

## IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR MÉDICOS DE FAMÍLIA NO CEARÁ

IDENTIFICATION AND REPORTING OF ABUSE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS BY FAMILY PHYSICIANS IN CEARÁ

IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE MALTRATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES POR PARTE DE MÉDICOS DE FAMILIA EN CEARÁ

Geraldo Bezerra da Silva Junior<sup>1</sup>  
Ana Carine Arruda Rolim<sup>2</sup>  
Gracyelle Alves Remigio Moreira<sup>3</sup>

Carlos Roberto Silveira Corrêa<sup>4</sup>  
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>5</sup>

**Resumo** O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes no exercício da prática de médicos que atuam na atenção primária, assim como a influência de sua formação para essa prática. A pesquisa abrangeu 227 médicos da Estratégia Saúde da Família em municípios cearenses, nos anos de 2010 a 2012. Realizaram-se análises bivariada e multivariada por regressão logística de dados de questionários dirigidos aos participantes. A maioria referiu não ter participado de treinamento sobre o assunto na graduação (73,6%), não conhecia a ficha de notificação de violência (59%) e relatou que a unidade em que trabalhava não tinha a ficha (80,5%). A maior parte também referiu não conhecer instituições de assistência às vítimas de maus-tratos (85,6%). Dos participantes, 53,1% identificaram pelo menos um caso de maus-tratos contra criança e adolescente durante a prática profissional, e destes, 52,6% notificaram o caso. Tempo de formado, conhecimento da ficha de notificação e confiança nos órgãos de proteção estavam associados à identificação de maus-tratos. Os fatores para a notificação foram: presença da ficha de notificação na unidade e conhecimento de local para onde encaminhar as vítimas. Concluiu-se que a identificação desse problema e o manejo de sua notificação deveriam ser discutidos e orientados durante a formação médica.

**Palavras-chave** violência doméstica; criança; adolescente; notificação de abuso; atenção primária à saúde.

**Abstract** The aim of this study was to analyze factors associated with the identification and reporting of abuse of children and adolescents in the course of the practice of physicians working in primary care, as well as the influence their training had in this practice. Carried out between 2010 and 2012, the survey involved 227 Family Health Strategy physicians in municipalities of the state of Ceará, Brazil. Bivariate and multivariate logistic regression analyses were done based on data from questionnaires the participants responded to. Most reported not having been trained in the subject during their undergraduate studies (73.6%), that they did not know the form used to report violence (59%), and that the unit where they worked did not have such a form available (80.5%). Most also reported not knowing institutions they could refer victims of abuse to (85.6%). Of the participants, 53.1% had already identified at least one case of abuse of children and adolescents during their professional practice and 52.6% reported the case. Time since graduation, awareness of the notification form, and confidence in protection agencies were associated with the identification of abuse. The availability of the notification form at the unit and knowledge of a place to refer the victims to were factors for notification. It was concluded that there is a need to discuss and guide training physicians in the identification of this issue and in the handling of its notification.

**Keywords** domestic violence; child; adolescent; abuse reporting; primary health care.

## Introdução

Assunto ainda pouco discutido na formação médica, o problema da violência que atinge crianças e adolescentes é algo complexo e que pode ser gerado por vários fatores, desde os de ordem disciplinar e educativa, por meio de castigos e do assédio físico e moral, até os característicos de negligência infantojuvenil. Tal assunto tornou-se expressivo pelo impacto que causa à saúde, sendo uma das demandas mais alarmantes na rotina dos serviços de saúde em todo o mundo, com impacto diretamente nas estruturas dos serviços, desencadeando a necessidade de reestruturação na sua organização e nas suas práticas (Monteiro, 2010; Cocco, Silva e Jahn, 2010). No contexto atual, de se pensar e agir em saúde de maneira transversal e integrada, esse fenômeno é reconhecido como uma questão de saúde pública, em virtude de suas graves repercussões nas condições de vida individuais e coletivas em um grupo em plena fase de desenvolvimento físico e mental.

Mais de 1,3 milhão de pessoas morrem a cada ano em todo o mundo como resultado da violência em todas as suas formas (autodirigida, interpessoal e coletiva), representando 2,5% da mortalidade mundial. Para as pessoas com idades entre 15 e 44 anos, a violência é a quarta principal causa de morte no mundo (World Health Organization, 2014). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em 2014 aproximadamente 83,5% das notificações de violência, incluindo abuso e negligência, eram referentes a indivíduos com até 19 anos (Brasil, 2012a).

A conceituação de maus-tratos se apresenta de maneira pouco consensual, uma vez que se trata de fenômeno complexo, com uma associação de fatores individuais e sociais. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2014) define maus-tratos infantojuvenis como:

o abuso e a negligência dirigida a indivíduos com menos de dezoito anos de idade, incluindo todos os tipos de abusos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. Na literatura, os tipos de maus-tratos mais comumente descritos também incluem Síndrome de Munchausen por procuração e Síndrome do Bebê Sacudido (World Health Organization, 2014).

A equipe de saúde, incluindo o médico, tem papel fundamental na identificação e notificação da criança e do adolescente que sofrem maus-tratos.

Muitas lesões corporais e alterações comportamentais podem evidenciar este problema, devendo fazer parte da construção do diagnóstico diferencial.

A literatura traz apontamentos que mostram que o reconhecimento dos sinais e sintomas de maus-tratos e a notificação da violência percebida são desafios na prática médica. O conhecimento insuficiente sobre a identificação deste problema e dificuldades técnicas no processo de notificar têm inibido a incorporação desse ato como conduta padrão no Brasil e em várias partes do mundo (Bannwart e Brino, 2011; Flaherty et al., 2008; Natan et al., 2012; Pietrantonio et al., 2013).

A necessidade de garantir proteção especial à criança e ao adolescente faz parte da agenda política brasileira, e desde 1990 o segmento tem seus direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Este, por sua vez, criou uma estrutura de amparo e defesa desse grupo, tornando obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Em janeiro de 2011, reconhecendo a necessidade da elaboração de medidas mais efetivas de enfrentamento, a Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde lançou a portaria n. 104/11, que inclui a violência doméstica, sexual e outras violências como evento de notificação compulsória em todo o país (Brasil, 2011).

Organizada para articular serviços e ações, a atenção primária à saúde (APS) constitui-se como um alicerce que favorece a abordagem de situações de violência. Nessa perspectiva, o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) também está integrado à rede de serviços de maior densidade tecnológica, com grande potencial regulador de utilização, o que favorece esse modelo para transformar a atenção centrada na ação curativa e tecnicista em atenção centrada na pessoa e na família, considerando a formação de vínculos dos profissionais com a comunidade, atributo essencial para resposta às demandas como violência doméstica e maus-tratos.

Durante a consulta e em outros espaços de aproximação com a comunidade, o médico desempenha um papel fundamental para identificação, tratamento e encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes junto com os outros membros da equipe de saúde da família. A clínica desenvolvida pelo médico na atenção primária tem especificidades que a tornam diferente da desenvolvida em ambulatórios de especialidades ou centros hospitalares. Ao médico da atenção primária também cabe a condução biomédica associada à abordagem social de grande complexidade em virtude do número de variáveis envolvidas no processo de trabalho; portanto, o médico da ESF dispõe de um espaço com grandes possibilidades de atuação, numa abordagem integral da temática, e detém uma posição privilegiada no enfrentamento da violência infantil (Oliveira, Almeida e Morita, 2011).

O objetivo do estudo foi analisar os fatores associados à identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes no exercício da prática de médicos que atuam na atenção primária e a influência de sua formação para tal prática.

### **Investigação da notificação de maus-tratos à criança e ao adolescente pela equipe médica da atenção primária**

O estudo aqui apresentado foi do tipo transversal, realizado com médicos da ESF de 85 (46,2%) dos 184 municípios do estado do Ceará (Figura 1), e integrou o projeto de pesquisa “Violência envolvendo crianças e adolescentes: fatores condicionantes, processo de notificação e mecanismos de enfrentamento, realizado em municípios do Ceará”. O objetivo foi analisar a notificação pelos profissionais da equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) de maus-tratos em crianças e adolescentes.

A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2010 e 2012, por meio da emissão de um conjunto de cartas-convite, termos de consentimento livre e esclarecido e questionários estruturados aos médicos das equipes da ESF dos municípios participantes. O envio e a distribuição desse material para os profissionais foram intermediados pelas coordenadorias regionais de saúde ou pelas secretarias municipais de saúde.

A amostra foi obtida com base no retorno dos instrumentos, seguindo fluxo inverso. Apenas os questionários respondidos por médicos compuseram a amostra final do estudo. Dessa forma, foram dispostos dados de 227 médicos da ESF dos municípios estudados, o que correspondeu a 23,6% da população de médicos do período de desenvolvimento da pesquisa, segundo o Departamento da Atenção Básica – DAB (Brasil, 2012b).

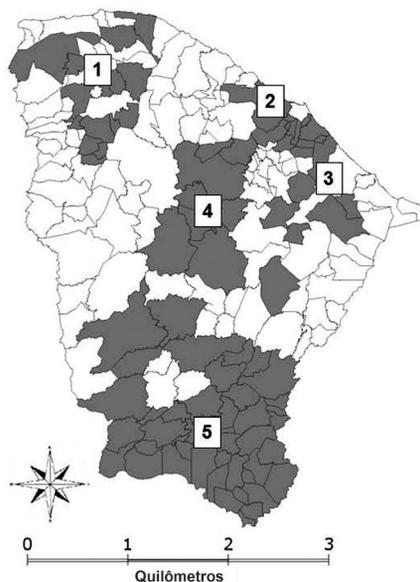
No estudo, foram incluídos dados de todas as regiões do Ceará, distribuídos em 13 municípios da macrorregião de Fortaleza, dos 44 existentes; 15 da macrorregião de Sobral, dos 55 existentes; quarenta municípios da macrorregião do Cariri, de 45 existentes; 13 da macrorregião Sertão Central, de vinte existentes; e três da macrorregião Litoral Leste, de vinte existentes (Figura 1). É importante salientar que, durante a coleta de dados, as macrorregiões Sertão Central e Litoral Norte ainda não existiam, e seus municípios, organizados em microrregiões, estavam sob responsabilidade da macrorregião de Fortaleza. É também importante pontuar que a amostra proveniente de dados do município de Fortaleza, capital do estado, não foi incluída no estudo, em virtude das especificidades locais que poderiam trazer possíveis desvios de homogeneidade entre os demais dados apresentados.

Figura 1

---

Mapa do estado do Ceará evidenciando os municípios investigados, 2012

---



Fonte: Os autores.

Nota: 1- Macrorregião de Sobral; 2- Macrorregião de Fortaleza; 3- Litoral Leste; 4- Sertão Central; 5- Cariri.

Os desfechos avaliados foram a identificação e a notificação de maus-tratos realizadas pelos médicos investigados. Para atender ao objetivo da pesquisa, o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi utilizado para analisar a associação entre os desfechos e as variáveis preditoras, ou seja, quais fatores estavam associados à identificação e notificação.

O nível de significância foi estabelecido em 5% ( $p < 0,05$ ). Seguiram-se a essas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, incluindo no modelo as variáveis preditoras que mostraram associação aos desfechos com significância  $p < 0,25$ . Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis ao nível de significância  $p < 0,05$ . A força de associação entre os desfechos e as variáveis preditoras foi expressa em valores estimados de *odds ratio* (OR) bruto e ajustado, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Todos os questionários foram conferidos e inseridos no banco com dupla entrada, a fim de verificar a consistência dos dados, que foram digitados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 17.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), de acordo com o parecer n. 72/2007, e obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Resultados

Os médicos apresentaram média de idade de 37 anos, com desvio-padrão (DP) de 12,2 anos. Observou-se o predomínio de profissionais do sexo masculino (67%). A faixa etária mais frequente foi de 23 a 37 anos (53,8%), e a maioria era casada (55,6%). A maior parte deles tinha cinco ou mais anos de formado (54,4%) e tempo de trabalho na ESF de menos de cinco anos (51,5%). Quanto à formação, 53,2% tinham pós-graduação, prevalecendo os profissionais com especialização na área de saúde coletiva (51,5%).

As características acerca da instrumentação, do conhecimento e da conduta do profissional sobre a notificação de maus-tratos indicaram que a maioria não havia participado de treinamento sobre o assunto durante sua formação na graduação (73,6%), não conhecia a ficha de notificação de violência (59%) e relatou que a unidade de atenção primária à saúde (UAPS) em que trabalhava não possuía a ficha (80,5%). A maior parte dos participantes também referiu não conhecer as instituições de assistência a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos nos municípios em que trabalhavam (85,6%).

Em relação à apropriação do tema pelos médicos, 71,9% responderam que não liam a respeito do tema em questão, e 68,8% afirmaram que o assunto não era discutido no ambiente de trabalho. Ao mesmo tempo, 72,7% referiram conhecer o ECA e 64,2% relataram saber para onde deveriam encaminhar as vítimas identificadas. Já 53,1% identificaram pelo menos um caso de maus-tratos contra criança e adolescente durante a prática profissional. Dentre estes, 52,6% notificaram o caso.

### **Fatores associados à identificação e notificação de maus-tratos à criança e ao adolescente**

As análises dos modelos não ajustados mostraram associação estatisticamente significativa das seguintes variáveis na identificação de maus-tratos: sexo, tempo de formado, tempo de trabalho na APS, conhecimento da ficha de notificação, presença da ficha de notificação na unidade e confiança nos órgãos de proteção. No modelo final, permaneceram associadas à identificação de maus-tratos pelos médicos: tempo de formado, conhecimento da ficha de notificação e confiança nos órgãos de proteção (Tabela 1).

Tabela 1

Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à identificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por parte de médicos da atenção primária. Ceará, Brasil, 2010-2012

| Variável                                      | Médico identificou maus-tratos |      |     |      | Não ajustada     |        | Ajustada (modelo final) |       |
|---|--------------------------------|------|-----|------|------------------|--------|-------------------------|-------|
|   | Sim                            |      | Não |      | OR (IC95%)       | p      | OR (IC95%)              | p     |
|   | n                              | %    | n   | %    |                  |        |                         |       |
| <b>Sexo (n=226)</b>                           |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Masculino                                     | 87                             | 72,5 | 64  | 60,4 | 0,57 (0,31–1,04) | 0,053  |                         |       |
| Feminino                                      | 33                             | 27,5 | 42  | 39,6 |                  |        |                         |       |
| <b>Idade (n=199)</b>                          |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| 23-37 anos                                    | 63                             | 58,9 | 64  | 69,6 | 0,62 (0,33–1,17) | 0,118  |                         |       |
| >37 anos                                      | 44                             | 41,1 | 28  | 30,4 |                  |        |                         |       |
| <b>Sofreu maus-tratos na infância (n=225)</b> |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 12                             | 10,0 | 07  | 6,7  | 1,55 (0,53–4,85) | 0,370  |                         |       |
| Não   | 108                            | 90,0 | 98  | 93,3 |                  |        |                         |       |
| <b>Estado conjugal (n=224)</b>                |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Casado  | 72                             | 60,0 | 52  | 50,0 | 1,50 (0,85–2,63) | 0,133  |                         |       |
| Não casado                                    | 48                             | 40,0 | 52  | 50,0 |                  |        |                         |       |
| <b>Tempo de formado (n=225)</b>               |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| < 5 anos                                      | 43                             | 36,1 | 59  | 55,7 | 2,21 (1,25–3,92) | 0,003  | 2,35 (1,31–4,22)        | 0,004 |
| ≥ 5 anos                                      | 76                             | 63,9 | 47  | 44,3 |                  |        |                         |       |
| <b>Pós-graduação (n=221)</b>                  |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 68                             | 58,1 | 50  | 48,1 | 1,49 (0,85–2,64) | 0,135  |                         |       |
| Não   | 49                             | 41,9 | 54  | 51,9 |                  |        |                         |       |
| <b>Tempo de trabalho na APS (n=226)</b>       |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| < 5 anos                                      | 52                             | 60,4 | 64  | 43,3 | 1,99 (1,13–3,51) | 0,011  |                         |       |
| ≥ 5 anos                                      | 42                             | 39,6 | 68  | 56,7 |                  |        |                         |       |
| <b>Participou de treinamento (n=226)</b>      |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 36                             | 30,0 | 24  | 22,6 | 1,46 (0,77–2,79) | 0,211  |                         |       |
| Não   | 84                             | 70,0 | 82  | 77,4 |                  |        |                         |       |
| <b>Conhece o ECA (n=226)</b>                  |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 90                             | 75,0 | 75  | 70,8 | 1,24 (0,65–2,33) | 0,473  |                         |       |
| Não   | 30                             | 25,0 | 31  | 29,2 |                  |        |                         |       |
| <b>Conhece a ficha de notificação (n=221)</b> |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 60                             | 51,7 | 31  | 29,5 | 2,55 (1,41–4,63) | <0,001 | 2,32 (1,28–4,23)        | 0,005 |
| Não   | 56                             | 48,3 | 74  | 70,5 |                  |        |                         |       |
| <b>Ficha de notificação na UAPS (n=221)</b>   |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 29                             | 24,6 | 14  | 13,6 | 2,07 (0,97–4,52) | 0,040  |                         |       |
| Não   | 89                             | 75,4 | 89  | 86,4 |                  |        |                         |       |
| <b>Confia nos órgãos de proteção (n=212)</b>  |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 73                             | 63,5 | 77  | 79,4 | 0,45 (0,22–0,87) | 0,011  | 0,40 (0,20–0,78)        | 0,007 |
| Não   | 42                             | 36,5 | 20  | 20,6 |                  |        |                         |       |
| <b>Sabe para onde encaminhar (n=215)</b>      |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 80                             | 67,8 | 58  | 59,8 | 1,41 (0,77–0,27) | 0,223  |                         |       |
| Não   | 38                             | 32,2 | 39  | 40,2 |                  |        |                         |       |
| <b>Medo de envolvimento legal (n=219)</b>     |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 27                             | 23,3 | 26  | 25,2 | 1,11 (0,57–2,16) | 0,734  |                         |       |
| Não   | 89                             | 76,7 | 77  | 74,8 |                  |        |                         |       |
| <b>Lê sobre a temática (n=224)</b>            |                                |      |     |      |                  |        |                         |       |
| Sim   | 87                             | 28,3 | 29  | 27,9 | 1,02 (0,54–1,91) | 0,941  |                         |       |
| Não   | 33                             | 71,7 | 75  | 72,1 |                  |        |                         |       |

continua &gt;

Continuação - Tabela 1

Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à identificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por parte de médicos da atenção primária. Ceará, Brasil, 2010-2012

| Variável  | Médico identificou maus-tratos |      |     |      | Não ajustada     |       | Ajustada (modelo final) |   |
|---|--------------------------------|------|-----|------|------------------|-------|-------------------------|---|
|   | Sim                            |      | Não |      | OR (IC95%)       | p     | OR (IC95%)              | p |
|   | n                              | %    | n   | %    |                  |       |                         |   |
| <b>Assunto discutido no trabalho (n=225)</b>            |                                |      |     |      |                  |       |                         |   |
| Sim   | 47                             | 39,2 | 23  | 21,9 | 2,29 (1,22-4,35) | 0,005 |                         |   |
| Não   | 73                             | 60,8 | 82  | 78,1 |                  |       |                         |   |
| <b>Conhece instituição que assiste a vítima (n=222)</b> |                                |      |     |      |                  |       |                         |   |
| Sim   | 20                             | 16,8 | 12  | 11,6 | 1,53 (0,66-3,63) | 0,275 |                         |   |
| Não   | 99                             | 83,2 | 91  | 88,4 |                  |       |                         |   |
| <b>Acha vantagem notificação na APS (n=224)</b>         |                                |      |     |      |                  |       |                         |   |
| Sim   | 107                            | 89,2 | 90  | 86,5 | 1,28 (0,52-3,12) | 0,547 |                         |   |
| Não   | 13                             | 10,8 | 14  | 14,5 |                  |       |                         |   |

Fonte: Os autores.

Nota: OR: *odds ratio* (razão de chance); IC: intervalo de confiança; APS: atenção primária em saúde; ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente; UAPS: unidades de atenção primária em saúde.

Em relação ao desfecho 'notificação', as variáveis estatisticamente associadas na análise não ajustada foram: dispor de ficha de notificação na unidade, saber para onde encaminhar a vítima, discutir o assunto no ambiente de trabalho e conhecer instituição de apoio. No modelo final, permaneceram associadas à notificação de maus-tratos: a presença da ficha de notificação na unidade e o conhecimento do profissional em relação ao local para onde encaminhar a criança ou adolescente vítima de maus-tratos (Tabela 2).

Tabela 2

Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por parte de médicos da atenção primária. Ceará, Brasil, 2010-2012

| Variável                                      | Médico notificou maus-tratos |      |     |      | Não ajustada     |       | Ajustada (modelo final) |   |
|---|------------------------------|------|-----|------|------------------|-------|-------------------------|---|
|   | Sim                          |      | Não |      | OR (IC95%)       | p     | OR (IC95%)              | p |
|   | n                            | %    | n   | %    |                  |       |                         |   |
| <b>Sexo (n=133)</b>                           |                              |      |     |      |                  |       |                         |   |
| Masculino                                     | 50                           | 71,4 | 44  | 69,8 | 0,92 (0,41-2,09) | 0,841 |                         |   |
| Feminino                                      | 20                           | 28,6 | 19  | 30,2 |                  |       |                         |   |
| <b>Idade (n=118)</b>                          |                              |      |     |      |                  |       |                         |   |
| 23-37 anos                                    | 36                           | 58,1 | 33  | 58,9 | 0,96 (0,43-2,14) | 0,924 |                         |   |
| >37 anos                                      | 26                           | 41,9 | 23  | 41,3 |                  |       |                         |   |
| <b>Sofreu maus-tratos na infância (n=133)</b> |                              |      |     |      |                  |       |                         |   |
| Sim   | 09                           | 12,9 | 06  | 9,5  | 1,40 (0,41-5,09) | 0,544 |                         |   |
| Não   | 61                           | 87,1 | 57  | 90,5 |                  |       |                         |   |

continua >

Continuação - Tabela 2

Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por parte de médicos da atenção primária. Ceará, Brasil, 2010-2012

| Variável  | Médico notificou maus-tratos |      |     |      | Não ajustada      |       | Ajustada (modelo final) |       |
|---|------------------------------|------|-----|------|-------------------|-------|-------------------------|-------|
|   | Sim                          |      | Não |      | OR (IC95%)        | p     | OR (IC95%)              | p     |
|   | n                            | %    | n   | %    |                   |       |                         |       |
| <b>Estado conjugal (n=132)</b>                          |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Casado  | 41                           | 58,6 | 38  | 61,3 | 0,89 (0,41–1,90)  | 0,751 |                         |       |
| Não casado  | 29                           | 41,4 | 24  | 38,7 |                   |       |                         |       |
| <b>Tempo de formado (n=132)</b>                         |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| < 5 anos  | 26                           | 37,1 | 22  | 35,5 | 0,93 (0,42–2,01)  | 0,843 |                         |       |
| ≥ 5 anos  | 44                           | 62,9 | 40  | 64,5 |                   |       |                         |       |
| <b>Pós-graduação (n=129)</b>                            |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 39                           | 55,7 | 33  | 55,9 | 0,99 (0,46–2,10)  | 0,980 |                         |       |
| Não   | 31                           | 44,3 | 26  | 44,1 |                   |       |                         |       |
| <b>Tempo de trabalho na APS (n=133)</b>                 |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| < 5 anos  | 30                           | 42,9 | 27  | 42,9 | 1,00 (0,47–2,10)  | 1,000 |                         |       |
| ≥ 5 anos  | 40                           | 57,1 | 36  | 57,1 |                   |       |                         |       |
| <b>Participou de treinamento (n=133)</b>                |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 24                           | 34,3 | 14  | 22,2 | 1,82 (0,79–4,29)  | 0,124 |                         |       |
| Não   | 46                           | 65,7 | 49  | 77,8 |                   |       |                         |       |
| <b>Conhece o ECA (n=133)</b>                            |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 53                           | 75,7 | 46  | 73,0 | 1,15 (0,49–2,70)  | 0,722 |                         |       |
| Não   | 17                           | 24,3 | 17  | 27,0 |                   |       |                         |       |
| <b>Conhece a ficha de notificação (n=129)</b>           |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 37                           | 55,2 | 24  | 38,7 | 1,95 (0,91–4,18)  | 0,061 |                         |       |
| Não   | 30                           | 44,8 | 38  | 61,3 |                   |       |                         |       |
| <b>Ficha de notificação na UAPS (n=131)</b>             |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 22                           | 31,9 | 08  | 12,9 | 3,15 (1,20–8,93)  | 0,010 | 2,64 (1,03–6,71)        | 0,041 |
| Não   | 47                           | 68,1 | 54  | 87,1 |                   |       |                         |       |
| <b>Confia nos órgãos de proteção (n=127)</b>            |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 47                           | 70,1 | 34  | 56,7 | 1,79 (0,81–3,98)  | 0,115 |                         |       |
| Não   | 20                           | 29,9 | 26  | 43,3 |                   |       |                         |       |
| <b>Sabe para onde encaminhar (n=131)</b>                |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 53                           | 51,9 | 32  | 50,8 | 3,42 (1,51–7,87)  | 0,001 | 3,29 (1,50–7,25)        | 0,003 |
| Não   | 15                           | 22,1 | 31  | 49,2 |                   |       |                         |       |
| <b>Medo de envolvimento legal (n=128)</b>               |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 13                           | 18,6 | 18  | 31,0 | 1,97 (0,80–4,90)  | 0,101 |                         |       |
| Não   | 57                           | 81,4 | 40  | 69,0 |                   |       |                         |       |
| <b>Lê sobre a temática (n=133)</b>                      |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 22                           | 31,4 | 14  | 22,2 | 1,60 (0,68–3,80)  | 0,233 |                         |       |
| Não   | 48                           | 68,6 | 49  | 77,8 |                   |       |                         |       |
| <b>Assunto discutido no trabalho (n=133)</b>            |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 31                           | 44,3 | 15  | 23,8 | 2,50 (1,13–5,80)  | 0,013 |                         |       |
| Não   | 39                           | 55,7 | 48  | 76,2 |                   |       |                         |       |
| <b>Conhece instituição que assiste a vítima (n=132)</b> |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 15                           | 21,4 | 05  | 8,1  | 3,10 (0,98–11,59) | 0,033 |                         |       |
| Não   | 55                           | 78,6 | 57  | 91,9 |                   |       |                         |       |
| <b>Acha vantagem notificação na APS (n=133)</b>         |                              |      |     |      |                   |       |                         |       |
| Sim   | 63                           | 90,0 | 52  | 82,5 | 1,90 (0,61–6,20)  | 0,209 |                         |       |
| Não   | 07                           | 10,0 | 11  | 17,5 |                   |       |                         |       |

Fonte: Os autores.

Nota: OR: *odds ratio* (razão de chance); IC: intervalo de confiança; APS: atenção primária em saúde; ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente; UAPS: unidades de atenção primária em saúde.

## Interpretação dos achados à luz da saúde coletiva

Apesar de os resultados da pesquisa revelarem que a maioria dos profissionais não havia sido preparada para lidar com situações de maus-tratos (possivelmente por não ter tido oportunidade de discutir e vivenciar o assunto durante a graduação), desconhecia dispositivos normativos, não discutia sobre o tema no cotidiano do trabalho e que as UAPs não dispunham de insumos suficientes para efetivar a notificação, predominaram os médicos que identificaram (53,1%) e notificaram (52,6%) casos de maus-tratos no grupo infantojuvenil.

A literatura aponta dados divergentes sobre a notificação dessa violência entre os profissionais médicos. Nos Estados Unidos, pesquisa envolvendo 434 médicos constatou que 76% dos casos suspeitos de abuso infantil não foram comunicados aos órgãos de proteção por esses profissionais (Flaherty et al., 2008). Em Israel, investigação realizada com médicos e enfermeiros que trabalhavam com crianças em vários departamentos de uma instituição de saúde verificou que 60% dos participantes não relataram incidentes de maus-tratos infantis no último ano (Natan et al., 2012). No cenário brasileiro, Bannwart e Brino (2011) destacam as dificuldades enfrentadas por médicos pediatras na identificação e notificação de maus-tratos, evidenciando a necessidade de confirmação da suspeita do caso para que seja feita a notificação. Lima e colaboradores (2011) verificaram, assim como no estudo aqui apresentado, que a maioria dos profissionais da atenção primária notificava os casos de violência identificados (65,8%) e que os médicos foram os que mais identificaram crianças e adolescentes vitimados.

No estudo que deu origem a este artigo, a constatação de que a maioria dos médicos identificava e notificava maus-tratos chamou a atenção para o fato de o estado do Ceará ter sido um dos pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família – o que, possivelmente, tem implicado uma prática médica que amplia as possibilidades de entender as dinâmicas familiares e os eventos que ocorrem nessas relações. A formação desses profissionais nas residências de saúde da família também pode favorecer um exame clínico mais acurado e escutas mais qualificadas.

No entanto, vale pontuar que, segundo informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Brasil (Sinan), que incluem dados de violência doméstica, sexual e outras violências em todos os níveis de atenção, o Ceará, em 2012, foi o estado que menos notificou casos de violência dirigidos a indivíduos entre zero e 19 anos, em relação ao número de indivíduos em risco. A prevalência de notificação no estado para aquele ano foi de 1,9 para cada dez mil habitantes entre zero e 19 anos, enquanto a prevalência nacional foi de 10,6 notificações para o mesmo grupo (Brasil, 2012a).

Na perspectiva da atenção primária, a literatura nacional aponta que o medo de represálias profissionais tem contribuído para o agravamento do

problema da subnotificação de casos de maus-tratos (Oliveira et al., 2012; Rolim et al., 2014). No contexto do trabalho da ESF, a valorização do vínculo médico-comunidade para a determinação do projeto terapêutico coloca em evidência a necessidade de fortalecimento de uma rede de apoio para o enfrentamento da questão da violência, chamando-se a atenção para a importância do suporte intersetorial.

No estudo aqui apresentado, o fato de o médico ter mais tempo de formado contribuiu para a identificação dos casos de maus-tratos, possivelmente explicado pela experiência clínica adquirida, ampliação de competências e maior habilidade para realizar diagnósticos diferenciais. Outra possibilidade relaciona-se ao estabelecimento de vínculo desse médico com as famílias que coabitam o território adstrito, ampliando o olhar para a identificação de maus-tratos e apreendendo-os como uma significativa e recorrente demanda do grupo infantojuvenil nas unidades básicas de saúde. O convívio com a equipe de saúde da família, incluindo os agentes comunitários de saúde (ACSs), também favorece discussões sobre os problemas da comunidade, bem como leva o profissional a conhecer melhor a rede de serviços, incluindo aqueles especializados no atendimento das vítimas de maus-tratos.

Pontos importantes para que o médico de família identifique maus-tratos em crianças e adolescentes são o conhecimento da ficha e a confiança nos órgãos de proteção, variáveis que certificam a apropriação do tema e a assimilação de que o 'problema' é complexo e solicita serviços articulados para enfrentá-lo. Procurou-se aqui demonstrar que quando os profissionais têm sua prática ancorada pelo Estado manifestam mais habilidade na identificação desses casos. Acredita-se que o Estado, representado pelas secretarias municipais, é um dos principais responsáveis pelas estratégias de capacitação de profissionais para enfrentamento do problema, na perspectiva do setor saúde. Não obstante, os cursos de graduação deveriam incluir o tema da violência para que o médico tenha em sua formação conhecimentos suficientes para identificar e notificar casos de maus-tratos, o que se mostra um problema crescente em nossa sociedade. Programas de treinamento sobre a identificação de maus-tratos e como proceder nesses casos têm se mostrado bastante eficazes, com impacto na redução da violência dirigida a crianças e adolescentes (Knox e Pelletier, 2014).

A apresentação da ficha e a adequada capacitação para o preenchimento correto de informações relevantes podem contribuir para o empoderamento dos profissionais. Os órgãos de proteção também devem ser garantidos pelo Estado, juntamente com outros equipamentos sociais que formam a rede de apoio e proteção. Nessa linha de raciocínio, urge investir no fortalecimento sistemático dos conselhos tutelares como porta de entrada para o acionamento da rede de proteção e apoio com o fim de romper o ciclo de maus-tratos.

Uma questão fundamental é a educação permanente dos profissionais (não só do médico) para a identificação de casos de maus-tratos. O assunto ainda é pouco discutido durante a formação médica, e a sua inclusão no currículo obrigatório é importante na medida em que se depara com o perfil da morbimortalidade nessa faixa etária associado às violências de modo geral.

Entre os médicos entrevistados em estudo de Oliveira, Almeida e Morita (2011), houve consenso de que o tema violência é pouco abordado na graduação porque não é incluído academicamente nos currículos das escolas médicas. Ressaltaram-se, no discurso, as formas pontuais de abordagem da temática em disciplinas relacionadas à saúde mental, à saúde da mulher e à medicina de urgência. Segundo os médicos, a principal fonte de aprendizado desse assunto era a vivência prática da situação, que ocorria efetivamente na residência médica (Oliveira, Almeida e Morita, 2011). Em vários momentos do curso médico o tema pode ser discutido, como nas aulas de pediatria, saúde coletiva, psicologia médica, psiquiatria e nos respectivos ambientes de prática, sobretudo nos estágios em serviços de atenção primária.

Com relação à notificação, identificaram-se como fatores associados: a unidade de saúde dispor da ficha de notificação e o profissional conhecer o fluxo de encaminhamentos. Retoma-se a importância do papel do Estado como mantenedor dos insumos e com responsabilidade para assegurá-los, de modo que o processo de trabalho seja realizado com qualidade, integridade e atenda aos preceitos éticos e legais.

Sobre os encaminhamentos, o profissional deve ser capacitado para tal, e a rede precisa estar fortalecida e disponível para receber e dar seguimento aos casos de maus-tratos referenciados pela atenção primária. Nesse sentido, deve ser assegurada a 'logística' do encaminhamento das vítimas de maus-tratos para os locais apropriados, para tratamento e acompanhamento.

Na atual conjuntura do SUS, os médicos encontram enorme dificuldade para encaminhar os pacientes aos serviços especializados, não só no caso de maus-tratos, mas principalmente quando se encontram em lugares remotos do país. Na prática, quando se encaminha um paciente para atendimento especializado nos serviços de referência, a espera é muito grande, e nos casos de emergência os hospitais de referência ficam lotados, porque a demanda é maior que a oferta de serviços.

No limite, consideramos dois pontos que procuramos discutir fortemente neste artigo, para atingir os resultados aqui indicados. O primeiro é o papel do Estado em capacitar o profissional e manter a rede 'funcionante' (com insumos e equipamentos sociais de enfrentamento). O segundo é a formação do profissional, pois, mesmo reconhecendo o papel do Estado em ofertar estratégias de aperfeiçoamento e capacitação, é imprescindível que as instituições formadoras reconheçam as novas demandas que se apresentam e sejam capazes de formar profissionais mais sensíveis para o problema.

No meio da discussão, percebemos como fica cada vez mais difícil para o profissional de saúde lidar com as questões sociais e transformar tais questões em dados epidemiológicos, sobretudo quando se trata de questões de diagnóstico difícil, com forte influência cultural, como é o caso da violência. As escolas médicas no Brasil têm se preocupado cada vez mais com as questões sociais, sendo as matérias relacionadas à saúde coletiva bastante discutidas ao longo de todo o curso médico. No cenário da atenção primária à saúde, as unidades são consideradas cenários propícios ao diagnóstico de situações de violência (não só em crianças e adolescentes), mas é preciso considerar fatores relacionados a cada pessoa, ao próprio profissional e à estrutura do serviço para que efetivamente tal diagnóstico ocorra (Oliveira, Almeida e Morita, 2011). No estudo aqui apresentado, assumiu-se como fator limitante a adesão de 23,6% dos médicos contatados, o que dificultou a generalização dos dados encontrados. Esse valor pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a complexidade do objeto de investigação ou a falta de interesse e formação no assunto. Pode-se também supor que a pesquisa tenha apresentado dados referentes aos profissionais mais comprometidos com as ações de saúde ou que tenham mais afinidade com a temática.

### **Considerações finais**

A reflexão sobre a prática notificatória de maus-tratos a crianças e adolescentes com base na experiência de médicos de família no Ceará apontou que a realidade do estado se apresenta aquém do esperado na identificação e notificação do problema em questão. Ao se considerar que se trata de um evento de notificação compulsória, os casos que passam despercebidos ou não são notificados impossibilitam a tomada de medidas para o combate e o controle do problema, incluindo acionamento da rede de apoio e medidas jurídicas. A identificação desse problema e o protocolo de sua notificação devem ser discutidos e orientados durante a formação médica, desde a graduação até a pós-graduação. Estratégias de ensino com metodologias ativas, sobretudo o estudo baseado em problemas e a vivência em ambientes de prática, são importantes ferramentas para subsidiar a discussão do tema da violência na educação médica.

## Colaboradores

Ana Carine Arruda Rolim, Gracyelle Alves Remigio Moreira, Carlos Roberto Silveira Corrêa e Luiza Jane Eyre de Souza Vieira elaboraram o projeto de pesquisa, analisaram os dados e redigiram a primeira versão do artigo. Ana Carine Arruda Rolim e Gracyelle Alves Remigio Moreira realizaram a coleta dos dados. Geraldo Bezerra da Silva Junior analisou os dados e redigiu a primeira versão do artigo. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

**Resumen** El objetivo de este estudio fue estudiar los factores asociados a la identificación y notificación de maltrato en niños y adolescentes durante el ejercicio de la práctica de médicos que actúan en la atención primaria, así como la influencia de su formación en esta práctica. La investigación contempló 227 médicos de la Estrategia Salud de la Familia, en municipios del estado de Ceará, Brasil, durante los años 2010 a 2012. Se realizaron análisis bivariado y multivariado por regresión logística de datos de cuestionarios dirigidos a los participantes. La mayoría manifestó no haber participado en capacitación sobre el tema durante el pregrado (73,6%), no conocía la ficha de notificación de violencia (59%) y observó que la unidad en que trabajaba no contaba con la ficha (80,5%). La mayor parte también relató no conocer instituciones de asistencias a las víctimas de maltrato (85,6%). De los participantes, el 53,1% identificó por lo menos un caso de maltrato contra niños y adolescentes durante la práctica profesional y de ellos 52,6% notificó el caso. Tiempo de graduado, conocimiento de la ficha de notificación y confianza en los órganos de protección estaban asociados a la identificación de maltrato. Los factores para la notificación fueron: presencia de la ficha de notificación en la unidad y conocimiento de lugar adonde encaminar las víctimas. Se concluyó que la identificación de este problema y el manejo de su notificación deberían ser discutidos y orientados durante la formación médica.

**Palabras clave** violencia doméstica; niños; adolescente; notificación de abuso; atención primaria de la salud.

## Notas

<sup>1</sup> Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Curso de Medicina. Fortaleza, Ceará.  
<geraldobezerrajr@yahoo.com.br>  
Correspondência: Av. Washington Soares, 1.321, Bloco S, sala S1, Edson Queiroz, CEP 60811-905, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo.  
<anacarine@gmail.com>

<sup>3</sup> Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, Ceará.

<gracyremigio@gmail.com>

<sup>4</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo.

<carlosoberro@gmail.com>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, Ceará.

<janeeyre@unifor.br>

## Referências

BANNWART, Thaís H.; BRINO, Rachel F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 138-145, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jan. 2011, seção 1, página 37. Disponível em: <[www.jusbrasil.com.br/diarios/24355632/pg-37-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-26-01-2011](http://www.jusbrasil.com.br/diarios/24355632/pg-37-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-26-01-2011)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Datasus*: informações de saúde. 2012a. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde a Família. 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

COCCO, Marta; SILVA, Ethel B.; JAHN, Alice C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 491-497, 2010.

FLAHERTY, Emalee G. et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*, Grove Village, v. 122, n. 3, p. 611-619, 2008.

KNOX, Michele S.; PELLETIER, Heather. Effects of medical student training in child advocacy and child abuse prevention and intervention. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Worcester, v. 6, n. 2, p. 129-133, 2014.

LIMA, Maria C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infantojuvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 118-137, 2011.

MONTEIRO, Fernanda O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, s/v, n. 103, p. 476-502, 2010.

NATAN, Merav B. et al. Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, Oxford, v. 59, n. 3, p. 331-337, 2012.

OLIVEIRA, Cristiano C.; ALMEIDA, Margareth A. S.; MORITA, Ione. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 412-420, 2011.

OLIVEIRA, Marluce T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas unidades de saúde da família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

PIETRANTONIO, Anna M. et al. Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect*, Oxford, v. 37, n. 2-3, p. 102-109, fev.-mar. 2013.

ROLIM, Ana C. A. et al. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica e análise de fatores associados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 794-804, out.-dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on violence prevention 2014*. Genebra: World Health Organization, 2014. Disponível em: <[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

---

Recebido em 31/08/2015  
Aprovado em 29/04/2016