

**LAÍS SOARES NUNES**

***ABUSO INFANTIL: SIGNIFICADOS E CONDUITAS DE DENTISTAS  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE – UM  
ESTUDO QUALITATIVO***

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2020**

Laís Soares Nunes

**ABUSO INFANTIL: SIGNIFICADOS E CONDUTAS DE  
DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO  
HORIZONTE – UM ESTUDO QUALITATIVO**

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 Odontopediatria.

**Orientadora:** Profa. Dra. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

**Coorientadora:** Profa. Dra. Efigênia Ferreira Ferreira

Belo Horizonte  
2020

## Ficha Catalográfica

N972a Nunes, Laís Soares.  
2020 Abuso infantil: significados e condutas de dentistas da  
T Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte – um estudo  
qualitativo / Laís Soares Nunes. -- 2020.

94 f. : il.

Orientadora: Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar.  
Coorientadora: Efigênia Ferreira Ferreira.

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

1. Maus-tratos infantis. 2. Odontólogos. 3. Notificação  
de abuso. 4. Estratégia saúde da família. 5. Teoria  
fundamentada. I. Zarzar, Patrícia Maria Pereira de Araújo.  
II. Ferreira, Efigênia Ferreira. III. Universidade Federal  
de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB: 6/2727.

Biblioteca Faculdade de Odontologia - FAO UFMG



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Abuso Infantil: Significados e condutas de dentistas da estratégia saúde da família de Belo Horizonte – um estudo qualitativo**

**LAÍS SOARES NUNES**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Odontopediatria.

Aprovada em 28 de agosto de 2020, pela banca constituída pelos membros:

*Patricia Maria P. de Araujo Zarzar*

Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar – Orientadora  
FO-UFMG

*Efigênia Ferreira e Ferreira*

Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira  
FO-UFMG

*Claudia Maria de Mattos Penna*

Prof(a). Claudia Maria de Mattos Penna  
UFMG

*Viviane Elisangela Gomes*

Prof(a). Viviane Elisangela Gomes  
FO-UFMG

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em 31 /08 /2020.

*Isabela Almeida Pordeus*  
Profa. Isabela Almeida Pordeus  
Coordenadora

Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG

Dedico esta dissertação às crianças!

## AGRADECIMENTOS

Não é fácil não. Não foi fácil chegar aqui. Chego fortalecida ao final desta etapa. A impressão é de que todas as dificuldades valeram à pena e os sentimentos que ficam são de felicidade e, acima de tudo, de gratidão. É impossível concluir uma etapa como essa sem ajuda e, portanto, venho agradecer a todos aqueles que fizeram parte dela de alguma forma.

Meu primeiro agradecimento vai para Deus. Sei que por muitas vezes tenho andado distante, mas o senhor continua a me dar mais do que eu preciso e mais até do que mereço. Sou eternamente grata por nunca se esquecer de mim;

Agradeço também à minha família, minha base, forte e segura. Aos meus pais, que continuam sempre acreditando em mim e me incentivando em minhas escolhas. Novamente, sei que não mediram esforços para me ajudar a realizar mais um sonho. Agradeço também às minhas irmãs, minhas amigas e fiéis companheiras. Vocês todos são o grande amor da minha vida. Muito obrigada por tudo;

Professora Patrícia, aqui estamos novamente! Graças a você, estou aqui hoje com esse trabalho que eu amo. Já disse e repito: serei eternamente grata por ter te conhecido. Você me apresentou o mundo da pesquisa científica lá na época do projeto de TCC e eu me apaixonei. Não tenho dúvidas de que parte dessa paixão e do meu conhecimento, vieram da grande pesquisadora e orientadora que tive a oportunidade de ter. Muito obrigada pelas horas dedicadas a mim e ao meu trabalho. Muito obrigada por ser paciente, atenciosa e sempre pronta para me dar suporte. Você é nota mil!

Agradeço à minha querida coorientadora, Efigênia Ferreira, por ter compartilhado tanta sabedoria comigo e com a nossa equipe, tornando esse estudo possível e valioso. Você foi fundamental e esse resultado também é seu. Obrigada por trabalhar sempre com muita seriedade, mas também com muito carinho e bom humor. Seu riso é contagiante e quem tem a oportunidade de trabalhar com você, tem sorte! Muito obrigada;

Ao meu parceiro nessa caminhada de estudos, Fernando Oliveira, tenho um mundo inteiro de agradecimentos. Obrigada por se fazer presente do início ao fim,

e sempre ao meu lado. Você, mais do que ninguém, sabe como a caminhada foi longa e trabalhosa, mas sabe também o quanto fizemos um trabalho importante e gratificante. Estudamos juntos, trabalhamos juntos e tive a feliz oportunidade de aprender muito com você. Sem você, esse trabalho não existiria. Você foi meu colega, mas também, meu professor. Muito obrigada por isso!

Agradeço ao Paulo, meu melhor amigo e companheiro, que está sempre ao meu lado e que, mais uma vez, foi fundamental na conclusão de mais uma grande etapa. Obrigada por sempre acreditar em mim e por se orgulhar do que sou e do que conquisto como se fosse uma conquista sua também;

Aos meus amigos do mestrado, meus mais sinceros agradecimentos. Eles sabem quem são! Agradeço por terem tornado o caminho mais ameno e definitivamente mais alegre e divertido. Com vocês, pude compartilhar minhas felicidades e minhas angústias com a certeza de que encontraria apoio, compreensão e amor. Foram dois anos que vão deixar saudades imensas, mas saibam que eu não largo dos meus amigos!

Agradeço às instituições Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia e ao Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente, minhas casas desde 2013, por terem me fornecido educação gratuita, de qualidade e pelas infinitas oportunidades de crescimento;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG, que me ensinaram e contribuíram com a minha formação. Vocês são parte fundamental nesse projeto. Muito obrigada!

Não poderia deixar de agradecer também à cada Centro de Saúde, ou a cada gerente por terem nos recebido de braços abertos para que o nosso estudo fosse realizado. Agradeço imensamente também à cada profissional participante do estudo pela confiança, por compartilharem experiências na construção desse novo conhecimento e por terem sido grandes incentivadores do nosso trabalho.

A todos que fizeram parte, de alguma forma, desse trajeto, meus sinceros agradecimentos. Muito obrigada!

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro investido em nossa equipe e em nosso estudo, que resultou neste trabalho de dissertação.



“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

## RESUMO

Os abusos infantis constituem um sério problema de saúde pública. Os dentistas se encontram em posição estratégica para identificar e notificar abuso infantil. Entretanto, estudos apontam para alta prevalência de comportamento de não-notificação por esses profissionais. Além disso, os dentistas são frequentemente associados a dificuldades para identificar e notificar casos de abuso infantil entre seus pacientes. A literatura carece de estudos que trabalhem esses fatores em profundidade. Diante do exposto, alguns questionamentos são apresentados: Por que os dentistas estão frequentemente associados à alta prevalência de comportamento de não-notificação? Como eles percebem o abuso infantil no contexto e cotidiano de trabalho na atenção primária à saúde? Quais são as concepções de abuso infantil construídas pelos dentistas? Como os fatores associados à identificação e notificação de abuso infantil influenciam na abordagem dos casos pelos dentistas? Esses questionamentos embasaram a construção deste estudo. O objetivo deste estudo foi desenvolver um modelo teórico substantivo que permitisse compreender como esses fatores se relacionam com a identificação e notificação de abuso infantil pelos dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte em seu cotidiano de trabalho. Foi realizado um estudo qualitativo, seguindo o referencial metodológico da *Grounded Theory*, sob a luz teórica do Interacionismo Simbólico. A amostra foi intencional e caracterizada pela amostragem teórica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas em profundidade e o critério para finalização da coleta foi a saturação. Foram entrevistados 10 dentistas vinculados à ESF. O estudo resultou na construção de uma teoria a respeito da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da ESF, que é constituída por 3 categorias. A primeira categoria, denominada Concepção de Abuso, apresenta o conjunto de significados e conceitos que definem o que é o abuso infantil para os profissionais. A segunda, denominada Concepção de Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes, apresenta conceitos e significados atribuídos à notificação de abuso infantil e seus processos. A terceira categoria, chamada Condutas, apresenta os elementos que envolvem as atitudes e as condutas tomadas pelos dentistas frente a casos suspeitos ou confirmados de abuso infantil. A concepção dos dentistas sobre o tema é importante e influencia fortemente na abordagem de abuso infantil. Além disso, a abordagem de abuso infantil é influenciada e envolve desde questões individuais dos profissionais, até questões sociais, culturais e de organização do sistema de saúde. Este estudo apresenta contribuições relevantes para os dentistas e para a ESF. Seus resultados podem ser utilizados para embasar a construção e o desenvolvimento de estudos de intervenção no tema.

**Palavras-chave:** Maus-tratos infantis. Odontólogos. Notificação de abuso. Estratégia saúde da família. Teoria fundamentada.

## ABSTRACT

### **Child Abuse: meanings and conduct of dentists from the Family Health Strategy teams in Belo Horizonte – a qualitative study**

Child abuse is a serious public health problem. Dentists are in a strategic position to identify and report child abuse. However, studies point to a high prevalence of non-notification behavior by these professionals. In addition, dentists are often associated with difficulties in identifying and reporting cases of child abuse among their patients. The literature lacks studies that work on these factors in depth. Given the above, some questions are raised: Why are dentists frequently associated with high prevalence of non-notification behavior? How do they perceive child abuse in the context and daily work of primary health care? What are the conceptions of child abuse built by dentists? How do the factors associated with the identification and reporting of child abuse influence dentists' approach of cases? These questions supported the construction of this study. The aim of this study was to develop a substantive theoretical model that would allow understanding how these factors are related to the identification and reporting of child abuse by dentists of the Family Health Strategy (FHS) in Belo Horizonte in their daily work. A qualitative study was carried out, following the Grounded Theory methodological framework, in the theoretical light of Symbolic Interactionism. The sample selection was intentional and characterized by theoretical sampling. Data collection was performed through semi-structured individual interviews and the criterion for finalizing the collection was saturation. We interviewed 10 dentists linked to the FHS. The study resulted in the construction of a theory about the Child Abuse Approach by FHS Dentists, which consists of 3 categories. The first category called Conception of Abuse, presents the set of meanings and concepts that define what child abuse is for professionals. The second, called Conception on the Notification and Protection System for Children and Adolescents, presents concepts and meanings attributed to the notification of child abuse and its processes. The third category, called Conducts, presents the elements that involve the attitudes and behaviors taken by dentists in the face of suspected or confirmed cases of child abuse. Dentists' views on the topic are important and strongly influence their approach to child abuse. The concepts presented are flawed because there is mainly a lack of technical training on the subject. In addition, the child abuse approach is influenced and involves from individual issues of professionals, to social, cultural and organizational issues in the health system. This study presents important contributions for dentists and the FHS. Its results can be used to support the construction and development of intervention studies on the topic.

**Keywords:** Child abuse. Dentists. Mandatory reporting. Family health strategy. Grounded theory.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Dissertação

- Figura 1 - Mapa da localização do município de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais e no Brasil ..... 26
- Figura 2 - Mapa da distribuição das regionais ou distritos sanitários no município de Belo Horizonte. 1- Barreiro; 2- Centro Sul; 3- Leste; 4- Nordeste; 5- Noroeste; 6- Norte; 7- Oeste; 8- Pampulha; 9- Venda Nova..... 27

### Artigo

- Figura 1 - Diagrama conceitual da categoria Concepção de Abuso Infantil..... 47
- Figura 2 - Diagrama conceitual da categoria Concepção de Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes..... 48
- Figura 3 - Diagrama conceitual da categoria Condutas..... 50
- Figura 4 - Diagrama ilustrativo da Teoria da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da Estratégia Saúde da Família (TAAID-ESF)..... 51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFI	Abuso Físico Infantil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos
CT	Conselho Tutelar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IS	Interacionismo Simbólico
MG	Minas Gerais
MTI	Maus-tratos Infantis
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TAAID-ESF	Teoria da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da Estratégia Saúde da Família
TCC I	Trabalho de Conclusão de Curso I
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA EXPANDIDA</b> .....	22
3.1	Desenho do Estudo.....	22
3.2	Referencial teórico-metodológico.....	22
3.2.1	O Interacionismo Simbólico.....	22
3.2.2	A Grounded Theory.....	24
3.3	Local do Estudo.....	25
3.4	Amostragem.....	27
3.4.1	Saturação.....	27
3.4.2	Seleção dos Participantes.....	28
3.5	Coleta dos Dados.....	29
3.6	Estudo Piloto e Treinamento dos Pesquisadores.....	32
3.7	Análise dos Dados.....	33
3.8	Considerações Éticas.....	35
<b>4</b>	<b>ARTIGO</b> .....	37
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	65
	<b>APÊNDICES</b> .....	74
	<b>ANEXOS</b> .....	79
	<b>PRODUÇÃO INTELLECTUAL E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO</b> .....	93

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo faz parte de um estudo mais amplo intitulado: “Abuso físico infantil: significados e atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte - um estudo qualitativo e de intervenção” que recebeu financiamento proveniente do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), chamada 07/2017 da Fapemig (Anexo A). A sua elaboração surgiu da necessidade de se aprofundar nos resultados obtidos em estudos transversais representativos desenvolvidos previamente por esta equipe de pesquisa realizados com dentistas, enfermeiros, médicos da família da ESF de Belo Horizonte e pediatras das equipes de apoio à ESF para avaliar as frequências de identificação e de notificação de abuso físico infantil (AFI) e os fatores associados ao processo (NUNES *et al.*, 2020; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020). Os resultados dos estudos quantitativos mostraram que os dentistas foram os profissionais que apresentaram as menores frequências de identificação e de notificação de AFI quando comparados às outras especialidades (SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020). Em adição, foi observado um alto índice de comportamento de não notificação de casos de AFI por parte dos dentistas (NUNES *et al.*, 2020).

Diante disso e cientes de que as regiões de cabeça e pescoço estão entre as mais afetadas em casos de abuso infantil (CAVALCANTI, 2010; FONSECA; FEIGAL; BENSEL, 1992; MASSONI *et al.*, 2010) , verificou-se a necessidade de se aprofundar qualitativamente nos resultados obtidos para uma melhor compreensão dos fatores associados à identificação, às condutas e aos altos índices de comportamento de não notificação de abuso infantil por parte dos dentistas na atenção primária à saúde de Belo Horizonte. O estudo qualitativo também contribui para a compreensão das relações dinâmicas entre significados e ações, abordando os processos ativos pelos quais as pessoas criam e mediam significados (CHARMAZ, 2014), sendo estes de fundamental importância para a compreensão do comportamento de não notificação de abuso infantil por esses profissionais.

A violência contra crianças e adolescentes é cada vez mais reconhecida como uma questão social complexa e endêmica que constitui um sério problema de saúde pública (GILBERT *et al.* 2009; HIBBARD; BARLOW; MACMILLAN, 2012; WHO,

2014), presente nas mais diversas classes sociais e em todo o mundo (HILLIS *et al.*, 2016; WHO, 2016). Dados do último levantamento nacional dos Estados Unidos, realizado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos do país, revelaram que em 2018 um total de 677.529 crianças e adolescentes (9,2 a cada 1.000 crianças na população) foram vítimas de abuso infantil (EUA, 2020). Estima-se que anualmente, em todo o mundo, cerca de 1 bilhão de crianças e adolescentes - mais de 50% das crianças entre 2 e 17 anos - sejam expostos à pelo menos um tipo de abuso infantil (HILLIS *et al.*, 2016). No Brasil, o dimensionamento da violência infantil ainda é precário. Entretanto esforços locais do poder público e da academia, sugerem que o país segue a tendência mundial com uma alta prevalência de abusos infantis (BRASIL, 2018; DA SILVA FRANZIN *et al.*, 2014; RATES *et al.*, 2015). No período de 2011 a 2017, foram notificados 219.717 casos de violência contra crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2018).

A literatura aponta para outra realidade preocupante: apesar da alta prevalência, os números oficiais representam apenas uma pequena parte do problema (BRASIL, 2010; UNICEF, 2009). É comum que em muitos países a verdadeira dimensão dos abusos infantis seja muito subestimada (BRASIL, 2010; EUA, 2020; UNICEF, 2009) – em parte porque as estimativas de prevalência oficiais tem como referência as notificações oficializadas pelos sistemas de saúde; e em parte devido ao caráter sigiloso em que os abusos ocorrem, muitas vezes em ambiente familiar e devido a crenças amplamente difundidas que levam a população a acreditar na violência como algo normal (EUA, 2020; FELITTI *et al.*, 1998; OMS, 2018). A característica sigilosa do abuso infantil é bem documentada. Evidências globais revelam que a prevalência de abuso sexual e de abuso físico, quando auto relatados, é de 30 vezes (STOLTENBORGH *et al.*, 2011) a 75 vezes respectivamente (STOLTENBORGH *et al.*, 2013), superior aos relatos oficiais.

A Organização Mundial da Saúde define o abuso infantil, também chamado de maus-tratos infantis (MTI), como toda forma de maltrato físico e ou/psicológico, abuso sexual ou tratamento negligente, comercial ou outra forma de exploração com potencial de causar danos à saúde, sobrevivência ou dignidade da criança em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2006). O abusos infantis constituem um fenômeno social complexo, comprometendo o direito fundamental à vida, à saúde e dignidade das crianças. Eles afetam a qualidade de vida, interferindo



na integridade emocional e física e podendo provocar sequelas e mortes (EUA, 2020; WHO, 2006).

O abuso físico é o uso de força intencional, por qualquer cuidador, que cause ou tenha potencial de causar ferimentos à criança ou adolescente (WHO, 2006). Ele pode ou não deixar marcas evidentes que causem dor ou até mesmo a morte (WHO, 2006). Além disso, a punição física pode causar sentimentos ambíguos, confusos e vingativos como angústia, raiva, ansiedade, medo, ódio e hostilidade (BRASIL, 2006). O abuso psicológico refere-se a agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade da vítima ou isolá-la de convívio social (WHO, 2006). Este tipo costuma estar associado a outras formas de abuso (BRITO *et al.*, 2005; PALUCI; FISHER, 2011) e tem efeito negativo e as vezes devastador na autoestima, identidade e desenvolvimento da criança abusada (BRASIL, 2010). Como consequências do abuso psicológico, a criança pode desenvolver personalidade vingativa, depressiva e até mesmo cometer suicídio (BRASIL, 2010). Já o abuso sexual diz respeito ao ato ou atitude sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas através de aliciamento, violência física ou ameaças (WHO, 2006). De acordo com a literatura, apesar da alta prevalência de lesões físicas e características de infecções sexualmente transmissíveis, as consequências mais comuns desse tipo de abuso são emocionais e psicológicas como fobias, comportamentos autodestrutivos, isolamento social, atitudes erotizadas precoces, baixa autoestima e depressão (ADAMS *et al.*, 2007; BRASIL, 2006; WHO, 2006). A negligência é caracterizada pela falha em garantir o desenvolvimento da criança em áreas consideradas vitais, como saúde, educação, desenvolvimento, nutrição, abrigo e segurança. É a ausência, recusa ou deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (WHO, 2006). O estabelecimento da ocorrência de negligência é complexo, exigindo entendimento de questões sociais, culturais e aspectos contextuais como pobreza e exclusão social. A negligência frequentemente se apresenta associada à altas taxas de mortalidade infantil (COSTA *et al.*, 2007; DUBOWITZ *et al.*, 2002). Apesar da divisão didática, o comum é que os diferentes tipos de abuso infantil ocorram em concomitância pois compartilham causas fundamentais comuns (EUA, 2020; WHO, 2006).

O abuso infantil impacta significativamente na saúde psicológica, na saúde física e no bem-estar das vítimas e de suas famílias (GILBERT *et al.*, 2009; HIBBARD; BARLOW; MACMILLAN, 2012). Levando em consideração os possíveis desfechos da violência, o setor da saúde constitui um locus importante para onde se convergem esses desfechos pela demanda que as vítimas apresentam de serviços de urgência, de assistência social e de atenção especializada e reabilitação física (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, (1994), citado por Minayo, 2006, p.5).

Os profissionais da saúde, especialmente os atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), que por meio da Atenção Primária a Saúde, constitui a porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro, por possuírem proximidade e vínculo com as comunidades, se encontram em posição importante para o reconhecimento e a notificação de abuso infantil (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA *et al.*, 2014). A ESF foi desenvolvida pelo governo federal com o objetivo de reorientar o modelo de assistência à saúde no Brasil com o reposicionamento dos processos de trabalho e a constituição de uma rede de cuidados intersetorial e interdisciplinar (BRASIL, 2011). Na ESF, o serviço se alicerça nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde levando em consideração, além do indivíduo, sua família e contexto social (BRASIL, 2011). As crianças têm direito a atenção odontológica integral e prioritária na atenção primária do sistema público de saúde brasileiro. Considerando que o dentista está inserido na ESF, ele emerge também como um profissional em posição estratégica e privilegiada para a identificação e notificação de abuso infantil. Essa importância é reforçada pela alta frequência de lesões em região de cabeça e pescoço advindas de abusos infantis (CAVALCANTI, 2010; FONSECA; FEIGAL; BENSEL, 1992; MASSONI *et al.*, 2010). Além disso, evidências sugerem que pais e responsáveis evitam retornar aos mesmos profissionais de saúde ou salas de emergência para obter tratamento para a criança abusada, entretanto eles parecem não evitar as consultas repetidas ao mesmo dentista (RAMOS-GOMEZ; ROTHMAN; BLAIN, 1998).

De acordo com a legislação brasileira, definida pelo Ministério da Saúde, o abuso infantil constitui agravo de notificação compulsória. A legislação é amparada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que em seu Artigo 13º dispõe que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicadas ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”,

sendo a suspeita embasamento suficiente e bastante para a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 1990). Apesar da posição privilegiada e da obrigatoriedade de notificação amparada por lei, a atuação dos dentistas no reconhecimento e na notificação de abuso infantil tem sido falha (AZEVEDO *et al.*, 2012; BRATTABO *et al.*, 2016; LAZENBATT; FREEMAN, 2006; MOGADDAM *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2020; RAMOS-GOMEZ; ROTHMAN; BLAIN, 1998; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019). Os dentistas frequentemente se destacam como os profissionais da saúde que menos identificam casos de abuso infantil e estão associados a altas frequências de subnotificação e de comportamento de não notificação (AZEVEDO *et al.*, 2012; BRATTABO *et al.*, 2016; LAZENBATT; FREEMAN, 2006; MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019; MOGADDAM *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2020; RAMOS-GOMEZ; ROTHMAN; BLAIN, 1998; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019).

O padrão encontrado na atuação dos dentistas diante de casos de abuso infantil sugere a existência de dificuldades e barreiras. Entre os principais fatores que impedem a identificação e a notificação dos casos pelos profissionais de saúde, incluindo os dentistas, estão o pouco conhecimento a respeito dos sinais e sintomas sugestivos de abuso infantil (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; DAVIDOV *et al.*, 2012; FLAHERT *et al.*, 2008; KURUPPU *et al.*, 2020; MOGADDAM *et al.*, 2016; OWAIS; QUDEIMAT; QODCEIH, 2009; PILTZ; WACHTEL, 2009; SONBOL *et al.*, 2012), o pouco conhecimento a respeito da lei e dos procedimentos que envolvem a notificação (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; KURUPPU *et al.*, 2020; LAZENBATT; FREEMAN, 2006; MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019; OWAIS; QUDEIMAT; QODCEIH, 2009; SONBOL *et al.*, 2012), a falta de informações sobre a história das lesões e sobre o contexto familiar (HUSSEIN *et al.*, 2016; KURUPPU *et al.*, 2020; MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019; OWAIS; QUDEIMAT; QODCEIH, 2009; SONBOL *et al.*, 2012), o medo de que a criança possa sofrer algum tipo de consequência negativa (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; KURUPPU *et al.*, 2020; OWAIS; QUDEIMAT; QODCEIH, 2009) e o medo de retaliação por parte da família e da comunidade (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; KURUPPU *et al.*, 2020; MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019; MOGADDAM *et al.*, 2016; SONBOL *et al.*, 2012).

São encontrados muitos estudos quantitativos que exploram as dificuldades dos dentistas (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; DAVIDOV *et al.*, 2012;

FLAHERT *et al.*, 2008; MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019; MOGADDAM *et al.*, 2016; OWAIS; QUDEIMAT; QODCEIH, 2009; PILTZ; WACHTEL, 2009; SONBOL *et al.*, 2012), mas pouca atenção tem sido dada para o estudo aprofundado desses fatores que podem estar associados a esse tipo de comportamento por parte dos dentistas. A experiência de trabalhar com abuso infantil pode ser desafiadora e tensa (FLAHERTY; JONES; SEGE, 2004). A notificação de abuso infantil é importante e essencial para o desenvolvimento e fortalecimento de políticas voltadas à crianças e adolescentes e conseqüentemente para fazer cumprir a sua proteção (OMS, 2018). É de extrema importância entender os fatores que estão associados às dificuldades de identificação e ao comportamento de não-notificação por parte dos dentistas brasileiros.

Diante do exposto, alguns questionamentos surgiram e embasaram este estudo: Porque os dentistas estão frequentemente associados a altas taxas de comportamento de não-notificação? Quais são as concepções dos dentistas sobre abuso infantil? Como os dentistas percebem os abusos infantis no seu contexto e cotidiano de trabalho na atenção primária à saúde? Como esses fatores associados à identificação e notificação de abuso infantil influenciam na abordagem e na conduta dos casos pelos dentistas?

Para responder a esses questionamentos, é preciso aumentar a compreensão do mundo experiencial desses profissionais. Estudos quantitativos são limitados nesse sentido, pois apenas apontam a direção do problema. Este estudo buscou obter dados por meio de uma metodologia qualitativa, a *Grounded Theory*, que ajudarão a suprir essa lacuna de pesquisa e contribuirão para a melhor compreensão do objeto de estudado.

A pesquisa qualitativa parte da noção de construção social das realidades estudadas e permite a análise mais detalhada dos casos e os participantes têm mais liberdade para determinar o que é importante para eles, levando em consideração seus próprios contextos e realidades (FLICK, 2009; FLICK, 2013). Ela responde questões particulares, com base nas ciências sociais, incluindo o universo de significados, motivações, valores, experiências e percepções, que são processos que não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis que são característicos dos estudos quantitativos (MINAYO, 2001). Além disso, a *Grounded Theory* especificamente, é um método que permite a conceituação e construção de

uma teoria substantiva visando explicar um fenômeno específico (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008) que neste caso é a abordagem de abuso infantil pelos dentistas da ESF.

Partindo da premissa de que “as ações que as pessoas produzem em relação às situações, mesmo laborais, são fruto de significados que elas apreenderam ao longo de sua experiência” (BLUMER, 1986) e que significados, concepções e percepções são construídos e constantemente modificados a partir de interações sociais (BLUMER, 1986), entende-se que a abordagem dos casos de abuso infantil pelos dentistas pode estar diretamente ligada à esses fatores. Os abusos infantis, ainda que constituam atos violentos contra crianças em momentos específicos da sua história, devem ser entendidos como construídos socialmente, a partir de crenças, valores, padrões e permissões de determinadas épocas e culturas (BAPTISTA *et al.*, 2008).

Na literatura disponível, poucos estudos qualitativos sobre abusos infantis trabalham com dentistas. Em adição, os estudos qualitativos já publicados e que foram realizados com dentistas, tem foco nos sinais e sintomas sugestivos de abuso infantil e nas especificidades da relação entre abusos infantis e consequências odontológicas (NILCHIAN *et al.*, 2012; HARTUNG *et al.*, 2019) Para muito além disso, este estudo envolve também a investigação das concepções dos dentistas a respeito do tema, das condutas tomadas, das experiências e vivências dos profissionais com tema, entre outras questões que poderiam influenciar na abordagem de abuso infantil pelos dentistas da ESF.

A abordagem de abuso infantil, tratada neste estudo, envolve a abordagem do fenômeno como um todo, desde o primeiro contato entre dentistas e pacientes até a notificação e/ou acompanhamento dos casos. Além disso, inserem-se também na abordagem, as condutas tomadas por esses profissionais com relação ao tema. Em meio a esse contexto, considera-se relevante compreender os significados e experiências de dentistas da ESF, em relação ao abuso infantil e as condutas tomadas no contexto e cotidiano da atenção primária a saúde. Por trabalhar com a metodologia qualitativa da *Grounded Theory*, este estudo traz resultados que permitirão compreender em maior profundidade a atuação dos dentistas diante desse fenômeno. Os resultados deste estudo também são importantes para o desenvolvimento de futuros estudos de intervenção, uma vez que ele dá subsídios para compreender

como os significados, concepções e ações dos dentistas frente ao abuso infantil são construídos. Esses fatores são considerados essenciais para que se consiga alterar de forma eficiente o pensamento e a prática desses profissionais diante do fenômeno em seu cotidiano de trabalho.

## 2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são: (i) Compreender os significados e experiências de dentistas da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte, em relação ao abuso infantil e as condutas tomadas no contexto e cotidiano da atenção primária à saúde; (ii) Desenvolver um modelo teórico substantivo que permita compreender como os fatores se relacionam com a identificação e notificação de abuso infantil por esses profissionais no cotidiano de trabalho.

### 3 METODOLOGIA EXPANDIDA

#### 3.1 Desenho do estudo

As questões do estudo buscaram explorar subjetividades em relação aos significados e concepções de abuso infantil e examinar possíveis processos sociais envolvidos nas concepções, experiências e condutas dos dentistas da ESF frente a esse problema. Assim, optou-se pelo estudo qualitativo, seguindo o referencial metodológico da *Grounded Theory*, ou Teoria fundamentada nos dados (TFD) (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008), sob a luz teórica do Interacionismo Simbólico, para a compreensão dos significados e experiências de dentistas da ESF em relação ao abuso infantil e as condutas tomadas no contexto e cotidiano da atenção primária à saúde.

Partiu-se de questões iniciais a respeito dos fatores associados à identificação e notificação de abuso infantil pelos dentistas, a respeito da construção da concepção de abuso infantil por esses profissionais e como isso influenciava na sua abordagem e nas suas condutas no contexto e cotidiano da atenção primária. A partir da coleta de dados e das análises iniciais, a medida que novos dados foram surgindo, foi percebida a necessidade de mais perguntas. O processo indutivo/dedutivo da análise de dados, com a comparação e validação constante de códigos e categorias emergentes, possibilitou aos pesquisadores identificar a importância de explorar também as concepções sobre o sistema de notificação pelos dentistas da ESF. Ou seja, partiu-se de questões iniciais que, com o desenvolver do estudo, foram aprimoradas de acordo com os dados emergentes. Assim, a concepção dos dentistas sobre o sistema de notificação passou a integrar o rol de questões do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

#### 3.2 Referencial teórico-metodológico

##### 3.2.1 O Interacionismo Simbólico

O referencial teórico deste estudo é o Interacionismo Simbólico (IS). O IS é uma abordagem sociológica das relações humanas que tem raízes e influências do pragmatismo. Para o pragmatismo, a certeza é inexistente, a verdade é condicional e a realidade é fluida e com múltiplas perspectivas (RITZER; STEPNIISKY, 2018). O IS



por sua vez, considera a influência dos significados particulares nas interações sociais e também aos significados que o indivíduo obtém dessas interações a partir de sua interpretação pessoal. Ele concentra-se na natureza da interação, nas atividades sociais dinâmicas entre significados e ações tomadas entre pessoas (NICO *et al.*, 2007) e aborda os processos ativos pelos quais as pessoas criam significados (CHARMAZ, 2014). Alguns aspectos do IS merecem destaque para o melhor entendimento de como ele se aplica a este estudo:

- a) “Os seres humanos agem para coisas com base nos significados que as coisas têm para eles” (BLUMER, 1986).
- b) “O significado de tais coisas é derivado ou surge da interação social que se tem com outras pessoas” (BLUMER, 1986).
- c) “Os significados são tratados e modificados, através de processos interpretativos utilizados pela pessoa ao lidar com as coisas que ela encontra” (BLUMER, 1986).
- d) “O processo interpretativo se torna explícito quando os significados e/ou ações da pessoa se tornam problemáticos ou quando as suas situações mudam” (CHARMAZ, 2014).

Strauss & Corbin (2008), ao adotar a perspectiva do IS, descreveram os seres humanos como agentes ativos que interagem e agem reflexivamente entre si e perante as coisas como base em significados interpretados. Eles argumentam ainda que o processo de construção dos significados é definido por meio de interações e materializado em ações. Nessa mesma linha de pensamento, outro ponto importante a ser considerado para este estudo é que “os seres humanos respondem à uma situação particular através de como eles definem aquela situação ao invés de como a situação é objetivamente apresentada a eles” (ALDIABAT; LE NAVENEC, 2011, p.1067).

Assim, tal referencial teórico adequa-se ao objeto e aos objetivos propostos neste estudo, por entender que a abordagem de casos de abuso infantil envolve processos diferentes repletos de significados, tanto técnicos quanto culturais e sociais, que podem ser construídos e/ou modificados a partir da interação social e por estarem diretamente ligados às condutas tomadas pelos dentistas em seu contexto e em seu cotidiano.

### 3.2.2 A *Grounded Theory*

A pesquisa realizada com a metodologia da *Grounded Theory*, visa gerar uma teoria baseada em uma abordagem estruturada e sistemática para coletar, analisar e codificar, simultaneamente, dados sobre os processos relacionados ao fenômeno estudado (CHARMAZ; 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Apesar de menos comum, a *Grounded Theory* pode gerar uma teoria geral ou também chamada de teoria formal, caracterizada por possuir aplicação em diferentes áreas do conhecimento. Quando essa teoria explica e define o fenômeno considerando uma realidade específica no tempo e no espaço, sem que possa ser transferida para outras realidades, é chamada de teoria substantiva ou substancial (CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A *Grounded Theory* de maneira mais ampla constitui um método indutivo, que como o próprio nome sugere, possibilita o desenvolvimento de um modelo teórico representativo dos dados, a teoria fundamentada nos dados. Diferentemente dos métodos dedutivos, que se concentram em testar teorias pré-estabelecidas, o método indutivo se concentra na obtenção da teoria por meio da observação empírica dos dados obtidos (CHARMAZ, 2009; CHARMAZ, 2014; GLASER; STRAUSS, 1967). Nesse sentido, Strauss e Corbin (2008) acrescentam que na *Grounded Theory*, apesar da característica indutiva forte (parte-se do caso específico para o geral), na verdade há uma interação entre indução e dedução. Isso acontece porque sempre que conceitos e hipóteses são atribuídos aos dados, existe interpretação até certo ponto e interpretação, para eles, é uma forma de dedução.

A abordagem metodológica da *Grounded Theory* reconhece que a teoria é resultante de interpretações e que, portanto, os pesquisadores não podem se situar completamente fora dela (BRYANT, 2002; CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Strauss e Corbin (2008), uma das razões pela qual os teóricos precisam fazer a análise detalhada dos dados é para que consigam ver novas possibilidades nos fenômenos estudados e para que consigam classificá-los de uma maneira que outras pessoas talvez nunca tenham pensado antes. Esses autores, entretanto, defendem que essas interpretações dos pesquisadores devem ser controladas para evitar que os dados sejam forçados. Assim, defendem a utilização de técnicas e procedimentos artificiais, mas necessários, para que os analistas entendam a lógica por trás da análise e para que suas interpretações permaneçam

fundamentadas nos dados, evitando que estes sejam forçados durante o desenvolvimento do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Baseados em sua sensibilidade teórica, os pesquisadores podem utilizar aquilo que funciona e determinar o que se ajusta melhor ao seu objeto de estudo (CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008). Sem esse entendimento, os procedimentos e as técnicas disponíveis tendem a ser utilizados de forma mecanizada, sem um sentido real de quando, onde e como devem ser utilizados e de quando podem ser omitidos e/ou modificados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A abordagem metodológica da *Grounded Theory* se mostra adequada para este estudo devido ao seu foco na compreensão interpretativa dos significados e experiências dos participantes (CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008). Essa metodologia também é adequada quando pouco se sabe sobre um tópico, pois tem estilo exploratório (BIRKS; MILLS, 2015). A escolha da *Grounded Theory* como referencial metodológico veio da intenção de construir uma teoria substantiva a respeito do abuso infantil na prática clínica dos dentistas da ESF, por ser um tópico pouco explorado na literatura.

### 3.3 Local do estudo

Este estudo foi conduzido em nove centros de saúde, localizados em cinco regionais do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, (FIGURA 1) a saber: Regional Norte, Regional Nordeste, Regional Noroeste, Regional Leste e Regional Pampulha.

No sistema de saúde público brasileiro, a Atenção Primária à Saúde é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas através dos centros de saúde. Nesses centros de saúde atuam as equipes de profissionais da Estratégia Saúde da Família, uma estratégia governamental para organização da atenção primária, que por meio desses centros de saúde, leva serviços multidisciplinares às comunidades. Cada equipe da ESF é responsável por uma população específica da sua região geográfica.

Apesar de os centros de saúde estarem localizados em regiões com diferentes índices de vulnerabilidade socioeconômica e de o atendimento ser aberto à toda população, a demanda nesses locais vem principalmente de famílias socioeconomicamente vulneráveis. Belo Horizonte possui um Índice de

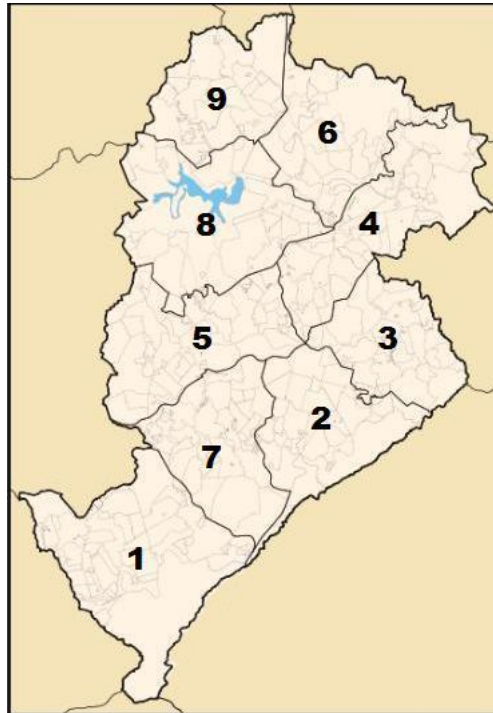
Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810 (IBGE, 2019) e seu território é dividido em nove regionais político administrativas ou também chamadas de distritos sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (FIGURA 2). O município possui uma população estimada de 2.512.070 habitantes (IBGE, 2019) distribuídos em um território de 331.401 km<sup>2</sup> e é considerado a sexta maior cidade do país em população. Segundo informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte conta atualmente com 152 Centros de Saúde e 589 Equipes da ESF.

**FIGURA 1** - Mapa da localização do município de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais e no Brasil.



Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Brazil\\_Minas\\_Gerais\\_Belo\\_Horizonte\\_Location\\_map.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Brazil_Minas_Gerais_Belo_Horizonte_Location_map.svg)

**FIGURA 2** - Mapa da localização da distribuição das regionais ou distritos sanitários no município de Belo Horizonte. 1- Barreiro; 2- Centro Sul; 3- Leste; 4- Nordeste; 5- Noroeste; 6- Norte; 7- Oeste; 8- Pampulha; 9- Venda Nova.



Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Belo\\_Horizonte](https://pt.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte)

### 3.4 Amostragem

Como orientação para a determinação da amostragem deste estudo, foram consideradas a extensão e a complexidade do objeto, caracterizando a amostragem teórica (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Também foram consideradas a heterogeneidade da população estudada e a seleção de participantes que fossem capazes de fornecer informações relevantes sobre o fenômeno pesquisado com base em suas percepções, perspectivas e experiências vividas (CHARMAZ, 2009; FLICK, 2009; RITCHIE, LEWIS; ELAM, 2003). Além disso, para a definição da amostra, considerou-se fatores observados nos estudos quantitativos prévios (SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020) no sentido de respeitar a prerrogativa do respeito à heterogeneidade da população estudada (FLICK, 2009; MAXWELL, 2005; RITCHIE, LEWIS; ELAM, 2003).

#### 3.4.1 Saturação

A saturação está intimamente relacionada à amostragem na pesquisa qualitativa. Ela é utilizada como critério para descontinuar a coleta e a análise de

dados, determinando conseqüentemente o tamanho da amostra e o número de entrevistas (CHARMAZ, 2009; GLASER; STRAUSS, 1967; MORSE, 2015; SAUNDERS *et al.*, 2018; STRAUSS; CORBIN, 2008). O termo *Saturação* de acordo com seus criadores Glaser e Strauss (1967) se refere a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não revela mais esclarecimentos para o fenômeno estudado. Assim, a coleta dos dados é realizada até que as citações e conceitos emergentes dos dados comecem a ser repetidos e dados novos e relevantes não sejam mais encontrados, atingindo assim a saturação (CHARMAZ, 2009; NICO *et al.*, 2007; REBAR *et al.*, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

No presente estudo foram utilizados tanto a “saturação dos dados” quanto a “saturação teórica”. A “saturação teórica”, bastante característica da *Grounded Theory*, utiliza o desenvolvimento das categorias e da teoria emergente do processo de análise dos dados como critério para a saturação e coleta de dados adicionais, impulsionada pela noção de amostragem teórica (SAUNDERS *et al.*, 2018). Já a chamada “saturação dos dados” estabelece como critério para a saturação a identificação de redundância nos dados, sem referência necessária às categorias e à teoria vinculada a esses dados (SAUNDERS *et al.*, 2018). A combinação de dois tipos de saturação é comum e sugerida, inclusive, por autores como Goulding (2005), Drisko (1997) e Morse (2015).

#### 3.4.2 Seleção dos participantes

A amostra deste estudo foi constituída por dentistas da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte. Foram selecionados profissionais em diferentes regionais da cidade, de ambos os sexos, com diferentes idades e com diferentes tempos de trabalho na rede pública do município. Essa estratégia de seleção teve como objetivo encontrar uma variação nas experiências e alcançar uma maior heterogeneidade da amostra (FLICK, 2009; MAXWELL, 2005; RITCHIE, LEWIS; ELAM, 2003).

Diante disso, foram convidados propositalmente profissionais que mais pudessem contribuir com o nosso estudo, constituindo assim uma amostragem por intencionalidade. Esse convite levou em consideração a disponibilidade e o interesse do profissional em participar do estudo. Em adição, foi utilizada a técnica “*snowball*”, que permite a definição de amostra por referência, em que cada profissional

entrevistado indica outro para participar do estudo (CURRY; NEMBHARD; BRADLEY, 2009; FLICK, 2009; MILES; HUBERMAN, 1994). Supostamente, a indicação de um colega aumenta as chances de os profissionais aceitarem participar do estudo, o que torna essa técnica uma maneira eficaz para acessar pessoas que poderiam ser inacessíveis para o pesquisador, considerando o tema delicado do estudo (CURRY; NEMBHARD; BRADLEY, 2009; MILES; HUBERMAN, 1994). Esses processos de seleção ocorreram em concomitância.

O contato com os dentistas participantes foi realizado por dois pesquisadores, via telefone ou pessoalmente nos centros de saúde. Esse contato inicial foi mediado, em sua maioria, pelos gerentes dos centros de saúde, que se encarregaram de apresentar os pesquisadores aos profissionais de saúde.

### 3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2019 e abril de 2020. A técnica selecionada para a coleta foi de entrevistas individuais semiestruturadas por possibilitarem o aprofundamento nas questões sociais e pessoais de cada participante (CHARMAZ, 2009; CHARMAZ, 2014; CORBIN; STRAUSS, 2015; FLICK, 2013; GLASER; STRAUSS, 1967). Essas entrevistas são um processo dinâmico que tem por objetivo obter visões individuais do entrevistado sobre o tema, permitindo sua liberdade de expressão e, ao mesmo tempo, a manutenção do foco pelo entrevistador (CHARMAZ, 2009; CORBIN; STRAUSS, 2015; FLICK, 2009; FLICK, 2013; GLASER; STRAUSS, 1967; MCINTOSH; MORSE, 2015; MINAYO, 2014). Foi realizada a escolha de entrevistas individuais por permitirem preservar a privacidade dos entrevistados para que falassem abertamente sobre suas condutas, experiências e sobre o abuso infantil, que pode ser considerado um tema sensível e difícil de ser abordado. Além disso, entrevistas semiestruturadas são completamente compatíveis e congruentes com a abordagem da *Grounded Theory* (CHARMAZ, 2009; CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008). No presente estudo, cada entrevista foi realizada individualmente.

As entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores, previamente treinados por um profissional com experiência na condução de estudos qualitativos. Para a coletas de dados, foi utilizado um roteiro temático semiestruturado e flexível para guiar as entrevistas contendo perguntas abrangentes, opções de sondagem e

abordando tópicos de interesse para o estudo e sem julgamento. As perguntas das entrevistas e as opções de sondagem seguiram no sentido de traçar a perspectiva dos participantes sobre definições, situações, eventos, preocupações, significados e experiências (CHARMAZ, 2014). Em acordo com a *Grounded Theory* o roteiro das entrevistas é flexível e pode ser iterativamente revisado quando novos entendimentos forem adquiridos a partir das entrevistas, ou seja, permite ao pesquisador partir de questões centrais relacionadas ao tema e adicionar novas questões conforme a necessidade e a possibilidade de agregar valor aos seus resultados (CHARMAZ 2009; CORBIN; STRAUSS, 2015; FLICK, 2009; GLASER; STRAUSS, 1967). Para a construção do roteiro, foram utilizados elementos extraídos do referencial teórico da pesquisa, além dos estudos transversais conduzidos anteriormente por esta equipe de pesquisa (NUNES *et al.*, 2020; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Para a validação do roteiro de pesquisa e dos temas contemplados, foram realizadas três entrevistas piloto que tiveram como objetivo verificar a existência de perguntas supérfluas ou ambíguas, clareza dos termos utilizados nas perguntas e adequação do tempo de duração previsto para as entrevistas. O estudo piloto, teve como resultados a diminuição do tempo de duração das entrevistas e a inclusão de uma nova opção de sondagem baseada nos relatos dos profissionais sobre a intersectorialidade e interação com os serviços de proteção à criança e ao adolescente. Além disso, durante a coleta e a análise inicial dos dados, os pesquisadores perceberam a importância de abordar a concepção dos dentistas a respeito do processo de notificação. Essa opção de sondagem não era contemplada no roteiro inicial e foi adicionada após o início das análises. O roteiro final (APÊNDICE A) incluiu a abordagem de seis temas e foi dividido em 7 partes:

- a) Introdução e apresentação do entrevistador.
- b) Ambiente de trabalho e caracterização do entrevistado
- c) Concepções e valores em relação aos Maus-tratos Infantis e ao Abuso Físico Infantil
- d) Condutas e Experiências relacionadas aos Maus-tratos Infantis e ao Abuso Físico Infantil
- e) Barreiras e facilitadores para identificar e notificar Maus-tratos Infantis e Abuso Físico Infantil



f) Competências quanto à identificação e notificação da casos de Abuso Físico Infantil.

g) Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes

Os locais de realização das entrevistas foram os próprios centros de saúde em que os profissionais selecionados estavam alocados, sendo considerados locais adequados e de fácil acesso para pesquisadores e profissionais. Além disso, foi considerada a importância de que o local da entrevista fosse um ambiente silencioso e arejado, onde o participante se sentisse à vontade e a entrevista pudesse ocorrer sem interrupções. Duas entrevistas foram realizadas por ligação de vídeo através de um aplicativo de videoconferências devido à impossibilidade de realização presencial. Entrevistas online, utilizando ligações de vídeo, também permitem tanto a comunicação verbal quanto a comunicação não-verbal, sendo uma alternativa adequada à entrevista presencial (JANGHORBAN; ROUDSARI; TAGHIPOUR, 2014; O'CONNOR; MADGE, 2016). Previamente à realização das entrevistas, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, e tiveram suas dúvidas sanadas pelos pesquisadores. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

As entrevistas tiveram tempo de duração entre 25 e 61 minutos, foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e cada uma recebeu um memorando, que é uma anotação analítica informal, fundamental para a etapa de análise dos dados, que possibilita ao pesquisador analisar constantemente os seus dados, códigos e categorias desde o início da pesquisa, mantendo-o envolvido na análise e elevando o nível de abstração de suas ideias (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). As entrevistas foram conduzidas em Português por ser a língua nativa dos dois entrevistadores e de todos os profissionais participantes. As transcrições e memorandos iniciais foram realizadas pelos mesmos entrevistadores e, preferencialmente, confeccionadas no mesmo dia ou o mais próximo possível da data da coleta das informações. Essa conduta se justifica pela possibilidade de perda de observações e *insights* com o passar do tempo, considerados elementos importantes para a construção de um memorando.

Esses memorandos foram redigidos de maneira espontânea e informal, com escrita leve e fluida onde o pesquisador pudesse registrar suas ideias iniciais e

*insights* sobre os seus dados. A escrita dos memorandos possibilitou a realização de ajustes na coleta de dados posterior e a elaboração de anotações analíticas sobre suas categorias, sendo esta última característica, importante para a análise da saturação (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Os memorandos foram considerados no momento das análises dos dados.

Os critérios utilizados para a finalização da coleta dos dados foram as saturações teórica e dos dados (CHARMAZ, 2009; GLASER; STRAUSS, 1967; MORSE, 2015; NICO *et al.*, 2007; REBAR *et al.*, 2011; SAUNDERS *et al.*, 2018; STRAUSS; CORBIN, 1998).

### 3.6 Estudo piloto e treinamento dos pesquisadores

Os dois entrevistadores passaram pelo mesmo processo de treinamento. Esse treinamento foi constituído de duas etapas, sendo a primeira teórica, seguida pela etapa prática.

O processo teórico incluiu um treinamento sobre estudos qualitativos e sobre as abordagens metodológicas da *Grounded Theory* segundo Charmaz (2009). Os dois entrevistadores participaram de um grupo de estudos em pesquisa qualitativa, organizado e liderado por uma professora do departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG (FO-UFMG) com experiência na área. Os pesquisadores participaram do grupo de estudos no período entre agosto de 2018 e dezembro de 2019. A periodicidade das reuniões seguiu uma média de 2 a 3 reuniões mensais. Durante esse período foram estudados e discutidos diferentes textos e artigos abordando temas amplos e específicos como: metodologias em pesquisa qualitativa, marcos teóricos, história da *Grounded Theory*, diferentes métodos para coleta e análise de dados em estudos qualitativos, entre outros tópicos. Além disso, o primeiro semestre da realização do grupo de estudos foi inteiramente dedicado ao estudo do livro intitulado “A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa” da autora Kathy Charmaz (CHARMAZ, 2009). Nesse período, todos os capítulos do livro foram lidos e discutidos entre o grupo.

O processo prático envolveu o treinamento para a realização das entrevistas semiestruturadas pelos dois entrevistadores. O treinamento prático foi realizado pela mesma professora e seguiu 4 etapas. Na primeira etapa, os entrevistadores foram a campo e, juntos, realizaram uma entrevista teste

semiestruturada com uma profissional da ESF. Posteriormente, uma reunião foi marcada com a professora e toda a equipe de pesquisa envolvida no estudo, para avaliação e discussão da entrevista teste. Na terceira etapa, os pesquisadores voltaram a campo e entrevistaram outros dois profissionais, mas dessa vez individualmente, totalizando 3 entrevistas teste. Novamente, foi marcada uma reunião com a professora e toda a equipe de pesquisa com o mesmo objetivo da anterior, para analisar as duas novas entrevistas.

Os processos envolvidos na etapa prática do treinamento dos pesquisadores, constituíram o estudo piloto deste estudo. Esse processo teve como objetivos a padronização da qualidade das entrevistas realizadas pelos dois entrevistadores e a identificação da necessidade de possíveis adequações ao roteiro semiestruturado e às entrevistas.

### 3.7 Análise dos dados

Optou-se pelo tratamento e análise dos dados qualitativos por meio da *Grounded Theory* (STRAUSS; CORBIN, 2008). Neste método, os dados já são analisados assim que coletados, antes de retornar ao campo para uma nova coleta. O método da *Grounded Theory* preconiza a transcrição, na íntegra, de todas as gravações das entrevistas. Após a transcrição, inicia-se a análise dos dados.

O processo de análise dos dados começou juntamente com o início da coleta, com a escrita dos memorandos iniciais pelos entrevistadores e por meio de uma categorização inicial que se manteve atuante durante todo o processo. Esses memorandos passaram por revisão por pares por outros dois pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa. A próxima etapa consistiu nas codificações, que foram realizadas de maneira independente por dois pesquisadores seguindo os preceitos da *Grounded Theory* (STRAUSS; CORBIN, 2008), com as codificações aberta, axial e seletiva. A análise seguiu o método comparativo de análise indutiva, caracterizado pela comparação constante entre dados, códigos e categorias aplicados pelos pesquisadores (STRAUSS; CORBIN, 2008). Segmentos de texto com códigos similares, foram pareados para garantir uma correta adequação dos códigos que melhor categorizavam os dados.

A codificação aberta, constituiu o processo inicial da análise dos dados. Nesta fase foram utilizadas as técnicas de leitura e codificação palavra a palavra, linha

a linha e parágrafos inteiros para identificação dos possíveis códigos iniciais. Cada trecho foi codificado com um conceito abstraído dos próprios dados. Buscou-se identificar as propriedades (características que definem e delimitam uma categoria) e as dimensões (variações das propriedades de uma categoria que dão especificações a ela e variação à teorização) das possíveis categorias e também fazer aproximações e comparações entre elas, definindo também as suas subcategorias. Foram atribuídas propriedades e dimensões às subcategorias também. Um exemplo da codificação aberta está representado no apêndice C.

A codificação axial consistiu no início do processo de reagrupamento dos dados codificados na codificação aberta e no refinamento dos conceitos das categorias através da organização das suas propriedades e dimensões. Esse é um processo que se iniciou na codificação aberta, mas que continuou na codificação axial. Foram identificadas condições e interações associadas ao fenômeno e, categorias e subcategorias foram relacionadas entre si e entre as categorias conceituais principais. Nesta etapa também foram determinadas as declarações das relações entre as categorias. Para o estabelecimento dessas declarações relacionais, os memorandos e principalmente a construção de diagramas se mostraram técnicas importantes. Na codificação axial, um esboço inicial da teoria já começou a ser formatado.

Na codificação seletiva ocorreu o processo de integração e refinamento da teoria. Nessa etapa foram determinadas as categorias principais ou centrais da teoria e as categorias que, ao redor das principais, se relacionavam formando uma estrutura teórica mais robusta. Na codificação seletiva buscou-se identificar as falhas na lógica e completar categorias pouco desenvolvidas, refinando mais ainda o esquema teórico.

Durante a trajetória deste estudo, foram redigidos memorandos nas diferentes etapas de análise, a saber:

- a) Memorandos iniciais: realizados após cada coleta de dados;
- b) Memorandos da codificação aberta: relativos à codificação aberta;
- c) Memorandos da codificação axial: relativos à codificação axial;
- d) Memorandos da codificação seletiva: relativos à codificação seletiva;
- e) Memorandos teóricos: referentes à construção da teoria substantiva.

Um exemplo de memorando pode ser encontrado no apêndice D deste trabalho. Da mesma maneira, foram construídos diagramas durante todo o processo

de coletas e análise dos dados. Os diagramas, assim como os memorandos, são utilizados em todas as fases de análise. Eles são elementos importantes da *Grounded Theory* que podem fazer parte do processo de análise e ser apresentados no relatório final do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os diagramas realizados possibilitaram uma demonstração visual do desenvolvimento das categorias, subcategorias e suas respectivas propriedades e dimensões. Além disso, possibilitaram a esquematização e visualização das relações e interações entre essas categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os principais diagramas deste estudo estão representados no artigo incluído nesta dissertação e foram divididos em:

- a) Diagrama ilustrativo da Teoria da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da Estratégia Saúde da Família (TAAID-ESF).
- b) Diagrama conceitual da categoria Concepção de Abuso Infantil.
- c) Diagrama conceitual da categoria Concepção sobre o Sistema de Notificação e de Proteção à Crianças e Adolescentes.
- d) Diagrama conceitual da categoria Condutas.

Essas interpretações e codificações permitiram a formação dos conceitos, modelos, e hipóteses explanatórias deste estudo. A última etapa teve como objetivo integrar e refinar as categorias em um modelo analítico que consistiu na definição das categorias centrais. De modo geral, a análise passou pelas fases de descrição, de ordenamento conceitual e em sua fase final com a consequente construção da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Apesar da diferenciação em etapas, o processo de coleta e análise dos dados foi realizado de maneira dinâmica, fluida e combinada (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Para a análise dos dados, tanto o conteúdo das entrevistas e memorandos quanto os diagramas foram considerados no momento das codificações. Durante a codificação, os pesquisadores buscaram permanecer de mente aberta e dispostos a explorar quaisquer ideias e eventos surgidos dos dados na tentativa de evitar forçar os dados a partir de conhecimentos prévios.

### 3.8 Considerações Éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e aprovado, protocolo número

CAAE 00198518.1.0000.5149 (ANEXO B), conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os pesquisadores também receberam a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Belo Horizonte – MG para a realização do estudo (ANEXO C).

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado para cada profissional convidado a participar do estudo e só foram entrevistados os profissionais que assinaram o termo. Por ser um estudo com seres humanos e principalmente por tratar de assuntos pessoais e com impacto em suas vidas, os participantes foram informados sobre os riscos, sobre os benefícios e sobre a possibilidade de se recusar a responder qualquer questão específica. Em adição, as informações cedidas pelos profissionais participantes foram tratadas como estritamente confidenciais pelos integrantes da equipe de pesquisa. Considerando que o presente estudo aborda assuntos sensíveis para algumas pessoas, a preservação da identidade dos participantes foi garantida pela omissão de todas as informações pessoais e nomes dos centros de saúde na divulgação dos resultados.

## 4 ARTIGO

**Concepção e condutas relativas ao abuso infantil por dentistas da atenção primária: um estudo de teoria fundamentada**

**Conception and management related to child abuse by primary care dentists: a grounded theory study**

Laís Soares Nunes<sup>1</sup>, Fernando Silva-Oliveira<sup>2</sup>, Efigênia Ferreira e Ferreira<sup>2</sup>, Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Autor correspondente:** Laís Soares Nunes

Endereço: Avenida Portugal, 1278, Brooklin, São Paulo, SP. CEP 04559-002

Número de telefone: +55 34 99193-2628

E-mail: lais08sn@gmail.com

Artigo formatado de acordo com as normas de publicação da *Revista Ciência & Saúde Coletiva* (ANEXO D) – Fator de impacto: 1.008; Qualis CAPES: A3.

### Resumo

Este estudo objetivou compreender a concepção e as condutas de dentistas da Estratégia Saúde da Família frente ao abuso infantil. Trata-se de um estudo qualitativo com referencial metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados, sob a luz do Interacionismo Simbólico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e dez dentistas vinculados à Estratégia Saúde da Família foram entrevistados. O estudo resultou na construção de uma teoria a respeito da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da Estratégia Saúde da Família, que é constituída por três categorias nomeadas Concepção de Abuso, Concepção de Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes e Condutas. A concepção dos dentistas sobre o tema é influenciada por vivências em um contexto social, cultural e profissional. A abordagem do abuso infantil sofre forte influência das concepções e é dependente de recursos específicos que vão desde questões individuais como capacitação a questões como infraestrutura do serviço de saúde. Este estudo ajuda a compreender o comportamento de não notificação de abuso infantil por dentistas.

**Palavras-Chave:** Maus-tratos Infantis. Odontólogos. Notificação de Abuso. Estratégia Saúde da Família. Teoria Fundamentada.



### **Abstract**

This study aimed to understand the conceptions and behavior of dentists of the Family Health Strategy in the face of child abuse. It is a qualitative study with a methodological framework in Grounded Theory, in light of Symbolic Interactionism. Data collection was carried out through semi-structured individual interviews and we interviewed 10 dentists linked to the Family Health Strategy. The study resulted in the construction of a theory about the Child Abuse Approach by Dentists of the Family Health Strategy, which consists of 3 categories called Conception of Abuse, Conception on the Notification and Protection System for Children and Adolescents, and Conducts. Dentists' conceptions on the theme are influenced by experiences in a social, cultural and professional context. The approach to child abuse is strongly influenced by these concepts and is dependent on specific resources ranging from individual issues such as training to issues such as health service infrastructure. This study helps to understand the non-notification behavior of child abuse by dentists.

**Keywords:** Child Abuse. Dentists. Mandatory Reporting. Family Health Strategy. Grounded Theory.

## Introdução

O abuso infantil é definido como toda forma de violência contra crianças e adolescentes que resulte ou tenha potencial de resultar em prejuízo para sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. Ele pode ocorrer em diferentes contextos e sob diferentes formas, que geralmente não ocorrem de maneira isolada, a saber: negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico<sup>1,2</sup>. Sua definição deve considerar as relações em que se constrói a violência, sendo considerado um fenômeno multideterminado em vez de apenas eventos isolados, pela sua complexidade e padrão de repetição<sup>3</sup>. Esse tipo de violência causa danos preocupantes à saúde e ao desenvolvimento das crianças em nível neurológico, comportamental, psicológico e físico e é uma das principais causas de mortalidade infantil<sup>3,2</sup>. Além disso, estudos sugerem que crianças e adolescentes violentados, podem se tornar adultos violentadores<sup>4,5</sup>.

O abuso infantil é, sobretudo, uma violação dos direitos humanos. No Brasil, esforços locais do poder público e da academia apontam para a atualidade e gravidade desse problema que persiste apesar das políticas de proteção à criança e ao adolescentes desenvolvidas no país<sup>6,7</sup>. Entre 2011 e 2017, foram recebidas 219.717 notificações de abuso infantil no Brasil<sup>6</sup>. Geralmente, os números oficiais representam apenas uma pequena parte do problema, sendo comum que a verdadeira dimensão do abuso infantil seja subestimada tanto no Brasil quanto em outros países<sup>2</sup>.

Nesse sentido, algumas políticas brasileiras de proteção à criança e ao adolescente merecem destaque. Dois dos principais marcos para a inclusão da violência infantil na agenda do setor da saúde foram a instauração da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violência<sup>8</sup> e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>9</sup>. A partir do ECA, a notificação de casos de abuso infantil tornou-se compulsória, sendo a simples suspeita suficiente para a instauração da obrigatoriedade de notificação. Destaca-se através dessas políticas, a responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos.

Por tudo isso, e como destacado por Minayo<sup>10</sup> “o setor da saúde constitui uma encruzilhada para onde se convergem os desfechos dos maus-tratos infantis, pela pressão que as vítimas exercem sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física e de assistência social”. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro, apresenta-se como um locus privilegiado para a abordagem de abuso infantil e os profissionais

de saúde são peças chave para o reconhecimento e notificação dos casos. A ESF se alicerça na intersectorialidade e interdisciplinaridade, com ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, levando em consideração não só o indivíduo, mas também suas famílias e seu contexto social e ambiental<sup>11</sup>.

Os dentistas se inserem na ESF através das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Evidências sugerem que os responsáveis evitam retornar aos mesmos profissionais de saúde quando buscam atendimento para crianças abusadas, entretanto eles parecem não evitar consultas repetidas aos mesmos dentistas<sup>12</sup>. A importância do dentista no enfrentamento do abuso infantil é reforçada ainda pela alta prevalência de lesões em região de cabeça e pescoço advindas dos abusos<sup>13,14</sup>. Entretanto, apesar da posição estratégica e da obrigatoriedade da notificação, a atuação dos dentistas frente ao abuso infantil tem sido considerada falha. Frequentemente eles se destacam como os profissionais da saúde com as menores frequências de identificação e notificação de casos e são associados à altas taxas de comportamento de não notificação<sup>12,15-20</sup>.

São encontrados na literatura, muitos estudos quantitativos que exploram as dificuldades dos dentistas na abordagem de abuso infantil<sup>17,20,21,22</sup>, entretanto, até onde sabemos pouca atenção tem sido dada para o estudo aprofundado dos fatores envolvidos no processo. Além disso, poucos estudos qualitativos no tema foram realizados com dentistas e os que trabalharam com esses profissionais têm foco em sinais e sintomas sugestivos de abuso infantil e nas especificidades da relação entre abusos infantis e consequências odontológicas<sup>23,24</sup>. Para além disso, este estudo envolve a investigação da concepção dos dentistas sobre o tema, das condutas tomadas por eles, das suas experiências e vivências, entre outras questões que podem influenciar na abordagem de abuso infantil. Para que se entenda em maior profundidade as condutas tomadas e para que se consiga mudanças eficientes na prática diante do abuso infantil, é necessário aumentar a compreensão do mundo experiencial dos dentistas. Este estudo objetivou desenvolver um modelo teórico substantivo que permitisse compreender as perspectivas e experiências de dentistas da ESF de Belo Horizonte em relação ao abuso infantil e as condutas tomadas por eles no contexto e cotidiano da atenção primária à saúde.

## **Métodos**

### **Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, seguindo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)<sup>25</sup>, sob a luz do Interacionismo Simbólico. Optou-se pela TDF

por ela permitir a análise e a interpretação de perspectivas e experiências, focando no discurso dos próprios participantes<sup>25,26</sup>. Entrevistas individuais semiestruturadas foram escolhidas para a coleta dos dados por possibilitarem o aprofundamento nas questões sociais e pessoais dos participantes<sup>25,26</sup> e por permitirem preservar a sua privacidade para que falem abertamente sobre suas experiências e sobre o abuso infantil, que pode ser considerado um tema sensível e difícil de ser abordado.

### **Local do estudo**

O estudo foi conduzido em nove centros de saúde da cidade de Belo Horizonte, sexta maior cidade do Brasil<sup>41</sup> em número de habitantes. No sistema de saúde público brasileiro, a Atenção Primária à Saúde é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas através dos centros de saúde. Nesses centros de saúde atuam as equipes de profissionais da Estratégia Saúde da Família, uma estratégia governamental para organização da atenção primária, que por meio desses centros de saúde, leva serviços multidisciplinares às comunidades. Cada equipe da ESF é responsável por uma população específica da sua região geográfica. Os serviços odontológicos, na atenção primária, são realizados pelas Equipes de Saúde Bucal, que muitas das vezes acabam sendo responsáveis por uma população maior quando comparadas às equipes da ESF. Às vezes, uma equipe de Saúde Bucal é responsável pela população de duas equipes da ESF. Ou seja, nem sempre é equiparado. Apesar de os centros de saúde estarem localizados em regiões com diferentes índices de vulnerabilidade socioeconômica e de o atendimento ser aberto à toda população, a demanda nesses locais vem principalmente de famílias socioeconomicamente vulneráveis.

### **Seleção dos participantes**

A amostra foi constituída por dentistas da ESF de Belo Horizonte, que mais pudessem contribuir com o estudo, caracterizando a amostragem por intencionalidade. Foram convidados profissionais de ambos os sexos, com diferentes idades e com diferentes tempos de trabalho na rede pública, com o objetivo de encontrar uma variação nas experiências vividas e alcançar uma maior heterogeneidade da amostra<sup>28</sup>. Para isso, considerou-se também fatores observados nos estudos quantitativos prévios realizados por esta equipe de pesquisa a respeito da identificação e notificação de abuso físico infantil por dentistas da ESF<sup>15,16,29</sup>. Em adição foi utilizada a técnica “*snowball*”, para definição da amostragem por referência, em que cada

profissional entrevistado indica outro para participar do estudo<sup>30</sup>. Os processos de seleção ocorreram em concomitância.

O contato com os participantes foi realizado via telefone ou pessoalmente nos centros de saúde. O primeiro contato foi mediado pelos gerentes dos centros de saúde, que se encarregaram de apresentar os pesquisadores aos dentistas. Foi ofertada a possibilidade de realização da entrevista com dia e horário marcados.

### **Coleta dos dados**

A coleta dos dados foi realizada entre outubro de 2019 e abril de 2020 por dois pesquisadores previamente treinados. As entrevistas foram realizadas nos próprios centros de saúde em que os profissionais selecionados se encontravam alocados, considerados locais adequados e de fácil acesso para pesquisadores e profissionais. Os pesquisadores buscaram realizar as entrevistas em ambiente silencioso e arejado, onde o participante se sentisse à vontade e a entrevista pudesse ocorrer sem interrupções. Antes das entrevistas, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e as dúvidas que porventura apareceram, foram respondidas pelos pesquisadores. Duas entrevistas ocorreram por ligação de vídeo através de um aplicativo de videoconferências em decorrência das medidas de isolamento social estabelecidas durante o período de pandemia da COVID-19. Entretanto, não houve prejuízo visto que a ligação de vídeo permite também tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal<sup>31</sup>. Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para guiar as entrevistas, foi preparado um roteiro semiestruturado, flexível, contendo perguntas abrangentes e opções de sondagem sobre tópicos de interesse<sup>25,26</sup>. A partir das análises iniciais das primeiras entrevistas, a medida que novos dados foram surgindo, foi percebida a necessidade de mais perguntas. O processo indutivo/dedutivo da análise, com a validação constante de códigos e categorias emergentes<sup>25</sup>, possibilitou identificar a importância de explorar também a concepção de notificação pelos dentistas e de incluir uma nova opção de sondagem baseada nos relatos dos profissionais sobre a interação com os serviços de proteção à criança e ao adolescente. Assim, o roteiro final foi dividido em sete seções, a saber: Introdução e apresentação do entrevistador, Ambiente de trabalho e caracterização do entrevistado, Concepção e valores em relação ao abuso infantil, Condutas e experiências relacionadas ao abuso infantil, Barreiras e facilitadores para identificar e notificar casos de abuso infantil,

Competências quanto à identificação e notificação, e Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes.

As entrevistas tiveram tempo de duração entre 25 e 61 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. O critério utilizado para a finalização da coleta dos dados foi a saturação teórica<sup>25,26</sup>. Portanto, foram realizadas até que: (i) nenhum dado novo relevante emergisse; (ii) as categorias estivessem bem desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões; (iii) fosse possível configurar um relacionamento entre as categorias.

### **Análise dos dados**

O início da análise dos dados ocorreu paralelamente ao início da coleta dos dados, com a escrita de memorandos e desenvolvimento de diagramas. Os memorandos são anotações analíticas que possibilitam ao pesquisador analisar constantemente seus dados, códigos e categorias durante todas as etapas do estudo, mantendo-o envolvido na análise e elevando o nível de abstração de suas ideias<sup>25,26</sup>. Já os diagramas são elementos importantes da TFD que possibilitam a demonstração visual do desenvolvimento das categorias e suas respectivas propriedades e dimensões, e a esquematização das relações e interações entre essas categorias<sup>25,26</sup>. Os memorandos e as codificações foram realizados de maneira independente por dois pesquisadores seguindo os preceitos da TFD, com as codificações aberta, axial e seletiva<sup>25</sup>. A análise seguiu o método comparativo de análise indutiva, caracterizado pela comparação constante entre dados, códigos e categorias aplicados pelos pesquisadores. Tanto o conteúdo das entrevistas quanto os memorandos e diagramas foram considerados para a atribuição e descrição das categorias<sup>25</sup>. A análise levou à identificação e formação da categoria central e das categorias secundárias que permitiram o entendimento, caracterização, construção e delimitação do modelo teórico final.

### **Considerações Éticas**

Tanto o projeto quanto o TCLE receberam aprovação pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 00198518.1.3002.5140) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Todas as informações fornecidas pelos participantes foram tratadas com confidencialidade por todos os integrantes da equipe de pesquisa.

### **Resultados**

Foram entrevistados dez profissionais da ESF de Belo Horizonte com uma média de 9,7 anos de trabalho na ESF, variando entre 1 e 17 anos. Todos os participantes relataram

trabalhar diretamente com crianças e suas famílias em seu cotidiano de trabalho na atenção primária.

As análises levaram à identificação da categoria central nomeada “Abordagem de Abuso Infantil por dentistas da Estratégia Saúde da Família”. Outras 3 categorias secundárias, denominadas “Concepção de abuso infantil”, “Concepção de Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes” e “Condutas” constituem a categoria central, apresentam interligações entre si e contribuíram para a construção do modelo teórico apresentado neste estudo. Além disso, foram identificados fatores interventores e contextuais que atuam sobre essas categorias, a saber: Alta Demanda de pacientes e Tempo curto para consultas, Falta de capacitação sobre o tema, Experiências pessoais e profissionais com Abuso Infantil, Medo de sofrer retaliação e Sensação de violência na comunidade.

### ***Concepção de Abuso Infantil***

A concepção de abuso infantil é o conjunto de significados e conceitos que o profissional possui e define o que é o abuso infantil para ele. Essa concepção é construída pelos dentistas ao longo de suas vidas e surge de vivências específicas representadas pelas experiências pessoais, culturais, profissionais e pelas experiências de formação e capacitação formais e informais. Esse é um processo que se retroalimenta, pois, a concepção do que é abuso pode ser modificada através de novas vivências com o tema. As experiências pessoais e culturais remetem às interações do dentista com situações de abuso infantil, consigo mesmo, com as pessoas de sua convivência e na sociedade. Os dentistas passam ainda por diferentes experiências com casos de abuso infantil em seu ambiente profissional, representando as experiências profissionais. Por último, as experiências de formação e capacitação formais e informais, são caracterizadas respectivamente por cursos de educação continuada e grupos de discussão sobre abuso infantil, e pelas próprias experiências prévias com o tema que, na ausência de capacitação formal, são tomadas como aprendizado e referências para novas condutas.

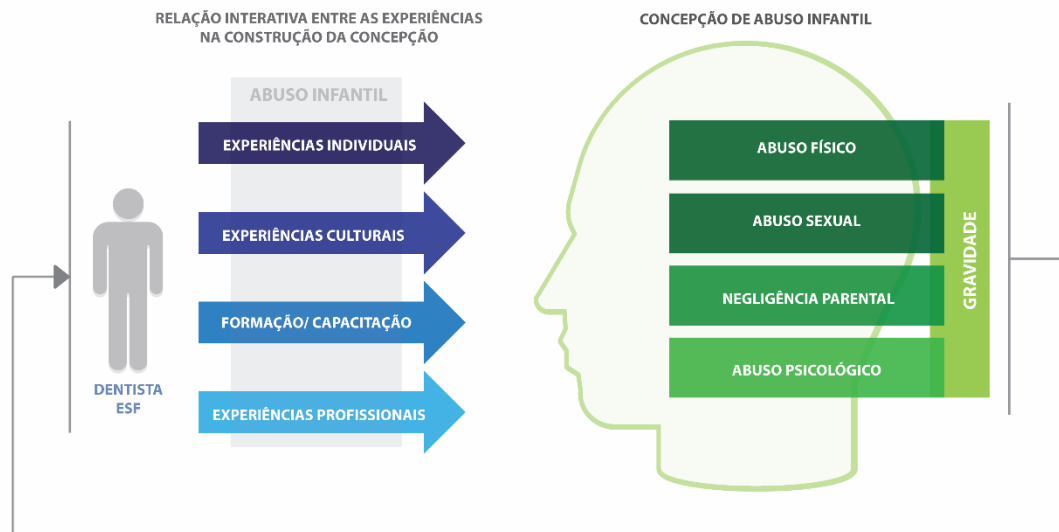
Pelas experiências e percepções dos entrevistados, o abuso infantil varia em diferentes níveis e tipos. “Maus-tratos Infantis” e “Abuso Infantil” são diferentes e menos grave e mais grave, respectivamente. O abuso infantil é representado pelo abuso físico e pelo abuso sexual, por muitas vezes chamados de “agressões”, enquanto a negligência e o abuso psicológico representam os maus-tratos infantis que, para os participantes, parecem ter menor potencial de causar prejuízos: “(E4) *Eu acho que maus-tratos tem níveis... você deixar uma*

*criança sem banho... deixar sem escovar os dentes, é maus-tratos. E no nível mais sério, seriam as agressões... (E6) Você fala assim, outros níveis? Mais violentos? Outros níveis mais violentos são as agressões que a gente vê... o estupro é uma agressão... tudo que é forçado é uma agressão... (E7) O abuso me vem a questão da pedofilia né? O abuso sexual. Maus-tratos é negligência, criança malcuidada”.* A gravidade também é considerada para o estabelecimento do que é abuso, sendo que os dentistas consideram abuso quando a agressão é de alta intensidade, deixa traumas como consequências, especialmente físicos, ou causa dor.

Para os entrevistados, abuso físico significa agressão física, bater e machucar. É abuso quando causa dor, machuca ou causa trauma. Existe ainda uma forte aceitação do castigo físico e da palmada, para impor limites e autoridade às crianças desde que não sejam de alta intensidade e ocorram em um ambiente familiar equilibrado: “(E6) *Eu acho que não é muito legal palmadas e essas coisas não. Mas agora, o respeito dos pais tem que existir... agora, não precisa ser violência. Pode ser muita conversa também. A não ser que seja uma pessoa que não tem condição nenhuma de conversar e não tenha limites... a família que está equilibradinha, você vai dando conta dessa conversa e de manter isso organizado. A família que está muito desequilibrada, aí a coisa fica mais séria. Aí começa a ver isso aí (abuso físico)... (E9) Eu acho que só seria um abuso, na minha opinião, quando é com maior intensidade... quando é a ponto de fazer a criança chorar, de machucar”.* Situações de falta de cuidados básicos dos responsáveis para com as crianças são percebidas como negligência, desde que exista intencionalidade e ocorram em um contexto familiar com ausência de vulnerabilidade socioeconômica: “(E7) *as vezes não é negligência, as vezes é desconhecimento... (E9) Um caso ou outro a gente vê, a mãe se cuida muito bem e a criança vai como um mendigo. Mas quando a mãe já é humilde também, a gente não levanta essas questões”.* Nesse sentido, a alta experiência de cárie emerge como um sinal muito forte de negligência para os dentistas. Entretanto ao identificar falta de recursos materiais ou de informações por parte dos cuidadores, existe a tendência de desconsiderar sua intencionalidade, levando a um conflito a respeito da conduta a ser tomada. Apesar de pouco citadas, para os entrevistados, atitudes opressivas e coercitivas para com as crianças constituem o abuso psicológico. Em contrapartida, o abuso sexual foi amplamente reconhecido como um tipo de abuso infantil. A figura 1 ilustra o diagrama representativo da categoria Concepção de Abuso Infantil.



Figura 1: Diagrama conceitual da categoria Concepção de Abuso Infantil.



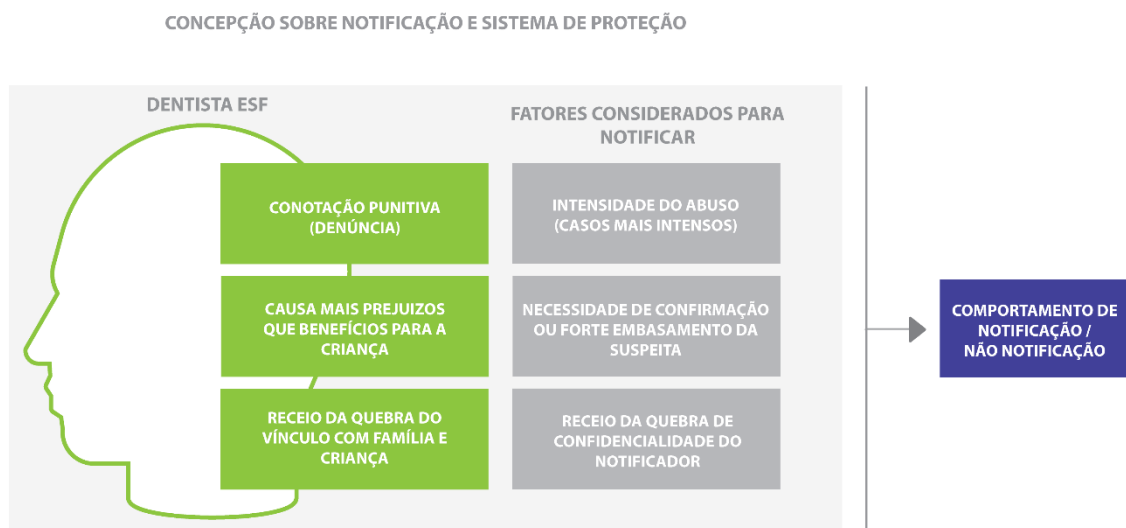
Fonte: elaborada pelos próprios autores, 2020.

### ***Concepção de Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes***

Por se tratar de concepção, essa categoria também sofre influência de vivências pessoais e profissionais dos dentistas em um contexto de notificação de casos. Essa categoria é formada por conceitos que emergiram nas entrevistas e elucidaram ideias, significados e percepções atribuídas pelos dentistas ao serviço de proteção à crianças e adolescentes e sua organização e funcionamento, que se mostraram influentes na tomada de condutas frente a casos suspeitos ou confirmados de abuso infantil. Existe uma conotação altamente punitiva e de denúncia associada à notificação. Os profissionais acreditam que a notificação aos fluxos formais e as ações do sistema de proteção à criança e ao adolescente podem causar mais prejuízos do que benefícios à criança, levando inclusive à quebra do vínculo entre os profissionais e famílias: “(E8) *Se a criança foi na consulta... eu vi tudo isso e notifiquei... e aí não deu em nada, os pais só ficaram sabendo da notificação... eu acho que os pais vão ficar mais negligentes... vão enxergar o centro de saúde como inimigo.* (E9) *Eu acho que quando a gente mexe com o Conselho Tutelar, a gente cria um trauma muito grande na família... se você acionar o Conselho Tutelar sem ter tanta certeza, você pode provocar até uma ruptura no atendimento... a criança para de ir no Centro de Saúde e então você acaba tendo uma subnotificação*”. Como consequência, a notificação é reservada aos casos considerados mais graves, há necessidade de confirmação ou forte embasamento da suspeita e o medo da quebra

da confidencialidade da notificação: “(E9) Não são todos os casos que a gente faz notificação. É até a questão de a gente ter nosso subjetivo, falar – ah, aí é uma coisa leve, essa agressão é física, mas não é uma coisa agressiva assim que vai trazer trauma, não vai prejudicar. Não precisa notificar”. Nesse contexto, o assistente social emerge nas entrevistas como um ator importante na abordagem do abuso infantil, uma vez que existe a crença de que o encaminhamento dos casos para estes profissionais é o mesmo que notificar: (E6) *Se acontecesse isso... eu ia relatar isso pra assistente social pra ela investigar. Eu acho que não é minha área. Mas eu iria notificar, eu não iria deixar sem comentar não*”. A figura 2 ilustra o diagrama da categoria Conceção sobre o Sistema de Notificação e de Proteção à Crianças e Adolescentes.

Figura 2: Diagrama conceitual da categoria Conceção sobre o Sistema de Notificação e de Proteção à Crianças e Adolescentes



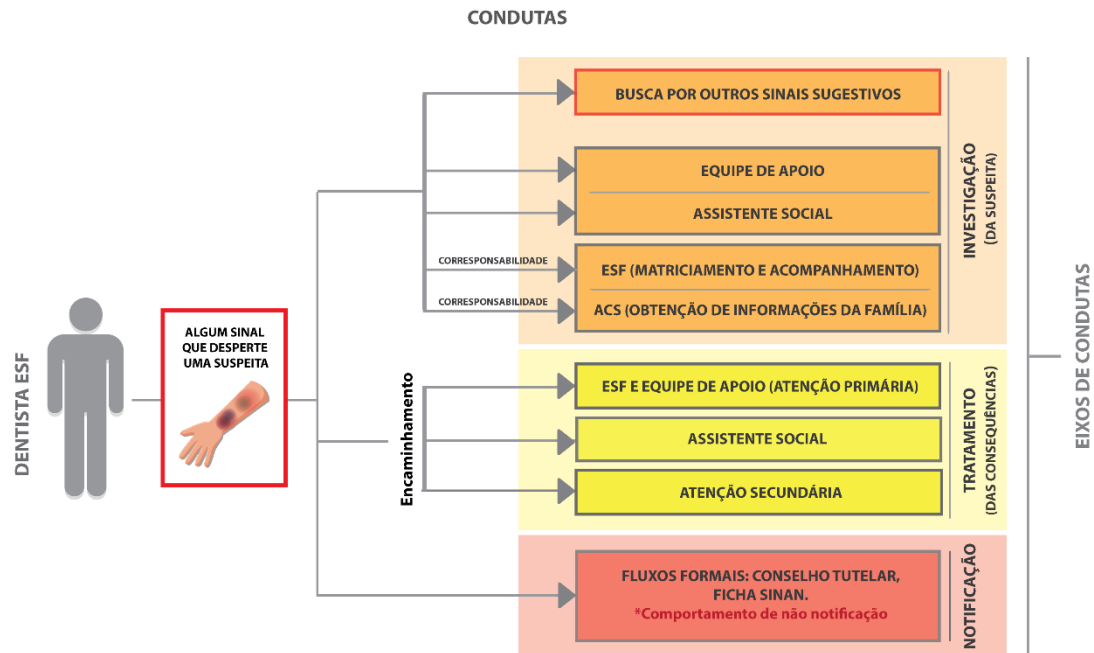
Fonte: elaborada pelos próprios autores, 2020.

### Condutas

A categoria de condutas, como o próprio nome sugere, refere-se às condutas e procedimentos envolvidos na abordagem de abuso infantil pelos dentistas. As condutas dos dentistas sofrem influência das outras categorias, mas também têm influência sobre elas. Enquanto a concepção do que é abuso infantil e a concepção que se tem sobre o processo de notificação e sistema de proteção à crianças e adolescentes podem atuar ajudando ou dificultando a tomada de decisão sobre quais condutas tomar, essas por sua vez, quando experienciadas pelos dentistas, podem interferir ou moldar a construção das concepções.

Pelas entrevistas, a avaliação de sinais sugestivos de abuso infantil não faz parte do atendimento dos dentistas. As suspeitas costumam ocorrer por meio da detecção pontual de sinais comportamentais das crianças, dos responsáveis para com as crianças e lesões físicas, a saber: comportamentos atípicos das crianças, interação anormal entre pais-filhos, incompatibilidade entre a história e a lesão apresentada, lesões em boca e lesões físicas em geral. Estas duas últimas são muito fortes para levantar suspeita de abuso. Apesar de demonstrarem conhecimento sobre diferentes tipos de sinais sugestivos, os entrevistados têm muita dificuldade para identificá-los como advindos de abuso, principalmente os sinais comportamentais: “(E10) *Eu detectar se o menino foi abusado fisicamente, por exemplo, está com um roxo. Aí sim eu saberia. Mas eu não saberia detectar por exemplo, se ela chegar com medo e outras coisas. Eu não saberia se é medo de dentista ou se é medo de... uma outra experiência sabe?*”. Há uma perceptível subestimação dos sinais e das consequências psicológicas, especialmente em relação ao abuso físico infantil. Existe também uma tendência entre os dentistas de encaminhar os casos para o assistente social para que a suspeita seja investigada por acreditarem que a investigação de abuso infantil não é da área do dentista: “(E10) *Eu não sei como é que eu vou notificar uma coisa assim se não está constatado que foi um abuso, né?... eu acho que tem que jogar para a assistente social que eu acho que é mais a função dela... eu acho que por ser assistente social ela... com certeza vai procurar a família que é função mais dela*”. Se despertada uma suspeita, os dentistas costumam compartilhar os casos com os demais membros da sua equipe por possibilitar a investigação por meio de uma visão multiprofissional. O compartilhamento de casos com os agentes comunitários de saúde (ACS) também é comum e ocorre por eles possuírem maior proximidade com a comunidade, sendo, portanto, atores importantes para fornecer informações *in loco* das crianças e suas famílias. Por parte dos dentistas, o tratamento do abuso infantil fica restrito ao tratamento de consequências odontológicas, somado à algumas orientações e aconselhamentos às famílias, sendo que os dois últimos ocorrem especialmente em casos de negligência em que é observada a falta de instrução ou conhecimento dos pais. Apesar de alguns profissionais demonstrarem saber da existência da possibilidade de notificação pelo preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo contato com o Conselho Tutelar, nenhum dentista entrevistado realizou a notificação pelos fluxos formais. O encaminhamento para o assistente social emerge como uma conduta comum entre os dentistas, que ao realizar este encaminhamento, acreditam que estão realizando uma notificação. A figura 3 ilustra o diagrama da categoria Condutas.

Figura 3: Diagrama conceitual da categoria Condutas



Fonte: elaborada pelos próprios autores, 2020.

### *Teoria*

As categorias emergentes e suas relações permitiram a construção da teoria nomeada “Teoria da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da Estratégia Saúde da Família”. As entrevistas levaram à compreensão da existência de um processo, representado pelas condutas dos dentistas em relação a casos de abuso infantil, que permite entender como os fatos ocorrem. Esse processo tem como estrutura a concepção dos entrevistados sobre abuso infantil e sobre notificação e sistema de proteção à crianças e adolescente, que permitem a compreensão sobre o porque os fatos ocorrem. Em adição, processo e estrutura sofrem influência dos fatores interventores e contextuais que agem muitas vezes como condicionantes também para o processo. A figura 4 ilustra o modelo teórico construído através das interligações das categorias, como descrito acima, e que será aprofundado e discutido na seção de discussão.

Figura 4: Diagrama ilustrativo da Teoria da Abordagem de Abuso Infantil por Dentistas da Estratégia Saúde da Família (TAAID-ESF).



Fonte: elaborada pelos próprios autores, 2020.

## Discussão

As concepções dos dentistas a respeito do abuso infantil, da notificação e do sistema de proteção à crianças e adolescentes são influenciadas por suas vivências dentro de um contexto social, cultural e profissional e se mostram altamente influentes na abordagem de abuso infantil realizada por esses profissionais. Esse resultado pode ser considerado um diferencial deste estudo. As condutas tomadas pelos dentistas são influenciadas pelos conceitos e significados que eles possuem sobre o assunto dentro desse contexto, mas também de acordo com os recursos que eles têm disponíveis, seja de infraestrutura do sistema de saúde seja por questões individuais como formação técnica. É a partir da concepção do que é abuso, por exemplo, que os profissionais estabelecem suspeita e diagnóstico e conseqüentemente determinam a conduta a ser tomada, mas se ele não possui o conhecimento técnico-científico

necessário sobre o assunto, será que conseguirá estabelecer uma suspeita e/ou realizar uma notificação?

Portanto na teoria da abordagem de abuso infantil pelos dentistas da ESF, a concepção é um ponto chave inicial e crítico. Se as concepções sobre o que é abuso infantil e sobre o sistema de notificação são frutos da vivência com o tema, é natural que diferentes experiências pessoais, incluindo as de capacitação, resultem em diferentes concepções entre as pessoas. Ou seja, o que é abuso para um profissional, pode não ser para outro. Isso ajuda a compreender melhor alguns achados na literatura sobre assunto.

Um dos principais fatores associados à decisão de notificar um caso de abuso infantil é o limiar de suspeita sobre um sinal apresentado<sup>32,33-35</sup>. O limiar de suspeita é um ponto em uma escala de suspeita até a confirmação objetiva, considerado pelos profissionais para que decidam relatar o caso. Estudos têm mostrado que o limiar de suspeita é pessoal, pode variar muito entre profissionais<sup>32,34,35</sup> e a consideração sobre os sinais e sintomas serem suficientemente fortes para embasar o diagnóstico parece ter relação com as informações que os profissionais têm sobre abuso infantil<sup>32</sup>. Como apontam os resultados deste estudo, a concepção de abuso também é pessoal, leva os profissionais a estabelecer ou não uma suspeita de abuso, e é influenciada por cursos de capacitação e por informações sobre o tema, além das vivências pessoais e profissionais. Percebe-se que o limiar de suspeita considerado pelos profissionais para realizar a notificação parece ter relação com as suas concepções sobre o tema. Assim, profissionais que não receberam capacitação sobre abuso infantil tendem a considerar um limiar de suspeita mais alto para decidirem relatar um caso, ao passo que a educação no tema tem o potencial de aumentar a conscientização sobre abuso infantil e suas consequências, diminuindo assim o limiar pessoal de suspeita<sup>32,36</sup>.

A concepção de abuso infantil apresentada pelos dentistas entrevistados sugere falhas na formação desses profissionais. Ao dentista que não recebeu capacitação, falta conhecimento técnico-científico e falta instrumentos para identificar as nuances dos abusos, que exigem um olhar mais aguçado dos profissionais. Isso ajuda a compreender porque grande parte dos entrevistados sentem dificuldades para identificar casos, necessidade de confirmação do abuso antes de notificar e do quanto parecem ser dependentes de sinais físicos ou altamente sugestivos de abuso. A palmada, por exemplo, não é considerada abuso pela maioria dos participantes e, embora não seja aceita como um método educativo, ela é aceita como uma alternativa para impor limites e autoridade. Vale ressaltar que independentemente do tipo de

abuso sofrido por uma criança, ela apresentará sinais leves. Em contrapartida, a ausência de sinais físicos ou altamente sugestivos, de maneira alguma exclui a ocorrência de abuso.

O castigo físico ainda é amplamente aceito em diferentes culturas, e ainda é uma marca forte na sociedade brasileira<sup>36</sup>. Em uma sociedade em que a punição física e a palmada são aceitas, naturalmente o limite para o abuso, como encontrado nesse estudo, é fortemente determinado pela lesão física. Há também uma subestimação de consequências psicológicas e comportamentais como depressão, ansiedade, isolamento social, baixa autoestima, entre outros, e quando adultos, do próprio apoio à punição física, tornando tudo isso um ciclo difícil de ser quebrado<sup>37</sup>. O presente estudo identificou que muitos participantes que defendem o castigo físico como um método disciplinar válido, foram educados dessa forma na infância. Nesse sentido, é preciso considerar que no Brasil, foi promulgada em 2014 a Lei Federal 13.010, popularmente conhecida como Lei da Palmada<sup>38</sup>, que proíbe o uso da palmada para educar ou disciplinar. Além disso, associações e organizações importantes como por exemplo a OMS e a Associação Americana de Pediatria se posicionam contra essa prática. Posições como estas tem como base evidências robustas que apontam que mesmo a palmada de baixa intensidade de força pode ter efeitos negativos para a criança, com impactos até mesmo na vida adulta<sup>37,39</sup>. Entretanto, políticas de conscientização e sensibilização da sociedade sobre o tema parecem ainda não terem sido suficientes e devem ser incentivadas.

A concepção de negligência dos participantes revela uma visão mais focada na negligência parental, uma vez que a identificação da atuação de vulnerabilidade social sobre as famílias, leva à desconsideração da condição de abuso, mesmo que algum sinal tenha sido percebido. Isso revela uma certa desconsideração da negligência estrutural, que se refere à falta de condições estruturais, econômicas e sociais que estão além do controle da família, geralmente provocados pela pobreza e pela exclusão social<sup>40</sup>. Por ser um problema macro, torna-se difícil perceber de quem é a responsabilidade pela situação, que acaba sendo normalizada pela sociedade<sup>3</sup>. Entretanto, a falta de condições para que a família forneça os cuidados necessários à criança e ao adolescente não implica na inexistência da negligência e nesses casos é dever do Estado que as condições adequadas sejam plenamente garantidas<sup>41</sup>. Sobre os sinais sugestivos de negligência, as lesões bucais a exemplo da alta experiência de cárie constituem os principais parâmetros na avaliação dos dentistas para o estabelecimento da negligência parental. A menção frequente de sinais odontológicos é esperada por se tratar de uma amostra de dentistas, entretanto é preciso considerar também a presença de uma prática

focada em boca e baseada no modelo biomédico, desconsiderando o paciente de maneira integral.

Parece não haver dúvidas entre os entrevistados de que abuso sexual é sempre abuso infantil. Isso acontece provavelmente por perceberem que crianças e sexo simplesmente não combinam e, portanto, não há dúvidas quanto a essa classificação. Entretanto, existe muita dúvida sobre o papel do dentista na abordagem dessa condição. Por outro lado, há uma grande desconsideração do abuso psicológico e das possíveis consequências psicológicas dos diferentes tipos de abuso infantil. Nota-se que a concepção dos dentistas sobre abuso infantil merece atenção, pois muitos dos conceitos apresentados podem levar ao comportamento de não-notificação.

A concepção dos dentistas sobre o sistema de notificação e de proteção à crianças e adolescentes, tem como pano de fundo uma conotação punitiva e de denúncia do processo. Os profissionais acreditam, por exemplo, que as ações do sistema de proteção costumam chegar a atitudes extremas como remover a criança do seio familiar, e que essas ações poderiam causar mais prejuízos que benefícios para as crianças. Esse pensamento não é uma exclusividade dos dentistas. Ele é encontrado também na comunidade<sup>42</sup> e em outros estudos sobre o tema<sup>21,22,32</sup>. Essa conotação negativa sobre o sistema de notificação e sobre os órgãos de proteção à crianças e adolescentes, não favorece a sua atuação de acordo com os preceitos do ECA e culmina na falta de receptividade por parte da comunidade (muitas vezes com desrespeito e ameaças), o que ajuda a compreender também a falta de confiança dos profissionais no sistema de proteção e conseqüentemente o comportamento de não notificação. A crença de que se trata de uma denúncia, leva a notificação a ter uma conotação punitiva. Essa conotação acaba levando ao medo de sofrer retaliação por parte dos familiares das vítimas ou dos abusadores, que é piorado pela sensação de violência dentro da comunidade e pela falta de profissionais de segurança nos centros de saúde, como observado neste estudo. Isso reforça a tendência dos profissionais de reservar a notificação para casos considerados mais graves e existe a necessidade da confirmação ou forte embasamento da suspeita.

Na realidade, a notificação inicia um processo que objetiva interromper a violência e dar apoio e proteção às crianças e suas famílias. Ela é importante também para os serviços de saúde. O registro de casos contribui para a mensuração do problema, sendo mister para o planejamento adequado às vítimas e para o desenvolvimento e fortalecimento de políticas voltadas para o enfrentamento do abuso infantil no país.



Nesse contexto, é preciso ressaltar uma realidade desconcertante. O comportamento de não notificação de abuso infantil continua sendo uma realidade mesmo após mais de trinta anos da definição da notificação compulsória desse tipo de violência no Brasil. A situação mostrada por este estudo e outras investigações<sup>15-21</sup> nos faz pensar sobre a formação técnico-científica dos recursos humanos na área da odontologia a respeito do tema. O governo brasileiro implementou a obrigatoriedade de notificação de abuso infantil pelos profissionais de saúde com aplicação de multa em casos de comportamento de não notificação<sup>9</sup>. Essa política punitiva é vista muitas vezes como coercitiva e alvo de críticas visto que ao mesmo tempo que houve a instauração da obrigatoriedade de notificar, não houve a obrigatoriedade de abordar o tema na formação desses profissionais. Estudos apontam que a capacitação técnico-científica sobre o tema é fundamental para aquisição de competências para identificar e para notificar casos de abuso infantil<sup>18,29,36</sup> e vão de encontro com os dados que emergiram neste estudo, uma vez que os participantes apontaram que cursos de capacitação poderiam levar a maior segurança para identificar e notificar casos. Além disso, os resultados mostraram também que muitos participantes não sabem quais casos notificar, como notificar, onde notificar ou quando notificar, ou até mesmo acreditam que essa conduta não seja competência do dentista. A capacitação técnico-científica é uma intervenção que pode ter sua implementação mais fácil ou viável do ponto de vista político e que tem possibilidade de impactos em prazos menores, pois pode contribuir resolvendo dúvidas sobre protocolos, melhores práticas embasadas em evidência e fluxos.

O trabalho multidisciplinar e interdisciplinar é altamente incentivado dentro da atenção primária brasileira e embora não seja um fator explícito na decisão de relatar um caso de abuso, ganhar apoio de colegas parece ser uma etapa importante no processo. É possível encontrar relatos na literatura de que o compartilhamento de casos suspeitos com colegas de trabalho está associado à uma melhora nos índices de identificação e de notificação de abuso infantil por profissionais de saúde<sup>43,34</sup>. No presente estudo, o assistente social foi o profissional mais buscado pelos dentistas tanto para investigação quanto para a notificação de casos suspeitos de abuso infantil. Entretanto, o encaminhamento sem a notificação e sem a responsabilização sobre os casos parece se sobressair ao compartilhamento por parte dos dentistas, pois há uma crença de que a abordagem do abuso infantil seja atribuição do assistente social. É importante salientar que ao não acompanhar um caso, o dentista assume o risco de esse caso nunca ser notificado às autoridades.

De maneira geral, a análise das condutas realizadas pelos dentistas frente ao abuso infantil permitiu perceber que apesar da evolução da ESF desde a sua implementação, a abordagem prestada pelos dentistas ainda é verticalizada e com foco em boca, persistindo a prática fragmentada dentro das equipes e muito restrita ao consultório. É preciso considerar, entretanto, que questões próprias do serviço de saúde e que vão contra os preceitos do Sistema Único de Saúde, parecem atuar como mantenedores dessa prática entre os dentistas e apresentam-se como desafios para atingir a integralidade do atendimento. O incentivo à produtividade clínica e a alta demanda<sup>44</sup> estão entre os principais influenciadores do trabalho muito restrito ao consultório. Além disso, de acordo com os participantes, são também responsáveis por um sentimento de fragmentação entre as Equipes de Saúde Bucal e as Equipes de Saúde da Família. As ações da ESF para o trabalho do dentista devem ir muito além do trabalho dentro do consultório, mas é preciso dar condições adequadas para que os profissionais redirecionem suas práticas. A equivalência em proporções da população adscrita entre ESB e ESF é uma demanda persistente no serviço e deve ser incentivada.

Até onde sabemos, nenhum outro estudo trabalhou as concepções a respeito do abuso infantil e do sistema de notificação e de proteção à criança e ao adolescente e sua influência na abordagem desse fenômeno pelos dentistas. Construir teoria a respeito da abordagem de abuso infantil pelos dentistas da ESF permitiu evidenciar questões para aprofundamento e para intervenção no sentido de melhorar o cuidado fornecido por esses profissionais às crianças e suas famílias.

### **Considerações finais**

Percebeu-se através deste estudo, que a abordagem de abuso infantil realizada pelos dentistas entrevistados, da ESF de Belo Horizonte, segue no sentido da não-notificação de casos. Os resultados ajudam a compreender os altos índices de subnotificação e de comportamento de não notificação por parte dos dentistas, que são encontrados na literatura. Para que haja modificação de comportamentos frente ao abuso infantil, ou seja, das condutas e da abordagem, a construção das concepções dos profissionais deve ser levada em consideração. Se a concepção não é modificada, é provável que a modificação de comportamento não será alcançada. É evidente o quanto os profissionais de saúde despontam como personas importantes para o enfrentamento do abuso infantil. Assim, cabe ao setor da saúde, seja público ou privado, o compromisso com o dever de enfrentar esse problema complexo.

### **Agradecimentos**

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – código 001, e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Os autores gostariam de agradecer também ao CNPq e à Pró-reitoria de Pesquisa de Universidade Federal de Minas Gerais.

## Referências

1. World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention. Geneva: WHO; 1999. 54 p.
2. UNITED STATES. Department of Health & Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment 2018. [internet]. Washington: Children's Bureau, 2020. [citado em 27 jul 2020]. Disponível em: <<https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>>
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Violência faz mal à saúde. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 298 p. [citado em 27 jul 2020]. Disponível em: <[http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06\\_0315\\_M.pdf#page=1](http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf#page=1)>
4. Putnam-Hornstein E, Cederbaum JA, King B, Eastman AL, Trickett PK. A population-level and longitudinal study of adolescent mothers and intergenerational maltreatment. *Am J Epidemiol.* 2015;181(7):496-503.
5. Bartlett JD, Kotake C, Fauth R, Easterbrooks MA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter?. *Child Abuse Negl.* 2017;63:84-94.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2001 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 17 p. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>>
7. Da Silva Franzin LC, Olandovski M, Vettorazzi MLT, Werneck RI, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl.* 2014;38(10):1706-1714.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 18 de maio de 2001; Seção 1E. [citado em 27 jul 2020].

- Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html)>
9. Brasil. Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1990. 13 jul. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>
  10. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006 [s.d.];11(suppl):1259-1267.
  11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília*, 24 out. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
  12. Ramos-Gomez F, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc.* 1998;129(3):340-348.
  13. 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. *Dent Traumatol.* 2010;26(2):149-53.
  14. Massoni ACdLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, de Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Cien Saúde Colet.* 2010;15(2):403-410.
  15. Silva-Oliveira F, Andrade CI, Guimarães MO, Ferreira RC, Ferreira EF, Zarzar PM. Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals. *Int J Paediatr Dent* 2019;29(5):624–634.
  16. Nunes LS, Silva-Oliveira FH, Mattos FF, Maia FBF, Ferreira EF, Zarzar PMPA. Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Ciênc. Saúde Colet.* No prelo 2020. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalence-of-recognition-and-reporting-of-child-physical-abuse-by-dental-surgeons-and-associated-factors/17533>>.
  17. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse Negl.* 2016;54:43-56.

18. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs*. 2006;56(3):227-36.
19. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012;26(1):5-11.
20. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSdO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? *Cien Saúde Colet*. 2019;24(7):2609-2616.
21. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. *Br Dent J*. 2005;199(8):517-520.
22. Owais AI, Qudeimat MA, Qodceih S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. *Int J Paediatr Dent* 2009;19(4):291-296.
23. Nilchian F, Jabbarifar SE, Khalighinejad N, Sadri L, Saeidi A, Arbab L. Evaluation of factors influencing child abuse leading to oro-facial lesions in Isfahan, Iran: A qualitative approach. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012;9(5):624-627.
24. Hartung B, Schaper J, Fischer K, Ritz-Timme S. Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *Int J Legal Med*. 2019;133(2):641-650.
25. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
26. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. São Paulo: Artmed Editora S.A; 2009.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. [internet]. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>>
28. Ritchie J, Lewis J, Elam G. Designing and selecting samples. In: Ritchie J, Lewis J. Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. Thousand Oaks: Sage; 2003. p.77-108.
29. Silva-Oliveira F, Ferreira RC, Alencar GP, Ferreira EF, Zarzar PM. Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. *Child Abuse Negl*. 2020;107:e104571. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014521342030226X?via%3Dihub>>

30. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. 2. ed. Newbury Park: SAGE; 1994.
31. O'Connor H, Madge C. Online interviewing. In: Young RA, Olson K, Schultz IZ. *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*. New York: Springer; 2016.
32. Kuruppu J, McKibbin G, Humphreys C, Hegarty K. Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment in Primary Care. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(3):427-438.
33. McTavish JR, Kimber M, Devries K, Colombini M, MacGregor JCD, Wathen CN, et al. Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2017;7(10):e013942.
34. 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):361-369.
35. Levi BH, Brown G. Reasonable suspicion: A study of Pennsylvania pediatricians regarding child abuse. *Pediatrics*. 2005;116(1):e5-12.
36. Moreira GA, Vieira LJ, Deslandes SF, Pordeus MA, Gama Ida S, Brilhante AV. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2014;19(10):4267-4276.
37. Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *J Fam Psychol*. 2016;30(4):453-469.
38. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União 26 jun 2014. [citado em 20 jul 2020]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm)>
39. Sege RD, Siegel BS, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Effective discipline to raise healthy children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20183112.
40. Morais EP, Eidt OR. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. *Rev Gaucha de Enferm*. 1999;20(especial):6-21.

41. Brasil. Constituição (1988). Artigo 227. Título VIII Da Ordem Social. Capítulo VII Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso. Constituição da República Federativa de Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [citado em 20 jul 2020]. Disponível em:  
<[https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/art\\_227\\_.asp#:~:text=227%20%C3%89%20dever%20da%20fam%C3%ADlia,al%C3%A9m%20de%20coloc%C3%A1%2Dlos%20a](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_227_.asp#:~:text=227%20%C3%89%20dever%20da%20fam%C3%ADlia,al%C3%A9m%20de%20coloc%C3%A1%2Dlos%20a)>
42. McTavish JR, Kimber M, Devries K, Colombini M, MacGregor JCD, Wathen N, et al. Children's and caregivers' perspectives about mandatory reporting of child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025741.
43. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-180.
44. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet*. 2010;15(supl 1):1643-1652.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura a respeito do abuso infantil não deixa dúvidas de que se trata de um problema de saúde pública mundial. Também é evidente o quanto os dentistas despontam como personas importantes para o enfrentamento desse fenômeno que tem impacto amplo e negativo na saúde das crianças abusadas e suas famílias.

As concepções sobre abuso infantil e sobre o sistema de notificação e de proteção à crianças e adolescentes se mostraram altamente influentes na abordagem de abuso infantil realizada pelos dentistas e esse resultado pode ser considerado o diferencial deste estudo. Percebemos que as concepções dos dentistas sobre o tema são importantes e influenciam fortemente na abordagem de abuso infantil realizada por eles. As concepções apresentadas pelos entrevistados sugerem falhas na formação técnico-científica sobre o tema. Esse tipo de capacitação tem um forte potencial de influenciar a concepção de abuso e sobre o sistema de notificação e de proteção à crianças e adolescentes. Essa última, é muito negativa entre os profissionais e na comunidade, reforça a crença de que a notificação de casos suspeitos possa causar mais prejuízos do que benefícios às crianças e está diretamente ligada à falta de confiança dos dentistas na confidencialidade do processo de notificação e conseqüentemente com o medo de ser identificado e de sofrer retaliações. Tudo isso, segue no sentido de um comportamento de não notificação de abuso infantil que é muito forte por parte dos dentistas entrevistados e culmina na ausência de proteção das crianças e adolescentes vítimas de abuso infantil.

Os resultados desse estudo, embora tenham trazido muitas explicações, me deixaram reflexiva sobre as condutas tomadas pelos dentistas frente aos abusos infantis. De fato, a abordagem dos casos parte inicialmente da concepção que os próprios profissionais têm sobre o que vem a ser o abuso infantil. A concepção de abuso é construída ao longo da vida desses profissionais e leva aspectos de sua experiência pessoal, profissional e social com o tema. Pode-se afirmar que as vivências dos dentistas são questões fundamentais para a abordagem de casos de abuso e, portanto, pesquisas que busquem compreender a trajetória de vida e sua influência na concepção de abuso infantil devem ser encorajadas. Para que haja modificação de comportamentos frente ao fenômeno, ou seja, das condutas e da



abordagem, fica claro que a construção das concepções dos profissionais deve ser levada em consideração. Se a concepção não é modificada, é provável que a modificação de comportamento não será alcançada. Falo isso, porque acredito na importância desse estudo e desses resultados para a elaboração de estudos de intervenção com os dentistas da ESF e com o objetivo de modificar esse cenário de muitas dúvidas e de altos índices de comportamento de não notificação frente ao abuso infantil.

Este estudo evidenciou um complexo cenário que envolve desde questões individuais dos profissionais até questões sociais, culturais e de organização do sistema de saúde para a abordagem de casos de abuso pelos dentistas da ESF. As concepções apresentadas e a capacitação técnica insuficiente sobre o tema chamaram atenção dos pesquisadores. Durante as entrevistas, quando abordada a formação dos dentistas, foi possível perceber que nem cursos de graduação, nem cursos de pós-graduação e de educação continuada preparam adequadamente os dentistas para o enfrentamento do fenômeno. Precisamos refletir: se as matrizes curriculares dos cursos de graduação, pós-graduação e educação permanente em odontologia não dão espaço para a abordagem do abuso infantil em suas grades, como podemos esperar que os dentistas identifiquem e notifiquem abuso corretamente? A alta demanda por treinamento apresentada pelos participantes do estudo, sugere falhas na formação dos profissionais da odontologia em relação ao abuso infantil. Sem treinamento adequado, é natural que os dentistas se sintam inseguros em tomar para si a responsabilidade de notificar casos às autoridades.

Com o objetivo de formar cirurgiões-dentistas generalistas com formação humanizada, olhar integral, capacidades críticas e reflexivas, aptos para atuar no enfrentamento do abuso infantil, recomenda-se a revisão das matrizes curriculares e inserção do tema na formação dos profissionais. Além disso, cursos de capacitação e grupos de discussão sobre o tema no ambiente de trabalho são intervenções que podem contribuir, pois resolvem questões levantadas pelos próprios participantes do estudo e podem ser consideradas de fácil resolução política. Há a necessidade de intervenções baseadas em evidências para apoiar os dentistas no dever de notificar as suspeitas de abuso infantil que porventura venham a estabelecer. Vale ressaltar que para evitar a prática puramente técnica diante do abuso infantil, essas intervenções não podem se limitar à protocolos e aspectos fisiopatológicos da doença,

mas sim considerar a abordagem como um todo e os fatores que nela influenciam a exemplo das concepções. As contribuições aqui sugeridas se baseiam não só na teoria construída, mas também na própria sensibilidade teórica e práticas dos pesquisadores em relação ao tema.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, J. A. *et al.* Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, Philadelphia, v. 20, n. 3, p. 163–172, jun. 2007.

ALDIABAT, K; LE NAVENEC, C. Philosophical roots of classical grounded theory: Its foundations in symbolic interactionism. **The Qualitative Report**, v. 16, n. 4, p. 1063-1080, jul. 2011.

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, fev. 2012.

BAPTISTA, R. S. *et al.* Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602–608, 2008.

BIRKS, M.; MILLS, J. **Grounded theory**: A practical guide. 2ª edição. Londres: SAGE, 2015. 208p.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Berkeley, California: University of California Press, 2009.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: Perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1986. 208p.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990 jul. 13 [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [citado em 17 jun 2020]. Disponível em:<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06\\_0315\\_M.pdf#page=29](http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/06_0315_M.pdf#page=29)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2001 a 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>>

BRATTABØ, I. V. *et al.* Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. **Acta Odontol. Scand.**, Stockholm, v. 74, n. 8, p. 626–632, nov. 2016.

BRITO, A. M. M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143–149, mar. 2005.

BRYANT, A. Re-grounding grounded theory. **JITTA**, v. 4, n. 1, p. 25-42, out. 2002.

CAIRNS, A. M.; MOK, J. Y. Q.; WELBURY, R. R. The dental practitioner and child protection in Scotland. **Br Dent J**, Londres, v. 199, n. 8, p. 517–520, out. 2005.

CAVALCANTI, A. L. 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. **Dent Traumatol**, Copenhagen, v. 26, n. 2, p. 149–153, abr. 2010.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. São Paulo: Artmed Editora S.A., 2009. 271p.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**. 2ª edição. Londres: SAGE, 2014. 406p.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research**: Techniques and procedures for developing Grounded Theory. 4<sup>a</sup> ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2015.

COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129–1141, out. 2007.

CURRY, L.; NEMBHARD, I.; BRADLEY, E. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. **Circulation**, Dallas, v. 119, n. 10, p. 1442–52, Mar. 2009.

DA SILVA FRANZIN, L. C. *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, out. 2014.

DAVIDOV, D. M. *et al.* Mandatory Reporting in the Context of Home Visitation Programs: Intimate Partner Violence and Children's Exposure to Intimate Partner Violence. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 18, n. 5, p. 595–610, maio 2012.

DRISKO, J.W. Strengthening qualitative studies and reports. **J. Soc. Work Educ.** v. 33, n. 1, p. 185–187. 1997.

DUBOWITZ, H. *et al.* Child Neglect: Outcomes in High-Risk Urban Preschoolers. **Pediatrics**, Springfield, v. 109, n. 6, p. 1100–1107, jun. 2002.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Department of Health & Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. **Child maltreatment 2018**. Washington, D.C.: Children's Bureau, 2020. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <<https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>>.

FELITTI, V. J. *et al.* Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. **Am J Prev Med**, New York, v. 14, n. 4, p. 245–258, maio 1998.

FLAHERTY, E. G. *et al.* From Suspicion of Physical Child Abuse to Reporting: Primary Care Clinician Decision-Making. **Pediatrics**, Springfield, v. 122, n. 3, p. 611–619, set. 2008.

FLAHERTY, E. G.; JONES, R.; SEGE, R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. **Child Abuse Negl**, Oxford, v. 28, n. 9, p. 939–945, set. 2004.

FLICK, U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013. 256p.

FLICK, U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408p.

FONSECA, M. A.; FEIGAL, R. J.; BENSEL, R. W. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 14, n. 3, p. 152-157, May/Jun. 1992.

GILBERT, R. *et al.* Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **Lancet**, Londres, v. 373, n. 9657, p. 68–81, jan. 2009.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.

GOULDING, C. Grounded theory, ethnography and phenomenology: a comparative analysis of three qualitative strategies for marketing research. **Eur. J. Mark.** v. 39, n. 3/4, p. 294–308, mar. 2005.

HARTUNG, B. *et al.* Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. **Int J Legal Med**, Heidelberg, v. 133, n. 2, p. 641-650, mar. 2019.

HIBBARD, R; BARLOW J; MACMILLAN H. Psychological Maltreatment. **Pediatrics**, Springfield, v. 130, n. 2, p. 372–378, ago. 2012.

HILLIS, S. *et al.* Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**, Springfield, v. 137, n. 3, p. e20154079, mar. 2016. [citado em 24 jul 2020]. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6496958/>>.

HUSSEIN, A. S. *et al.* Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. **Eur Arch Paediatr Dent**, Leeds, v. 17, n. 5, p. 387–395, out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados. Belo Horizonte. [internet]. [citado em 17 abr 2020]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>>.

JANGHORBAN, R.; R.L. ROUDSARI; A. TAGHIPOUR. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. **Int J Qual Stud Health Well-being**, Londres, v. 15, n. 9, p. 24152. Abr. 2014.

KURUPPU, J.; MCKIBBIN, G.; HUMPHREYS, C.; HEGARTY, K. Tipping the scales: factors influencing the decision to report child maltreatment in primary care. **Trauma Violence Abuse**, Thousand Oaks, v. 21, n. 3, p. 427-438, jul. 2020.

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, nov. 2006.

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

MARTINS-JÚNIOR, P. A. *et al.* Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2609–2616, jul. 2019.

MASSONI, A. C. DE L. T. *et al.* Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 403–410, mar. 2010.

MAXWELL, J. A. **Qualitative research desing**: an interative approach. 2ª ed. Thousand Oaks: SAGE, 2005. 175p.

MCINTOSH M.J; MORSE, J.M. Situating and constructing diversity in semi-structured interviews. **Glob Qual Nurs Res.**, Thousand Oaks, v. 14, n. 2, p.1-12. Ago. 2015.

MILES, M.B; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**: a sourcebook of new methods. 2 edição. Newbury Park: SAGE, 1994.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259–1267, 2006.

MINAYO, M.C.S (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOGADDAM, M. *et al.* Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. **Child Abuse Negl**, Oxford, v. 54, p. 43–56, abr. 2016.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 257–267, dez. 2015.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267–4276, out. 2014.

MORSE, J.M.: Data were saturated.... **Qual. Health Res.**, Newbury Park, v. 25, n. 5, p. 587–588. Mar. 2015.

NICO, L. S. *et al.* A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 789-797, Mai/Jun. 2007.

NILCHIAN, F. *et al.* Evaluation of factors influencing child abuse leading to oro-facial lesions in Isfahan, Iran: a qualitative approach. **Dent Res J**, Isfahan, v. 9, n. 5, p. 624-627, set. 2012.

NUNES *et al.*, (no prelo). Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. **Cien Saude Colet**, 2020. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalence-of-recognition-and-reporting-of-child-physical-abuse-by-dental-surgeons-and-associated-factors/17533>>.



O'CONNOR, H.; C. MADGE. Online interviewing. In: OLSON, K; YOUNG, R.A.; SCHULTZ. **Handbook of qualitative health research for evidence-based practice**. New York: Springer, 2016.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Violência y Salud**. Resolución nº XIX. Washington: Opas, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Núcleo de Estudos da Violência. **INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças**. Versão Portuguesa. 2018 [citado em 08 jun 2020]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf?ua=1>>.

OWAIS, A. I. N.; QUDEIMAT, M. A.; QODCEIH, S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 291–296, jul. 2009.

PALUSCI, V. J.; FISCHER, H. **Child abuse and neglect: a diagnostic guide for physicians, surgeons, pathologists, dentists, nurses and social workers**. London: Manson Publishing, 2011. 272p.

PILTZ, A.; WACHTEL, T. Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. **Aust J Adv Nurs**, South Melbourne, v. 26, n. 3, p. 93-100, mar/maio. 2009.

RAMOS – GOMEZ, F.; ROTHMAN, D.; BLAIN, S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 129, n. 3, p. 340-348, Mar. 1998.

RATES, S. M. M. *et al.* Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655–665, mar. 2015.

REBAR, C. R. *et al.* **Understanding nursing research: using research in evidence-based practice**. 3ª edição. Londres: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 424p.

RITCHIE, J.; LEWIS, J.; ELAM, G. Designing and selecting samples. In: RITCHIE, J.; LEWIS, J. **Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers**. Thousand Oaks: SAGE, 2003. p. 77-108.

RITZER, G.; STEPNIKY, J. **Sociological theory**. 10ª edição. Los Angeles: SAGE, 2018. 832p.

SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual quant.**, Padova, v. 52, n. 4, p. 1893-1907. Set. 2018.

SILVA-OLIVEIRA, F. *et al.* Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 29, n. 5, p. 624–634, set. 2019.

SONBOL, H. N. *et al.* Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists: Child abuse knowledge amongst Jordanian dentists. **Eur J Dent Educ**, Copenhagen, v. 16, n. 1, p. e158–e165, fev. 2012.

STOLTENBORGH, M. *et al.* A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. **Child Maltreat**, Thousand Oaks, v. 16, n. 2, p. 79–101, maio 2011.

STOLTENBORGH, M. *et al.* Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. **Int J Psychol**, Paris, v. 48, n. 2, p. 81–94, abr. 2013.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**: techniques and procedures for developing grounded theory. 2ª edição. Thousand Oaks: Sage Publications. 1998. 312p.

STRAUSS, A.; CORBIN J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

UNICEF. **Child abuse: A painful reality behind closed doors**. Challenges, 2009. n. 9, p. 1-12. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36006/1/Challenges9-cepal-unicef\\_en.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36006/1/Challenges9-cepal-unicef_en.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children**. Geneva: World Health Organization, 2016. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO Press, 2014. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[file:///C:/Users/cecil/Downloads/9789241564793\\_eng.pdf](file:///C:/Users/cecil/Downloads/9789241564793_eng.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO Press, 2006. [citado em 17 jun 2020]. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)>.

## APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado utilizado como guia para as entrevistas do estudo

### Roteiro semiestruturado

- Introdução do pesquisador e pesquisa;
  - Assunto introdutório que leve a uma aproximação:  
(Experiência profissional/caracterização do entrevistado; abordar que não existem respostas certas nem erradas, o importante é a percepção e experiência do entrevistado. Lembrar que os dados e o participante não serão identificados);
1. Sondar sobre o ambiente de trabalho, as funções e responsabilidades que o profissional acredita ter os profissionais de saúde e ESF:
    - Como você percebe seu trabalho aqui?
    - Quais são as suas funções e responsabilidades?
  2. Sondar conceitos, concepções e valores do profissional em relação ao abuso físico infantil:
    - Sondar o que o profissional acredita ser o abuso físico, os limites, e sobre a palmada ou castigo físico com fim educativo;
    - Tentar sondar experiências de abuso e se essas experiências influenciam na concepção de abuso;
  3. Sondar a experiência do profissional em relação ao tema dentro do serviço e **tentar** sondar possível vivência:
    - Na sua experiência profissional, você já se deparou com uma situação de AFI ou de suspeita de AFI? Como foi?
    - Você já vivenciou algo parecido?
  4. Sondar as opiniões no que diz respeito às barreiras para **identificar** e para **notificar** os casos de AFI:
    - Você considera que existem barreiras para **identificar** casos de AFI? Quais?
    - E para **notificar**?
  5. Sondar as opiniões no que diz respeito aos facilitadores para **identificar** e para **notificar** os casos de AFI:
    - Nós falamos sobre as barreiras e facilitadores? Você considera que existem facilitadores para **identificar** casos de AFI?
    - E para **notificar**?
  6. Sondar os conhecimentos, capacitações e/ou competências quanto a identificação e notificação do AFI:
    - Como você considera que deve ser a abordagem de pacientes diante da suspeita ou confirmação de AFI?
    - O que precisa ser feito? Como?
    - (Tentar sondar se existe comportamento de não notificação e conhecimento sobre os possíveis meios para realizar a notificação).
  7. Apresentar os dados da nossa pesquisa e sondar a opinião do profissional à respeito dos dados de frequência de não notificação.  
 "58 % dos profissionais da rede da ESF de Belo Horizonte já identificaram algum caso de AFI na experiência profissional, mas, dentre esses profissionais que já identificaram, apenas 41% realizou a notificação. O que você acha desse quadro?"
- Agradecimento.
  - Fechamento e considerações finais.

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família frente ao abuso físico infantil”. Esta pesquisa tem como objetivo compreender os significados, percepções, perspectivas e experiências de dentistas, enfermeiros, médicos da família da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pediatras das equipes de apoio à ESF de Belo Horizonte, em relação aos maus-tratos infantis e o abuso físico infantil (AFI) e as condutas tomadas no contexto e cotidiano da atenção básica à saúde.

Caso concorde em participar deste estudo, você participará de uma entrevista individual realizada por um entrevistador, previamente agendada com você, em seu local de trabalho ou local combinado, com duração máxima de 30 minutos. Essa entrevista será gravada em áudio e transcrita textualmente, na íntegra. Você pode se recusar a responder qualquer questão específica. Não haverá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação neste estudo e você não terá nenhum prejuízo financeiro.

Este estudo apresenta riscos controláveis. O tema da entrevista é desagradável para alguns profissionais, e pode ocorrer algum constrangimento durante a entrevista. Outro risco de prejuízo diz respeito à confidencialidade dos dados coletados. Portanto, para minimizar esses riscos, a equipe de pesquisa se compromete a trabalhar os dados com total confidencialidade, especialmente no momento de divulgação dos dados coletados. Os registros e resultados da pesquisa não serão divulgados como pertencentes a você. O áudio da entrevista será armazenado na Faculdade de Odontologia da UFMG para análises apenas por parte dos pesquisadores e não será apresentado em local algum. Como benefício, a pesquisa fornecerá evidências qualitativas de fatores que estão relacionados à dificuldades dos profissionais para a identificação e notificação de casos de AFI. Sua importância consiste na possibilidade de serem desenvolvidas ações que visem diminuir a frequência de subnotificação e de comportamento de não notificação de abuso físico infantil pelos profissionais de saúde do serviço público brasileiro, a partir das informações obtidas.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Os resultados obtidos pela pesquisa, estarão à sua disposição quando finalizada.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família frente ao abuso físico infantil”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

---

Nome completo do participante

Data

---

Assinatura do participante

Pesquisador responsável: Efigênia Ferreira e Ferreira  
 Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha.  
 CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG  
 Telefones: 31 3409 2457  
 E-mail: efigeniaf@gmail.com

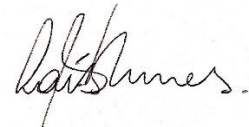



---

Assinatura do pesquisador responsável

Data

Pesquisador: Laís Soares Nunes  
 Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha.  
 CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG  
 Telefones: 34 9 9193 2628  
 E-mail: lais08sn@gmail.com




---

Assinatura do pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**COEP-UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG**

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) Tel: (31) 34094592.

### APÊNDICE C – Exemplo de codificação aberta

Falas significativas (microanálise e conceituação)	Codificação palavra-palavra	Codificação linha-linha	Codificação Aberta (Categorias Iniciais)
<p>“Então, eu acredito que o maus-tratos físicos e o castigo não chegam a ensinar, para mim não é educativo (<b>“castigo físico” “não é educativo”</b>).”</p> <p>“Agora assim, de vez em quando a pessoa vai dar um tapa, mas sem ser...acaba que é de uma forma agressiva, mas eu não sei se igual...como meus pais sempre desde novinha de vez em quando eu sempre recebia um tapinha (<b>“histórico de palmada”</b>), mas eu nunca recebi um tapa a ponto de machucar (<b>“histórico de palmada”</b> e <b>“sem causar lesões”</b>; <b>“intensidade”</b> e <b>“presença de lesão”</b>). É mais um tapa de barulho...eu não acho que um tapa de barulho é tão cruel (<b>“aceitação da palmada de baixa intensidade”</b>). É, eu acho que ele não é nem para...o tapa de baixa intensidade (<b>“intensidade”</b>; dimensão: baixa ou alta) e dependendo da ocasião (<b>“contexto”</b>), eu não acho que ele é para educar, eu acho que ele é para chamar atenção (<b>“imposição de autoridade”</b>).”</p>	<p>Abuso é quando (o tapa) é com maior intensidade.</p> <p>Agressão é quando é a ponto de fazer a criança chorar, de machucar (causa lesões).</p> <p>Quando é <i>leve</i> (intensidade) para chamar atenção da criança (imposição de autoridade), não considera agressão (abuso).</p> <p>O tapa de baixa intensidade não é para educar, é para “impor autoridade”.</p> <p>Palmada de alta intensidade é abuso.</p> <p>Palmada que machuca ou faz chorar é abuso.</p>	<p>Considerando que a palmada e o castigo físico não educam, mas considera que palmadas, dependendo do contexto, se não for de alta intensidade e não machucar, é aceitável para impor autoridade.</p> <p>(Definindo quando a palmada é aceitável e, portanto, não seria considerada abuso em sua concepção).</p>	<p>“Aceitação da palmada para impor autoridade.”</p> <p>“Quando começa o abuso (limites do abuso)”</p>

## APÊNDICE D – Exemplo de memorando

### **Memorando sobre a concepção de abuso relacionado a palmada**

Os participantes parecem não denotar à palmada a finalidade de educar, mas de disciplinar. A palmada é aceita, mas em um ambiente de família “equilibrado” desde que não seja de alta intensidade, e para impor limites ou autoridade. Esse é o contexto que os profissionais dizem considerar o castigo físico aceitável. Parece existir, portanto, aceitação da palmada para impor limites e autoridade.

Por causa dessa aceitação, o conceito de “lesão física” é muito forte para delimitar a palmada que não é aceitável (a palmada que “machuca”) e determinar a concepção de abuso físico. Então, mesmo a lesão sendo uma consequência, a aceitação da palmada leva os participantes a considerarem o fenômeno ou o evento abuso físico, por sua consequência.

Em um ambiente, em uma organização ou em uma sociedade em que há aceitação do castigo físico, o limite do abuso passa a ser fortemente determinado pela (presença de) lesão física e isso pressupõe algum grau de desconsideração das consequências psicológicas tanto para o abuso, mas especialmente para o castigo. Por isso há relatos como o deste profissional, de histórico de castigo e acreditar que não traumatiza. Apesar da força do conceito de lesão física para determinar o abuso, o castigo de alta intensidade e fora do contexto também é considerado pelos participantes como abuso.



**ANEXO A – Financiamento proveniente do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), chamada 07/2017 da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG)**

#	PROC.	COORDENADOR	TÍTULO	INSTITUIÇÃO	VALOR
42	APQ-04327-17	Leticia Helena Januário	TECNOLOGIAS DE AUXÍLIO NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA PROFISSIONAIS E SOCORRISTAS LEIGOS	Universidade Federal de São João Del-Rei	65.424,00
43	APQ-04335-17	José Otávio Do Amaral Corrêa	PREVALENCIA E AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS A CASOS DE FEBRE Q ENTRE PACIENTES SUSPEITOS DE DENGUE	Universidade Federal de Juiz de Fora	101.660,00
44	APQ-04344-17	Eligênia Ferreira e Ferreira	Abuso físico infantil: Significados e atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte - um estudo qualitativo e de intervenção L-alixcoca: Estudo pré-clínico em primatas e clínico de Fase I para avaliação da molécula UFMGV4N2 no tratamento da dependência de cocaína e crack através da opsonização de cocaína na corrente sanguínea utilizando a estimulação do sistema imunológico.	Universidade Federal de Minas Gerais	88.194,88
45	APQ-04347-17	Frederico Duarte Garcia		Universidade Federal de Minas Gerais	563.022,40
46	APQ-04354-17	Márcia Cristina Da Silva Faria	Avaliação da Exposição dos Garimpeiros de Gemas Na Região do Vale do Jequitinhonha Através de Parâmetros Toxicológicos	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	71.300,00
47	APQ-04358-17	Simone De Araújo Medina Mendonça	Gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde: estudo educacional	Universidade Federal de Juiz de Fora	15.505,40
48	APQ-04373-17	Lásara Fabrícia Rodrigues	Otimização da configuração e operação do sistema de atendimento médico emergencial em Ouro Preto	Universidade Federal de Ouro Preto	56.629,59
49	APQ-04380-17	Juarez Rocha Guimarães	Saúde Pública e Comunicação: Impasses do SUS a luz da formação democrática da opinião pública	Universidade Federal de Minas Gerais	73.836,20
					<b>6.785.535,13</b>

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2017.

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATITUDES DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO ABUSO FÍSICO INFANTIL.

**Pesquisador:** Efigenia Ferreira e Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 00198518.1.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.980.471

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa com entrevistas individuais com Profissionais da Estratégia Saúde da Família e de apoio à ESF para compreender as perspectivas, significados e percepções dos profissionais com relação ao abuso físico infantil, sua relação com suas profissões e cotidiano de trabalho, e também com os fatores que estão relacionados à identificação e notificação de casos de AFI.

Segundo a metodologia proposta, o roteiro das entrevistas será iterativamente revisado quando novos entendimentos forem adquiridos a partir das entrevistas anteriores. Será realizado um estudo piloto para adequações no roteiro das entrevistas. O local em que serão realizadas deverá ser apropriado, silencioso, arejado, onde a entrevista possa ocorrer sem interrupções, em local definido de comum acordo com o entrevistado. Um observador acompanhará cada entrevista. As entrevistas serão realizadas até que: (i) nenhum novo dado relevante emergja; (ii) a categoria esteja bem desenvolvida em termos de suas propriedades e dimensões; (iii) configure um relacionamento entre as categorias. Nos critérios de inclusão dos participantes estão 10 cirurgiões-dentistas, 10 enfermeiros, 15 médicos da saúde da família e 15 pediatras das equipes de apoio, em atividade na equipe da Estratégia Saúde da Família, em Belo Horizonte, há pelo menos cinco anos.

No TCLE informa: "Caso concorde em participar deste estudo, você participará de uma entrevista individual realizada por dois entrevistadores, previamente agendada com você, em local a ser definido de comum acordo, com duração de 40 a 60 minutos. Essa entrevista será gravada em áudio e transcrita na íntegra. Você pode se recusar a responder qualquer questão específica. Não

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.471

haverá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação neste estudo e você não terá nenhum gasto."

No projeto completo apresenta o Roteiro Semiestruturado: 1. Introdução do pesquisador e da pesquisa 2. Compreensão do que seja abuso físico infantil. Sondar se sabe diferenciar os tipos. 3. Relação do tema com o trabalho dos profissionais de saúde? 4. Capacidade de identificar e notificar casos de AFI entre pacientes infantis 5. Conhecimento de estratégias para a abordagem de um paciente vítima de AFI 6. A vivência no que tange a esse tema, dentro do serviço.

**Objetivo da Pesquisa:**

Foram definidos pelo proponente:

Objetivo Primário: Compreender os significados, percepções, perspectivas e experiências de dentistas, enfermeiros, médicos da família da saúde da Estratégia Saúde da Família e pediatras das equipes de apoio à ESF de Belo Horizonte, em relação aos maus-tratos infantis e abuso físico infantil e as atitudes tomadas no contexto e cotidiano da atenção básica à saúde.

Objetivo Secundário: Desenvolver um modelo teórico que permita compreender como os fatores se relacionam com a identificação e notificação de AFI por esses profissionais no cotidiano de trabalho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE informa: "Este estudo apresenta riscos como o tema da entrevista, que pode ser constrangedor para alguns profissionais. Outro risco diz respeito à segurança da não identificação de sua fala. Para minimizar e controlar esses riscos, esclarecemos que você tem o direito de responder ou não à cada questão colocada, além de poder abandonar o estudo, se assim o desejar. Além disso, a equipe de pesquisa se compromete a preservar totalmente sua identidade. O áudio e transcrições da entrevista serão guardados sob a responsabilidade dos pesquisadores, por cinco anos, na Faculdade de Odontologia da UFMG, após serem vistos e analisados exclusivamente por eles. Esperamos obter uma melhor compreensão dos fatores que estão relacionados à dificuldades dos profissionais na identificação e notificação de casos de AFI."

Na Plataforma informa: "Dessa forma, os dados levantados nesse estudo, permitirão compreender em profundidade e qualidade o fenômeno e poderá embasar políticas e atitudes públicas que visem diminuir a frequência de subnotificação e de comportamento de não notificação de AFI pelos profissionais de saúde do serviço público brasileiros. Como existe a proposta de um estudo posterior de intervenção, o benefício poderá ser mais consistente para o serviço, incluindo profissionais e usuários. De imediato, não existe benefício direto para os voluntários."

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.471

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da UFMG, nível Mestrado.

Possui apoio financeiro da FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS.

Projeto possui coparticipação da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social, não apresenta comitê de ética, e a Instituição foi Selecionada Via Plataforma Brasil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto preenchida.
- Projeto completo.
- Parecer consubstanciado aprovado Ad Referendum pelo Departamento de Odontologia.

**Recomendações:**

O projeto não apresenta carta anuência, mas possui centro coparticipante da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. Como se trata de entrevistar profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre suas atividades desenvolvidas, verificar se a Secretaria Municipal de Saúde não entraria como coparticipante, e se teria submissão de seu comitê de ética. Neste caso,deveria ser feita uma emenda para inclusão do centro coparticipante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1071845.pdf	26/09/2018 10:20:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALLaisNando.pdf	26/09/2018 10:19:56	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.471

Outros	Parecerconsubiado.pdf	26/09/2018 10:12:46	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2018 10:09:45	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoabuso.pdf	26/09/2018 10:03:18	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Eliane Cristina de Freitas Rocha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO C – Termo de Anuência Institucional emitido pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **Abuso Físico Infantil: Significados e Condutas de Profissionais das Equipes da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte – Uma Abordagem Qualitativa**, sob a responsabilidade da pesquisadora Laís Soares Nunes, CPF 108 545 256 53, cujo objetivo é compreender os significados, percepções, perspectivas e experiências de dentistas, enfermeiros, médicos da família da Estratégia Saúde da Família e pediatras das equipes de apoio à ESF de Belo Horizonte, em relação aos maus-tratos infantis e abuso físico infantil e as atitudes tomadas no contexto e cotidiano da atenção básica à saúde; (ii) Desenvolver um modelo teórico que permita compreender como os fatores se relacionam com a identificação e notificação de AFI por esses profissionais no cotidiano de trabalho e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 14 de junho de 2019

Renata Mascarenhas Bernardes  
 B.M. 77.577-4  
 Diretoria de Assistência à Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 de Belo Horizonte

Renata Mascarenhas Bernardes  
 Diretoria de Assistência à Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Cláudia Fidelis Barcaro  
 Gerência de Educação em Saúde  
 GEDSA SMSA BH

Cláudia Fidelis Barcaro  
 Gerência de Educação em Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Gerência de Educação em Saúde/GEDSA  
 Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica  
 Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH  
 Rua Frederico Bracher Júnior, nº103 - 3º andar - Padre Eustáquio - CEP 30 720-000 - Belo Horizonte/MG.  
 Telefone: (31) 3277 9281 / 8516 e Fax (31) 3277 8458 / e-mail: gedsa@pbh.gov.br

## ANEXO D – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva



### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

### Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.



Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.





No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

#### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a



importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,



e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21 cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.



3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.



#### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

#### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.



### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
 Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.  
 Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## PRODUÇÃO INTELECTUAL E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

### 1. Autora em artigo aceito para publicação em revista científica

NUNES, LS; SILVA-OLIVEIRA, F; MATTOS, FF; FREIRE-MAIA, FB; FERREIRA, EF; ZARZAR, PMPA. (no prelo). Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Cien Saude Colet*, 2020. Disponível em:<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalence-of-recognition-and-reporting-of-child-physical-abuse-by-dental-surgeons-and-associated-factors/17533>>.

### 2. Co-autora em artigo produzido e submetido em revista científica

GUIMARÃES, MO; DRUMOND, CL; NUNES, LS; OLIVEIRA, ES; ZARZAR, PMPA; VIEIRA-ANDRADE, RG. The impact of untreated dental caries on shyness in students from 8 to 10 years old. *Brazilian Oral Research*, 2020.

### 3. Resumos publicados em anais de eventos científicos

NUNES, LS; PAULA, BA; ZARZAR, PM; FERREIRA, FM; MARTINS-JUNIOR, PA; FREIRE-MAIA, FB. Introdução precoce de alimentos contendo sacarose na dieta de bebês e sua associação com cárie dentária. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 2018, Campinas. *Brazilian Oral Research*, 2018, v.32(suppl 2), p. 145.

NUNES, LS; SILVA-OLIVEIRA, F; FERREIRA, EF; MATTOS, FF; FREIRE-MAIA, FB; ZARZAR, PMPA. Abuso físico infantil: identificação e notificação por cirurgiões-dentistas da atenção primária e fatores associados. In: XIV ENCONTRO CIENTÍFICO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG, 2018, Belo Horizonte. *Arquivos em Odontologia*, 2018, v.54, p. 18.

NUNES, LS; VIEIRA-ANDRADE, RG; DRUMOND, CL; RAMOS-JORGE, ML; FERREIRA, EF; ZARZAR, PMPA. Associação entre problemas bucais e o sentimento de vergonha em escolares de 8 a 10 anos de idade. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 2019, Campinas. *Brazilian Oral Research*, 2019, v.33, p.403.

#### **4. Apresentação de trabalhos em eventos científicos**

NUNES, LS; PAULA, BA; ZARZAR, PM; FERREIRA, FM; MARTINS-JUNIOR, PA; FREIRE-MAIA, FB. Introdução precoce de alimentos contendo sacarose na dieta de bebês e sua associação com cárie dentária. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 2018, Campinas.

NUNES, LS; SILVA-OLIVEIRA, F; FERREIRA, EF; MATTOS, FF; FREIRE-MAIA, FB; ZARZAR, PMPA. Abuso físico infantil: identificação e notificação por cirurgiões-dentistas da atenção primária e fatores associados. In: XIV ENCONTRO CIENTÍFICO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG, 2018, Belo Horizonte.

NUNES, LS; VIEIRA-ANDRADE, RG; DRUMOND, CL; RAMOS-JORGE, ML; FERREIRA, EF; ZARZAR, PMPA. Associação entre problemas bucais e o sentimento de vergonha em escolares de 8 a 10 anos de idade. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 2019, Campinas.

#### **5. Prêmio/título em trabalho apresentado em evento científico**

Menção Honrosa na categoria “Estudantes de Pós-Graduação” no XIV ENCONTRO CIENTÍFICO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG, 2018, Belo Horizonte.

#### **6. Monitorias de Pós-Graduação**

Monitoria de Pós-Graduação, voluntária, na disciplina obrigatória “Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I)” ofertada pelo departamento de Odontologia Social e Preventiva.

Monitoria de Pós-Graduação, voluntária, na disciplina optativa “Atendimento Odontológico a Pacientes com Traumatismos Dentários na Dentição Decídua” ofertada pelo departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente.

#### **7. Participação em Grupo de Estudos**

Membro ativo do Grupo de Estudos em Estudos Qualitativos, criado por professores do departamento de Odontologia Social e Preventiva, do segundo semestre de 2018 até os dias atuais.