	17 (37.8)	15 (33.3)	13 (28.9)	
Pediatra	18 (12.5)	01 (05.6)	09 (50.0)	08 (44.4)	
Pós-graduação					< 0.001
Não cursou	31 (21.5)	15 (48.4)	13 (41.9)	03 (09.7)	
Sem foco na criança	90 (62.5)	42 (46.7)	25 (27.8)	23 (25.6)	
Com foco na criança	23 (16.0)	01 (04.3)	10 (43.5)	12 (52.2)	
Tempo de trabalho no Município					0.480
Até 4 anos	42 (35.6)	19 (45.2)	15 (35.7)	08 (19.0)	
5 to 12 anos	36 (30.5)	15 (41.7)	11 (30.6)	10 (27.8)	
13 to 42 anos	40 (33.9)	14 (35.0)	11 (27.5)	15 (37.5)	
Sabe a qual órgão notificar AFI?					0.097
Não sabe/Não respondeu	39 (27.1)	19 (48.7)	16 (41.0)	04 (10.3)	
Outros órgãos	37 (25.7)	12 (32.4)	13 (35.1)	12 (32.4)	
Conselho Tutelar/SINAN	68 (47.2)	27 (39.7)	19 (27.9)	22 (32.4)	
Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)**					0,754
Baixo (I e II)	126 (90.6)	52 (41.3)	43 (34.1)	31 (24.6)	
Alto (III a V)	13 (9.4)	04 (30.8)	05 (38.5)	04 (30.8)	
Distrito Sanitário**					0.366
Venda Nova	100 (69.4)	44 (44.0)	32 (32.0)	24 (24.0)	
Centro Sul	44 (30.6)	14 (31.8)	16 (36.4)	14 (31.8)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson (P < 0,05); **Fonte: PBH, 2000

6.2 Produto Técnico

6.2.1 Cartilha educativa

Este estudo contribuiu para o desenvolvimento de um produto técnico na forma de cartilha educativa. Esta teve como objetivo divulgar e informar profissionais de saúde, gestores e a população acerca do abuso físico infantil. A difusão de informações sobre sinais de violência, maus tratos e abuso físico, assim como suas consequências, podem aumentar a compreensão do fenômeno e contribuir com sua notificação.

<p>O que é o abuso físico infantil?</p> <p>Qualquer dano físico, psicológico contra a criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Maus tratos •Exploração do trabalho •Humilhação pública •Rejeição/discriminação •Negligência •Abuso sexual. 	<p>Maus tratos considerados correção</p>  <ul style="list-style-type: none"> •Chinelada •Palmadas •Uso de objetos como cabide/cintos. 	<p>Consequências do abuso na infância</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dificuldade de aprendizado •Dificuldade de socialização •Distúrbios comportamentais •Depressão
 <p>Característica da criança abusada</p> <ul style="list-style-type: none"> •Depressão •Déficit de atenção •Baixa auto estima 	<p>Sinais físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hematomas •Fratras dentárias •Queimaduras •Vergões 	 <p>Consequências do abuso na fase adulta</p> <ul style="list-style-type: none"> •Depressão •Ansiedade •Abuso de drogas 

O que fazer em caso de suspeita de violência contra a criança?

- Centro de Saúde Eteelvina Carneiro
32775504
- Disque denúncia 100



- Conselho tutelar Regional Norte
32777312



- Polícia Militar 190



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

UBS Eteelvina Carneiro



Luiza Marcela Machado
Carlos Inácio Andrade
Dagmar Silva do Carmo Chaves
Simone Dutra Lucas

Referência: ANDRADE, Carlos Inácio. ABUSO FÍSICO INFANTIL: CONHECIMENTOS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA- ESTUDO DE DUAS REGIONAIS DE BELO HORIZONTE. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia – área de concentração: Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

**Violência contra a
criança**



**Não faça do seu filho
uma
Vítima**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família lotados nos distritos Norte e Pampulha avaliados no presente estudo mostraram um posicionamento diferenciado quanto à identificação e a notificação dos casos suspeitos ou comprovados de abuso físico infantil. A identificação se sobrepõe consideravelmente à notificação, contribuindo desta forma para que haja subnotificação dos casos identificados/ suspeitos, sendo a subnotificação dos casos suspeitos ou comprovados de AFI objeto de discussão, principalmente no posicionamento do profissional Cirurgião Dentista acerca do tema. Era esperado que este profissional estivesse mais associado a identificação de casos de abuso físico infantil, já que os sinais físicos associados às áreas de cabeça e pescoço são frequentemente presentes conforme a literatura científica, e por serem áreas de maior contato com a prática odontológica. Entretanto, o Cirurgião Dentista foi o profissional que menos identificou e notificou casos quando comparado às demais categorias profissionais. As razões acerca deste posicionamento podem estar associadas a diversos fatores já discutidos em estudos semelhantes a este, como as incertezas acerca do diagnóstico correto e o medo de retaliações por parte do agressor. Intrigante fato é que a literatura também aponta estes fatores dentre profissionais de outras categorias, embora estes identifiquem e notifiquem mais casos que os Cirurgiões Dentistas. Este profissional deve se conscientizar da importância de se envolver na temática do abuso físico contra a criança, olhando este indivíduo de forma integral.

Dentre as hipóteses levantadas acerca do tema, encontramos aqui algumas respostas para tais. De fato, o Médico Pediatra é o profissional mais associado tanto a identificação quanto a notificação de casos de abuso físico infantil, comparado aos demais profissionais, fato este que pode estar associado tanto a prática profissional direcionada ao cuidado da criança, experiência pessoal com este grupo de pacientes, afinidade com a criança e sobretudo, a abordagem do abuso físico infantil na formação do pediatra. Além disso, a relação entre o tempo de permanência na mesma unidade básica de saúde e o número de casos identificados também são variáveis com associação significativa, podendo ser justificada pelo vínculo com a população.

Acreditamos que todas as instâncias vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde devem ser conscientizadas acerca da importância do tema aqui discutido, como gestores e referências-técnicas e, desta forma, traçar linhas de cuidado quanto à perspectiva da redução do abuso físico infantil em Belo Horizonte. Ressaltamos aqui a importância do processo de educação continuada como ponto de partida para o envolvimento de todos os setores com o tema, através de discussões em oficinas, publicações em manuais periódicos de saúde e discussões em grupos de estudo organizados pelos profissionais. Todo este processo, para ser efetivo e facilitado, deve envolver parcerias, como disponibilizado aqui pela Universidade Federal de Minas Gerais por meio do nosso grupo de pesquisa. Cabe então, a partir dos resultados apresentados neste trabalho, a proposta de realização de novos estudos que possam elucidar os questionamentos aqui levantados, uma vez que este tipo de intervenção com profissionais da atenção básica é inédita no município de Belo Horizonte. Sendo assim, este corte transversal se faz importante quanto aos resultados apresentados, e serve como ponto de partida para novas abordagens com metodologia e delineamento diferenciados, como estudos de intervenção que podem responder aos questionamentos aqui discutidos.

REFERÊNCIAS

- ALGERI, S.; SOUZA, L. M.; Violência contra crianças e adolescentes: Um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rer. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 4, p. 625-631, 2006.
- AMARO, S. **Crianças vítimas de violência**: das sombras do sofrimento à genealogia de resistência. Uma nova teoria científica. Porto Alegre: AGE/EDI PUC RS, 2003. 150 p.
- ARIES, P.; DUBY, G. **História da vida privada do império romano ao ano mil**. São Paulo: Cia das Letras, 1992. p.19-224.
- ASSIS, S. G. *et. al.* Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v.16, n. 1, p. 43–51, 2004.
- AZEVEDO, M. S. *et. al.* Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v.26, n. 1, p. 5-11, Jan-Feb 2012.
- BERGAMO, L. P. D.; BAZON, M. R. Experiências infantis e risco de abuso físico: mecanismos envolvidos na repetição da doença. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v.24, n. 4, p. 710-719, 2010.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de Maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 Mai. 2001. Seção 1E.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.

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. 220 p.

BUTCHART, A. *et. al.* **Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization and International Society of Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

CAETANO, R.; FIELD, C. A.; NELSON, S. Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence and alcohol problems in adulthood. **J. Interpers. Violence**, Beverly Hills, v.18, n. 3, p. 240-257, 2003.

CARVALHO, A. C. R. *et. al.* Maus tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 539-546, 2009.

CAVALCANTI, A. L. *et. al.* Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa frente ao abuso infantil. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.5, n. 28, p. 470-474, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-311/2007**: aprova o Código de Ética dos profissionais da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007-4280.html>>. Acesso em: 09 Abr. 2019.

COSTA, M. C. O. *et. al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações de violência. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

FRANZIN, L. C. S.; FRANZIN, M. F.; MOYSÉS, S. T. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Prevalência em cidade do Sul do Brasil. **Colloquium Vitae**, Presidente Prudente, v.4, n. 2, p. 79-84, 2012.

FRANZIN, L. C. S.; *et. al.* Violência e maus tratos na infância e adolescência. **Revista Uningá Review**, Maringá, v.16, n. 3, p. 05-14, 2013.

FRANZIN, L. C. S. *et. al.* Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v.38, n. 10, p. 1706-1714, 2014.

GARBIN, C. A. S. *et. al.* Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Rer. Bras. Pesqui. Saude**, Vitória, v.13, n. 2, p. 17-23, 2011.

GONÇALVES, H. S. **Infância e violência no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 31 p.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.18 n. 1, p. 315-319, 2002.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. p.77-88.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 Set. 2015.

LANSFORD, J. E. *et. al.* A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v.156, n. 8, p. 824-830, 2002.

LAZENBATT, A.; FREEMAN, R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v.56, n. 3, p. 227-236, 2006.

LIMA, M. C. C. S. *et. al.* Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Rer. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, supl. 1, p. 118-137, 2001.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe de Saúde da Família. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e na adolescência. **J. Pediatr.**, Rio De Janeiro, v.70, n. 5, 1994.

NORMAN, R. E. *et. al.* The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PloS Med.**, San Francisco, v.9, n. 11, p. 01-31, 2012.

PEARS, K. C.; CAPALDI, D. M. Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v.25, p. 1439-1461, 2011.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para os profissionais da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.12, n. 1, p. 42-49, 2005.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p. 109-121, 1999.

SANTORO, M. J. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.6, n. 38, p. 279-83, 2002.

SANTOS, J. F. *et. al.* Maus tratos infantis: conhecimento e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.**, João Pessoa, v.6, n. 3, p. 273-279, 2006.

SILVA-OLIVEIRA, F. *et. al.* Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 917-929, 2014.

STERNBERG, K. J. *et. al.* Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v.30, p. 283-306, 2006.

STOLTENBORGH, M.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; VAN IJZENDOORN, M. H. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v.48, p. 345-355, 2013.

THOMPSON, M. P.; KINGREE, J. B.; DESAI, S. Gender differences in long-health consequences of physical abuse of children: data from a Nationally

representative survey. **Am. J. Public Health Res**, Newark, v.94, n. 4, p. 599-604, 2004.

U.S. Department of Health & Human Services. **Child Maltreatment 2011**. Washington D.C.: U.S. Department of Health & Human Services, 2011. 251 p.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. **Child maltreatment 2013**. Disponível em: <<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>>. Acesso em 09 Abr. 2019.

VENÂNCIO, R. P. **Uma história social do abandono de crianças**. De Portugal ao Brasil: séculos XVIII-XX. Editora PUC Minas, São Paulo: Alameda, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2006. 102 p.

ZANOTI-JERONIMO, D. V. *et. al.* Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.25, n. 11, p. 2467-2479, 2009.

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissional, por gentileza, assine e entregue uma via, caso concorde em participar da pesquisa. A outra via é sua.)

Prezado profissional,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa ABUSO FÍSICO INFANTIL: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, sob supervisão de Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo objetivo é avaliar o conhecimento e atitude dos profissionais das equipes de saúde da família de Belo Horizonte em relação ao abuso físico infantil.

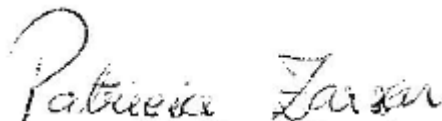
Para tanto será necessário que você responda a um questionário com perguntas objetivas e subjetivas sobre este assunto. Você não precisará se identificar para respondê-lo, assim será garantida a confidencialidade dos seus dados e de sua identidade. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade para fazê-lo.

Participando desta pesquisa, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Sua participação é importante para conhecermos a formação profissional para lidar com casos de abuso físico infantil, de forma a gerar informações para profissionais da saúde, órgãos governamentais, como Secretaria de Saúde e Conselhos Tutelares, para implementação de atitudes mais eficazes em coibir este problema social.

Você pode falar conosco a qualquer momento e esclarecer suas dúvidas pelo telefone 3409-2442 com a professora Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar (orientadora) ou procurar o COEP – Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais, na Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar Campus Pampulha – Belo Horizonte, MG – Brasil – CEP: 31270-901, Tel.: (31) 3409-4592.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.



Nome e assinatura do professor supervisor/orientador

Nome e assinatura do Mestrando

Assinatura do voluntário - Número do documento de identidade

ANEXO 1 – Questionário

Estudo: Abuso físico em crianças e adolescentes: percepções, diagnóstico e respostas dos profissionais de saúde

Informações sobre você

Sexo: masculino feminino Idade: ____ anos Tempo de formado (graduação): ____ anos
 Tempo de trabalho (público e privado): ____ anos Tempo de trabalho na PBH: ____ anos
 Tempo de trabalho nesta unidade: ____ anos
 Tipo de profissional de saúde:
 Cirurgião dentista Enfermeiro Médico Especialidade médica: _____
 Possui pós-graduação? Não Sim Qual? _____

O abuso físico infantil é definido como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança ou ADOLESCENTE, a partir de uma interação ou da falta de uma interação, praticado pelos pais ou pessoa em uma posição de poder, responsabilidade ou confiança. Pode haver um único incidente, ou incidentes repetidos (OMS, 1999).

Para responder o questionário abaixo, por favor, **desconsidere** o abuso sexual, o abuso psicológico e a negligência; **considere apenas o abuso físico em criança e adolescente** (mesmo quando utilizado apenas o termo “abuso físico em criança”).

Reconhecendo o abuso infantil na prática (por favor, marque com um x o quadrado correspondente)

1. Em sua experiência profissional você já viu algum caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes infantis?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

2. Você já notificou algum caso suspeito de abuso físico em criança entre seus pacientes?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

3. Você já viu algum caso de trauma orofacial infantil, que tivesse relação com abuso físico em criança, no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de trauma no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

4. Você já viu algum caso suspeito de abuso físico em criança no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

5. Você já viu algum caso comprovado de abuso físico no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

6. Você já notificou algum caso em que suspeitasse ou algum caso comprovado de abuso físico em criança às autoridades no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

7. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é capaz de reconhecer sinais e sintomas de abuso físico em criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 incapaz de reconhecer e 10 totalmente capaz de reconhecer. Faça, por favor, um x sobre o nº.

8. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é efetivamente capaz de diagnosticar o abuso físico em criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 incapaz de diagnosticar e 10 totalmente capaz de diagnosticar. Faça, por favor, um x sobre o nº.

9. Você sabe a quem recorrer para fazer uma notificação diante de uma suspeita ou identificação de abuso físico em criança?

Não Sim

9.1. Em caso afirmativo, cite qual o órgão, instituição, ou profissional que você recorreria: _____

- 9.2. Você tem algum telefone ou endereço de contato do órgão, instituição, ou profissional responsável por receber a notificação de abuso físico à criança?

Não Sim

10. Em sua opinião, por que alguns casos de abuso físico em criança não são notificados?

Por favor, escolha apenas UMA opção para responder esta pergunta.

Medo Conhecimento insuficiente Negligência

Outros: _____

11. Marque TRÊS fatores que você acha que podem facilitar ou encorajar os profissionais da saúde a notificarem casos suspeitos de abuso físico em criança:

Por favor, escolha TRÊS opções.

Confidencialidade Segurança Capacitação Facilitar processo de notificação
 Interdisciplinaridade/intersetorialidade
 Outros: _____

12. Em sua opinião quais são as TRÊS principais barreiras para que os profissionais de saúde notifiquem o abuso físico em criança?

Por favor, escolha TRÊS opções.

Medo Conhecimento insuficiente Falta de confidencialidade Negligência
 Excesso de demanda
 Outros: _____

13. Você quer receber treinamento sobre como identificar e sobre os mecanismos de notificação de casos suspeitos de abuso físico em criança (ex.: cursos, oficinas)?

Não Sim

14. Você acha que os mecanismos de identificação e notificação de possíveis casos de abuso físico em criança devem ser parte de cursos de capacitação profissional?

Não Sim

15. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você se sente disposto a envolver-se na detecção do abuso físico contra a criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada disposto e 10 totalmente disposto. Faça, por favor, um x sobre o número.

Para as próximas quatro perguntas, considere todo atendimento à criança:

16. Em uma escala de 0 a 10, o quanto você acha que a sua graduação foi suficiente para te deixar preparado para o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 insuficiente e 10 totalmente suficiente. Faça, por favor, um x sobre o número.

17. Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado pelo atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada interessado e 10 totalmente interessado. Faça, por favor, um x sobre o número.

18. Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente preparado para o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada preparado e 10 totalmente preparado. Faça, por favor, um x sobre o número.

19. Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado em cursos de educação continuada e treinamentos para aprimorar o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada interessado e 10 totalmente interessado. Faça, por favor, um x sobre o número.

ANEXO 2 – Autorização comitê de ética Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0067.0.410.203-09A

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 16 de dezembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado “ABUSO INFANTIL: CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE”, bem como seu termo de consentimento.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

ANEXO 3 – Autorização comitê de ética Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0287.0.203.000-09

Interessado(a): Profa. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar
Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de outubro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Abuso físico infantil: conhecimentos e atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família de Belo Horizonte" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

1. Apresentação em Congresso → 22º CIORJ (2015)

Andrade CI, Silva-Oliveira F, Guimarães MO, Ferreira EF, Zarzar PM. Abuso físico infantil: percepção e atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte.

2. Apresentação em Encontro Científico → Semana do Conhecimento da UFMG 2015

Andrade CI, Silva-Oliveira F, Guimarães MO, Ferreira EF, Zarzar PM. Percepção e atitudes dos profissionais das equipes da estratégia saúde da família de Belo Horizonte frente ao abuso físico infantil

3. Apresentação em Encontro Científico → Semana do Conhecimento da UFMG 2015

Guimarães MO, Andrade CI, Silva-Oliveira F, Ferreira EF, Zarzar PM. Identificação e notificação de casos de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e sua associação com o esforço ocupacional

4. Artigo publicado na revista Arquivos em Odontologia, ISSN: 2178-1990, Qualis B4 na área de classificação Odontologia

Referência: Silva-Oliveira F, Andrade CI, Guimarães MO, Ferreira RC, Ferreira EF, Zarzar PM. Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos. Arq Odontol. 53 (e09), 2017.

Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos

Identifying and reporting child physical abuse by professionals of the Family Health Strategy and associated factors

Fernando Silva-Oliveira¹, Carlos Inacio Andrade², Mariana Oliveira Guimarães³, Raquel Conceição Ferreira⁴, Efigênia Ferreira e Ferrares⁵, Patricia Maria Zanzar⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil (AFI) por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e fatores associados em regionais com diferente vulnerabilidade social de Belo Horizonte, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com amostra de conveniência de pediatras, dentistas, médicos da família e enfermeiros, de dois distritos da ESF de Belo Horizonte, Brasil. Os distritos foram selecionados tomando como referência os índices de vulnerabilidade social. Os profissionais foram convidados a responder um questionário autoaplicável desenvolvido na Universidade de Londres, adaptado para o uso no Brasil. Foram realizadas análises descritivas e analíticas, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). **Resultados:** Participaram do estudo 144 profissionais: 33 (24,3%) dentistas, 46 (31,9%) enfermeiros, 45 (31,2%) médicos da família e 18 (12,5%) pediatras. Do total, 86 (59,7%) profissionais já identificaram algum caso de AFI na experiência profissional, mas apenas 38 (26,4%) notificaram às autoridades. A identificação e notificação estiveram associadas a categoria profissional ($p < 0,001$) e aos profissionais que realizaram pós-graduação com enfoque na criança ($p < 0,001$). A vulnerabilidade das regionais não esteve associada a identificação e notificação dos casos de AFI ($p = 0,754$). **Conclusão:** A identificação e notificação de casos de AFI associaram-se aos profissionais com formação voltada para o atendimento da criança e com a categoria profissional, sendo o pediatra e o enfermeiro os que mais identificaram e notificaram. A vulnerabilidade social da regional não esteve associada com a identificação e notificação. **Descritores:** Maus-tratos infantis. Estratégia Saúde da Família. Notificação compulsória.

Recebido em: 29 de março de 2017.
Aprovado em: 31 de outubro de 2017.

INTRODUÇÃO

O abuso físico infantil (AFI) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança ou adolescente, a partir de uma interação ou falta de interação, praticada pelos pais, cuidadores e pessoas

em posição de responsabilidade, confiança, ou poder¹. Dentre todas as categorias de abuso infantil ou maus-tratos infantis, o abuso físico posiciona-se como o segundo mais prevalente, antecedido pela negligência e seguido pelo abuso psicológico e o abuso sexual^{2,3}. Além de consistir em um problema de cunho social,

¹ Dentre em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
² Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
³ Mestranda em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
⁴ Professora Associada, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
⁵ Professora Titular, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
⁶ Professora Associada, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
Autor para correspondência: Fernando Silva-Oliveira, Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31276-901. Telefone: + 55 31 9 8839 8085.
Contatos: nandusol@gmail.com, odontocarlo2005@yahoo.com.br, benes_bonac27@hotmail.com, ferreira_rc@hotmail.com, efigenia@gmail.com, patrizanzar@hotmail.com