



Artigo Original de Pesquisa

Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta de profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família

Maltreatment in childhood and adolescence: perception and conduct of higher education professionals acting at Family Health Strategy

Priscilla Lesly Perlas Condori¹
Stephanie Camila Lopes do Nascimento¹
Aline Both Dubal Mitie¹
Eduardo Pizzatto¹
Verônica de Azevedo Mazza¹
Marilene da Cruz Magalhães Buffon¹

Autor para correspondência:

Eduardo Pizzatto
Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Paraná
Av. Padre Camargo, 280 – 7.º andar – Alto da Glória
CEP: 80060-240 – Curitiba – PR – Brasil
E-mail: eduardo.pizzatto@ufpr.br

¹ Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

Recebido em: 5 nov. 2017. Aceito em: 21 dez. 2017.

Palavras-chave:

maus-tratos infantis;
violência; notificação;
Estratégia Saúde da
Família.

Resumo

Introdução: Os maus-tratos infantis são um problema mundial com graves consequências que podem perdurar por toda a vida. **Objetivo:** Analisar o processo de notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde com nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) em dois municípios da região metropolitana de Curitiba/PR. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram 97 profissionais que atuam na ESF nos municípios de Colombo/PR e Piraquara/PR. Foi utilizado um

questionário autoaplicável sobre dados sociodemográficos, formação profissional, conhecimento sobre o tema e notificação de casos de maus-tratos infantojuvenis. **Resultados:** Observou-se que a maioria dos profissionais conhecia a ficha de notificação (64,9%), sabia conduzir o caso suspeito, optando pela notificação (69,5%), e que se sente capaz de identificar casos de maus-tratos (75,2%). **Conclusão:** Apesar de grande parte desses profissionais demonstrar conhecimento sobre o tema, é necessário que seja abordado de forma contínua no processo de educação permanente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Keywords:

child abuse; violence; communication; Family Health Strategy.

Abstract

Introduction: Child abuse is a worldwide issue with severe consequences that can last a lifetime. **Objective:** Analyze the process of communication of child and adolescent abuse by higher education professionals that act at Family Health Strategy (FHS) in two towns in Curitiba/PR Metropolitan Area. **Material and methods:** This is an observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. 97 professionals that act at FHS in the cities of Colombo/PR and Piraquara/PR participated. A self-applicable questionnaire about sociodemographic data, professional development, knowledge about the theme and communication of events of child and adolescent abuse was used. **Results:** It was observed that most of the professionals were familiar with the communication sheet (64,9%), knew how to deal with the suspect case, choosing communicate (69,5%), and feel able to identify maltreatment events (75,2%). **Conclusion:** In spite of most of these professionals show knowledge about the theme, it is necessary that it be addressed in a continue way in the process of continuing education of the Unified Health System (UHS).

Introdução

A violência é um fenômeno antigo infiltrado na sociedade, porém somente há algumas décadas ela tem sido estudada, tornando-se um agrave na saúde pública.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 13 de julho de 1990, tornou-se um marco na legislação brasileira no que diz respeito aos direitos da criança e do adolescente [4]. Com a implementação do ECA, a lei passou a dar prioridade absoluta à criança e/ou ao adolescente por parte da família, da sociedade e do Estado, mudando a concepção de atendimento à criança e ao adolescente [3]. Mesmo com essa proteção estabelecida pelo estatuto, a violência ainda apresenta dados epidemiológicos não fidedignos e subnotificados. Segundo o Ministério da Saúde, espera-se que o Sistema de Notificações Compulsórias garanta que a violência cometida seja pesquisada e que, levando em conta a saúde da vítima, esta e sua família sejam atendidas e encaminhadas ao Conselho

Tutelar. Cabe à equipe de saúde compartilhar responsabilidades com o Conselho Tutelar e fazer o acompanhamento até o fim do atendimento.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma instância privilegiada para a atenção às pessoas em situações de violência, devendo considerar a família como unidade de cuidado [16].

Mesmo com leis que assegurem o direito da criança e do adolescente, ainda existem dados mínimos de casos notificados pelos órgãos competentes. Isso se deve ao fato de que profissionais não o fazem e não existe ainda uma preocupação relevante pelo sistema, pois se trata de um tema desconfortável e que causa máculas na sociedade.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil e a conduta dos profissionais de saúde de nível superior das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família de dois municípios que compõem a região metropolitana de Curitiba (RMC) diante dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Materiais e método

Este é um estudo transversal, observacional, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação (Parecer CEP/SD-PB 1545431) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Amostra

A amostra foi por conveniência, composta por profissionais de nível superior: médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros atuantes no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios de Colombo e Piraquara, ambos pertencentes à RMC.

Critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser profissional de saúde dentre as categorias de Enfermagem, Medicina e Odontologia, atuante no serviço público no mínimo um ano, e que aceite participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: ter idade inferior a 18 anos e não se enquadrar nas três categorias profissionais (Medicina, Enfermagem e Odontologia), possuir tempo inferior a 12 meses no serviço e não aceitar participar do estudo.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi iniciada após a autorização e assinatura do TCLE pelo participante. O convite para participar da pesquisa aconteceu durante as reuniões semanais de cada Unidade de Saúde (US) e junto houve a entrega de um envelope contendo o TCLE e o questionário autoaplicativo previamente validado [11] e adaptado. Fizeram parte da pesquisa todas as US no modelo ESF dos municípios de Colombo e Piraquara (PR). Estipulou-se o prazo de uma semana para responder ao questionário, e os pesquisadores voltaram às US para buscá-los.

Questionário

O questionário foi composto por 15 questões validadas e adaptadas [11] contendo como domínios analíticos: aspectos sociodemográficos, formação profissional, conhecimentos do tema, identificação e notificação de casos de maus-tratos de crianças e adolescentes. As variáveis preditoras foram: profissão (enfermeiro/dentista/médico); gênero (masculino/feminino); idade (20-30/31-40/>40); tempo formado (<5 anos/5-10 anos/>10 anos); pós-graduação (sim/não); tempo de trabalho na ESF (<5 anos/5-10 anos/>10 anos); e as variáveis dicotômicas (sim/não): participou de treinamento sobre a temática; recebeu algum tipo de informação durante a sua formação; conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente; conhece a ficha de

notificação; a unidade de saúde possui a ficha de notificação; já suspeitou de caso de maus-tratos; se sim, qual a conduta adotada; considera-se capaz de identificar tal situação; acredita que o profissional é legalmente obrigado a notificá-la.

Análises dos dados

Os dados foram codificados, tabulados e analisados por meio do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0.0.

Resultados e discussão

A amostra foi composta por 57 profissionais atuantes na ESF do município de Colombo e 40 profissionais do município de Piraquara. A tabela I mostra o perfil desses profissionais.

Tabela I - Perfil dos profissionais entrevistados nos municípios de Colombo/PR e Piraquara/PR

Variáveis	Colombo/ PR		Piraquara/ PR	
	n	%	n	%
sociodemográficas dos profissionais				
Categoria profissional				
Médico	20	35,0	20	50,0
Enfermeiro	14	24,6	11	27,5
Cirurgião-dentista	23	40,4	09	22,5
Gênero				
Masculino	16	28,1	15	37,5
Feminino	41	71,9	25	62,5
Idade				
20-30 anos	11	19,3	13	32,5
31-40 anos	15	26,3	15	37,5
Acima de 40 anos	31	54,4	12	30,0
Tempo formado				
Menos de 5 anos	10	17,5	15	37,5
5-10 anos	14	24,6	11	27,5
Mais de 10 anos	33	57,9	14	35,0
Especialização				
Saúde Coletiva	21	36,8	12	30,0
Outras áreas	18	31,6	17	42,5
Não possui	11	19,3	11	27,5
Tempo de experiência em ESF				
Menos de 5 anos	30	52,7	30	75,0
5-10 anos	10	17,5	6	15,0
Mais de 10 anos	17	29,8	4	10,0

Inúmeros estudos atribuem a baixa taxa de notificações por parte dos profissionais à falta de conteúdos a respeito na maioria dos currículos de graduação. Dessa forma, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticar maus-tratos com um mínimo de acurácia [9, 11, 15, 20].

Não se pode apontar apenas a deficiência da formação como responsável pela subnotificação, mas é preciso reconhecer o que é mobilizado internamente nesses profissionais quando estão diante de crianças ou adolescentes que sofreram abuso [19].

No presente estudo, grande parte dos entrevistados relatou já ter recebido alguma informação sobre maus-tratos infantojuvenis durante a graduação e/ou pós-graduação (tabela II). No entanto a simples obtenção de informação pode não ser suficiente para uma boa prática. O ideal seria que os profissionais de saúde recebessem um treinamento contínuo sobre o assunto, de forma a se tornarem aptos a identificar casos suspeitos. Nos estudos de Lima *et al.* [16], Fracon *et al.* [14] e Cavalcanti e Martins [7], apenas 27,9%, 26,3% e 35% dos profissionais, respectivamente, participaram de alguma capacitação prévia. Na presente pesquisa, 70% dos entrevistados revelaram nunca ter recebido treinamento sobre maus-tratos contra criança e/ou adolescente (tabela II).

Tabela II - Distribuição dos profissionais segundo a presença do tema no currículo, recebimento de informações, capacidade para identificação e suspeita de maus-tratos

	Colombo/ PR N = 57		Piraquara/ PR N = 40	
	n	%	n	%
Conhecimentos dos profissionais				
Treinamento sobre maus-tratos infantojuvenis				
Sim	14	24,6	11	27,5
Não	43	75,4	29	72,5
Informação sobre maus-tratos infantojuvenis na graduação				
Sim	41	71,9	28	70
Não	16	28,1	12	30

Informação sobre maus-tratos infantojuvenis na PG				
Sim	22	38,6	18	45,0
Não	24	43,9	11	27,5
Não se aplica	11	19,3	11	27,5
Conhecimento do ECA				
Sim	45	78,9	33	82,5
Não	12	21,1	7	17,5
Conhecimento da Ficha de Notificação				
Sim	35	61,4	28	70
Não	22	38,6	12	30
Conhecimento se havia a Ficha de Notificação na US				
Sim	47	82,5	38	95,0
Não	8	14,0	-	-
Não soube responder	2	3,5	2	5,0

Não somente a falta de conhecimento e informação sobre o assunto é empecilho para a adoção da notificação da violência como uma conduta padrão; entre as dificuldades dos profissionais há também: 1) medo da quebra do sigilo profissional, pois alguns profissionais desconhecem o respaldo que o Código de Ética lhes assegura nessas situações [15]; 2) cultura familiar, que muitas vezes considera o ato de utilizar a violência física e/ou psicológica como parte da educação [15, 21]; 3) medo das obrigações legais advindas da notificação, como, por exemplo, necessidade de emissão de laudos e realização de depoimentos [10, 15], assim como medo de represálias pela própria família ou comunidade [1]; 4) problemas estruturais, como a precariedade dos órgãos designados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos [4, 15].

Várias outras situações, geralmente decorrentes das supracitadas, também configuram dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde: medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção à criança e ao adolescente, medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar, medo da violência da família contra a criança, falta de conhecimento de como encaminhar o caso [2, 6, 17, 18, 22].

Apesar de todas essas dificuldades, a prevenção é uma obrigação de todos os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes, e alguns aspectos agem como facilitadores do percurso da denúncia, tais como a existência do ECA, dos Planos Nacionais e Estaduais de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, de Delegacias da Criança e do Adolescente e de Conselhos Tutelares [12].

Quando se trata do ECA, observa-se na tabela II que a maior parte dos profissionais afirmou conhecê-lo. O ECA foi criado nos anos 1990, amparado pela Lei n.º 8.069/90 [4]. Por meio dele, a notificação dos casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares passou a ser obrigatória (art. 13). A comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional e poderá ser feita à autoridade judicial nos locais onde não houver o Conselho Tutelar [4, 13].

A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2009. Essa notificação deve ser realizada de forma universal, contínua e compulsória diante da suspeita ou confirmação de violências dirigidas a crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às Leis n.º 8.069 (Estatuto da Criança e Adolescente), n.º 10.741 (Estatuto do Idoso) e n.º 10.778 (notificação compulsória da violência contra a mulher). A notificação cabe ao gestor de saúde do SUS, mediante o preenchimento de uma ficha específica.

O registro dos dados coletados nas fichas é um aspecto importante do dispositivo da notificação, pois tais informações deverão subsidiar o poder público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como instrumento que subsidia políticas de saúde [5].

Deparar com um caso de maus-tratos ou suspeitar de sua existência muitas vezes coloca o profissional em uma posição de incerteza quanto ao diagnóstico e à notificação.

No presente estudo, mais da metade dos profissionais entrevistados afirmou já ter constatado e/ou suspeitado de algum caso de maus-tratos contra criança/adolescente (tabela III). É interessante mencionar que, assim como nos trabalhos de Lima

et al. [16] e Cavalcanti e Martins [7], a categoria profissional com menor taxa de suspeitas foram os cirurgiões-dentistas, com apenas 33,3%, seguidos dos médicos (70%) e enfermeiros (81,8%).

Tabela III – Perfil dos profissionais quanto à suspeita de casos e conduta adotada, capacidade de identificação e obrigação legal de notificação

	Colombo/ PR N = 57		Piraquara/ PR N = 40	
Suspeita de caso e conduta	n	%		
Deparou com caso de maus-tratos infantojuvenis ou suspeitou dele				
Sim	33	57,9	26	65,0
Não	24	42,1	14	35,0
Conduta adotada diante da suspeita*				
Notificou o caso	23	69,7	18	69,3
Investigou a criança e/ou adolescente	5	15,1	3	11,5
Conversou com pais e/ou responsáveis	2	6,1	3	11,5
Denunciou ao Conselho Tutelar	3	9,1	2	7,7
Considera-se capaz de identificar situações de maus-tratos infantojuvenis				
Sim	43	75,4	30	75,0
Não	14	24,6	10	15,0
Acredita que o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar e denunciar casos de maus-tratos infantojuvenis				
Sim	50	87,7	38	95,0
Não	7	12,3	2	5,0

* Valores de % referentes aos profissionais a que se aplicava tal questão

O fato de a classe odontológica ter maior dificuldade em reconhecer sinais de violência chama a atenção, levando-se em consideração que há frequentemente o envolvimento de áreas da sua competência, como estruturas da face (região de

cabeça e pescoço) e cavidade bucal. Dessa forma, as manifestações clínicas de maus-tratos coloca os cirurgiões-dentistas em uma posição estratégica e privilegiada para a identificação de possíveis vítimas [20]. Sabe-se que 50% das lesões decorrentes de agressão física envolvem as regiões de cabeça e face, o que expressa a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico dessas lesões, que na grande maioria das vezes passam despercebidas durante o exame clínico, pelo desconhecimento dos sinais básicos para o diagnóstico precoce [8].

Considerando a tabela III, 75% dos entrevistados declararam ser capazes de identificar situações de maus-tratos infanto-juvenis. Todavia, quando se separa por categoria profissional, há uma discrepância bastante acentuada dos cirurgiões-dentistas com relação aos enfermeiros e médicos: 44,4% dos cirurgiões-dentistas consideraram-se habilitados para identificar casos suspeitos, contra 81,8% e 85% dos enfermeiros e médicos, respectivamente. Esse dado corrobora a pesquisa de Silveira *et al.* [20], em que foram distribuídos questionários para cirurgiões-dentistas do serviço público e particular de Blumenau (SC). Concluiu-se que 84% se julgavam despreparados e não capacitados para efetuar denúncias nos casos de suspeita de maus-tratos. Na investigação de Fracon *et al.* [14], 68,43% dos cirurgiões-dentistas alegaram conseguir diferenciar uma lesão decorrente de violência, porém apurou-se que somente 26,31% desconfiaram de agressão doméstica ou psíquica com relação aos seus pacientes.

Conclusão

A maior parte dos profissionais não recebeu nenhum treinamento sobre maus-tratos contra criança/adolescente, mas, de modo geral, eles tiveram algum tipo de informação durante a graduação e/ou pós-graduação. Os profissionais, em sua maioria, conhecem o ECA e a Ficha de Notificação, além de considerarem-se capazes de identificar situações de maus-tratos e acreditarem ser legalmente obrigados a denunciar e notificar os casos.

Quanto à conduta, todos os profissionais que já depararam com algum caso de violência ou suspeitaram dele tomaram alguma atitude de respeito. Muitos efetuaram a notificação do caso suspeito, que se configura como a opção mais efetiva e legalmente necessária em tal situação.

Embora grande parte dos resultados deste trabalho tenha sido positiva no sentido de conhecimentos e condutas dos profissionais ante situações de violência, sabe-se que essa não é a realidade de vários profissionais e instituições

de saúde. Portanto, é preciso capacitar todos os profissionais de saúde, não somente os de nível superior, com conhecimentos que os habilitem a lidar adequadamente com a questão da violência e, assim, possibilitar a sua atuação em equipes multidisciplinares que lidam com essa problemática.

Referências

1. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Sociedade*. 2011;20(1):147-55.
2. Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatría*. 2011;29(2):138-45.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação – introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal; 1990.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência – orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.
6. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. The dental practitioner errand child protection in Scotland. *Brit Dent J*. 2005;199(8):517-20.
7. Cavalcanti AL, Martins VM. Percepções e conhecimentos de médicos pediatras e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009;13(3):41-8.
8. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul de Odontol*. 2003;35(5):16-9.
9. Chaim LAF, Daruge E, Gonçalves RJ. Maus-tratos infantis. Avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2004;58(1):42-6.
10. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003;25(1):9-21.

11. El Sarraf MC. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos odontopediatras. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2010.
12. Faleiros E. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
13. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(6):659-65.
14. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). RSBO. 2008;8(2):153-9.
15. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação intrafamiliar de violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):315-9.
16. Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011;35(1):118-37.
17. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(9):1749-58.
18. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciência Saúde Coletiva. 2010;15(2):481-91.
19. Pavão MTB. O impasse na suspeita ou na confirmação de abuso sexual infantil: a necessidade de encontrar marcas físicas. Boletim do Instituto de Saúde. 2013;14(3):274-9.
20. Silveira JLC, Mayrink S, Oliveira Neto OB. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau - SC. Pesq Bras Odontop Clín Integr. 2005;5(2):119-26.
21. Tomio AGS. A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar no município de Itajaí - SC. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
22. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. Inter J Ped Dent. 2010;20:361-5.